



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Promoção do Levante da Pessoa em Situação Crítica submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Early Mobilization in Critically Ill Patients under Mechanical Ventilation:
A Rehabilitation Nursing Intervention

Anexos e Apêndices

João Pedro Carvalho dos Santos

**Lisboa
2024**

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização da Unidade de Cuidados Continuados
Integrados (UCCI)

APÊNDICE I – Caracterização da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)

A UCCI está organizada para responder às necessidades de utentes em diferentes fases de dependência funcional, através de três principais tipologias de cuidados. O edifício, com sete pisos, está dividido em: Unidade de Convalescença (13 camas), Unidade de Média Duração e Reabilitação (39 camas) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (39 camas).

A **Unidade de Convalescença (UC)** destina-se a pessoas com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável, que necessitam de cuidados clínicos de reabilitação e de apoio psicossocial em regime de internamento. A sua finalidade é prestar tratamento e supervisão clínica continuada e intensiva, avaliando e reabilitando integralmente a pessoa após um internamento hospitalar por situação aguda, recorrência ou descompensação de um processo crónico. O período de internamento tem uma previsibilidade de até 30 dias consecutivos por admissão.

A **Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)** é dirigida a pessoas com perda transitória de autonomia, decorrente da recuperação de um processo agudo ou da descompensação de um processo patológico crónico, que necessitam de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial. O período de internamento tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por admissão.

Por sua vez, a **Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)** destina-se a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência, que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio. Estas unidades têm um carácter temporário ou permanente, tendo o objetivo de prestar apoio social e cuidados de saúde

de manutenção. A sua finalidade é prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência, proporcionando conforto e qualidade de vida. O período de internamento é geralmente superior a 90 dias consecutivos.

Adicionalmente, a equipa multidisciplinar alocada a estas unidades é composta por diversas classes de profissionais, garantindo uma abordagem integrada e especializada. A equipa inclui enfermeiros, sob a coordenação de um Enfermeiro Chefe, que asseguram a monitorização contínua das necessidades dos utentes, a prestação de cuidados especializados e o suporte na reabilitação. Destaca-se que, na equipa de enfermagem, há três EEER. Médicos, tanto clínicos gerais como fisiatras, contribuem para a avaliação clínica, planeamento e supervisão dos tratamentos. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala desempenham papéis essenciais na recuperação funcional, motora e cognitiva, adaptando intervenções às necessidades individuais. Psicólogos oferecem suporte emocional e estratégias de adaptação para os utentes e suas famílias, enquanto assistentes sociais trabalham na articulação de recursos comunitários e no planeamento para a reintegração social e familiar. Nutricionistas garantem um acompanhamento dietético adequado às condições de saúde de cada utente, e animadores socioculturais promovem atividades de lazer e bem-estar que contribuem para a qualidade de vida durante o período de internamento.

O EEER desempenha um papel indispensável no modelo de cuidados das instituições da **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**. Este profissional assume uma posição central na equipa multiprofissional, sendo determinante no processo de reabilitação, readaptação e reintegração das pessoas em situação de dependência. A sua intervenção varia de acordo com as necessidades

específicas de cada tipologia, abrangendo as Unidades de Convalescença (UC), as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM).

Nas **Unidades de Convalescença**, o foco do EEER está na estabilização clínica e na recuperação funcional de pessoas com condições agudas ou descompensações crónicas que apresentam potencial de melhoria rápida. A sua atuação inclui o planeamento e a implementação de programas de mobilização precoce, reduzindo o risco de complicações associadas à imobilidade, como úlceras de pressão, contraturas articulares e tromboembolismos. Além disso, o EEER promove a capacitação de utentes e cuidadores, preparando-os para um regresso seguro ao domicílio e prevenindo readmissões hospitalares através de intervenções educativas e estratégias de gestão de doenças crónicas.

Nas **Unidades de Média Duração e Reabilitação**, o EEER assume um papel mais prolongado e intensivo, com ênfase na recuperação funcional progressiva e na maximização da autonomia dos utentes. Desenvolve **Planos de Intervenção Individual (PII)** personalizados, que integram reabilitação motora, respiratória e cognitiva, e coordena atividades em colaboração com outros profissionais da equipa multidisciplinar. O acompanhamento contínuo do progresso dos utentes permite ajustar intervenções para garantir eficácia, enquanto o treino de atividades da vida diária facilita a adaptação às limitações funcionais. Além disso, o EEER promove a transição para o ambiente domiciliar ou para outras unidades, garantindo a continuidade dos cuidados e o suporte psicossocial necessário.

Já nas **Unidades de Longa Duração e Manutenção**, o EEER tem como principal objetivo prevenir ou retardar o agravamento da dependência funcional e promover a melhoria ou manutenção das capacidades dos utentes. As suas competências incluem a elaboração de estratégias preventivas, a implementação de programas de reabilitação adaptados às condições crónicas e o treino de cuidadores para otimizar o suporte prestado. A sua atuação destaca-se pela promoção da autonomia e da qualidade de vida, capacitando os utentes para uma adaptação positiva às novas condições de saúde e facilitando a sua reinserção social e familiar.

Independentemente da tipologia, o EEER é fundamental para identificar barreiras físicas e sociais, propor adaptações ao ambiente, gerir recursos comunitários e criar soluções que maximizem a independência dos utentes. A sua presença na equipa multiprofissional garante cuidados baseados em evidências, promove ganhos significativos em saúde e autonomia e melhora a eficiência do sistema de cuidados continuados integrados, refletindo o compromisso com a dignidade e qualidade de vida dos utentes.

APÊNDICE II - Trabalho de Projeto: Promoção do Levante da Pessoa
em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva

APÊNDICE II – Trabalho de Projeto: Promoção do Levante da Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva

O **Trabalho de Projeto**, intitulado "**Promoção do Levante da Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**", constitui um elemento estruturante do percurso formativo que culminou na elaboração deste relatório. Desenvolvido previamente no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER), este trabalho foi concebido com o objetivo de explorar, de forma aprofundada, as intervenções especializadas na promoção do levante da PSC submetida a VMI.

O projeto explorou a fundamentação teórica e metodológica das intervenções de Enfermagem de Reabilitação, destacando a importância de práticas baseadas em evidências para otimizar a funcionalidade e qualidade de vida da PSC. Foram também definidos objetivos e atividades que alinharam a teoria à prática nos estágios subsequentes.

Embora o Trabalho de Projeto tenha sido a base deste relatório, seus conteúdos foram aprimorados ao longo do tempo. A evolução metodológica permitiu uma abordagem mais rigorosa, com ajustes nos critérios de inclusão, descritores e na formulação da pergunta de investigação, refletindo o progresso do processo académico.

A inclusão deste trabalho no apêndice tem como finalidade proporcionar uma compreensão detalhada das bases teóricas e operacionais que sustentaram o desenvolvimento das competências descritas neste relatório. Ele representa não apenas um marco no percurso formativo, mas também um guia estruturado que consolidou o papel do EEER na implementação de intervenções eficazes para a reabilitação de PSC.

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

Trabalho de Projeto

**Promoção do Levante da Pessoa em Situação Crítica
submetida a Ventilação Mecânica Invasiva:
Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**

João Pedro Carvalho dos Santos

**Lisboa
2023**



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

Trabalho de Projeto

**Promoção do Levante da Pessoa em Situação Crítica
submetida a Ventilação Mecânica Invasiva:
Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**

João Pedro Carvalho dos Santos

Orientador: Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra

Coorientador: Professora Cristina Saraiva

Lisboa

2023

LISTA DE SIGLAS

AVD - Atividades de Vida Diária

AC – Autocuidado

DD - Descritores de Dublin

ER -Enfermagem de Reabilitação

EE - Enfermeiro Especialista

EEEEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICUAW - *Intensive Care Unit-Acquired Weakness*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PICS - *Post-Intensive Care Syndrome*

QV - Qualidade de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Projeto, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Tem como intuito a construção e apresentação de uma proposta de projeto de aprendizagem, a desenvolver na Unidade Curricular Estágio com Relatório.

Partindo da descrição, análise e problematização de uma área de estudo do meu interesse, este projeto surge como resposta à necessidade de adquirir competências comuns referentes ao Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como obter competências para o grau de Mestre, através dos Descritores de Dublin (DD) para o 2º ciclo de Estudo.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015) definiu áreas de investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015-2025, tendo considerado como áreas emergentes as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória”; e as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora” (p. 4). Assim, o tema escolhido para este projeto foi a “Promoção do Levante da Pessoa em Situação Crítica (PSC) submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)”, temática que concerne estas duas áreas decorrentes.

Esta escolha surgiu inicialmente do meu interesse pessoal nas áreas de reabilitação supracitadas, sendo reforçada pela necessidade sentida em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área, de forma, a perfilar-me como um agente promotor de mudança no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) onde atualmente desempenho a minha atividade profissional e onde não existe uma cultura de levante à PSC submetida a VMI.

Todavia, a evidência científica considere o levante da PSC submetida a VMI como uma prática segura e valorosa, globalmente, esta intervenção, ainda não é amplamente percecionada nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). A responsabilidade da sua realização, atendendo à revisão da literatura, geralmente, está atribuída aos fisioterapeutas, sendo diminuta a ação direta da equipa de enfermagem nesta

intervenção. Num estudo de prevalência pontual de 1 dia, realizado na Alemanha, conduzido pela Rede Alemã de Mobilização Precoce Interdisciplinar, abrangendo uma população de 783 pessoas em 117 UCI, concluiu que somente 8% das PSC com tubo orotraqueal submetidas a VMI foram mobilizados para fora do leito. Em 73% dos casos, os intervenientes relataram barreiras que impediam a realização intervenção. Todavia, muitas das barreiras enunciadas, atendendo à evidência científica disponível são passíveis de serem modificadas ou ultrapassadas, não se perfilando como contraindicações ao levante da PSC. (Nydahl et. al, 2014). A obesidade, o delírio, a necessidade de tratamento por via de terapia contínua de substituição renal ou presença de suporte aminérgico foram algumas das barreiras percebidas e que não justificam a restrição da PSC ao leito. Para Dubb et.al., (2016) o reconhecimento dos benefícios da mobilização precoce e a distribuição de tarefas e responsabilidade fomentam a criação de uma cultura de promoção de levante da PSC. Já para Prazeres et al. (2021) os EEER poderão ser agentes de mudança, ao identificarem e consciencializarem-se acerca das barreiras e facilitadores da reabilitação precoce nas UCI, e agirem em conformidade, de modo a eliminar ou minimizar as barreiras identificadas e incorporar na sua prática os aspetos facilitadores.

O presente projeto visa assim servir como um guia orientador ao longo dos estágios a efetuar, onde delimito objetivos e atividades que estimulem a sua concretização. Além disso, este documento possibilitará ainda uma sistematização e consolidação, em contexto clínico, de conhecimento adquirido e competências desenvolvidas na realização do mesmo. Até ao momento da realização do presente projeto, ainda não foi possível visitar os locais onde serão realizados os estágios, pelo que a caracterização e conhecimento da dinâmica é desconhecida, o que dificulta a perceção de obstáculos ou elementos facilitadores na realização de determinadas atividades com vista à concretização dos objetivos pré-estabelecidos.

A metodologia utilizada para a realização do presente projeto partiu de uma revisão integrativa da literatura. Com o intuito de descrever as intervenções da Enfermagem de Reabilitação (ER) à PSC submetida a VMI que promovam um levante seguro e precoce; e identificar a evidência sobre o resultado destas intervenções, formulou-se a seguinte questão através da estratégia PICO – **Quais os benefícios da**

Promoção do Levante em Pessoas em Situação Crítica submetidas a Ventilação Invasiva? - A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost em abril de 2023, nas bases de dados eletrônicas CINAHL e MEDLINE. Foram incluídos neste estudo, artigos com referências a Intervenções de ER ou outros profissionais, no âmbito da competência da ER, a pessoas adultas, submetidas a VMI, internadas em UCI, com acesso a texto integral de janeiro de 2013 e setembro de 2023, sem limitações geográficas e artigos em Inglês, Português e Espanhol. Após a leitura do título e do resumo foram excluídos aqueles que não se referiam à temática em estudo. Até à presente data foi desenhada a “Estratégia de Pesquisa” (Apêndice I), sendo que a “Apresentação e Interpretação dos Resultados” será realizada ao longo da elaboração do relatório de estágio. Foram encontrados os seguintes descritores, previamente validados como descritores usados em ciências da saúde nas plataformas DeCs e MESH: “ventilator patients”, “ventilators, mechanical”, “respiration, artificial”, “critical care nursing”, “intensive care units”, “rehabilitation”, “early ambulation” e “exercise therapy”; e os termos de linguagem natural “mechanical ventilation”, “therapeutic exercise” e “exercise movement techniques”.

Decorrente da questão de investigação formulei dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências, na área da Enfermagem de Reabilitação (ER), para o exercício profissional, nas diferentes áreas de atuação do EEER
- Desenvolver competências especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Levante da PSC submetida a VMI

A dependência no autocuidado e a promoção do envelhecimento ativo, são áreas de intervenção prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação, conforme parecer emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015). De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011) os EEER devem possuir capacidades e conhecimentos para cuidar de pessoas com necessidades especiais durante o seu ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, promoverem a capacitação da pessoa com deficiência e limitação da atividade, reinserindo-as na sociedade para usufruírem do exercício da sua cidadania, maximizando ainda a sua funcionalidade de forma a desenvolver as capacidades da pessoa, melhorando assim a sua qualidade de vida. Assim, para estruturar objetivos e atividades que perspetivem a manutenção da saúde, a promoção

do AutoCuidado (AC) e a Qualidade de Vida (QV), decidi, para nortear a intervenção e o projeto, assim como a filosofia de cuidados que o sustenta, utilizar como referencial teórico, a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, que considera a promoção do AC o objetivo primordial da enfermagem.

De acordo com as orientações e critérios de avaliação facultados no guia orientador desta UC, este projeto encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte, já apresentada, introdução, identifico o tema e defino os objetivos do projeto, o âmbito do trabalho; a segunda parte, divide-se em dois capítulos: “Enquadramento teórico do Tema” e “Planeamento de Estágios”. No primeiro destes capítulos, será feita a descrição e análise da temática em estudo, justificando através da mobilização da literatura existente, a pertinência da sua escolha, assim como a importância do papel do EEER no campo de atuação proposto a estudo e a sua intervenção assente na filosofia estruturante do referencial teórico escolhido; no segundo capítulo descrevo os objetivos estruturados e o plano de atividades de acordo com os mesmos; por fim, na terceira e última parte, serão elencadas considerações finais onde sintetizo os principais pontos que impactaram a minha aprendizagem, as dificuldades sentidas, assim como as minhas expectativas.

Este trabalho foi redigido segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações da ESEL e as referências e citações, segundo a Norma APA (7ª edição).

1. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO LEVANTE NA PSC SUBMETIDA A VMI

A UCI é um local onde se concentram recursos humanos e técnicos que permitem assegurar a monitorização e tratamento da pessoa em falência orgânica, quer iminente ou estabelecida, que se apresenta como possivelmente reversível (Penedo et al., 2013). Segundo Wunsch et al. (2010), é nestas unidades que se encontra hospitalizada a PSC, ou seja, a pessoa que, por falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessita de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica, verificando-se que a VMI é uma situação de elevada prevalência nestas unidades. De acordo com Paiva et. al (2017), na Europa, por doença crítica, são submetidas a VMI cerca de 990 000 e 1 500 000 pessoas/ano; nos países mais desenvolvidos, os SMI e/ ou as UCI são responsáveis por cerca de 13,4% do total de custos hospitalares, cerca de 4,1% dos gastos nacionais em saúde e cerca de 0,56% do produto nacional bruto; e o envelhecimento da população e a expansão das chamadas doenças da civilização levarão a um crescimento das necessidades de cuidados intensivos nos próximos 10 anos, que algumas estimativas preveem de 160%.

A VMI possibilita o acesso direto à traqueia, assegurando a permeabilidade da via aérea. Este acesso requer a presença de um tubo endotraqueal, na maioria dos casos, ou de traqueostomia, em casos particulares, nomeadamente quando é necessária a manutenção de VMI por um período prolongado (Ordem dos Médicos [OM], 2020). Há diversos motivos que justificam a necessidade de intubação, seja por situação de obstrução da via aérea ou incapacidade de manter a respiração espontânea associada a sinais clínicos e laboratoriais compatíveis com dificuldade respiratória (OM, 2020). A VMI é uma alternativa terapêutica que em razão do conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da função respiratória e dos avanços da tecnologia possibilita o fornecimento de um suporte avançado de vida eficiente à PSC que sofrem de insuficiência respiratória. O seu principal objetivo é dar suporte à função respiratória até que se efetua a reversão total ou parcial da causa que deu origem à disfunção respiratória, permitindo melhorar as trocas gasosas, evitar lesões pulmonares e diminuir o trabalho respiratório (Pham et al., 2017). A VMI não é isenta de efeitos secundários, podendo surgir algumas complicações nomeadamente no que toca aos mecanismos de higiene

traqueobrônquica, diminuição da expansão torácica ou lesão mecânica das vias aéreas (Cordeiro e Menoita, 2012). Há ainda risco acrescido de desenvolvimento de pneumonia associado à VMI e debilidade e atrofia dos músculos respiratórios sendo que muitas destas pessoas permanecem imóveis acarretando uma panóplia de outras complicações (OE, 2018).

A PSC submetida a VM prolongada é, frequentemente, descondiccionada e limitada do ponto de vista cinético-funcional. São diversos os fatores que contribuem, de maneira independente, para as anormalidades neuromusculares: a doença de base; a gravidade e a duração da falência de órgãos; os efeitos adversos dos fármacos utilizados e, principalmente, a imobilização prolongada. A debilidade da musculatura esquelética periférica, associada à diminuição da força dos músculos respiratórios, potencia a perda funcional e o decréscimo de qualidade de vida (Soares, et al., 2010). Deste modo, a PSC submetida a VMI pode apresentar limpeza ineficaz das vias aéreas condicionada pela presença do tubo endotraqueal (Rose et al., 2016). A autora supracitada refere ainda que a ineficácia do transporte mucociliar, a deslocação de agentes patogénicos da orofaringe e a ausência de tosse podem levar à acumulação de secreções que acarretam diversas complicações, tais como as atelectasias pulmonares e a pneumonia associada à VMI, levando a um aumento do tempo de desmame precoce da VMI e consequente extubação.

Nas UCI a PSC, frequentemente, permanece restrita ao leito potenciando inatividade, imobilidade e disfunção grave do sistema osteoarticular. (Dantas et al., 2012). Os efeitos deletérios provocados pelo internamento em cuidados intensivos conduzem a profundas limitações que atrasam a recuperação dos sobreviventes. (Kress e Hall, 2014). Emerge assim um crescente interesse nas sequelas deixadas pelo tratamento intensivo, nomeado em 2010 pela *Society of Critical Care Medicine* de síndrome pós-cuidados intensivos, ou na forma internacional: *post-intensive care syndrome* (PICS), e que inclui todas as sequelas físicas, funcionais, cognitivas e mentais deixadas pela experiência vivida (Hearmans & Berghe, 2015). Acresce ainda, a fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos, denominada internacionalmente de *Intensive Care Unit-Acquired Weakness* (ICUAW), que contribui substancialmente para a incapacidade a longo prazo dos sobreviventes. (Kramer, 2017). Nas últimas duas décadas, o aumento da sobrevida após a alta da UCI, resultou numa maior consciencialização acerca da ICUAW, enquanto fator

contribuinte para a PICS, pelo reconhecimento de que a pessoa que sobrevivia ao episódio crítico, poderia sair dos cuidados intensivos com elevado descondicionamento. (Dirkes e Kozlowski, 2019). A incidência relatada de ICUAW está associada ao tempo de internamento em UCI, sendo a mesma proporcional ao aumento da duração do período de internamento, podendo as alterações neuromusculares nalguns casos persistir até 5 anos. (Fletcher et al., 2003 citado por Kress & Hall, 2014). Desse modo, vários estudos indicam que é essencial a implementação de medidas que visem aumentar a mobilidade da pessoa em situação crítica, contribuindo para a alteração do risco de desenvolvimento das sequelas físicas e funcionais que se relacionam com a perda de força muscular que origina a ICUAW. (Barnes-Daly, 2017). Segundo Hopkins et al. (2007), estudos sobre o efeito da inatividade na força muscular esquelética têm demonstrado uma diminuição de 1-1,5% por dia, em pessoas restritas ao leito, sendo que, em pessoas submetidas a VMI, esse declínio pode ser mais significativo, variando de 5% a 6% por dia. Além da debilidade física, a disfunção neuropsiquiátrica costuma ser profunda. Na UCI, as PSC desenvolvem frequentemente disfunções agudas a nível cognitivo, sendo o delírio o mais comum, afetando cerca de 60 a 80% das pessoas submetidas a VMI. Esta condição conduz a um aumento do tempo de duração da ventilação, a um maior tempo de permanência na UCI e a um aumento da mortalidade. (Brummel *et al.*, 2012).

A imobilidade pode levar a uma diminuição importante da qualidade de vida da pessoa, tornando a reabilitação cada vez mais relevante. (Morris et al., 2016). Atendendo a Medrinal et al. (2018), anteriormente, a PSC era vista como incapaz de tolerar exercícios de reabilitação na fase inicial do seu internamento, sendo então submetida a altas doses de sedação e a repouso prolongado no leito. Acreditava-se que a preservação de energia seria útil na recuperação, especialmente na PSC submetida a VMI. No entanto, de acordo com Schujmann *et al.* (2018) nos últimos anos tem surgido cada vez mais estudos que demonstram a eficácia, a segurança e a viabilidade do início da reabilitação precoce à PSC internada na UCI. Em vários estudos encontra-se descrito que a reabilitação precoce está associada a uma redução do tempo de VMI, à diminuição do internamento hospitalar, diminuição do aparecimento de feridas e úlceras por pressão, redução de pneumonias associadas à VMI e à diminuição do delírio e de outras alterações cognitivas (Hopkins *et al.*, 2016). Os programas de reabilitação iniciados na UCI podem estar associados a uma

melhoria funcional da pessoa, traduzindo-se numa maior autonomia no seu autocuidado. (Schujmann *et al.*, 2018).

Num estudo que se propõe a desenvolver recomendações de consenso sobre critérios de segurança a serem considerados antes de mobilizar, ativamente, a PSC submetida a VMI na UCI, após uma revisão sistemática de literatura, Hodgson *et al.* (2014) agrupam-nas em quatro categorias: respiratórias, cardiovasculares, neurológicas e outras, conforme detalhado no Anexo I do relatório principal.

De acordo com Brummel *et al.* (2012). quanto mais precoce é a reabilitação, maiores são os ganhos funcionais e cognitivos relacionados com os défices adquiridos no decorrer da situação de saúde. A reabilitação precoce é definida como uma série de atividades físicas intensivas que se iniciam dentro de 24 horas a 48 horas após um procedimento ou durante o internamento na UCI. (Hopkins, 2016). De acordo com o autor supracitado, o objetivo final da mobilização precoce em PSC sob VMI é minimizar a perda de mobilidade, maximizar a capacidade funcional e facilitar o desmame ventilatório, sendo que a mobilização precoce é composta por vários eventos de atividades, que vão desde a amplitude passiva de movimento até à marcha.

Neste âmbito, os cuidados de enfermagem especializados à PSC têm evoluído muito nos últimos anos, tornando-se cada vez mais complexos, exigindo assim profissionais altamente qualificados de forma a responder a situações de doença potencialmente reversíveis que põem em risco a vida das pessoas. Estes cuidados necessitam de uma concentração de meios técnicos e recursos humanos diferenciados capazes de suportar, prevenir e reverter falências com implicações vitais (OE, 2015).

Medrinal *et al.* (2018) no seu estudo afirma que a maioria dos exercícios realizados no leito são de baixa intensidade, induzindo assim um baixo nível de trabalho muscular. Sartori *et al.* (2009) observaram melhorias significativas após um plano de intervenção de reabilitação relativamente à estabilidade ortostática, revelando ser um fator importante para o aumento do grau de independência funcional. Além disso Clark *et al.* (2013), num estudo de coorte retrospectivo, concluíram que a deambulação com intubação endotraqueal é uma intervenção segura que reduz a necessidade de reintubação, assim como complicações das vias aéreas e pulmonares, possivelmente derivada de uma melhor combinação ventilação/perfusão, complacência pulmonar e depuração

mucociliar e uma redução no trabalho de respirando que é revelado em posição ortostática. No que toca à incidência de eventos adversos associados à reabilitação precoce, estes são bastante baixos, devendo-se avaliar sempre os benefícios e riscos para a pessoa, recorrendo à equipa multidisciplinar sempre que necessário (Hodgson *et al.*, 2014).

A Enfermagem de Reabilitação, foi definida por Stryker (1977, citado por Hoeman, 2000) como *“um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida”* (p.3), pode implementar intervenções de reabilitação, abrangentes mas individualizadas que permitam maximizar a funcionalidade de cada pessoa, capacitando-a para a participação no seu processo de tratamento, promovendo a sua independência.

Um EEER desempenha um papel crucial na recuperação da PSC submetida a VMI, na medida em que possui um conhecimento diferenciado para avaliar o potencial respiratório, motor e cognitivo da PSC; denota capacidade de antecipar e minimizar eventuais riscos e complicações; desenvolve planos de reabilitação individualizados e monitoriza o seu progresso; fornece aconselhamento e formação à restante equipa; e apresenta-se como um elemento valoroso no progresso de desmame ventilatório, implementando técnicas e exercícios especializados e focalizados à condição perçecionada da PSC.

O processo de reabilitação da PSC a VMI é complexo e deve integrar intervenções no domínio físico e no domínio cognitivo. Estas, têm como objetivo reduzir a tensão psíquica e muscular; manter a permeabilidade das vias aéreas; manter uma ventilação adequada; prevenir e corrigir as alterações músculo-esqueléticas e reeducar no esforço.

Assim, o EEER deve iniciar a sua abordagem com enfoque na reabilitação respiratória, utilizando técnicas que facilitem a expansão pulmonar, métodos de limpeza das vias aéreas, utilizando equipamentos e dispositivos apropriados a esse efeito, treino dos músculos respiratórios e reabilitação motora. A mobilização precoce inclui atividades terapêuticas progressivas, tais como posicionamento funcional no leito, exercícios de mobilização osteoarticular na cama, sentar a PSC à beira do leito, ortostatismo, levantar para cadeirão e treino de marcha. O domínio cognitivo não pode ser descurado. A alta

incidência de delírio e de confusão obriga a que a intervenção cognitiva seja um foco primordial no plano de reabilitação estruturado pelo EEER.

Considerando que alguns dos fatores que determinam a decisão clínica são modificáveis, incluindo práticas de sedação, recursos da equipa e preocupações quanto à tolerância e segurança do cliente, importa igualmente perceber as barreiras e facilitadores para a implementação da reabilitação precoce em UCI. Assim, a identificação sistemática dos presumíveis mecanismos causais e fatores que influenciam a prática clínica, poderá facilitar a implementação da reabilitação precoce em UCI, bem como a mudança de comportamento dos profissionais. (Goddard et. al, 2018).

Revisando a literatura internacional, constata-se que é o fisioterapeuta quem assume a responsabilidade pela definição e implementação de protocolos de mobilização. Contudo em Portugal, a existência de EEER, e considerando as competências que lhe são reconhecidas, é legítimo afirmar que é o elemento mais capacitado para introduzir e gerir protocolos de mobilidade que visem a promoção do levante a PSC submetida a VM, pois para além de todas competências que lhe são autenticadas, é quem obtém um conjunto consistente de informações relevantes, devido à sua permanência ao longo de todo o dia na unidade; é quem tem conhecimentos teóricos e habilidades técnicas diferenciadas; e é quem atua em situações de emergência tornando desta forma a intervenção de levante mais segura.

A gravidade da patologia e as inúmeras técnicas invasivas podem contribuir para a desumanização e isolamento da pessoa e da sua família, sendo fulcral o papel do EEER na inclusão da família no programa de reabilitação (Hopkins *et al.*, 2016). Estes programas permitem que a família aprenda e intervenha junto com a pessoa com patologia aguda, mostrando que estes também têm um papel fundamental na estimulação da mesma (Hopkins *et al.*, 2016).

Em suma, a intervenção do EEER junto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva deve ter um início precoce e prolongar-se ao longo de todo o tratamento, desempenhando um papel essencial na promoção da recuperação da PSC e na melhoria da sua qualidade de vida global.

Reconhecendo que a profissão deve assentar num corpo de conhecimento próprio, o conceito orientador e edificador deste projeto é o autocuidado, uma vez que este modelo se revela estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (OE, 2011b). Assim, para nortear e fundamentar a prática de Enfermagem de Reabilitação do projeto proposto, foi selecionado como referencial teórico a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem, onde a promoção do autocuidado é considerada o objetivo principal da Enfermagem.

Petronilho et al. (2010) descrevem que, após o evento crítico, a PSC apresenta um grau de dependência elevado no autocuidado, mais significativamente na incapacidade funcional. Segundo os autores, a incapacidade funcional para o autocuidado tem relação direta significativa com o grau de dependência da pessoa. É foco de atenção na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação a promoção da capacidade para o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), enquadrando a relevância desta teoria para o projeto proposto.

Orem (2001) refere-se ao autocuidado (self-care) como a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p.43), ou seja, de si próprio para si próprio. A ideia central da sua teoria é a de que o autocuidado é uma função reparadora, aprendida, não inata, que a pessoa deliberadamente realiza, ou alguém realiza por ela, no sentido de suprir ou manter as condições que mantêm a vida, para manter as funções físicas e psicológicas para o funcionamento e desenvolvimento compatíveis com as condições essenciais da vida (Orem, 2001). A partir da experiência e dos conhecimentos adquiridos, ao longo da vida, todas as pessoas têm capacidade para se autocuidar (Orem, 2001). No entanto, podem ocorrer situações em que a capacidade para a ação é inferior às necessidades de cuidado, surgindo aquilo que Orem define como um défice no AC (Petronilho & Machado, 2016). Esta ausência da capacidade para manter, continuamente, a quantidade e qualidade das atividades que compõe o AC é a condição que valida a necessidade de intervenção de enfermagem (Orem, 2001).

Caso a pessoa não seja capaz dar resposta às suas necessidades de autocuidado, através da manutenção dos requisitos universais, surge o défice de autocuidado (Taylor, 2004). O EEER intervém no sentido de colmatar ou ajudar a colmatar os défices

identificados. Pode intervir como um sistema totalmente ou parcialmente compensatório, ou orientar/apoiar a pessoa para que consiga satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Taylor, 2004).

Durante a situação crítica, verifica-se uma maior dependência nos cuidados de enfermagem e, regra geral, impera o sistema parcialmente e totalmente compensatório. Nesta fase o EEER implementa intervenções que visam prevenir as potenciais complicações da VM e restrição de mobilidade e minimizar os efeitos das complicações que efetivamente ocorrem. À medida que o doente vai recuperando autonomia, as intervenções de enfermagem de reabilitação tornam-se cada vez menos compensatórias: o objetivo é que a pessoa recupere a totalmente a capacidade de autocuidado. Na sua impossibilidade, o EEER introduz ajudas técnicas ou outros dispositivos de compensação que permitam a máxima capacidade funcional para o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) (OE, 2010).

Na procura pela excelência do exercício profissional, o EEER atua no sentido da “... recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia...” e ajudando-a a encontrar “...uma maneira de viver com sentido (...) e compatível com a sua situação...” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16656). A intervenção do EEER, na promoção do levante da PSC submetida a junto da pessoa submetida a VMI, torna-se relevante, na medida em que o EEER, nesta fase, tem um papel fulcral: na adaptação da pessoa ao ventilador, no acompanhamento e evolução durante a ventilação mecânica, na assessoria à tomada de decisão médica para suspensão da ventilação, no desmame e na extubação; e no desenvolvimento de planos de reabilitação individualizados, implementação de protocolos de mobilização e sua monitorização, fornecer aconselhamento e formação à restante equipa.

Como a manutenção da funcionalidade aparenta depender maioritariamente dos sistemas muscular e cardiorrespiratório, é importante reconhecer a sua devida importância na reabilitação precoce, no entanto não deve ser descurada a reabilitação cognitiva de forma a cuidar da pessoa como um todo, ou seja, cuidando holisticamente da mesma (Schujmann et al., 2018).

Assim, é fulcral planear um conjunto de intervenções com o objetivo de atingir a máxima funcionalidade possível, sendo importante que o plano seja estruturado de

forma a englobar não só a pessoa que necessita de cuidados, mas também a sua família/cuidador (Hopkins et al., 2016).

Segundo a OE (2001) para a pessoa confiar num profissional de saúde, esta precisa de acreditar que aquele indivíduo tem o conhecimento necessário para a ajudar. Os EEER ao prestarem os seus cuidados têm de ter presentes vários conhecimentos e competências em procedimentos particulares. O seu principal objetivo passa pela promoção e a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, a reaquisição de funcionalidades, promovendo sempre o autocuidado, a prevenção de complicações e a maximização de capacidades (Pestana, 2016).

Isto leva-nos ao encontro do referido por Orem (2001) que defende que a capacidade de cada ser humano em se envolver no autocuidado envolve um domínio físico, cognitivo, emocional/psicossocial e do comportamento.

2. PLANEAMENTO DOS ESTÁGIOS

Foram definidos como principais objetivos: “Desenvolver competências, na área da Enfermagem de Reabilitação (ER), para o exercício profissional, nas diferentes áreas de atuação do EEER” e “Desenvolver competências especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Levante da PSC submetida a VMI”.

O presente projeto tem, assim, como finalidade mobilizar e aprofundar conhecimentos, em contexto prático, essenciais à aquisição e desenvolvimento das competências definidas pela OE, no âmbito da ER. Neste sentido, servirá de base para delinear e orientar o estágio, que decorrerá em vários contextos distintos: primeiramente, Estágio de Enfermagem de Reabilitação em contextos Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, estando programado efetuar o primeiro estágio num serviço de Ortopedia e posteriormente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Além dos estágios realizados no serviço de Ortopedia e na Unidade de Cuidados Continuados (UCC), tive a oportunidade de realizar dois estágios de Observação e Participação, que enriqueceram significativamente o meu percurso formativo. Um desses estágios decorreu em contexto de Enfermagem de Desporto, proporcionando um contacto direto com a reabilitação de atletas e a prevenção de lesões associadas à prática desportiva. Esta experiência permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar técnicas fundamentais para a recuperação e desempenho funcional, incluindo ligaduras funcionais aplicadas ao desporto, massagem desportiva, electroestimulação neuromuscular, crioterapia, termoterapia, treino proprioceptivo, técnicas de alongamento assistido e mobilização articular. A aplicação prática destas abordagens reforçou a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na otimização da recuperação e no retorno seguro à atividade física.

O segundo estágio foi realizado numa instituição especializada no acompanhamento e reabilitação de pessoas com doenças reumáticas, onde pude aprofundar conhecimentos sobre a abordagem interdisciplinar na reabilitação destes doentes. A experiência possibilitou a observação e participação em estratégias terapêuticas focadas na gestão da dor, manutenção da funcionalidade e prevenção da progressão da incapacidade, reforçando a importância de uma intervenção precoce e

personalizada na promoção da qualidade de vida. Os restantes locais estágios, até à presente data, ainda não estão definidos.

Para lograr a concretização dos objetivos gerais definidos e com o intuito de desenvolver competências essenciais ao exercício profissional do EEER, foi traçado um conjunto de objetivos específicos, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019) e o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019). A partir dos domínios de competência e das respetivas competências presentes nos referidos regulamentos, foram, então, delineados objetivos específicos, e determinadas as atividades a desenvolver para que os mesmos possam ser concretizados. Adicionalmente, foi ainda determinado um objetivo específico que visa dar resposta à temática estudada. O plano de atividades delineado e os recursos necessários a mobilizar, para atingir os objetivos específicos definidos, será apresentado, seguidamente, sob a forma de tabelas “Domínio das Competências Comuns do EE”, “Domínio das Competências Específicas do EEER” e “Domínio das Competências de Intervenção à PSC submetida a VMI com vista à Promoção do seu Levante”. Com o intuito de maximizar o aproveitamento dos campos de estágio e, assim, conseguir desenvolver as competências comuns e específicas, essenciais ao exercício do EEER, os referidos objetivos específicos foram estabelecidos para serem apreendidos ao longo dos vários contextos da prática clínica, tal como é demonstrado no cronograma, também, apresentado em seguida (Apêndice II).

DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE	
Responsabilidade profissional, ética e legal (A1, A2)	
Objetivos	Atividades
1. Prestar cuidados de enfermagem especializados, centrados no cliente/família, com base nos princípios éticos, normas legais e deontologia profissional	• Revisão de conceitos, procedimentos metodológicos de tomada de decisão e normas deontológicas e jurídicas fundamentais para a análise de situações éticas • Conhecimento e consulta dos manuais, protocolos, normas e projetos existentes que alicerçam o funcionamento e trabalho desenvolvido nos locais de estágio • Conhecimento dos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos e promoção de um papel ativo na personalização do seu plano de cuidados • Realizar intervenções de enfermagem, em parceria com a pessoa/família, valorizando a sua individualidade • Transmitir informação do cliente/família (oral e escrita) à equipa multidisciplinar, respeitando o sigilo profissional
Melhoria contínua da qualidade (B1, B2, B3)	
Objetivos	Atividades
2. Colaborar na conceção, operacionalização e avaliação de projetos institucionais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no âmbito da ER	• Análise da estrutura física, recursos e especificidades dos serviços definidos para realização de ensino clínico na perspetiva do EEER • Identificar fatores de risco que ponham em causa a segurança dos clientes e/ou profissionais de saúde • Participação e colaboração em projetos existentes, nos locais de estágio, relativos à reabilitação da pessoa cuidada, no âmbito da função sensorio motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade • Manipular de forma correta os equipamentos, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados • Aquisição de conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras de integração e participação cívica • Envolver a pessoa e família nos cuidados, atendendo às suas necessidades culturais e espirituais

	• Colaborar na realização ou atualização de manuais orientadores de boas práticas
Gestão dos cuidados (C1, C2)	
Objetivos	Atividades
3. Participar na gestão dos cuidados especializados na área de ER, em articulação com equipa multidisciplinar, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados em todos os contextos 4. Gerir os cuidados de enfermagem especializados, otimizando e mobilizando os recursos existentes, garantindo a qualidade dos cuidados prestados, em qualquer contexto	• Apresentar o projeto de estágio, enquadrando o mesmo na filosofia que o sustenta, à equipa multidisciplinar dos respetivos locais de estágios • Observar a dinâmica da equipa multidisciplinar e o papel do EEER na prestação de cuidados • Consultar e conhecer protocolos, normas, manuais, procedimentos setoriais e instruções de trabalho referentes à prestação de cuidados de ER • Participar em reuniões da equipa multidisciplinar • Identificar materiais de apoio necessários que promovam a maximização das capacidades da pessoa cuidada • Discutir intervenções custo-efetivas na transição entre níveis de cuidados • Identificar necessidades de apoio do Orientador Clínico ou equipa multidisciplinar e solicitá-los sempre que necessário • Elaborar planos de cuidados tendo em conta as necessidades da pessoa com necessidades especiais a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade • Fundamentar adequadamente as minhas decisões e intervenções de ER • Prestar cuidados de ER à pessoa/família sob supervisão do Orientador Clínico • Documentar todos os planos de cuidados assim como as intervenções realizadas e os resultados obtidos • Transmissão de informação, por via oral e escrita à pessoa cuidada e família/cuidador, através de notas de altas de ER, guias ou folhetos informativos, que se perfilam como importantes à continuidade de cuidados, em qualquer contexto
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1, D2)	
Objetivos	Atividades

5. Desenvolver uma prática reflexiva visando o autoconhecimento, assertividade e segurança na prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais e perante a equipa multidisciplinar.	• Revisão de conhecimentos obtidos ao longo do percurso académico, com destaque para o conhecimento apreendido sobre Enfermagem de Reabilitação durante o mestrado decorrente • Partilha e reflexão de experiências com o Orientador Clínico e o Docente Orientador sobre práticas e intervenções desenvolvidas • Pesquisa bibliográfica referente aos cuidados de ER, no âmbito da função sensório motora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade • Desenvolvimento da aprendizagem, da destreza, habilidades e competências do enfermeiro EEER • Solicitar feedback regular do percurso de ensino clínico ao supervisor clínico e pedagógico, integrando aspetos a melhorar • Identificar necessidades formativas das equipas e realizar formação em serviço, no âmbito da ER • Realização de jornais de aprendizagem • Elaboração do relatório final de estágio
--	---

DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER		
J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados		
Objetivos	Atividades	
6. Prestar cuidados especializados de ER ao cliente, ao longo do seu ciclo vital, em todos os contextos da prática	• Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardiorrespiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade • Identificar necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD • Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD, identificando fatores facilitadores e inibidores • Avaliar os processos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade	

	• Concebe planos, selecionando intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e participa em programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardiorrespiratória; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade • Selecionar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) • Treina e aperfeiçoa técnicas da competência do EEER • Avalia os resultados dos planos estruturados, revisando as expectativas da pessoa cuidada, reformulando-os sempre que necessário, de modo a garantir a prestação de cuidados personalizados • Utilizar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reavaliação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida):
--	---

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

Objetivos	Atividades
7. Capacitar o cliente com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, contribuindo para a sua reinserção e participação social	• Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de autocuidado • Realiza treinos específicos de AVD • Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa • Identifica barreiras arquitetónicas no contexto socioambiental da pessoa cuidada • Valoriza as forças internas do cliente, motivando o mesmo a desenvolver estratégias de <i>coping</i> • Aprofunda conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Objetivos	Atividades
8. Promover a maximização da capacidade funcional do cliente, através do treino motor, cardíaco e respiratório	• Aprofunda conhecimentos acerca das funções cardiorrespiratórias e motora de forma a participar em programas de treino motor e cardiorrespiratório • Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa

	• Realiza promoção de saúde, conscientizando a pessoa sobre medidas de prevenções de lesões e sobre o seu plano de reabilitação • Avalia os resultados dos planos de reabilitação implementados em função dos objetivos definidos com a pessoa
--	---

DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO À PSC SUBMETIDA A VMI COM VISTA À PROMOÇÃO DO SEU LEVANTE

Objetivos	Atividades
9. Desenvolver competências que permitam realizar um programa de reabilitação com vista à promoção de levante da PSC submetida a VM	• Todas as atividades referidas no domínio das competências específicas de EEER • Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre a temática, de forma a aprofundar conhecimentos referentes à promoção do levante da PSC submetida a VMI • Consulta do processo clínico da PSC, refletindo com o Orientador Clínico os benefícios e riscos da implementação da intervenção • Avaliação da capacidade funcional da PSC através de escalas e instrumentos validados • Treino de intervenções do domínio físico: ○ Muscular ▪ Mobilizações passivas de todos os movimentos de todos os segmentos corporais ▪ Mobilizações ativas-assistidas de todos os movimentos de todos os segmentos corporais ▪ Mobilizações resistidas utilizando elásticos ou pesos ▪ Utilização do cicloergómetro passivo, quando possível ▪ Treino de equilíbrio estático e dinâmico ▪ Treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática ▪ Treino de transferências ▪ Treino de AVD ▪ Treino de Marcha ○ Respiratório

	▪ Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios ▪ Técnicas de relaxamento ▪ Posição de conforto e relaxamento ▪ Ciclo ativo das técnicas respiratórias ▪ Reeducação abdomino-diafragmático e a reeducação costal (seletivos e globais) ▪ Técnicas de expansão pulmonar ▪ Hiperinsuflação manual combinada com a compressão torácica durante a expiração ▪ Tosse mecanicamente assistida com recurso à utilização de Cough Assist ▪ Posicionamento corporal ○ Cognitivo ▪ Orientação alopsíquica ▪ Estimulação pelo familiar ▪ Jogos intelectuais ▪ Exercícios de cálculos simples ▪ Controlo da ansiedade (escuta ativa, reconhecimento de sinais de <i>stress</i>, treino de sobre técnicas de relaxamento) • Estabelecimento de uma relação de confiança com os familiares/cuidadores de modo a envolvê-los na prestação de cuidados ER à pessoa • Estruturar um protocolo de levante precoce para PSC submetidas a VMI com construção de fluxograma e instituir no serviço se possível • Avaliar a efetividade do protocolo de reabilitação instituído	
Recursos	Humanos	Materiais e físicos

	• Cliente, família/pessoas significativas • Docente orientador • Orientadores clínicos • Equipa de enfermagem • Equipa multidisciplinar • Mestrandos	• Instituições/contextos de estágio • Projeto de estágio • Documentos que regulam a prática profissional assente em princípios éticos e deontológicos; Documentos que legislam e regulamentam o exercício profissional do EEER • Regulamento de Competências Comuns do EE, Regulamento de Competências Específicas do EEER, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de ER • Documentos que contemplem manuais, protocolos, normas e projetos em vigor no serviço • Guias orientadoras de boas práticas em ER • Jornais de Aprendizagem • Conferências e congressos na área de ER • Bases de dados, artigos de opinião de peritos
--	---	---

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um projeto revela-se de extrema importância na medida em que se perfila como o alicerce major no desenvolvimento do Relatório de Estágio.

A temática estudada partiu de uma inquietude pessoal relacionada com a minha prática profissional sobre a necessidade sentida em fomentar o levante na PSC submetida a VM atendendo aos benefícios que a evidência científica demonstra.

Atendendo à literatura revisada, a mobilização precoce, nomeadamente o levante, potencia a recuperação; reduz a incidência de complicações pulmonares e vasculares; diminui o tempo de VMI na PSC; diminui a incidência de delírio; diminui o tempo de internamento na UCI; e é um procedimento seguro que maximiza a capacidade funcional da PSC. Ainda assim, realizar o levante a PSC submetida a VMI é uma intervenção complexa e não muito presente nas UCI no nosso país.

Existe uma significativa oportunidade de melhoria e desenvolvimento, a temática da reabilitação da PSC tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante na atuação do EEER, como resultado de uma consciencialização cada vez mais visível acerca dos efeitos deletérios do internamento em cuidados intensivos.

De forma a melhorar o status físico, funcional, cognitivo, mental e emocional das pessoas que sobrevivem às doenças críticas, minimizando o impacto que o internamento em UCI causa na saúde, produtividade e qualidade de vida destas pessoas, é crucial que o EEER tome decisões centradas no processo de enfermagem e que evidencie um olhar holístico da pessoa e desta problemática. (Prazeres et al., 2021).

A fase prospectiva, ou seja, a definição de objetivos e o planeamento das atividades, constitui-se como a fase empreendedora deste trabalho, pondo à prova as capacidades de síntese, integração, criatividade e visão do autor, no desenho estruturado pelos nove objetivos específicos remanescentes do objetivo geral para o desenvolvimento das competências enquanto futuro EEER.

“O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências” (OE, 2010, p.2). Considero que este documento se constitui como guia orientador à prática que pretendo desempenhar de

forma a atingir os objetivos delineados. Ainda assim, é permeável à reestruturação e desenvolvimento, atendendo a situações contextuais e realidades não projetadas que possam obrigar à reformulação de aspetos pontuais.

Prevejo como dificuldades à execução deste projeto, o tempo reduzido em cada local de estágio o que obrigará a uma rápida integração e assimilação das dinâmicas de funcionamento das diversas equipas de forma a conseguir desenvolver e avaliar os resultados de algumas atividades, a riqueza e variabilidade dos diversos contextos que obrigará a uma constante revisão de conhecimentos adquiridos, assim como a in experiência pessoal na realização de um relatório desta natureza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes-Daly, M. A., Phillips, G., & Ely, E. W. (2017). Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients. *Critical care medicine*, 45(2), 171–178. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002149>
- Brummel, N. E., Jackson, J. C., Girard, T. D., Pandharipande, P. P., Schiro, E., Work, B., Pun, B. T., Boehm, L., Gill, T. M., & Ely, E. W. (2012). A combined early cognitive and physical rehabilitation program for people who are critically ill: the activity and cognitive therapy in the intensive care unit (ACT-ICU) trial. *Physical therapy*, 92(12), 1580–1592. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110414>
- Clark, D. E., Lowman, J. D., Griffin, R. L., Matthews, H. M., & Reiff, D. A. (2013). Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit: a retrospective cohort study. *Physical therapy*, 93(2), 186–196. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110417>
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e Técnicas Lusociência.
- Dantas, CM, Silva, PFS, Siqueira, FHT, Pinto, RMF, Matias, S, Maciel, C, França, EET. (2012). *Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos*.
- Dirkes, S. M., & Kozlowski, C. (2019). Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions. *Critical care nurse*, 39(3), 33–42. <https://doi.org/10.4037/ccn2019654>
- Dubb, R., Nydahl, P., Hermes, C., Schwabbauer, N. Toonstra, A., Needham, D. (2016). et al. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units, *Ann Am Thorac Soc* Vol 13, No 5, pp 724–730
- Goddard, S. L., Lorencatto, F., Koo, E., Rose, L., Fan, E., Kho, M. E., Needham, D. M., Rubenfeld, G. D., Francis, J. J., & Cuthbertson, B. H. (2018). Barriers and facilitators to early rehabilitation in mechanically ventilated patients-a theory-driven interview study. *Journal of intensive care*, 6, 4. <https://doi.org/10.1186/s40560-018-0273-0>
- Hermans, G.; Berghe, G. (2015). Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Critical Care*, 19(1). Acedido a janeiro 10, 2016, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526175/>
- Hodgson, C.L., Stiller, K., Needham, D.M. et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care* 18, 658 (2014). <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0658-y>
- Hoeman, S. P. (2000). Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo. Loures: Lusociência.

- Hopkins, R. O., Spuhler, V. J., & Thomsen, G. E. (2007). Transforming ICU culture to facilitate early mobility. *Critical care clinics*, 23(1), 81–96. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2006.11.004>
- Hopkins, R. O., Mitchell, L., Thomsen, G. E., Schafer, M., Link, M., & Brown, S. M. (2016). Implementing a Mobility Program to Minimize Post-Intensive Care Syndrome. *AACN advanced critical care*, 27(2), 187–203. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016244>
- Kramer CL. Intensive Care Unit-Acquired Weakness. *Neurol Clin.* 2017 Nov;35(4):723-736. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2017.06.008>.
- Kress, P. J. & Hall, J. B. (2014) ICU – Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. *The New England Journal of Medicine*, 370(24), 1626-35. Acedido a junho 2, 2014, em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1209390>
- Matias, P. P. (2016). Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de imobilidade em cuidados intensivos. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Medrinal, C., Combret, Y., Prieur, G., Robledo Quesada, A., Bonnevie, T., Gravier, F. E., Dupuis Lozeron, E., Frenoy, E., Contal, O., & Lamia, B. (2018). Comparison of exercise intensity during four early rehabilitation techniques in sedated and ventilated patients in ICU: a randomised cross-over trial. *Critical care (London, England)*, 22(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2030-0>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto.
- Morris, P. E., Berry, M. J., Files, D. C., Thompson, J. C., Hauser, J., Flores, L., Dhar, S., Chmelo, E., Lovato, J., Case, L. D., Bakhru, R. N., Sarwal, A., Parry, S. M., Campbell, P., Mote, A., Winkelman, C., Hite, R. D., Nicklas, B., Chatterjee, A., & Young, M. P. (2016). Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315(24), 2694–2702. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.7201>
- Nydahl, P., Ruhl, A. P., Bartoszek, G., Dubb, R., Filipovic, S., Flohr, H. J., Kaltwasser, A., Mende, H., Rothaug, O., Schuchhardt, D., Schwabbauer, N., & Needham, D. M. (2014). Early mobilization of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in Germany. *Critical care medicine*, 42(5), 1178–1186. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000149>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a. série(no35), 40918–40920. Disponível em: http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias_comuns.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Parecer sobre Actividades de Vida Diária. Parecer nº12/2011. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MC EER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf;

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa, 2012.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento no 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário Da República, 2.ª Série N.º 123, 17240–17243.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, 1(10). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%3%a7%3%a3orespirat%3%b3ria_mceer_final-para-divulga%3%a7%3%a3o-site.pdf
- Ordem dos Médicos (2020). Ventilação mecânica. Lisboa: Ordem dos médicos. <https://ordemosmedicos.pt/ventilacao-mecanica/>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby;
- Paiva JA, Fernandes A, Granja C, Esteves F, Ribeiro JM, Nóbrega JJ, et al. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. República Portuguesa Saúde; 2017.
- Penedo, J. M. V. S., Ribeiro, A. A. B, Lopes, H. A. R. C., Pimentel, J. M. P. C., Pedrosa, J. A. G. P. S., Sá, R. A. M. V., & Moreno, R. P. J. (2013). Avaliação nacional da situação das unidades de cuidados intensivos (Relatório Final). Governo de Portugal: ministério da saúde. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-dasunidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pestana, H. (2016). Cuidados De Enfermagem De Reabilitação Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (2016). *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta;
- Petronilho F., Magalhães M., Machado, M. e Vieira, M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico. Impacto da (In)Capacidade Funcional no Grau de Dependência no Autocuidado. *Revista Sinais Vitais* (88). Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-sinais-vitalis-publicacoes-78/revistas-1994-2014/24-revistas-2010-e-2012/465-1?showall=&start=6;>
- Petronilho F. & Machado M. (2016). Teorias De Enfermagem e Autocuidado: Contributos Para A Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (2016). *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (pp.3-14). Loures: Lusodidacta;

- Pham, T., Brochard, L. J., & Slutsky, A. S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clinic proceedings*, 92(9), 1382–1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.05.004>
- Portugal. Ministério da Saúde. Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*. 2015 jun. 22; 2.ª série. p 16655-16660. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Prazeres, V. M. P., Dias Ribeiro, C., & Santos Marques, G. F. (2021). Contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(2), 88–92. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.158>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, II Série (Nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568.
- Rose, L., Adhikari, N., Poon, J., Lease, D. e McKim, D. (2016). Cough Augmentation Techniques in the Critically Ill: A Canadian National Survey. *Respiratory Care*, 61(10), 1360-1368. Doi:10.4187/respcare.04775;
- Sartori, J., Neuwald, M. F., Bastos, V. H., Silva, G. Mello, M. P., Freitas, & Orsini, M. (2009). Reabilitação física na lesão traumática da medula espinhal: relato de caso. *Revista de Neurociências*. 17 (4). pp 364-370.
- Schujmann, D. S., Lunardi, A. C., & Fu, C. (2018). Progressive mobility program and technology to increase the level of physical activity and its benefits in respiratory, muscular system, and functionality of ICU patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2641-4>
- Soares, T. R., Avena, K.deM., Olivieri, F. M., Feijó, L. F., Mendes, K. M., Souza Filho, S. A., & Gomes, A. M. (2010). Retirada do leito após a descontinuação da ventilação mecânica: há repercussão na mortalidade e no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva?. Withdrawal of bed following mechanic ventilation discontinuation: are there reflexes on mortality and intensive care unit length of stay?. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 22(1), 27–32. <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2010000100006>
- Taylor R. S.G. (2004). Teoria do Défice de auto-cuidado de Enfermagem, Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª Edição.

Wunsch, H., Linde-Zwirble, W., Angus, D., Hartman, M., Milbrandt, E. & Kahn, J. (2010). The epidemiology of mechanical ventilation use in the United States. *Critical Care Medicine*. 38 (10), 1947-53. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181ef4460>.

APÊNDICE 1 – Estratégia de Pesquisa (Fluxograma)

Apêndice I – Estratégia de Pesquisa

Para a formulação da pergunta de investigação recorreu-se ao acrónimo PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*), preconizado pelo instituto *Joanna Briggs* (2020). Definiu-se, assim, como pergunta de investigação: **Quais os benefícios da Promoção do Levante em Pessoas em Situação Crítica submetidas a Ventilação Invasiva?** De forma a definir as palavras-chave foram mobilizados os elementos do acrónimo PICO. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost em abril de 2023, nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, empregando as palavras em linguagem natural foi feita a identificação dos termos de indexação a serem mobilizados. Não foi possível identificar, para todos as palavras naturais, os termos de indexação correspondentes, uma vez que a definição apresentada dos termos indexados, nas bases de dados utilizadas, não correspondia à definição procurada para a presente pesquisa. Desta forma, para a pesquisa foram utilizadas palavras em linguagem natural assim como termos de indexação, os quais são apresentadas seguidamente.

Tabela1. Identificação das palavras-chave de pesquisa

P (Population)	<i>Pessoa adulta em situação crítica submetida a VM</i>	<u>Palavras chave</u> - Ventilação Mecânica Invasiva (Mechanical ventilation OR respiration, artificial OR ventilator patients OR ventilators, mechanical) - ICU (<i>Critical care nursing OR Intensive care units</i>) - Intervenção ER ou outros profissionais no âmbito da competência da ER (<i>Rehabilitation OR early ambulation OR exercise movement techniques OR exercise therapy OR therapeutic exercise</i>)
I (Intervention)	Intervenção de ER ou outros profissionais no âmbito da competência da ER	
C (Comparasion)	Se existir	
O (Outcome)	Decorrentes da Intervenção de ER ou outros profissionais no âmbito da competência da ER	

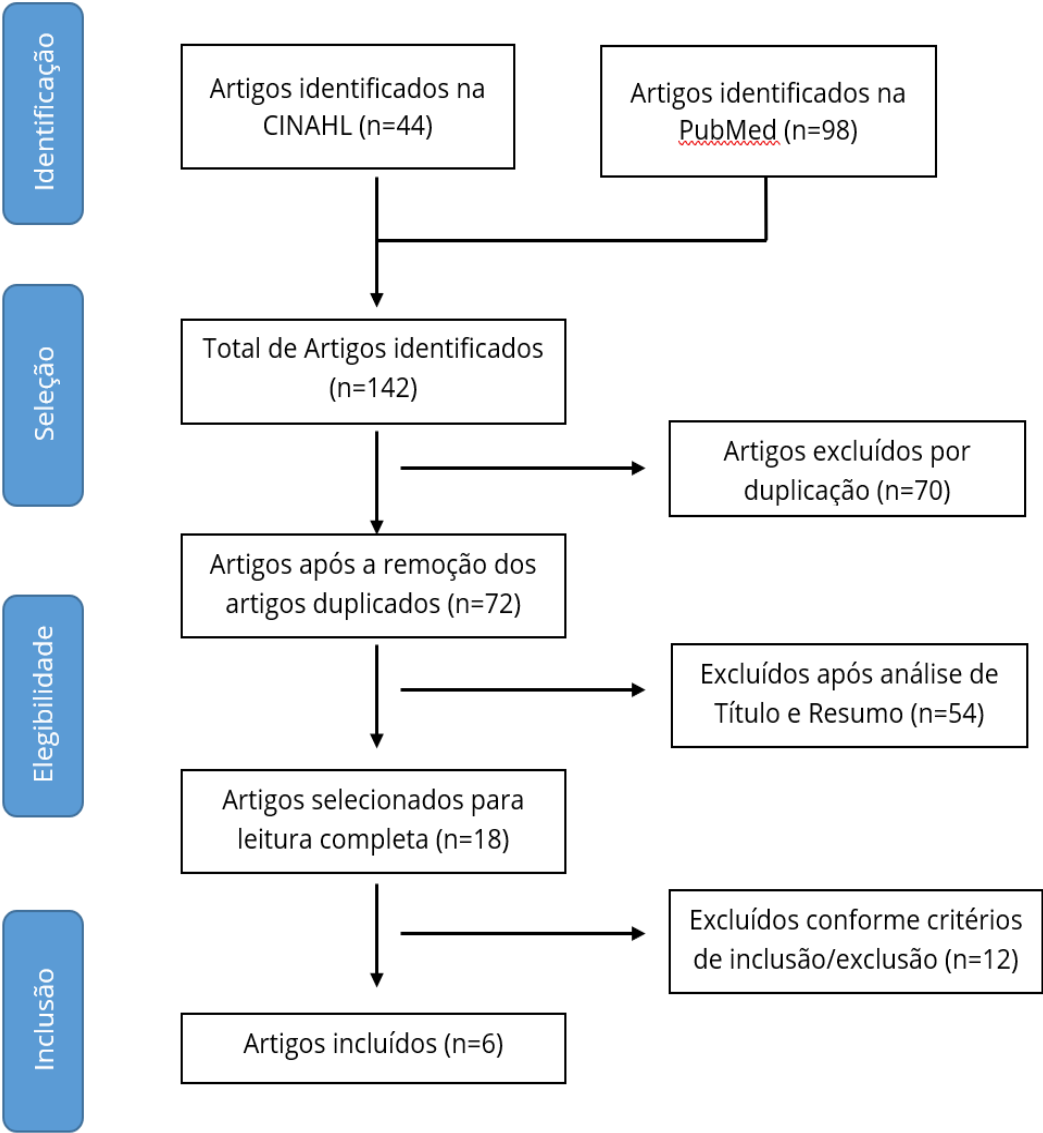
Partindo do acrónimo PICO definiram-se os critérios de inclusão e exclusão, explanados na tabela, a seguir apresentada.

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População (P)	Pessoa adulta em situação crítica	Pessoas com idade pediátrica e adultos que não estão internados UCI;
Fenómeno de Interesse (I)	Benefícios da Promoção do Levante	Intervenções não relacionadas com a Promoção do levante
Contexto (Co)	Ventilação Mecânica Invasiva	Pessoas não submetidas a Ventilação Mecânica Invasiva
Tipos de Estudos	Investigação qualitativa, quantitativa, ou mistos	Artigos não científicos, sem resumo na base de dados
Data publicação	Período compreendido entre 2013- 2023	Artigos com data inferior a 2013
Idioma	Inglês, português, espanhol	Qualquer outro idioma

Para a presente pesquisa foi definida como expressão booleana: (Mechanical ventilation OR respiration, artificial OR ventilator patients OR ventilators, mechanical) *AND* (Critical care nursing OR Intensive care units) *AND* (Rehabilitation OR early ambulation OR exercise movement techniques OR exercise therapy OR therapeutic exercise). Seguidamente será apresentado o fluxograma que traduz o processo de investigação realizado. A estratificação dos dados dos documentos seleccionados será feita adiante. A pesquisa poderá vir a ser alvo de um processo de refinação de forma a melhorar o método de revisão.

Fluxograma 1. Corpus de Análise



APÊNDICE 2 – CRONOGRAMA

APÊNDICE II – CRONOGRAMA

COMPETÊNCIAS E OBJETIVOS	Ano	2023								Pausa letiva	Total horas	
	Mês	Maio				Junho		Julho				
	Dias	15	22	29	5	12	19	26	3		10	285h
		21	28	4	11	18	25	2	9		14	
	Ensino Clínico	Orto-traumatologia				Comunidade			DESP			
		Elaboração do relatório de estágio										
	A1, A2: Objetivo 1											
	B1, B2, B3: Obj. 2											
	C1, C2: Objetivo 3											
	C1, C2: Objetivo 4											
D1, D2: Objetivo 5												
J1: Objetivo 6												
J2: Objetivo 7												
J3: Objetivo 8												

COMPETÊNCIAS E OBJETIVOS	Ano	2023												2024													
	Mês	Set	Outubro					Novembro					Dezembro				Janeiro					Fevereiro					Mar
	Dias	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	3	8	15	22	29	5	12	15	19	26	4	
		29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	2	5	12	19	26	2	9	14	16	23	1	8	
	Ensino Clínico	Neurológico						Cardiorrespiratório						Pausa letiva	UMDR					PED							
		Elaboração do relatório																									
	A1, A2 Objetivo 1																										
	B1, B2, B3 Objetivo 2																										
	C1, C2 Objetivo 3																										
	C1, C2 Objetivo 4																										
D1, D2 Objetivo 5																											
J1 Objetivo 6																											
J2 Objetivo 7																											
J3 Objetivo 8																											
Objetivo 9																											

Pausa letiva

APÊNDICE III - Relatório de Estágio: Enfermagem de Reabilitação em
Contexto Orto-Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade

APÊNDICE III – Relatório de Estágio: Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto-Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade

O Relatório de Estágio – **Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto-Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade** é um documento essencial no percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER). Este relatório reflete as aprendizagens realizadas em cenários clínicos diversificados, evidenciando o desenvolvimento de competências técnico-científicas e humanas indispensáveis ao Enfermeiro Especialista EEER.

O documento aborda a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, com ênfase na reabilitação de pessoas com condições musculoesqueléticas e patologias reumatológicas, tanto no contexto hospitalar quanto na comunidade. Além disso, destaca a articulação entre teoria e prática, consolidando competências em áreas como gestão de cuidados, melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional, alinhadas aos regulamentos e padrões definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

A inclusão deste relatório como apêndice visa fornecer uma visão detalhada e complementar sobre as atividades e intervenções desenvolvidas durante o estágio, servindo como uma base sólida para o aprofundamento das reflexões e análises apresentadas ao longo deste trabalho final. Ele representa não apenas um marco no processo de formação, mas também uma fonte de evidência das capacidades adquiridas para exercer a especialização em Enfermagem de Reabilitação com excelência.



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

Relatório de Estágio

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

João Pedro Carvalho dos Santos



**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

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

João Pedro Carvalho dos Santos

Orientador: Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra

Coorientador: Professora Cristina Saraiva



**Lisboa
2023**

LISTA DE SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CMER - Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER - Enfermagem de Reabilitação

EE - Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MCQ - Melhoria Contínua da Qualidade

OE - Ordem dos Enfermeiros

PII - Plano de Intervenção Individual

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS	53
INTRODUÇÃO	55
1. Desenvolvimento de competências e atividades realizadas.....	58
1.1. Domínio A: Responsabilidade profissional, ética e legal.....	60
1.2. Domínio B: Melhoria contínua da qualidade	63
1.3. Domínio C: Gestão dos cuidados.....	65
1.4. Domínio D: Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	67
1.5. Competências Específicas do EEER	68
2. Avaliação do percurso formativo	71
3. Considerações finais.....	73
Referências bibliográficas.....	74

INTRODUÇÃO

Este relatório é elaborado no contexto da Unidade Curricular "Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade", integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER). O documento apresenta uma reflexão crítica sobre as atividades realizadas e experiências vivenciadas em contexto clínico. O objetivo central deste relatório é detalhar o processo formativo que fundamentou o desenvolvimento de competências técnico-científicas e humanas essenciais para prestar cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ER) a clientes com lesões do sistema musculoesquelético, abrangendo contextos orto traumatológicos e reumatológicos. Este cuidado é direcionado tanto ao cliente como à sua família, seja em contexto de internamento ou na comunidade, e está inserido no processo abrangente de cuidados. Estas competências são essenciais para a obtenção do grau de Especialista, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e também para o grau de Mestre, de acordo com os descritores de Dublin.

À medida que a população envelhece, confrontada com doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, e em paralelo com a evolução tecnológica e as mudanças organizacionais, torna-se evidente uma crescente necessidade de políticas mais eficientes de gestão de recursos humanos na saúde. Esta realidade amplia a complexidade das áreas clínicas, sublinhando a permanente necessidade de formação especializada para os profissionais de saúde, em particular para os enfermeiros.

A área de ER, especificamente em contextos orto traumatológicos e reumatológicos, possui uma dinâmica própria que requer uma sensibilidade e aptidão especial por parte dos enfermeiros. O contato direto com clientes que enfrentam dificuldades musculoesqueléticas, muitas vezes acompanhadas de uma dose significativa de desconforto e até de sofrimento, exige não apenas competência técnica, mas também uma abordagem humanizada e compreensiva. Estes aspetos ampliam a relevância deste estágio e sublinham a importância de uma formação sólida e adaptada ao contexto.

Neste cenário de constante transformação, a formação teórica e prática assume um papel de destaque. A teoria proporciona a base, a estrutura e a orientação para a prática. É através do conhecimento teórico que, quando corretamente aplicado, se chega

a decisões clínicas fundamentadas e a intervenções eficazes. Por outro lado, é na prática que o aprendizado se consolida, oferecendo espaço para a experimentação e feedback direto sobre as ações realizadas.

O meu compromisso com estes pilares levou-me à definição de objetivos gerais e específicos, aspirando ao desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista (EE), conforme estabelecido pela OE. A **responsabilidade profissional, ética e legal** é a bússola da prática do enfermeiro, garantindo que os cuidados prestados sejam não apenas competentes, mas também eticamente e legalmente sólidos. A procura pela **Melhoria Contínua da Qualidade** (MCQ) reflete o empenho do enfermeiro na excelência, demonstrando um esforço contínuo para otimizar os cuidados que presta. A **gestão dos cuidados** assegura uma prática de enfermagem eficiente, centrada no cliente e adaptada às suas necessidades específicas. E, finalmente, a valorização do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** evidencia o compromisso do enfermeiro com a formação contínua, confirmando que mantém uma atualização constante, essencial para enfrentar os desafios inerentes à prática clínica.

Para a elaboração deste relatório, foram estabelecidas diversas intervenções e atividades direcionadas ao cumprimento dos objetivos delineados. Estas ações visaram não apenas o desenvolvimento das Competências Comuns do EE, mas também das competências específicas inerentes **do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** (EEER). Os dois objetivos gerais determinados foram:

- Prestar cuidados especializados de ER ao cliente em todos os contextos da prática e ao longo de seu ciclo vital;
- Capacitar o cliente que apresenta deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, auxiliando na sua reinserção e participação ativa na sociedade.

Para uma compreensão mais clara do meu trajeto na aquisição de competências em ER, decidi detalhar e contextualizar as experiências e atividades que realizei durante o estágio, alinhando-as com as competências que perfilam cada um dos Domínios supracitados. Deste modo, vou descrever as atividades de uma maneira que abranja ambos os contextos de estágio, focando principalmente naquelas cruciais para desenvolver cada competência. Para orientar e embasar a prática em ER, escolhi a Teoria

de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, proposta por Dorothea Orem, que vê a promoção do autocuidado como o objetivo principal da Enfermagem. (Orem, 2001).

O presente relatório está estruturado em três partes distintas. Na primeira, esta introdução, esclareço o propósito e a amplitude do relatório, salientando a estreita relação entre teoria e prática, fundamentais na formação de um EEER. A segunda secciona-se em dois capítulos cruciais: “Desenvolvimento de competências e atividades realizadas” e “Avaliação do percurso formativo”. No primeiro, analisarei e refletirei sobre o percurso na aquisição das competências de ER, baseando-me nos objetivos gerais e específicos traçados. No segundo, abordarei a avaliação do meu trajeto formativo, contemplando os aspetos positivos e negativos, bem como os desafios e triunfos vivenciados durante o ensino clínico. A terceira parte trará considerações finais, onde sintetizarei os pontos mais marcantes da minha aprendizagem e projetarei as expectativas futuras, considerando a evolução contínua da profissão.

Quanto à estruturação deste documento, segui as diretrizes do Guia Orientador da ESEL e adotei a Norma APA (7ª edição) para citações e referências.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES REALIZADAS

Para dar resposta às exigências formativas e consolidar as competências anteriormente identificadas, os locais de estágio foram criteriosamente selecionados com base nos objetivos gerais estabelecidos. A etapa inicial decorreu num ambiente hospitalar, nomeadamente num serviço de internamento cirúrgico especializado em ortopedia. Este serviço é reconhecido como um centro de referência nacional no diagnóstico e tratamento das escolioses. Paralelamente, acolhe um elevado número de clientes para realização de cirurgias programadas, sobretudo artroplastias da anca e do joelho. Neste cenário, o EEER detém uma responsabilidade preponderante, assegurando um processo de reabilitação eficiente. A sua intervenção foca-se no bem-estar holístico do cliente, objetivando a sua plena reintegração social, com uma elevada qualidade de vida e funcionalidade. As competências-chave do EEER abarcam a criação de planos de cuidados personalizados, a educação e capacitação do cliente, a promoção de mobilidade e independência, uma gestão eficiente da dor e a promoção de cuidados contínuos. Adicionalmente, o papel deste enfermeiro é vital na transição do cliente entre variados níveis de cuidado, assegurando a resposta adequada às suas necessidades, seja em contexto hospitalar, domiciliário ou noutras instituições. Na sequência da experiência hospitalar, a etapa subsequente do meu estágio enquadrou-se no contexto comunitário, especificamente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na área metropolitana de Lisboa. Esta fase mostrou-se determinante para o meu desenvolvimento profissional, pois permitiu-me imergir nos desafios dos cuidados de reabilitação durante a transição do hospital para a comunidade, bem como adaptar as minhas competências a cenários menos estruturados do que os hospitalares. O ato de prestar cuidados no domicílio dos clientes revelou diversas contingências próprias desse ambiente, exigindo adaptabilidade e resposta eficaz a situações variadas.

No seio das ECCI, a intervenção do EEER é fulcral, sobretudo após a alta hospitalar, no sentido que é determinante na assegurar de uma transição fluida e segura para o domicílio, garantindo a continuação eficaz do processo de reabilitação. Com um foco contínuo em reabilitação, o EEER visa essencialmente a recuperação funcional do cliente, favorecendo a sua independência e consequente melhoria da sua qualidade de vida. Em

complemento, foi realizada uma fase de estágio observacional participativo nas áreas Reumatológica e Desportiva. Apesar do carácter breve deste estágio, proporcionou-me uma visão aprofundada sobre a realidade dos enfermeiros nestes contextos, permitindo-me perceber o valor acrescentado do EEER, quer na reabilitação de atletas de alto rendimento, quer na melhoria da qualidade de vida de clientes com patologias reumatológicas.

O EE é distinguido pela sua competência científica, técnica e humana, habilitado para prestar cuidados de enfermagem especializados, conforme estipulado no Regulamento nº 140/2019 (2019, p.4744). No cenário atual de cuidados de saúde, onde a exigência por conhecimento técnico e científico é crescente, a especialização em enfermagem surge como uma imperativa necessidade. Independentemente da especificidade da sua formação, todos os EE são dotados de competências essenciais, distribuídas em quatro domínios: Domínio A – "**responsabilidade profissional**, ética e legal"; Domínio B – "**melhoria contínua da qualidade**"; Domínio C – "**gestão dos cuidados**"; e Domínio D – "**desenvolvimento das aprendizagens profissionais**" (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745).

Os domínios acima mencionados refletem capacidades fundamentais para uma tomada de decisão informada, assegurando um ambiente seguro e a implementação de práticas de excelência que respeitem a dignidade e individualidade de cada pessoa. Estes domínios valorizam a liderança na gestão dos cuidados, o autoconhecimento e o raciocínio clínico fundamentado pela melhor evidência científica disponível. No âmbito dos cuidados especializados, e em particular na área da ER, é fundamental compreender a diversidade e complexidade das situações. As experiências abordadas neste capítulo evidenciam a mobilização de um vasto leque de competências, que vão além da mera análise técnica. No entanto, as situações descritas foram cuidadosamente selecionadas por ilustrarem de forma clara a justificação e visibilidade do desenvolvimento da competência em foco, sempre com a consciência de que o seu aperfeiçoamento é um processo contínuo e não se limita ao que é aqui exposto. A exposição detalhada e a análise crítica das atividades, bem como das demais ações, estão estruturadas de acordo com os quatro domínios de competência anteriormente mencionados e alinhadas às competências específicas do EEER.

1.1. Domínio A: Responsabilidade profissional, ética e legal

No dia a dia da Enfermagem, confrontamo-nos frequentemente com dilemas éticos e situações complexas que exigem decisões refletidas e fundamentadas. Segundo Benner (2009), decidir eticamente na enfermagem vai além de um simples exercício intelectual, sendo antes a conjugação de conhecimento moral, prática clínica e introspeção. Deodato (2016) reforça que a ética impele a uma contínua reflexão sobre o cuidado à Pessoa, assegurando a inviolabilidade da sua dignidade e direitos. Esta perspetiva, sublinhada por Smurl e citado por Deodato (2014), associa a decisão ética à harmonia entre competência e arte, sempre respeitando os valores e princípios do cliente e da sua família. Esta é uma abordagem fundada em pilares éticos da enfermagem, como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, e ancorada nos valores profissionais estipulados no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

O papel do EE é delineado por uma tríade crucial: deveres, competências e padrões de qualidade. Esta intersecção, guiada pelo CDE, pelo Perfil de Competências do EEER e pelos Padrões de Qualidade, confere ao enfermeiro uma responsabilidade singular, pois as suas escolhas têm impacto direto na qualidade de vida da Pessoa a quem presta cuidados. Em conformidade com as competências que sustentam as práticas de cuidados e que garantem o respeito pelos direitos humanos, o enfermeiro tem o dever de avaliar e interpretar distintas situações, assegurando a proteção dos direitos humanos e orientando a sua prática com foco na segurança e dignidade do indivíduo. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4746). A minha atuação, em todos os contextos clínicos, manteve-se fiel a estes princípios e valores deontológicos. Privilegiei constantemente um cuidado centrado na pessoa, respeitando a sua individualidade e convicções. Garanti direitos basilares, como o consentimento informado, elucidando cada intervenção e assegurando o assentimento do cliente, e respeitando, de forma intransigente, a sua privacidade e confidencialidade. Ao focar no desenvolvimento deste domínio, foi crucial compreender a dinâmica, organização e intervenção da equipa multidisciplinar e do EEER nos contextos de estágio. Para tal, consultei normas, inteirei-me da missão de cada unidade e os seus projetos estabelecidos, entrevistei ainda informalmente os profissionais das equipas multidisciplinares e explorei manuais de procedimentos.

Com o intuito de desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, as intervenções e as atividades desenvolvidas fundamentaram-se sempre em uma avaliação meticulosa das melhores práticas, levando em consideração as preferências individuais de cada cliente. Esse compromisso alinha-se com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional.

Um exemplo ilustrativo dessa abordagem ocorreu na ECCI, onde prestei cuidados de reabilitação. Um cliente foi submetido a uma artroplastia total da anca, e mantinha o desejo de tomar o pequeno-almoço diariamente numa pastelaria situada a um quarteirão da sua residência. O trajeto até ao estabelecimento apresentava terrenos irregulares e inclinados. Como resposta a essa situação, utilizámos o espaço exterior da sua casa para recriar um terreno semelhante, aproveitando a terra arável. Esta estratégia visava simular um treino de marcha com condições semelhantes ao percurso até à pastelaria. Com a definição de um objetivo tangível e respeitando as crenças e prioridades do cliente, conseguimos potenciar a sua motivação ao longo do processo de reabilitação. Este exemplo sublinha a relevância de garantir a autodeterminação do cliente e de lhe permitir fazer escolhas informadas no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.

Conforme estabelecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o EE dá grande importância à gestão do ambiente centrado na pessoa, considerando-a como um pilar essencial para a efetividade terapêutica (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747). Sob essa perspetiva e tendo sempre em vista o respeito pelos direitos humanos, empenhámo-nos ativamente na identificação e prevenção de situações que pudessem comprometer os clientes, tanto em ambientes domiciliários quanto hospitalares. Levámos em conta as especificidades dos cuidados especializados e, em parceria com os clientes e suas famílias, implementámos alterações estruturais nos domicílios para potencializar a segurança e facilitar a mobilização. Introduzimos melhorias, tais como a remoção de obstáculos, aprimoramento da iluminação, instalação de barras de apoio, sugestão de mobiliário adaptado e ênfase no uso de calçado adequado. Além disso, recomendámos a colocação de tapetes ou adesivos antiderrapantes em áreas propensas a humidade, visando sempre reforçar a segurança e dignidade dos clientes. Atuar no contexto da ECCI, em especial no domicílio das pessoas,

representou um desafio pela singularidade e complexidade inerentes. Em contraste com minha experiência em ambiente hospitalar, num ambiente altamente controlado, o domicílio trouxe desafios como recursos limitados, espaços físicos restritivos e o isolamento profissional. Adicionalmente, observei que determinados ambientes domiciliários acarretavam riscos associados à sua localização, presença de animais domésticos ou até mesmo tensões familiares existentes. Contudo, esses desafios não só fortaleceram a minha determinação como também fomentaram o meu desejo de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Apesar dos obstáculos inerentes ao contexto domiciliário, ele proporciona vastas oportunidades para apoiar o cliente na recuperação e aprimoramento de suas capacidades funcionais, promovendo assim sua independência e melhoria na qualidade de vida.

O ambiente domiciliário é amplamente reconhecido como um local favorável para desenvolver processos terapêuticos que impulsionam a saúde familiar e, por extensão, a saúde global (Regulamento Dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Saúde Familiar, 2015). O próprio contexto domiciliário promove o conforto, a segurança e a independência do cliente. Através desta abordagem holística, observamos o cliente na sua verdadeira realidade, o que nos dá *insights* valiosos para a elaboração do plano de cuidados. No entanto, apesar de aconselharmos e educarmos os clientes e as famílias de quem cuidamos, nem sempre as mudanças sugeridas são incorporadas no dia a dia, sobretudo quando contrariam crenças e valores pessoais e familiares. Como referido por Nunes et al., (2005) cada pessoa é um ser único, com seus próprios valores, crenças e desejos, e deve ser respeitada na sua individualidade.

No entanto, a confiança e a relação terapêutica estabelecida com o cliente e com as pessoas significativas, formaram uma parceria nos cuidados. Esta parceria resultou na adoção de estratégias e atitudes que potencializaram a reabilitação e promoveram ganhos significativos em independência. Estes resultados são testemunhos do impacto positivo e da eficácia dos cuidados num ambiente domiciliário, reforçando o papel crucial do EE neste contexto.

1.2. Domínio B: Melhoria contínua da qualidade

Numa era marcada pelo aumento da esperança média de vida, complexidade de problemas de saúde e avanços técnico-científicos, as pessoas anseiam por cuidados de saúde de alta qualidade. Por isso, a qualidade em saúde emergiu como prioridade das equipas multiprofissionais (OE, 2001). O EE tem, dentro do panorama de saúde, a responsabilidade de cultivar práticas de excelência, colaborando ativamente em programas de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019, p.4747). Na ER, dada a sua amplitude e procura por cuidados especializados, é crucial que as competências se moldem ao público e contexto. Esta abordagem exige uma contínua atualização da prática baseada em investigação, com um foco firme nos resultados e nos cuidados de enfermagem, além de uma participação ativa em pesquisas para enriquecer o saber na especialidade. (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13566).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021), melhorar a qualidade dos cuidados de saúde requer um empenho contínuo. Este zelo assegura eficiência, equidade, e satisfação dos cidadãos, promovendo um acesso equitativo a cuidados de saúde devidamente prestados. Dentro do dinamismo da ER, a procura pela excelência é inegociável. O EEER lidera esta missão, garantindo cuidados atualizados, seguros e centrados no cliente. Este ideal é refletido no Domínio B, evidenciando as ferramentas e estratégias dos EE. É assim vital compreender que o crescimento sustentado de qualquer profissão está enraizado na investigação. Segundo Fortin (2009), ela fundamenta a prática, garantindo a qualidade dos serviços prestados. Na enfermagem, a investigação foca na pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, bem como nas interações entre eles, conforme delineado por Fortin (2003). Baixinho (2007) reforça que o enfermeiro, como agente social, deve ser proativo na sua formação e desenvolvimento de competências.

A minha prática foi conduzida pela constante revisão de evidências científicas, orientações e análise dos resultados das intervenções implementadas. Em busca de excelência, empreguei indicadores e ferramentas avaliativas ao longo de todo o processo clínico. Estive sempre atento a identificar áreas de melhoria, dando-lhes a devida prioridade. Além disso, o EE deve priorizar a criação de um ambiente terapêutico centrado no indivíduo, visto que isso é crucial para a eficácia terapêutica e para prevenir incidentes.

Esta atuação proativa procura promover um bem-estar geral, gerindo potenciais riscos e garantindo um ambiente seguro. Um exemplo que ilustra a aplicação desta competência foi a incorporação da família nos cuidados. Durante a minha atuação na ECCL, cuidei de uma cliente que teve COVID. No decorrer do plano de reabilitação, o seu marido também contraiu o vírus SARS-CoV-2 e foi hospitalizado devido a uma insuficiência respiratória. Quando retornou a casa, mesmo ainda não estando formalmente inserido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), adaptamos o plano de reabilitação respiratória para que o mesmo se enquadrasse na reabilitação dos dois. Isso potenciou a motivação da cliente e melhorou a qualidade de vida do casal.

No âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade, o EEER é responsável por planejar e promover a implementação de programas direcionados à melhoria contínua da qualidade. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747). Nesta perspetiva, durante o meu período no serviço de internamento de Ortopedia, envolvi-me ativamente em um projeto que propunha a realização de consultas pré-cirúrgicas multidisciplinares. Nestas consultas, os clientes tinham a possibilidade de serem acompanhados pelos seus familiares, estabelecendo um contacto direto com o médico, o EEER e a assistente social. Este encontro multidisciplinar tinha como objetivo otimizar todo o processo peri-operatório. Em particular, a intervenção do EEER centrou-se em fornecer ao cliente informações detalhadas sobre os cuidados a serem tomados antes e após a cirurgia, minimizar a sua ansiedade e planejar a alta hospitalar, considerando adaptações necessárias no domicílio e cuidados subsequentes.

No âmbito da gestão de risco, o EEER tem ainda a responsabilidade de se envolver a nível institucional e/ou de unidades funcionais. Segundo o Regulamento nº 140/2019, este profissional deve cooperar na organização do trabalho, de modo a minimizar a probabilidade de erros humanos. Ainda durante o meu estágio no serviço de internamento de Ortopedia, deparei-me com uma prática entre alguns Enfermeiros Generalistas que, consistentemente, recorriam ao triângulo de abdução nos posicionamentos do leito no pós-operatório de todos os clientes submetidos a Artroplastias da Anca, independentemente do tipo de abordagem cirúrgica utilizada. Adicionalmente, verifiquei uma certa relutância em posicionar os clientes em decúbito lateral no pós-operatório imediato. Face a estas observações, e em colaboração com a

Orientadora Clínica, promovemos uma ação de formação centrada nos cuidados específicos a adotar consoante a abordagem cirúrgica. Para além disto, procedemos à reestruturação do ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*), que é a ferramenta padrão para comunicação durante a mudança de turnos na equipa de enfermagem. Nesta reformulação, incluímos uma secção com informações essenciais de ER, realçando os cuidados específicos e elementos-chave do programa de reabilitação personalizado para cada cliente.

1.3. Domínio C: Gestão dos cuidados

O enfermeiro, por estar frequentemente em contacto direto com o cliente, torna-se o elemento central da equipa multiprofissional, desempenhando um papel crucial na "gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas." (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748). Face aos desafios impostos pelas sociedades em constante evolução, a gestão e organização dos cuidados de saúde, incluindo os processos de reabilitação, exigem que o EEER trabalhe em colaboração com a equipa multidisciplinar. Esta parceria é essencial para alcançar "resultados que reflitam ganhos em saúde para os cidadãos, famílias e comunidade" (Pontes & Santos, 2016, p.90). A literatura enfatiza que uma equipa multiprofissional combina diversas capacidades e competências, sendo cruciais para o processo de reabilitação individualizado (Santos, 2016).

Na ER, a Gestão de Cuidados é um processo coordenado e sistemático de planeamento, implementação, avaliação e ajuste dos cuidados, centrado nas necessidades individuais do cliente. O objetivo é maximizar a sua recuperação e independência, contemplando não só as capacidades físicas, mas também o bem-estar emocional, social e psicológico.

Dentro desta gestão, o EEER assume um papel determinante. Conforme estipulado no Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748, ele "realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde". No serviço de internamento de Ortopedia, o EEER não só atribui os clientes a cada Enfermeiro Generalista, mas também identifica as necessidades emergentes de reabilitação. Baseando-se nisso, implementa ou supervisiona um plano personalizado de intervenções para cada cliente.

Conforme o Regulamento nº 140/2019 (2019, p.4748), no contexto da gestão dos cuidados, o EEER deve negociar recursos apropriados para assegurar a prestação de cuidados de alta qualidade, bem como fazer uso eficiente desses recursos com o objetivo de promover excelência nos cuidados.

No ambiente domiciliário, a relação construída entre o EEER, os clientes e as suas famílias ou cuidadores é fundamental. Esta parceria permite não só uma abordagem personalizada dos cuidados, mas também cria um ambiente propício para se adaptar ao processo de saúde/doença, capacitar famílias e cuidadores e assegurar a continuidade do cuidado. Além disso, esta colaboração é crucial na gestão e alocação de recursos (Verde, 2015). A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER, 2010) destaca a relevância do EEER no contexto domiciliário, sublinhando a sua intervenção na avaliação das condições de habitação e na orientação de mudanças necessárias. Além disso, a sua atuação estende-se à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Na ECCI, deparamo-nos com um caso peculiar: uma cliente, que após a implantação de uma prótese total no joelho, encontrava-se com significativas limitações físicas. Estas incapacidades manifestavam-se particularmente quando tentava atravessar a passadeira pedestre localizada próximo à sua residência, limitando significativamente o seu raio de mobilidade ao confiná-la a uma área restrita de condomínios. Neste contexto, e visando compreender a adequação dos semáforos pedestres à situação da cliente, recorremos ao "Documento normativo para aplicação a arruamentos urbanos – Características geométricas para vias de tráfego não motorizado" (IMT, 2020). Embora a temporização do sinal verde estivesse em conformidade com os padrões estabelecidos, observou-se que, mesmo após uma pausa prévia, a cliente não conseguia completar a travessia antes do sinal encerrar. Tal situação exacerbava seus níveis de ansiedade, elevando o potencial risco de queda e dissuadindo-a de atravessar a passadeira. Dada a relevância desta questão para a reabilitação da cliente, estabelecemos contacto com a câmara municipal, integrada à RNCCI, solicitando uma extensão do tempo do sinal verde. Felizmente, o pedido foi atendido, o que possibilitou superar um dos obstáculos fundamentais no processo de reabilitação da nossa cliente. Esta situação ilustra a importância de um olhar atento e individualizado por parte dos profissionais de saúde. Em situações onde os clientes demonstram uma maior dependência, é crucial que o EEER esteja atento às

condições em que vivem e aos recursos disponíveis, tanto humanos quanto materiais. Esta observação minuciosa é vital para a prevenção de incidentes e a gestão de riscos, abrangendo preocupações como quedas, desenvolvimento de úlceras por pressão e riscos de isolamento social, entre outros.

1.4. Domínio D: Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Na incessante procura pela excelência profissional, o "autoconhecimento" destaca-se como competência essencial. O EE necessita de um profundo entendimento sobre si mesmo, reconhecendo tanto os seus recursos como as suas limitações, tanto a nível pessoal como profissional. Esta introspeção é vital para identificar elementos que possam influenciar a relação terapêutica, um pilar central na prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4749).

Na minha jornada de autodesenvolvimento, procurei feedback regularmente, especialmente da minha Orientadora Clínica. Paralelamente, analisei e refleti sobre as minhas práticas, sempre com o objetivo de aprimorar a minha atuação. A autoavaliação emergiu como uma ferramenta reflexiva, permitindo identificar pontos fortes e áreas de desenvolvimento. Adicionalmente, a consulta e incorporação de novas evidências científicas foram cruciais para a minha evolução enquanto enfermeiro. Identifiquei prontamente a comunicação como um âmbito a necessitar de aprimoramento, especialmente com os clientes e seus familiares. No contexto da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde trabalho, deparo-me com desafios comunicacionais únicos. Muitos dos nossos clientes, devido ao seu estado clínico, ficam restritos à comunicação não verbal. Simultaneamente, a interação com familiares torna-se limitada, quer seja pelas visitas restritas ou pela complexidade das informações que devem ser transmitidas com extrema sensibilidade. Esta prudência é vital para evitar gerar ansiedade, criar expectativas irrealistas ou confrontar dificuldades de compreensão, particularmente em contextos de aliteracia em saúde. Face a estas particularidades, tornou-se evidente durante os meus estágios a necessidade de aprimorar a comunicação terapêutica.

A comunicação em enfermagem é fundamental para estabelecer uma relação terapêutica eficaz. Através de uma interação e comunicação bem organizadas, o enfermeiro consegue obter informações cruciais para avaliar de forma rigorosa as

necessidades de saúde/doença dos clientes, orientando assim as intervenções de enfermagem mais apropriadas. (Martinez et al., 2013).

Assim para desenvolver uma comunicação eficaz foi realizado treino de escuta ativa e empática, garantindo que o cliente se sinta compreendido e valorizado. Esta prática foi complementada com o uso de linguagem clara e acessível, adaptada ao nível de compreensão do cliente e da sua família. Um EE, na procura pela excelência na comunicação terapêutica, frequentemente adota uma série de atividades e intervenções que ampliam sua habilidade comunicativa. Visando estabelecer-me como um facilitador nos processos de aprendizagem e como um participante ativo na investigação, sempre orientei a minha prática para maximizar as oportunidades educacionais. Na ECCL, tomei a iniciativa de analisar de forma proativa situações clínicas. Sempre que surgiam oportunidades, não hesitei em acompanhar outros EEER além da minha Orientadora Clínica, procurando desenvolver e aperfeiçoar competências na ER. Após estas experiências, discutia e refletia com minha Orientadora Clínica sobre o aprendizado e as vivências adquiridas, solidificando o conhecimento obtido.

1.5. Competências Específicas do EEER

A ER, enquanto especialidade multidisciplinar, vai além da mera prática clínica, tornando-se um pilar na recuperação de indivíduos que enfrentam desafios de saúde. Segundo o Regulamento nº 392/2019, “A reabilitação [...] compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.” (p.13565).

Neste âmbito, o EEER desempenha um papel crucial, uma vez que é incumbido da responsabilidade de “cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Competência J1). A sua atuação estende-se para “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Competência J2) e “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Competência J3), tal como mencionado no Regulamento nº 392/2019 (p.13566 e 13567).

Durante minha experiência em ambientes clínicos, tanto hospitalares como comunitários, tive a oportunidade de aplicar diversas competências na prática. Por exemplo, utilizei instrumentos específicos para avaliar a capacidade funcional dos clientes, fundamentando assim as intervenções a serem realizadas (J1.1.1 e J1.1.2). Também identifiquei barreiras que afetavam a capacidade dos clientes em realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's). Baseado nesses achados, estabeleci medidas para promover a sua autonomia no dia a dia (J1.1.4). Em outros momentos, consegui diagnosticar precocemente respostas humanas desadequadas a nível motor, possibilitando a implementação de intervenções direcionadas (J1.1.7 e J1.1.8).

A abordagem adotada pelo EEER reconhece a complexidade da recuperação humana e a interação entre mente e corpo. O foco não é apenas restaurar a funcionalidade física, mas também atender às necessidades psicológicas e sociais do indivíduo. Este compromisso requer que o enfermeiro de reabilitação esteja sempre em busca de novos conhecimentos e técnicas, de modo a abranger todas as dimensões da recuperação do cliente. A formação contínua e a capacidade de trabalhar em equipas multidisciplinares são, portanto, componentes cruciais para a eficácia do EEER. A ER, conforme Martins et al., (2018) destacam, "é uma área especializada da Enfermagem que busca prevenir, recuperar e reabilitar indivíduos vítimas de doenças súbitas ou agravamento de patologias crónicas". Na minha perspetiva, o EEER diferencia-se pela sua abordagem integradora, individualizada e minuciosa, dirigida a todos aqueles cuja funcionalidade está comprometida.

Durante o meu estágio clínico no serviço de internamento de Ortopedia, o plano terapêutico que elaborei abrangeu uma ampla gama de abordagens. Estas incluíram a aplicação de planos educacionais e treinos funcionais focados na reabilitação motora com especial ênfase no aperfeiçoamento da força muscular, flexibilidade, resistência, marcha, equilíbrio postural e transferências. Também foram introduzidos dispositivos de auxílio, tais como almofadas de abdução, pinças de alcance e assentos sanitários, bem como técnicas de reabilitação respiratória.

No campo da reabilitação respiratória, o EEER assume uma função indispensável, enfocando a melhoria da capacidade respiratória e a independência do cliente. Esta especialização envolve a avaliação da função pulmonar, a educação sobre doenças

respiratórias, o treino de exercícios específicos para fortalecer os músculos respiratórios e a orientação sobre técnicas de respiração e uso de dispositivos auxiliares. Além disso, o EEER também tem a responsabilidade de acompanhar o cliente no uso correto de medicações, por exemplo inaloterapia, e na adaptação a diferentes situações do dia a dia que podem impactar a respiração, como atividades físicas ou momentos de stresse. Esta abordagem holística visa não apenas melhorar a capacidade pulmonar do cliente, mas também proporcionar uma melhor qualidade de vida, com maior compreensão de sua condição e ferramentas para enfrentá-la.

Dentro da comunidade, o papel do EEER torna-se ainda mais vital, servindo como uma ponte entre os cuidados clínicos e a vida quotidiana do indivíduo. Esta autonomia permite ao EEER construir programas de reabilitação que são tanto globais quanto personalizados, considerando não só as necessidades identificadas, mas também as circunstâncias individuais e o contexto cultural de cada cliente. Ao desenvolver estratégias de reabilitação adaptadas ao ambiente familiar e social, o EEER garante uma transição mais suave da hospitalização para a vida em casa, promovendo a independência e a integração na comunidade. Esta abordagem centrada no cliente ajuda a restaurar não apenas a saúde física, mas também a confiança e a dignidade, fundamentais para uma recuperação completa e uma vida plena. No âmbito comunitário, saliento a minha participação proativa nas reuniões quinzenais do Plano de Intervenção Individual (PII). Durante estas sessões, dediquei-me a identificar e abordar as necessidades dos utentes sob minha responsabilidade, com o objetivo de otimizar a sua funcionalidade. Além disso, uma característica distintiva do EEER é o compromisso em garantir que o indivíduo e sua família se tornem parceiros ativos no processo de reabilitação. Isso é alcançado não apenas fornecendo cuidados de alta qualidade, mas também educando e capacitando os indivíduos a tomarem decisões informadas sobre o seu próprio cuidado. O resultado é uma recuperação mais sustentada e a possibilidade de uma reintegração mais suave e bem-sucedida na comunidade. Esta perspetiva centrada no cliente reflete a verdadeira essência da ER, garantindo que cada indivíduo seja visto como uma pessoa única com necessidades, desejos e aspirações distintas. Em suma, o EEER é vital no cenário da saúde, oferecendo uma abordagem humana, holística e multidisciplinar na recuperação e integração de indivíduos com necessidades especiais.

2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

A autoavaliação transcende a simples introspeção. Reflete a minha trajetória formativa, com cada experiência a contribuir de forma crucial para o meu crescimento profissional. Elaborar este relatório teve como propósito não apenas documentar esta evolução, mas também evidenciar um percurso pautado por descobertas, desafios e crescimento, alimentado por uma motivação e interesse únicos.

A minha trajetória formativa é o resultado de um projeto cuidadosamente traçado, mesmo perante a incerteza dos contextos em que iria estagiar. Porém, as experiências e aprendizagens foram tão vastas e ricas que ultrapassaram o que aqui é possível retratar.

Cada atividade e situação vivenciada teve um impacto significativo no desenvolvimento das minhas competências. As orientações tutoriais, as pesquisas bibliográficas e o contacto com equipas multidisciplinares reforçaram a minha capacidade de reflexão e pensamento crítico. Estou convicto de que alcancei a maior parte dos objetivos que me propus, consolidando-me enquanto futuro EE.

A jornada não esteve isenta de desafios. Desde o início, senti a pressão e a incerteza associadas ao planeamento das atividades. Uma das maiores tensões foi balancear os meus papéis: enquanto enfermeiro, estou habituado a tomar as rédeas, mas como estudante de mestrado, enfrentei momentos em que a minha autonomia estava limitada. Integrar-me em relações terapêuticas já estabelecidas entre a minha Orientadora Clínica, o cliente e a sua família foi outro desafio que exigiu adaptação e sensibilidade. Fui também confrontado com a ausência ocasional de recursos materiais adequados para a reabilitação. Esta circunstância exigiu de mim uma adaptação contínua e uma elevada criatividade, levando-me a recorrer a alternativas no desenvolvimento das atividades. Outra barreira que enfrentei foi a minha inexperiência em contexto comunitário. Esta falta de familiaridade com o ambiente e os recursos disponíveis para os clientes na comunidade inicialmente limitou a minha atuação. No entanto, este desafio tornou-se uma oportunidade valiosa para compreender e apreciar o verdadeiro potencial da reabilitação neste âmbito.

A orientação contínua ao longo do meu percurso, bem como o apoio dos enfermeiros orientadores, foi essencial para o meu progresso. O diálogo com a equipa multidisciplinar

e as reuniões de reabilitação na ECCL trouxeram valiosas perspectivas ao meu aprendizado, refinando as minhas abordagens e estratégias.

Estou consciente de que, apesar dos progressos alcançados, há áreas que requerem um foco intensificado. O desejo de crescimento profissional é incessante e mantenho-me determinado a seguir este trajeto com fervor e empenho.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao rememorar a minha trajetória formativa, a complexidade e riqueza de cada etapa e marco são incontestáveis. Contribuíram, de forma indelevelmente, para o meu amadurecimento enquanto profissional de enfermagem.

Quando delinee os objetivos deste projeto, estava consciente da sua ambição, mas também da necessidade de os atingir para evoluir na minha formação. Sinto que muitos desses objetivos foram alcançados. Contudo, reconheço que ainda há um longo e árduo caminho pela frente, o que só reforça a minha determinação e compromisso com a continuidade do meu desenvolvimento.

Os desafios foram inúmeros, mas também foram os catalisadores das minhas maiores aprendizagens. Confrontar-me com obstáculos e aprender a ultrapassá-los moldou a minha postura e reforçou a minha resiliência. Sei que, no futuro, estes desafios serão a base sobre a qual assentará a minha atuação.

Olhando para o horizonte, é fundamental continuar a consolidar o conhecimento teórico e, também aprimorar as habilidades técnicas relacionadas com a ER. O meu desejo é tornar-me um EE de eleição, reconhecido não apenas pelos conhecimentos que detenho, mas pela paixão e dedicação que incuto em cada ação.

Expresso a minha gratidão a todos os que me acompanharam neste trajeto: orientadores, colegas e as estimáveis equipas multidisciplinares com quem tive o privilégio de trabalhar. Cada interação, cada palavra de orientação ou crítica, foram essenciais nesta construção.

O valor de cada experiência, superação e lição é incalculável. Este trajeto delineou não apenas a minha competência técnica, mas também a minha identidade e missão. Com humildade e determinação, continuarei a trilhar o caminho do aprendizado e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.
- Baixinho, C. (2007). Autoformação em enfermagem: um instrumento para o desenvolvimento de competências. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 10.
- Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment & ethics*. Springer Publishing Company.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem*. Edições Almedina.
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Lusodidacta.
- Despacho nº 9390/2021. (2021, 24 de setembro). Diário da República, 187, 96-103.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (N. R. M. Salgueiro, Trad.; 3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (J. Côté & F. Filion, Colab.). Loures: Lusodidacta.
- Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres (IMT). (2020). *Documento normativo para aplicação a arruamentos urbanos: FASCÍCULO III - Características geométricas para vias de tráfego não motorizado*. Lisboa.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & de Souza, S. R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista gaucha de enfermagem*, 34(1), 37-44.
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (Coord.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pontes, M. & Santos, A. (2016). A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.

Regulamento n.º 367/2015. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República: II série*, 124.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, II Série*, 26, 4744-4750.

Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, II Série*, 85, 13565-13568.

Santos, L. L. (2016). O processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15-23). Loures: Lusodidacta.

Verde, F. F. (2015). *A Família como Parceiras nos Cuidados* (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.14/19685>.

APÊNDICE IV – Panfleto Informativo sobre Disrreflexia Autônoma

APÊNDICE IV – Panfleto Informativo sobre Disreflexia Autônoma

O presente panfleto foi elaborado durante o estágio no Serviço de Neurocirurgia. O objetivo do material é fornecer informação clara e acessível sobre a **Disreflexia Autônoma** a doentes com lesões medulares, bem como aos seus familiares e cuidadores. Este recurso foi desenvolvido como uma ferramenta de apoio educativo, promovendo a compreensão da condição, a identificação precoce dos sinais e a importância de uma intervenção adequada para prevenir complicações graves.

Durante o estágio, foi constatado que o serviço de Neurocirurgia possuía diversos panfletos informativos sobre outras síndromes, complicações e intervenções, mas não havia nenhum material relacionado à **Disreflexia Autônoma**. Essa lacuna foi identificada após contacto com o Sr. C.B., vítima de um trauma grave na coluna vertebral (conforme mencionado no Jornal de Aprendizagem Y). Essa situação evidenciou a necessidade de criar um recurso informativo específico sobre essa condição.

Embora o panfleto tenha sido revisto pelo Enfermeiro Orientador, não foi submetido à revisão pela Direção de Enfermagem, sendo, por isso, considerado uma primeira versão. O seu uso futuro no serviço depende de uma revisão mais detalhada e aprovação formal. Assim, este documento representa um ponto de partida para aprimoramentos futuros, visando garantir a sua validação e implementação.

Seguidamente, apresenta-se a imagem da primeira versão do referido panfleto.

Panfleto Informativo sobre Disreflexia Autónoma

A sua saúde é prioridade. Conhecer os sinais da Disreflexia Autónoma e saber como agir pode salvar vidas. Estamos aqui para o apoiar em cada passo do caminho.



DISREFLEXIA AUTÓNOMA: O Que Precisa Saber

Para doentes, familiares e cuidadores

O QUE É A DISRREFLEXIA AUTÓNOMA?

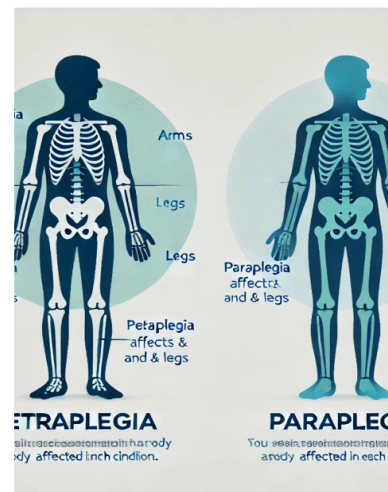
A Disrreflexia Autónoma é uma reação anormal do sistema nervoso a estímulos abaixo da lesão medular, ocorrendo principalmente em lesões acima do nível torácico 6 (T6)¹.

Quando um estímulo, como dor ou distensão da bexiga, ocorre abaixo da lesão, o corpo reage de forma exagerada, ativando sinais nervosos que podem causar sintomas graves devido à falha de comunicação entre o cérebro e a área afetada.

QUEM PODE SER AFETADO?

A **Disrreflexia Autónoma** é comum, afetando entre **40 a 90% das pessoas com lesões medulares acima de T6**. Esta condição ocorre mais frequentemente em:

- **Pessoas com tetraplegia**, que apresentam lesões afetando os quatro membros, comparativamente às paraplégicas, que têm lesões limitadas às pernas.
- **Lesões completas da medula espinhal**, em vez de lesões incompletas.
- **Fase crônica da lesão**, geralmente manifestando-se após a alta hospitalar.



SINTOMAS DA DISRREFLEXIA AUTÓNOMA

Os sintomas podem variar, mas geralmente afetam diferentes partes do corpo de acordo com o nível da lesão medular:

Acima do nível da lesão:

- Aumento rápido da pressão arterial (**hipertensão**, 20-40 mm Hg acima do normal)
- Ritmo cardíaco alterado (**bradicardia** ou **taquicardia**)
- Dor de cabeça intensa
- Ansiedade, apreensão ou sensação de desconforto
- Alterações na visão (como visão turva)
- Congestão nasal
- Sudorese excessiva
- Pele corada
- Arrepios

Abaixo do nível da lesão:

- Sensação de frio
- Pele pálida
- Diminuição da sudorese

ATENÇÃO: DISRREFLEXIA AUTÓNOMA É UMA EMERGÊNCIA

Reconhecer os sinais rapidamente e agir de forma adequada é essencial para evitar complicações graves. A intervenção imediata pode salvar vidas e prevenir danos permanentes.

¹ - Brown R, Burton A, Macefield VG. Input-output relationships of a somatosympathetic reflex in human spinal injury. Clin Auton Res. 2009;19(4):213-20. <http://dx.doi.org/10.1007/s10286-009-0010-9>.

APÊNDICE V – Formação: Síndrome Pós Internamento em Cuidados
Intensivos (SPICI)

APÊNDICE V – Formação: Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI)

Durante o estágio na **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)**, foi elaborada e apresentada uma formação sobre a **Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI)**. Este tema foi selecionado devido à sua importância no acompanhamento e na recuperação da PSC, uma vez que a SPICI abrange sequelas físicas, emocionais e psicológicas frequentemente observadas após o internamento em UCI. Adicionalmente, a **SPICI-F**, que descreve os impactos na família, sublinha a necessidade de uma abordagem integrada, envolvendo o doente e os cuidadores no processo de recuperação.

A formação foi inicialmente apresentada na UCIP, com foco na identificação e intervenção precoce da SPICI, e posteriormente replicada no **Serviço de Pneumologia**, dado que as sequelas associadas à síndrome frequentemente se prolongam no tempo e requerem continuidade de cuidados em outros contextos de internamento. A abordagem incluiu estratégias de reabilitação e o envolvimento ativo da família, destacando o papel essencial da equipa de enfermagem na deteção e atuação precoce.

Seguidamente, apresentam-se os slides utilizados na formação, organizados como ferramenta educativa e reflexiva, evidenciando os principais tópicos abordados durante as sessões realizadas.



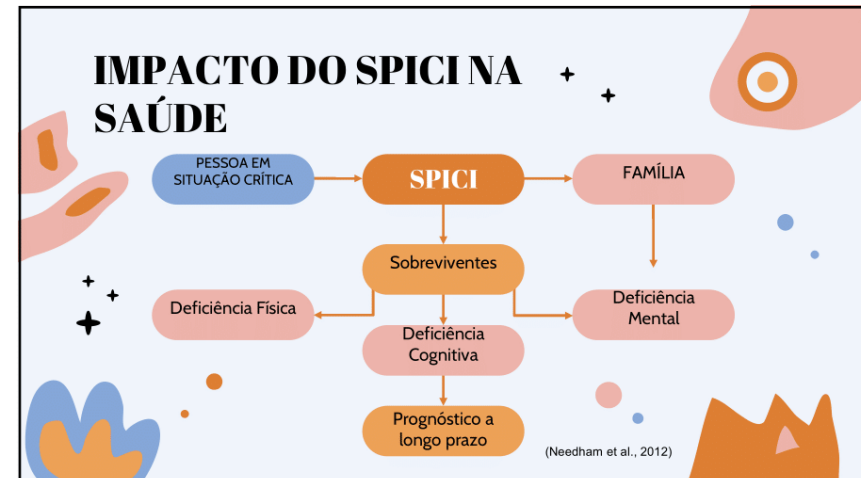
1



2



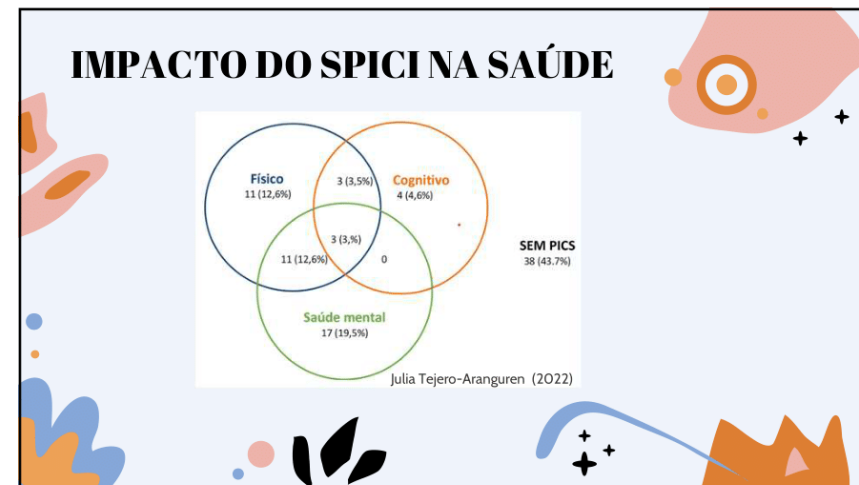
3



4



5



6



7

FATORES DE RISCO

A incidência de complicações associadas à SPICI na PSC é de causa multifatorial, podendo advir da predisposição do doente, a idade, a severidade da doença, e os cuidados de saúde prestados ao doente crítico

(Friedman et al., 2022)

8

FATORES DE RISCO

- Tempo de Internamento na UCI
- Complicações durante o Internamento na UCI
- Uso de Sedação e Bloqueadores Neuromusculares
- Invasão de Ventilação Mecânica
- Delírio
- Estado Nutricional
- Comprometimento Cognitivo Prévio
- Suporte Social e Familiar

(Lee, Kang, & Jeong, 2020)

9

FATORES DE RISCO

Não Modificáveis

Idade, Fragilidade, Sexo feminino, Prejuízo cognitivo, ARDS, Sepsis

Potencialmente Modificáveis

VMI, Tempo de Internamento na UCI, Hipoxia, Disfunção multiorgânica

Modificáveis

Sedação, Delírio, Imobilidade, Perturbações do sono, flutuações da glicose sérica, memórias negativas na UCI

(Lee, Kang, & Jeong, 2020)

10

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

- Avaliação Clínica
- Rastreio de Alterações Cognitivas
- Avaliação Funcional
- Avaliação Psicológica
- Exames de Imagem e Testes Laboratoriais

11

PREVENÇÃO DO SPICI



Planificação Personalizada de Exercícios de Treino Muscular



Avaliação Individualizada [monitorizar força muscular através de escalas correspondentes (MRC, preensão palmar, etc.).]



Implementação de Protocolos de Desmame

12

PREVENÇÃO DO SPICI

Controlo farmacológico e não farmacológico

Utilizar uma sedação ligeira ou reduzida, administrar a dose mais pequena necessária para gerir a dor e monitorizar a gestão de possíveis sintomas de delírio

Reabilitação

Instituir programas de reabilitação que envolvam toda a equipa multidisciplinar

13

PREVENÇÃO DO SPICI



14

SPICI-F

Fatores de Risco

Cliente: Severidade da doença; Morte

Familiar: Idade, Filho(s), Instabilidade financeira, ↓ nível de escolaridade, ↓ suporte social

Ambiente: Má comunicação com a equipa multidisciplinar, envolvimento dos restantes familiares

Lago, M. L. (2020).

15

SPICI-F

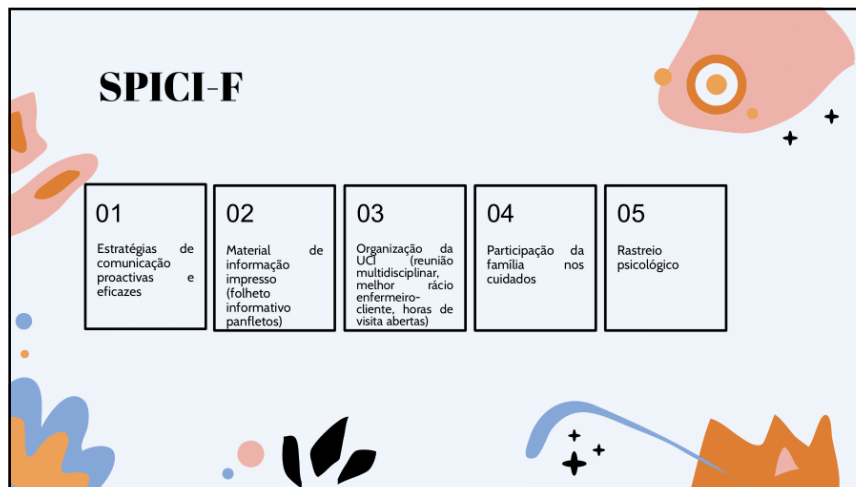
Fatores agravantes

Sobrecarga do cuidador

Perda de emprego

Elevados custos financeiros no tratamento

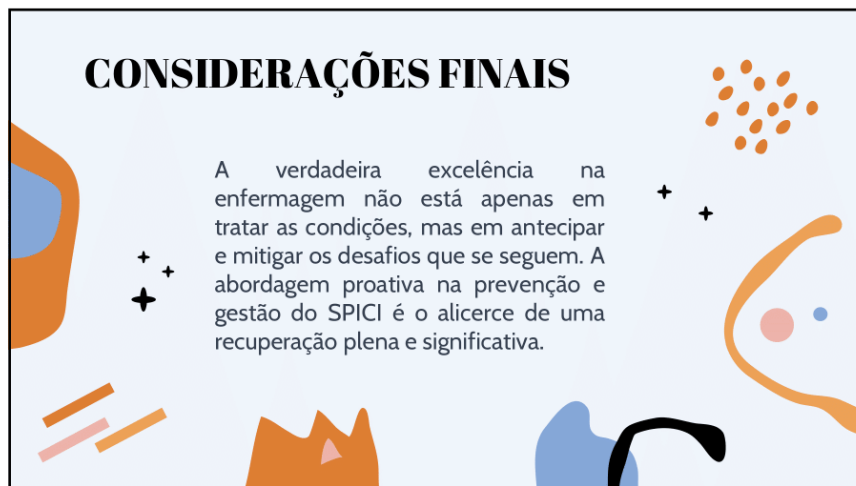
16



17



18



19



20

APÊNDICE VI – Jornal de Aprendizagem 1: Reabilitação do Sr. C.P -
Desafios e Estratégias

APÊNDICE VI – Jornal de Aprendizagem 1: Reabilitação do Sr. C.P - Desafios e Estratégias

No primeiro jornal de aprendizagem, realizado durante o estágio na **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)**, abordo a experiência de reabilitação de um cliente crítico com **Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS)** associada à **COVID-19** e outras complicações, como **mieloma múltiplo** e Fraqueza Muscular Adquirida (FMA).

Exploro os desafios encontrados na implementação de uma abordagem de **reabilitação precoce**, destacando as limitações causadas pela introdução tardia do protocolo e a fragmentação da equipa multidisciplinar. Apesar disso, sublinho os progressos obtidos através da aplicação de estratégias de mobilização passiva e ativa-assistida, fortalecimento muscular com cicloergómetro e treino respiratório com PowerBreathe.

O jornal reflete ainda sobre os sentimentos e aprendizados durante a experiência, enfatizando a importância de uma **abordagem centrada no cliente**, formação contínua e colaboração multidisciplinar para otimizar os cuidados prestados. Termino propondo um plano de ação que inclui o aperfeiçoamento de competências em **Reeducação Funcional Respiratória (RFR)** e o reforço da integração familiar no processo de reabilitação.



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

**Jornal de Aprendizagem 1: Reabilitação do Sr. C.P - Desafios
e Estratégias**

João Pedro Carvalho dos Santos

Orientadora: Professora Cristina Saraiva

**Lisboa
2023**

1. DESCRIÇÃO

Durante o meu estágio na unidade de cuidados intensivos, deparei-me com diversos desafios que marcaram profundamente o meu percurso de aprendizagem. Um dos momentos mais exigentes ocorreu quando assumi a responsabilidade de intervir precocemente na Reeducação Funcional Respiratória (RFR) de um cliente com uma condição clínica particularmente complexa.

O cliente foi inicialmente admitido devido a uma pneumonia associada à SARS-CoV-2, que evoluiu para uma Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS) de elevada gravidade. Este quadro clínico levou à necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) por um período prolongado de 30 dias e culminou na realização de uma traqueostomia recente. O plano terapêutico atual centrava-se no desmame ventilatório, alternando entre períodos de ventilação espontânea e momentos de suporte ventilatório através de VMI.

A situação era ainda mais complexa devido a comorbidades significativas, como uma sobreinfecção bacteriana pulmonar e o diagnóstico pré-existente de mieloma múltiplo. Essas condições agravaram o quadro clínico, dificultando a transição ventilatória e a progressão da reabilitação.

No contexto da mobilização precoce e reabilitação, o protocolo de intervenção, reconhecidamente benéfico na prevenção de complicações e aceleração da recuperação, foi instituído tardiamente neste caso. Como consequência, o cliente desenvolveu uma miopatia evidente, limitando ainda mais as suas capacidades respiratórias e motoras.

Dentro do programa de reabilitação instituído, destacaram-se os exercícios respiratórios e a mobilização passiva como estratégias fundamentais. Estas intervenções

visavam minimizar as sequelas musculares e otimizar a capacidade pulmonar, mesmo diante das múltiplas adversidades clínicas que dificultavam o progresso do cliente.

2. SENTIMENTOS

Ao lidar com esta situação clínica, senti uma mistura de emoções. Ansiedade e preocupação surgiram logo no início, devido à condição crítica do cliente e à responsabilidade da minha intervenção. Tinha receio de causar algum dano ou desconforto, principalmente porque ainda estava a aprender as técnicas específicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR). Apesar de saber que estas técnicas são muito importantes para a recuperação, percebia que ainda não dominava completamente o conhecimento e a prática necessários para aplicá-las com total segurança e eficácia.

Mesmo assim, sentia uma forte vontade de ajudar na recuperação deste cliente. Este desejo impulsionava-me a enfrentar os desafios e a aproveitar esta experiência como uma grande oportunidade de aprendizagem. Sabia que esta situação era essencial para o meu crescimento enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Por outro lado, senti também frustração devido à falta de colaboração entre alguns membros da equipa multidisciplinar. Embora alguns profissionais trabalhassem em conjunto de forma eficaz, outros atuavam isoladamente, o que causava uma certa desorganização nos cuidados prestados. Esta falta de coerência e trabalho em equipa aumentava a minha insegurança, tornando a intervenção mais difícil do que já era.

Apesar destas dificuldades, senti também um forte sentimento de resiliência. Com o tempo, fui aprendendo a controlar os meus receios, pedindo apoio aos colegas mais

experientes da equipa. Esta experiência fez-me perceber a importância de trabalhar num ambiente onde a colaboração e o apoio mútuo são valorizados, especialmente em contextos tão desafiantes como os cuidados intensivos.

3. AVALIAÇÃO

Ao refletir sobre a minha experiência na intervenção precoce de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) neste cliente, surgem várias considerações, tanto positivas como negativas.

Entre os pontos positivos, destaco a supervisão da enfermeira orientadora, cuja experiência e competência na área de reabilitação foram fundamentais. O seu conhecimento e postura tranquila ajudaram-me a sentir-me mais preparado e confiante, reduzindo a ansiedade e o receio que inicialmente senti. A elaboração de um plano de intervenção personalizado, desenvolvido em conjunto com a orientadora, proporcionou-me uma visão clara e estruturada do processo, permitindo que as intervenções fossem mais direcionadas e alinhadas aos objetivos terapêuticos. Este apoio colaborativo ampliou a minha confiança e facilitou o foco nos resultados esperados.

Outro aspeto positivo foi a abordagem centrada no cliente, que valorizou a individualidade e envolveu o cliente nas decisões relacionadas com o seu cuidado. Esta perspetiva fortaleceu a relação terapêutica e ajudou-me a perceber a importância de encarar o cliente como um parceiro ativo no processo de reabilitação. Adicionalmente, a minha experiência prévia em cuidados intensivos, especialmente no cuidado a clientes traqueostomizados, revelou-se uma mais-valia. Essa experiência permitiu-me antecipar

possíveis complicações e responder a situações de urgência ou emergência, integrando agora uma abordagem focada na reabilitação.

Contudo, enfrentei também dificuldades. Um dos desafios foi o elevado número de responsabilidades da minha enfermeira orientadora, que, além da supervisão e chefia de equipa, tinha outros clientes sob os seus cuidados. Esta realidade limitava o tempo disponível para discussões mais aprofundadas sobre detalhes do plano de reabilitação que poderiam ser ajustados ou melhorados. Por isso, foi necessário que eu adotasse uma postura mais proativa, buscando feedback e clarificações sempre que possível para garantir que o acompanhamento fosse enriquecedor.

Outro ponto negativo foi a escassez de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no serviço. Esta limitação condicionava a implementação de um plano de reabilitação mais abrangente e alinhado com os objetivos desejados. Além disso, como já referido, observei uma falta de colaboração e comunicação entre a equipa de enfermagem e o fisioterapeuta, resultando numa abordagem fragmentada, que poderia não ter sido tão benéfica para o cliente quanto seria ideal.

Em resumo, esta experiência ofereceu-me uma visão mais abrangente sobre os desafios e as oportunidades da reabilitação em cuidados intensivos, reforçando a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar. Este aprendizado contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me identificar áreas a aprimorar e reforçando a necessidade de colaboração entre todos os membros da equipa de saúde.

4. ANÁLISE

Ao mergulhar no complexo cenário dos cuidados intensivos, rapidamente compreendi a enorme importância da reabilitação precoce, sobretudo no contexto de clientes com desafios respiratórios graves. Essa compreensão foi aprofundada pela observação direta e pela intervenção no caso de um cliente com comprometimento respiratório acentuado, onde a Fraqueza Muscular Adquirida (FMA) em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) representava um risco significativo, podendo comprometer tanto a recuperação quanto a qualidade de vida futura.

A reabilitação precoce surge como um pilar essencial na prevenção dessas complicações, onde cada movimento e exercício respiratório cuidadosamente planejados representam passos proativos para evitar o declínio funcional. Esta abordagem é amplamente suportada por evidências científicas e diretrizes atuais no campo da medicina intensiva, que reforçam a necessidade de integrar práticas de reabilitação respiratória no plano de cuidados desde o início da admissão de clientes em situação crítica.

Estas práticas são projetadas para preservar a integridade muscular, melhorar a oxigenação e prevenir complicações pulmonares, como a atelectasia, frequentemente associadas à imobilidade prolongada e à dependência de suporte ventilatório. Contudo, a reabilitação respiratória vai além de protocolos específicos de exercícios, destacando a necessidade de uma abordagem holística, que considere também as necessidades emocionais e psicológicas do cliente.

Percebi, ao longo desta experiência, que atualizar-me constantemente com as melhores práticas e evidências emergentes é mais do que uma responsabilidade

profissional — é uma necessidade imperativa. O compromisso com a aprendizagem contínua assegura que a prática de enfermagem mantém a sua relevância clínica, além de empoderar o cliente no seu processo de recuperação, marcando uma diferença significativa na sua trajetória de saúde e bem-estar.

No caso específico deste cliente, que inicialmente apresentava uma acentuada miopatia, foi fundamental implementar uma abordagem rigorosa e progressiva na reabilitação motora. Começámos com mobilizações articulares, tanto passivas quanto ativa-assistidas. Para o fortalecimento muscular, utilizámos o cicloergómetro, abrangendo membros inferiores e superiores. Este equipamento permitiu um treino controlado da capacidade muscular e cardiovascular, adaptando-se às necessidades individuais do cliente e possibilitando uma monitorização contínua do progresso. Iniciámos o treino em modalidade passiva e, após 4 a 5 dias, evoluímos para movimentos ativa-assistidos, com resultados significativos. Ao aplicar a escala de força muscular Medical Research Council (MRC), registámos uma melhoria notável na força de todos os segmentos (ver detalhes no Apêndice I). À medida que a força muscular melhorava, introduzimos períodos de sedestação, exercícios de equilíbrio em posição sentada e, por fim, realizámos a transferência da cama para o cadeirão.

Relativamente à reabilitação funcional respiratória, adotámos várias estratégias, como a limpeza das vias aéreas através de manobras acessórias, hiperinsuflação (manual e com ventilador) e aspiração de secreções. Para fortalecer a musculatura inspiratória, utilizámos o PowerBreathe, uma ferramenta essencial para otimizar a capacidade respiratória e melhorar a eficiência da ventilação pulmonar. Este treino muscular

inspiratório revelou-se crucial para a recuperação e autonomia do cliente, promovendo uma ventilação mais eficaz e uma maior independência funcional.

5. CONCLUSÃO

A experiência com este cliente proporcionou uma compreensão profunda sobre os desafios e as oportunidades da reabilitação em cuidados intensivos. Ficou claro que uma abordagem centrada no cliente é essencial para alcançar resultados significativos. Este método permite personalizar as intervenções, ajustando-as às necessidades específicas e à evolução do cliente, garantindo o seu bem-estar e promovendo uma recuperação mais eficaz. Observou-se que interrupções na intervenção, mesmo que breves, resultaram na estagnação ou regressão da recuperação, reforçando a necessidade de uma atuação regular e consistente, conduzida por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A implementação de práticas de reabilitação precoce, como exercícios respiratórios, mobilizações passivas e ativa-assistidas, assim como o uso de ferramentas como o cicloergómetro e o PowerBreathe, demonstrou ser eficaz para mitigar os impactos da Fraqueza Muscular Adquirida (FMA) e para melhorar a funcionalidade respiratória. No entanto, estas práticas só alcançam o seu potencial máximo quando inseridas em uma abordagem multidisciplinar integrada, onde a colaboração entre enfermagem, fisioterapia e outros profissionais de saúde é coordenada e sinérgica. A fragmentação dos cuidados, observada em alguns momentos, destacou a necessidade de fortalecer a comunicação e articulação entre as equipas para evitar redundâncias e lacunas que podem comprometer o progresso do cliente.

Outro ponto essencial foi a importância de formação contínua e atualização em práticas baseadas em evidências. Num campo em constante evolução como a Enfermagem de Reabilitação (ER), o conhecimento atualizado é fundamental para assegurar a qualidade das intervenções e a segurança do cliente. Este compromisso com a aprendizagem contínua não só aumenta a eficácia do profissional, mas também promove melhores resultados para o cliente, capacitando-o para uma maior autonomia e qualidade de vida.

A experiência também revelou a relevância de abordar a dimensão emocional e psicológica do cliente e da sua família. A reabilitação em cuidados intensivos não é apenas física; é uma jornada que requer sensibilidade, empatia e apoio contínuo para lidar com as repercussões emocionais de um internamento prolongado. Este aspeto humanizador fortalece a relação terapêutica e contribui para uma recuperação mais abrangente e satisfatória.

Em suma, a conjugação de dedicação, intervenção precoce, abordagem centrada no cliente, colaboração multidisciplinar e formação contínua demonstrou ser fundamental para otimizar a recuperação de clientes críticos. Ao integrar estas práticas, é possível não só alcançar ganhos de saúde a curto e médio prazo, mas também melhorar significativamente os níveis de qualidade de vida e satisfação dos clientes e das suas famílias, deixando um impacto positivo duradouro.

6. PLANO DE AÇÃO

Ao refletir sobre toda a experiência vivida e os desafios enfrentados, é evidente a riqueza de aprendizados e o impacto positivo no meu crescimento profissional. A área da Enfermagem de Reabilitação (ER) revelou-se dinâmica e exigente, requerendo uma adaptação contínua e uma constante atualização de conhecimentos e competências. Esta experiência reforçou a importância de trabalhar em estreita colaboração com uma equipa multidisciplinar, onde cada especialista contribui com uma perspetiva única, enriquecendo a abordagem terapêutica. No futuro, pretendo priorizar e fomentar esta colaboração, reconhecendo o seu papel essencial para garantir intervenções holísticas e abrangentes.

Um dos aspetos mais marcantes foi a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos em Reeducação Funcional Respiratória (RFR). Tornou-se claro que investir em formações específicas nesta área é uma prioridade, permitindo-me adquirir competências avançadas e estar atualizado sobre as técnicas e práticas mais recentes. Este compromisso com a formação contínua assegura que posso prestar os melhores cuidados aos clientes, alinhados com as evidências mais atuais.

A relação com os familiares também emergiu como um ponto crítico no processo de reabilitação. Percebi que a comunicação eficaz e a inclusão ativa da família não só promovem a recuperação do cliente, mas também ajudam a capacitar os familiares para lidarem com os desafios após a alta. No futuro, pretendo aprimorar as minhas habilidades de comunicação, garantindo que as informações sobre o processo de reabilitação sejam transmitidas de forma clara e acessível. A educação dos familiares será

uma prioridade, abordando o papel crucial que desempenham tanto durante a estadia na UCI como na continuidade dos cuidados em casa.

Todo o aprendizado adquirido durante esta experiência não deve ser restrito a este caso isolado. Tenho a responsabilidade de aplicar e disseminar os conhecimentos adquiridos no meu local de trabalho diário, contribuindo para elevar o padrão de cuidados de enfermagem de reabilitação. O meu objetivo é claro: prestar cuidados de excelência, colocando sempre o cliente no centro de todas as ações e decisões.

Em conclusão, esta experiência não foi apenas um desafio superado, mas uma oportunidade de aprendizado inestimável. Sinto-me mais preparado, confiante e motivado para enfrentar futuros desafios. Levarei comigo todas as lições aprendidas, aplicando-as para proporcionar cuidados mais eficazes, humanos e compassivos, contribuindo para a recuperação e qualidade de vida dos meus clientes.

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem 2: Reabilitação Funcional na
Neurocirurgia

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem 2: Reabilitação Funcional na Neurocirurgia

Neste segundo jornal de aprendizagem, realizado durante o estágio no serviço de Neurocirurgia, partilho a experiência de reabilitação de uma pessoa com lesão medular após trauma na coluna vertebral. Durante o acompanhamento do Sr. C.B., que apresentou sequelas graves, explorei os desafios encontrados na implementação de estratégias focadas na recuperação funcional e na melhoria da qualidade de vida. O caso envolveu uma abordagem intensiva, centrada na mobilização progressiva, fortalecimento muscular e treino de marcha assistida.

A intervenção foi adaptada às necessidades físicas, emocionais e sociais do Sr. C.B., sublinhando os progressos alcançados ao longo do processo. O jornal também reflete sobre as dificuldades enfrentadas, como a gestão de expectativas e a comunicação com a pessoa e a sua família, destacando a importância de uma abordagem holística e de uma equipa multidisciplinar eficaz. Por fim, proponho um plano de ação para o aprimoramento de competências em reabilitação funcional, com ênfase no fortalecimento da musculatura respiratória e na mobilização ativa progressiva, visando promover uma recuperação mais eficaz e a reintegração social.



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

Jornal de Aprendizagem

João Pedro Carvalho dos Santos

Orientadora: Professora Cristina Saraiva

**Lisboa
2024**

1. DESCRIÇÃO

No meu estágio em um serviço de internamento de neurocirurgia, enfrentei desafios cruciais para o meu desenvolvimento como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Um desafio significativo foi implementar um programa de Reabilitação Funcional para o Sr. C.B., um cliente com um quadro clínico complexo devido a um trauma grave na coluna vertebral.

No nosso primeiro encontro, o Sr. C.B. encontrava-se na fase inicial do choque medular, apresentando dor significativa na região dorsal, o que inicialmente o mantinha deitado no leito. No entanto, já havia recebido indicação médica para realizar o seu primeiro levante pós-cirurgia, um marco importante no início do seu processo de reabilitação. Apesar de retraído e inseguro, suas preocupações centravam-se na possibilidade de recuperar a mobilidade e retomar sua vida normal, reflexo da sua ansiedade e da falta de informação detalhada sobre seu prognóstico e expectativas de recuperação.

O Sr. C.B. é um chef de cozinha, casado e pai de três filhos. A incompatibilidade da sua residência atual com as necessidades de mobilidade em cadeira de rodas e a necessidade de mudança futura adicionam uma camada extra de desafios, enfatizando a necessidade de abordar as questões sociais e domiciliares na reabilitação.

O quadro clínico do Sr. C.B., resultado de um politrauma severo, inclui fraturas em D7 e D8 com paraplegia, para as quais foi realizada uma laminectomia D7-D8 e instrumentação D6-D9. Estas condições exigem uma abordagem metódica e multidimensional da reabilitação, considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais da recuperação de traumas graves.

Do ponto de vista clínico, o Sr. C.B. estava hemodinamicamente estável e sem sinais de dificuldade respiratória, apesar de estar a receber oxigenioterapia por óculos nasais a 3 litros por minuto. A única lesão visível era a ferida cirúrgica na região posterior do tórax.

Ao assumir a tarefa de iniciar o processo de reabilitação do Sr. C.B., em colaboração com o Enfermeiro Orientador (EO), enfrentei o desafio de equilibrar as

necessidades clínicas imediatas com as preocupações e expectativas do cliente. Este equilíbrio era fundamental, pois cada passo no processo de reabilitação tinha um impacto profundo não só na recuperação física do Sr. C.B., mas também na sua saúde mental e emocional. Este desafio revelou-se uma experiência enriquecedora, destacando a complexidade e a interconexão entre os aspetos físicos e psicológicos da recuperação de traumas graves.

2. SENTIMENTOS

As reações do Sr. C.B. ao longo do tratamento influenciaram os meus sentimentos e perceções. Inicialmente, ele estava retraído e preocupado, mas, após a conversa com a equipa médica, sua atitude mudou significativamente. Ele se tornou extraordinariamente motivado para participar no programa de reabilitação, apesar de não ter recebido garantias de recuperação total. A sua determinação em manter a independência e não sobrecarregar a família foi uma fonte de inspiração para mim.

Durante o tratamento, embora a equipa médica tivesse abordado com o Sr. C.B. o seu diagnóstico e as expectativas de recuperação, era com a equipa de enfermagem que ele passava a maior parte do tempo. Em vários momentos, surgiam perguntas do Sr. C.B., como por exemplo se sentir um formigueiro nas pernas poderia indicar a recuperação da funcionalidade dos membros inferiores. Estes questionamentos sublinhavam a constante realidade dos enfermeiros gestão de notícias e informação, uma tarefa complexa e desafiadora na relação interpessoal. De acordo com a literatura (Borges et al., 2012), muitos fatores podem impossibilitar ou dificultar a comunicação eficaz neste contexto.

Percebi que, frequentemente, os enfermeiros tendem a transferir a responsabilidade de transmitir más notícias ou fazê-lo de maneira negligenciada, desconsiderando o impacto emocional no cliente (Araújo et al., 2012). Confrontado com esta realidade, senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos e habilidades em estratégias de comunicação eficazes para a transmissão de más notícias. Era essencial desenvolver uma abordagem que respeitasse os sentimentos e reações dos clientes, ao mesmo tempo em que fornecia informações claras e precisas.

A postura do Sr. C.B. de não querer ser um fardo para a sua família e o seu empenho em manter a independência reafirmaram a importância do papel do EEER. A sua atitude fortaleceu a minha convicção na reabilitação como um caminho não apenas para a recuperação física, mas também como um meio de empoderamento psicológico e emocional dos clientes. Observar o seu progresso e a sua vontade de lutar contra as adversidades reforçou a minha crença no valor da reabilitação centrada no cliente, ressaltando a importância de abordagens personalizadas que não só visam a recuperação física, mas também apoiam os aspetos emocionais e psicológicos enfrentados pelos clientes em situações de vida alteradoras.

3. AVALIAÇÃO

Ao refletir sobre a efetividade do plano de reabilitação implementado para o Sr. C.B., posso afirmar que os resultados alcançados foram notavelmente positivos, especialmente considerando a complexidade do seu caso clínico. Passadas cerca de quatro semanas, o progresso do Sr. C.B. na conquista da sua independência é evidente e digno de registo.

Um dos aspetos mais marcantes desta evolução é a sua capacidade de realizar autonomamente o cateterismo intermitente, quase a um nível asséptico. O Sr. C.B. demonstrou compreender integralmente a importância da gestão adequada da ingestão de líquidos e as potenciais complicações de um esvaziamento incorreto da bexiga. Este conhecimento e habilidade prática refletem não apenas a eficácia do nosso plano de reabilitação, mas também o empenho e a dedicação do cliente no seu processo de recuperação.

Outro aspeto que merece destaque é a sua recuperação respiratória. O cliente, agora sem necessidade de oxigenioterapia, demonstrou uma significativa melhoria na Reabilitação Funcional Respiratória (RFR). Ele adquiriu a capacidade de dissociar os tempos respiratórios, realizar corretamente a respiração diafragmática e, apesar dos comprometimentos nos músculos abdominais resultantes da lesão, conseguiu efetuar com eficácia a limpeza das vias aéreas usando o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

(CATR). A utilização do espirómetro de incentivo como ferramenta de ensino visual também se revelou uma estratégia acertada, permitindo ao Sr. C.B. aumentar significativamente a sua Capacidade Vital Forçada (CVF) e o Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1) de 500ml para 1750ml.

No que concerne à força muscular (FM), o cliente também registou uma melhoria notável. Através da Reabilitação Motora Funcional (RFM), o Sr. C.B. não só recuperou a força muscular dos membros superiores que possuía antes do acidente, como também intensificou o fortalecimento desses grupos musculares para compensar os défices decorrentes da lesão. Atualmente, é capaz de se mobilizar autonomamente no leito, passar de deitado para sentado sem auxílio e, com o uso de uma tábua de transferência, necessita apenas de ajuda parcial para se deslocar da cama para a cadeira de rodas. Além disso, apresenta um equilíbrio dinâmico satisfatório na posição sentada.

Quanto às Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD), houve uma evolução significativa na sua independência, abrangendo áreas como higiene pessoal, controlo vesical e intestinal, uso de sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência. Esta progressão notável nas ABVD é um testemunho claro da eficácia do plano de reabilitação, refletindo o sucesso da nossa abordagem e a resiliência admirável do Sr. C.B.

Na gestão de expectativas e comunicação com o Sr. C.B., a sua atitude proativa e positiva tem sido fundamental no processo de reabilitação. Apesar de momentos ocasionais de raiva e frustração, ele tem mostrado um compromisso impressionante com os exercícios de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e Reabilitação Motora Funcional (RFM). A sua dedicação é evidente na realização autónoma e frequente destes exercícios, visando maximizar a sua recuperação e independência.

O apoio da sua esposa, presente nas visitas diárias, também tem sido um pilar importante para a sua motivação. Esta presença constante não só oferece suporte emocional, mas também incentiva o Sr. C.B. a perseverar nos exercícios de reabilitação. Esta interação positiva com a família sublinha a importância de envolver os entes queridos no processo de recuperação, reforçando a necessidade de uma abordagem de reabilitação holística e inclusiva.

Essas experiências com o Sr. C.B. têm destacado a importância de uma comunicação clara e empática na minha prática como enfermeiro especialista em reabilitação. Estabelecer uma relação de confiança através de uma comunicação honesta e encorajadora tem sido chave para facilitar um diálogo aberto sobre expectativas, dúvidas e preocupações, contribuindo assim para um ambiente terapêutico eficaz e positivo.

Entre os desafios encontrados durante o processo de reabilitação do Sr. C.B., a comunicação de más notícias e a gestão de expectativas foram particularmente exigentes. Encontrar o equilíbrio certo entre manter o realismo e motivar o cliente revelou-se uma tarefa complexa. Por um lado, era crucial manter o Sr. C.B. com os pés assentes na realidade em relação ao seu potencial de reabilitação, consciente das adaptações significativas e das mudanças que teria de enfrentar na sua vida devido às sequelas do acidente. Por outro lado, era igualmente importante incentivar e motivar o cliente, mantendo a sua esperança e determinação elevadas.

A comunicação efetiva também se apresentou como um desafio substancial. Em várias ocasiões, surgiram perguntas do Sr. C.B. cujas respostas, embora necessárias, corriam o risco de o desanimar. Fornecer estas informações de maneira sensível, sem comprometer a sua motivação, exigiu uma abordagem cuidadosa e ponderada.

Além disso, o desenvolvimento e a implementação de um programa de reabilitação adaptado às limitações específicas do Sr. C.B. constituíram outro desafio significativo. Projetar um programa que atendesse às suas necessidades únicas, considerando as restrições impostas pela sua condição, exigiu uma avaliação cuidadosa, criatividade e flexibilidade contínuas.

Esses desafios reforçaram a importância de uma prática de enfermagem baseada na empatia, na comunicação eficaz e no conhecimento especializado, sublinhando a complexidade e a responsabilidade inerentes ao papel de um EEER.

4. ANÁLISE

O cliente em foco, Sr. C.B., apresenta um quadro clínico complexo e desafiador, resultado de um politrauma severo. As sequelas do acidente incluem fraturas em D7 e D8 com paraplegia, para as quais foi realizada uma laminectomia D7-D8 e instrumentação D6-D9. Além disso, ele apresenta uma série de outras lesões significativas, incluindo fraturas lineares em várias vértebras e costelas, e uma possível compressão medular extrínseca. Estas condições, em conjunto, culminaram num cenário clínico que exige uma abordagem meticulosa e multidimensional da reabilitação.

A complexidade das lesões e a consequente paraplegia impõem desafios substanciais ao processo de reabilitação. A paraplegia, resultante da lesão vertebro medular, não apenas compromete a mobilidade e a independência do Sr. C.B., mas também afeta significativamente vários aspetos da sua saúde e qualidade de vida. Neste contexto, a intervenção de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) torna-se imprescindível. O papel do EEER vai além do cuidado físico imediato; é fundamental na avaliação das necessidades globais do cliente, planeamento e implementação de um programa de reabilitação personalizado e focado na maximização da capacidade e autonomia.

O desafio reside em estruturar um programa de reabilitação que não só atenda às necessidades físicas imediatas decorrentes das fraturas e da paraplegia, mas que também apoie o Sr. C.B. na adaptação a uma nova realidade, promovendo a sua independência nas atividades básicas de vida diária e melhorando a sua qualidade de vida. A expertise do EEER na gestão de casos de lesão vertebro medular é crucial para orientar o cliente através deste processo desafiador, utilizando abordagens baseadas em evidências e adaptadas às especificidades do caso.

Após a fase inicial de tratamento, o Sr. C.B. progrediu para além da fase de choque medular, entrando numa fase onde a lesão está agora mais estabelecida. Esta evolução é evidenciada pelo retorno da função reflexa, um marco significativo na sua jornada de recuperação. Foi realizada a aferição do reflexo bulbocavernoso, um indicador importante da função neurológica, e observou-se uma melhoria na função motora ou sensorial do Sr. C.B. A aplicação da escala Modified American Spinal Injury Association

Impairment Scale (ASIA Modificada) revelou uma ligeira melhoria nos níveis neurológicos da lesão, um sinal encorajador que indica uma recuperação gradual.

Importante destacar, o Sr. C.B. não apresenta espasticidade, um aspeto que simplifica certos aspetos da reabilitação e pode ser visto como um prognóstico positivo no contexto da sua condição. Esta ausência de espasticidade facilita a implementação de intervenções de reabilitação e sugere uma potencial recuperação funcional mais favorável.

Estes desenvolvimentos são cruciais no planeamento e na execução do programa de reabilitação pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Eles influenciam diretamente as abordagens e técnicas utilizadas, permitindo ajustes mais precisos ao plano de cuidados para maximizar a independência e a qualidade de vida do Sr. C.B. Este progresso, embora gradual, reforça a importância de uma abordagem de reabilitação personalizada e baseada em evidências, alinhada com a evolução clínica do cliente.

A Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) revelou-se um componente indispensável no plano de reabilitação do Sr. C.B., especialmente considerando que, apesar de não ter antecedentes que comprometam o quadro respiratório, a lesão sofrida afeta significativamente o funcionamento dos músculos abdominais. Além disso, o tempo prolongado passado na posição deitada pode comprometer a capacidade pulmonar e a eficiência na limpeza das vias aéreas. Assim, tornou-se crucial melhorar a distribuição e ventilação alveolar com o menor dispêndio de energia possível. Através da RFR, focámos em técnicas que promovem uma respiração mais eficaz, auxiliando na prevenção de complicações pulmonares e otimizando a função respiratória.

Paralelamente, a Reabilitação Motora Funcional (RFM) foi intensificada com enfoque em várias áreas-chave. O Treino de Equilíbrio do Tronco foi priorizado, dada a sua importância fundamental para diversas atividades do dia-a-dia, como manter-se sentado sem apoio, realizar transferências e manter a postura adequada. O Fortalecimento Muscular, especialmente dos braços, ombros e tronco superior, é crucial para compensar os défices de mobilidade, permitindo ao Sr. C.B. realizar atividades diárias e transferências de forma mais eficiente. O Treino Funcional foi também uma

parte integrante do plano, visando melhorar a capacidade do cliente em realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), como vestir-se e transferir-se da cama para a cadeira de rodas. Adicionalmente, a Mobilidade em Cadeira de Rodas foi um foco importante, ensinando e praticando técnicas eficientes para maximizar a independência do Sr. C.B. em diversos ambientes.

5. CONCLUSÃO

A experiência com o Sr. C.B. no serviço de internamento de neurocirurgia foi uma jornada profissionalmente transformadora, essencial para o meu desenvolvimento como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Enfrentando os desafios complexos de seu caso, aprendi a importância crucial de uma abordagem integrada na reabilitação, que considera não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais, sociais e ambientais que influenciam a recuperação de um paciente.

Este caso específico acentuou a necessidade de habilidades de comunicação sensíveis e eficazes, especialmente na gestão de expectativas e na transmissão de más notícias. A interação com o Sr. C.B. e sua família reforçou em mim a compreensão de que o papel de um EEER vai muito além do cuidado clínico; é também sobre ser um suporte emocional, um orientador e um defensor dos interesses e necessidades dos pacientes.

Além disso, a experiência sublinhou a importância de considerar as adaptações necessárias no ambiente de vida do paciente, uma realidade frequentemente esquecida na reabilitação. Isso me fez reconhecer a necessidade de trabalhar em estreita colaboração com outras disciplinas e serviços, como terapia ocupacional e assistência social, para garantir uma recuperação holística e sustentável.

Esta experiência foi instrumental no aprimoramento das minhas habilidades clínicas e interpessoais, moldando a minha abordagem para a reabilitação de forma mais abrangente e centrada no paciente. Reforçou a minha convicção na importância da reabilitação centrada no cliente, onde cada plano de cuidado é tão único quanto o próprio paciente.

Olhando para o futuro, esta experiência será um ponto de referência em minha carreira como EEER. Ela não apenas moldou a minha prática atual, mas também delineou um caminho para o desenvolvimento contínuo de habilidades e conhecimentos, permitindo-me fornecer cuidados de reabilitação da mais alta qualidade, adaptados às necessidades individuais de cada cliente.

6. PLANO DE AÇÃO

Como parte do meu desenvolvimento contínuo como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, comprometo-me com um plano de ação abrangente que reflete as lições e experiências adquiridas ao longo do meu estágio. Primeiramente, dedicar-me-ei ao aprimoramento das minhas habilidades de comunicação, especialmente na transmissão de más notícias e na gestão de expectativas dos clientes e famílias. Isso envolverá participar ativamente em workshops e formações, bem como praticar a comunicação reflexiva e empática no meu dia-a-dia profissional.

Além disso, planeio enriquecer meu conhecimento técnico e prático em reabilitação, participando de cursos e seminários avançados com foco em lesões vertebro medulares. Essa formação especializada me permitirá enfrentar desafios clínicos complexos com maior eficácia e confiança. Com base nesse conhecimento, implementarei programas de reabilitação que sejam verdadeiramente personalizados e centrados no cliente, levando em conta todos os aspectos de suas vidas, incluindo desafios sociais, emocionais e ambientais.

Outro aspecto crucial do meu plano de ação é tornar-me um defensor ativo das necessidades e direitos dos meus clientes. Isso inclui trabalhar para garantir que suas vozes sejam ouvidas e que recebam o apoio adequado em todas as fases da reabilitação, colaborando estreitamente com outras disciplinas para assegurar uma abordagem de cuidado holística e coordenada.

Além disso, adotarei uma abordagem de feedback e avaliação constantes, tanto para o meu desempenho pessoal quanto para os programas de reabilitação que implemento. Isso envolverá solicitar regularmente feedback de clientes, colegas e

supervisores, utilizando essas informações para melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, incentivarei e participarei ativamente de oportunidades de formação interdisciplinar dentro da minha equipe. Isso garantirá que todos os membros estejam equipados para contribuir eficazmente para um programa de reabilitação integrado e abrangente, melhorando assim os resultados para os clientes.

Este plano de ação é um compromisso com o meu crescimento profissional contínuo e com a prestação de cuidados de reabilitação da mais alta qualidade, sempre focados nas necessidades individuais de cada cliente.

APÊNDICE VIII – Plano de Cuidados para o Sr. C.B.

APÊNDICE VIII – Plano de Cuidados para o Sr. C.B.

Este plano de cuidados foi desenvolvido durante o estágio na UCIP, com foco na gestão de um doente de 78 anos com insuficiência respiratória grave, associada à COVID-19, mieloma múltiplo e estenose aórtica grave. A complexidade do quadro clínico e os desafios impostos pelos antecedentes pessoais de saúde exigiram uma abordagem integrada e multifacetada para a reabilitação do doente. O plano é estruturado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e reflete a necessidade de intervenções personalizadas que considerem não apenas as condições clínicas, mas também os fatores emocionais e sociais do doente. A monitorização contínua e a implementação de estratégias terapêuticas adaptadas são essenciais para a recuperação funcional e a promoção do bem-estar durante a estadia na UCIP. O objetivo deste plano de cuidados é garantir uma gestão eficaz dos sintomas, prevenir complicações e assegurar a participação ativa do doente no seu processo de recuperação, promovendo a dignidade e a qualidade de vida durante o seu internamento.



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

Plano de Cuidados

João Pedro Carvalho dos Santos

Orientadora: Professora Cristina Saraiva



**Lisboa
2023**

LISTA DE SIGLAS

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC - *Medical Research Council*

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS	116
1. Descrição	118
2. Avaliação.....	119
3. Plano de Cuidados	121

4. DESCRIÇÃO

Introduzo o caso de um cliente de 78 anos, cuja complexidade do quadro clínico motivou a sua admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O cliente foi admitido na UCI diagnóstico de insuficiência respiratória grave do tipo 1. Esta condição crítica foi desencadeada por uma pneumonia associada ao vírus SARS-CoV-2, confirmada por achados radiológicos na TAC-Tórax. O exame revelou a presença de extensos infiltrados em vidro despolido, abrangendo aproximadamente 50% do parênquima pulmonar, com predomínio nos lobos inferiores. A complexidade era amplificada pela presença de atelectasias residuais, mais pronunciadas no pulmão direito, e por uma fina lâmina de derrame pleural.

A situação do cliente é ainda mais delicada devido aos seus antecedentes pessoais. Ele convive com um diagnóstico de mieloma múltiplo desde julho de 2017, uma patologia que motivou uma quarta linha de tratamento, refletindo a natureza refratária da doença. Esta neoplasia de plasmócitos coloca o cliente numa luta constante e representa um risco adicional, principalmente devido à provável imunossupressão consequente dos tratamentos antineoplásicos, complicando a sua capacidade de combater infecções, em particular de natureza viral como a COVID-19.

Para além disso, o cliente tem um diagnóstico concomitante de estenose aórtica grave, caracterizada por fibrocalcificação. Esta condição cardíaca exige uma vigilância intensiva, representando um risco acentuado para eventos cardiovasculares adversos, especialmente num estado de maior exigência cardíaca causado pela hipoxemia e pelo esforço respiratório.

Diante do contexto clínico apresentado e dos desafios impostos pelos seus antecedentes médicos, é imperativo que o cliente receba um plano de cuidados meticuloso e abrangente. A abordagem deve priorizar a gestão sintomática, a monitorização contínua, medidas preventivas para impedir a progressão da doença, e suporte emocional durante a sua estadia crítica na UCI. É fundamental assegurar que os

cuidados sejam centrados no cliente, com pleno respeito pela sua autonomia e individualidade.

No capítulo subsequente, delinearei um plano de cuidados detalhado, fundamentado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este plano priorizará intervenções e estratégias focadas nas necessidades únicas do nosso cliente, com o objetivo de proporcionar uma recuperação segura e eficaz, mantendo a sua dignidade e conforto durante este período desafiador.

5. AVALIAÇÃO

No cerne da prática de enfermagem, encontra-se uma avaliação abrangente, componente vital para compreender a complexidade das necessidades do cliente e, consequentemente, planejar intervenções eficazes. Ao avaliar o cliente de 78 anos, verifiquei que enfrenta significativos desafios de saúde, que agravam o seu quadro clínico. Encontra-se sob ventilação mecânica invasiva (VMI) há 26 dias, um suporte vital que evidencia a gravidade da sua insuficiência respiratória. A necessidade de uma traqueostomia, efetuada há 5 dias, sublinha a indispensabilidade de uma via aérea segura e duradoura, tendo em conta a prolongada necessidade de ventilação assistida. Durante este período, o cliente foi mantido sob sedoanalgesia, um protocolo necessário para facilitar a VMI e assegurar o conforto. A sua imobilidade prolongada é consequência não apenas das múltiplas complicações que surgiram ao longo do internamento, mas também da escassez de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na unidade. Esta lacuna profissional é crucial, dado que a ausência destes especialistas limita a implementação de um protocolo de mobilidade precoce, uma intervenção essencial que poderia mitigar efeitos adversos relacionados à imobilidade extensa, como a atrofia muscular e complicações respiratórias.

A atual gestão da sedação, realizada com dexmedetomidina, mantém o cliente num estado de sedação superficial, evidenciado por um RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) de 0. Esta avaliação indica que o cliente não está a experimentar agitação nem sonolência excessiva. Importa destacar que, durante a avaliação, não apresentava

sinais explícitos de dor ou delírio, condições frequentemente associadas a estadas prolongadas em unidades de cuidados intensivos e à própria sedação.

Contudo, um desafio alarmante surge com a avaliação da sua força muscular. A aplicação da escala *Medical Research Council* (MRC) revelou um *score* de 1 em todos os movimentos de todos os segmentos do corpo. Este resultado indica uma miopatia grave, uma consequência infeliz, mas não incomum, da imobilidade prolongada, do uso de corticosteroides e de bloqueadores neuromusculares, e da gravidade da doença subjacente.

Após uma avaliação cuidadosa, é essencial desenvolver um plano de cuidados que considere o nosso cliente na sua totalidade, não se limitando apenas aos tratamentos médicos necessários. Este plano envolverá uma abordagem delicada e atenta, que reconhece a importância do conforto e do bem-estar físico do cliente, especialmente face aos desafios impostos pela VMI e o seu estado atual.

Implementarei intervenções específicas que visem a resolução efetiva dos problemas identificados, nomeadamente o reforço da força muscular, a minimização do desconforto e da ansiedade, e o estímulo à participação ativa do cliente no seu processo de recuperação, contribuindo para uma melhoria global do seu estado de saúde.

6. PLANO DE CUIDADOS

Data

6/10/2023

Foco: Movimento Muscular

Diagnóstico:

Movimento Muscular Diminuído (Membros Superiores E Membros Inferiores)

Dimensão

Movimento Muscular

Intervenções de Enfermagem

- Monitorizar força muscular através de escala *Medical Research Council* (MRC)
- Monitorizar força muscular através de dinamómetro
- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo
 - Exercício com o cicloergómetro em modalidade passiva nos membros inferiores (10 minutos)
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido
- Supervisionar o movimento muscular

Avaliação

- Aplicada escala de MRC (Apêndice I)
- Tolerar o exercício muscular articular e passivo com cicloergómetro com velocidade de 20rpm, durante 10 minutos, sem evidência de espasmos

Data

6/10/2023

Foco: Equilíbrio corporal**Diagnóstico:****Equilíbrio corporal
comprometido****Dimensão**

Equilíbrio corporal

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar equilíbrio corporal
- Estimular a manter o equilíbrio corporal
 - Correção postural (com bola de exercício físico)
- Executar técnica de treino de equilíbrio
 - Facilitação cruzada
- Monitorizar equilíbrio através de escala (Escala de Equilíbrio de Berg)

Avaliação

- Sem equilíbrio estático sentado
- Score 0 na Escala de Equilíbrio de Berg varia de 0 (indicando um equilíbrio funcional extremamente baixo)

Conhecimento

- Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal

Data

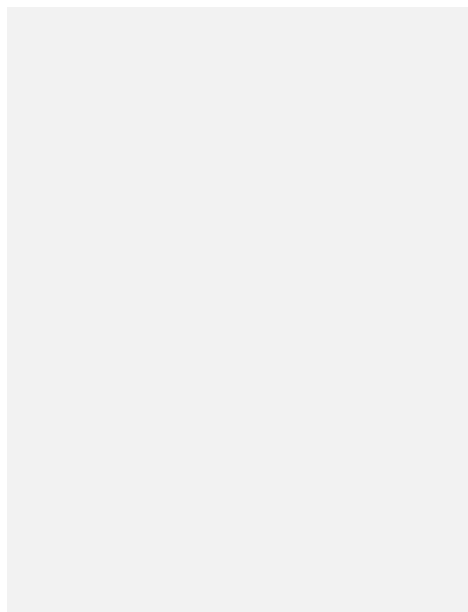
6/10/2023

Foco: Limpeza das vias aéreas**Diagnóstico:****Limpeza das vias aéreas
ineficaz****Dimensão**Limpeza das via
aéreas**Intervenções de Enfermagem**

- Executar técnica de posicionamento
- Supervisionar ventilação
- Avaliar reflexo de tosse

Avaliação

- À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido, simétrico,

**Data**

6/10/2023

Foco: Comunicação

Diagnóstico:

Comunicação comprometida
(pela presença de cânula traqueal)

Dimensão
Comunicação

- Executar técnica inalatória através de inalador
- Executar cinesioterapia respiratória
 - Abertura costal global
 - Abertura costal seletiva à direita
 - Abertura costal seletiva à esquerda
 - Exercício de rotação da escapulo umeral
 - Expansibilidade torácica com bloqueio contra lateral com faixa
 - Técnica de drenagem postural clássica
 - Técnica de drenagem postural modificada
 - Técnica de percussão torácica
 - Técnica de vibração torácica
 - Técnica de compressão torácica
 - Técnica de vibrocompressão torácica
- Aspirar secreções pelo tubo traqueal

com rncos dispersos em ambos os hemitóraxes

- Reflexo de tosse presente mas ineficaz, necessitando de aspiração de secreções ocasionalmente

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar capacidade para comunicar
- Incentivar a pessoa a comunicar
- Providenciar dispositivo auxiliar
 - Sistema de comunicação por imagens
 - Sistema de comunicação por sistemas combinados (símbolos gráficos e visuais)

Avaliação

- Compreende a comunicação verbal e não verbal

ANEXOS

ANEXO I – Tradução e Adaptação dos Critérios de Segurança para a
Mobilização Ativa da Pessoa em Situação Crítica Submetida a
Ventilação Mecânica Invasiva (Hodgson et al., 2014)

Anexo I - Tradução e Adaptação dos Critérios de Segurança para a Mobilização Ativa da Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (Hodgson et al., 2014)

A mobilização precoce da PSC submetida a VMI tem demonstrado benefícios significativos, como a melhoria da funcionalidade, redução do tempo de internamento e prevenção de complicações associadas à imobilidade prolongada. No entanto, a sua implementação exige uma avaliação criteriosa dos riscos e benefícios, de forma a garantir a segurança durante o processo. Este cuidado é fundamental para equilibrar os possíveis benefícios e os riscos potenciais, assegurando que a mobilização seja realizada de forma segura e eficaz.

O presente anexo baseia-se no estudo de Hodgson et al. (2014), que apresenta recomendações consensuais elaboradas por uma equipa internacional de especialistas multidisciplinares sobre os critérios de segurança para a mobilização ativa da PSC submetida a VMI. O estudo organiza as considerações de segurança em quatro categorias principais: respiratória, cardiovascular, neurológica e outras condições clínicas específicas. Estas categorias abrangem uma ampla gama de parâmetros, que devem ser avaliados antes de qualquer intervenção de mobilização ativa.

As tabelas apresentadas a seguir foram adaptadas do referido estudo, traduzidas e ajustadas para o contexto prático de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de orientar a prática clínica na decisão e execução segura da mobilização ativa destes doentes. Para facilitar a compreensão e a aplicação dos critérios, utiliza-se um sistema de cores para classificar o risco associado à mobilização. Esta abordagem permite uma

rápida identificação dos parâmetros mais críticos, garantindo um processo de mobilização mais seguro e eficaz.

Tabela 1

Classificação de Risco para a Mobilização Ativa

SÍMBOLO	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
	Verde	Baixo risco de evento adverso. Critérios seguros para mobilização; risco de eventos adversos é baixo.
	Amarelo	Risco potencial de evento adverso. A mobilização pode ser realizada com avaliação adicional e/ou supervisão.
	Vermelho	Contraindicação ou alto risco; mobilização deve ser evitada ou realizada apenas após consulta com a equipa médica.

Nota: A tabela acima foi traduzida e adaptada pelo autor deste relatório, com base no estudo de Hodgson et al. (2014), intitulado *Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults*.

Tabela 2

Considerações Respiratórias

Considerações Respiratórias	Exercícios no leito	Exercícios fora do leito
Entubação		
Tubo orotraqueal		
Cânula traqueal		
Parâmetros Respiratórios		
Fração de oxigénio inspirada (FiO2)		
< 0,6		
> 0,6		
Saturação periférica de oxigénio (SpO2)		
≥ 90%		

< 90%	⚠	×
Frequência respiratória (FR)		
≤ 30 bpm	✓	✓
> 30 bpm	⚠	×
Ventilação		
Modo HFOV	⚠	×
Pressão positiva ao final da expiração (PEEP)		
≤ 10 cmH ₂ O	✓	✓
> 10 cmH ₂ O	⚠	⚠
Dissincronia ventilatória	⚠	⚠
Terapias de Resgate		
Óxido nítrico (NO)	⚠	⚠
Prostaciclina	⚠	⚠
Decúbito ventral	×	×

Tabela 3

Considerações Cardiovasculares

Considerações Cardiovasculares	Exercícios no leito	Exercícios fora do leito
Pressão arterial		
Terapia antihipertensiva intravenosa para emergência hipertensiva	×	×
Pressão arterial média (PAM)		
Abaixo do alvo e provocando sintomas	⚠	×
Abaixo do alvo apesar de suporte (vasoativo e/ou mecânico)	⚠	×

Acima do limite inferior da faixa alvo com suporte ausente ou baixo	✓	✓
Acima do limite inferior da faixa alvo com suporte moderado	✓	✓
Acima do limite inferior da faixa alvo com suporte alto	⚠	⚠
Hipertensão pulmonar grave conhecida ou suspeita	⚠	⚠
Arritmias cardíacas		
Bradycardia		
Requerendo tratamento farmacológico (ex.: isoprenalina) ou aguardando colocação de pacemaker de emergência	✗	✗
Não requerendo tratamento farmacológico e não aguardando pacemaker de emergência	⚠	⚠
Pacemaker transvenoso ou epicárdico:		
Ritmo dependente	⚠	✗
Ritmo subjacente estável	✓	✓
Taquiarritmia estável com:		
Frequência ventricular >150 bpm	⚠	✗
Frequência ventricular entre 120 e 150 bpm	⚠	⚠
Frequência ventricular <120 bpm	✓	✓
Dispositivos		
Balão intra-aórtico femoral (IABP)	✓	✗
ECMO:		
Femoral ou subclávia (não bicaval dupla)	✓	✗
Bicaval dupla inserida numa veia central	✓	⚠
Dispositivo de assistência ventricular	✓	✓
Cateter arterial pulmonar ou outro dispositivo de monitorização contínua do débito cardíaco	✓	⚠
Outras Considerações Cardiovasculares		
Choque de qualquer causa com lactato >4mmol/L	⚠	⚠

TVP ou TEP agudos conhecidos ou suspeitos	⚠	⚠
Estenose aórtica grave conhecida ou suspeita	✓	⚠
Isquemia cardíaca (dor torácica em curso e/ou alterações dinâmicas no ECG)	⚠	✗

Tabela 3

Considerações Neurológicas

Considerações Neurológicas	Exercícios no leito	Exercícios fora do leito
Nível de Consciência		
Doente sonolento, calmo ou inquieto (ex.: RASS ¹ -1 a +1)	✓	✓
Doente levemente sedado ou agitado (ex.: RASS -2 ou +2)	⚠	⚠
Doente inconsciente ou profundamente sedado (ex.: RASS < -2)	⚠	✗
Doente muito agitado ou combativo (ex.: RASS > +2)	✗	✗
Delírio		
Ferramenta de avaliação de delírio (ex.: CAM-ICU ²) negativa	✓	✓
Ferramenta de avaliação de delírio positiva e capaz de seguir comandos simples	✓	⚠
Ferramenta de avaliação de delírio positiva e incapaz de seguir comandos	⚠	⚠
Pressão Intracraniana (PIC)		
Gestão ativa de hipertensão intracraniana, com PIC fora da faixa desejada	✗	✗
Monitorização de PIC sem gestão ativa de hipertensão intracraniana	✓	⚠
Outras Considerações Neurológicas		
Craniectomia	✓	⚠

¹ **Escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale):** Ferramenta utilizada para avaliar o nível de sedação ou agitação em doentes na UCI. Os valores variam de -5 (sedação profunda) a +4 (agitação severa), sendo 0 o estado de alerta e calma.

² **Escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU):** Método usado para avaliar delírio em doentes na UCI. Identifica alterações no estado mental, desatenção, pensamento desorganizado e nível de consciência.

Dreno lombar aberto (não clampado)	✓	✗
Dreno subgaleal	✓	⚠
Precauções espinhais (sem liberação ou fixação)	✗	✗
Lesão aguda da medula espinhal	✓	⚠
Hemorragia subaracnoide com aneurisma não clipado	✓	⚠
Vasoespasma após clipagem aneurismática	✓	⚠
Convulsões descontroladas	✗	✗

Tabela 3

Outras Considerações

Outras Considerações	Exercícios no leito	Exercícios fora do leito
Cirúrgicas		
Fraturas maiores instáveis/não estabilizadas (pélvica, espinhal, ossos longos dos membros inferiores)	⚠	✗
Feridas cirúrgicas abertas grandes (tórax/esterno ou abdómen) ³	✓	✗
Médicas		
Hemorragia ativa descontrolada conhecida	✗	✗
Suspeita de hemorragia ativa ou aumento do risco de sangramento ⁴	✓	⚠
Doente febril com temperatura acima do limite aceitável, apesar de intervenções específicas, como medidas físicas ou farmacológicas, para controlo ativo da febre	⚠	⚠
Gestão ativa de hipotermia	⚠	⚠
Outras Considerações		
Fraqueza adquirida na UCI	✓	✓

³ Doentes com grandes feridas abertas e estadia prolongada na UCI podem iniciar mobilização após consulta com o cirurgião responsável.

⁴ A suspeita de hemorragia ativa não se limita ao risco de sangramento, mas também à probabilidade de um evento adverso agravado por esse risco, como quedas ou deslocamento de linhas.

Terapia de substituição renal contínua (incluindo cateteres femorais)		
Cateteres venosos, arteriais femorais ou bainhas femorais		
Todos os outros drenos e acessórios: sonda nasogástrica, cateter venoso central, dreno pleural, dreno de ferida, cateter intercostal ou urinário		