



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

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

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

Beatriz Maria Besteiro Pinto



Lisboa

2024



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio

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

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

Beatriz Maria Besteiro Pinto

Orientadora: Professora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Obrigada à minha família pela força e apoio nesta jornada que possibilitou a conclusão do curso e por compreenderem a razão da minha ausência nos momentos mais importantes. À minha mãe por me ter lembrado a importância de parar e respirar para as ideias fluírem para o papel. À minha cadela pela companhia em todas as sessões de estudo.

Obrigado aos meus amigos pelo apoio e incentivo nas horas difíceis deste percurso, e por me conseguirem distrair nos momentos em que mais precisava de relaxar. Ao meu namorado, que também decidiu voltar a estudar e abraçar esta aventura comigo, por ter ouvido todas as minhas queixas e devaneios sem se queixar.

Obrigada à Professora Cristina Baixinho por toda a orientação, suporte e disponibilidade nesta caminhada. Aos meus colegas de mestrado que me acompanharam neste percurso cheio de desafios que conseguimos superar juntos. Aos meus colegas de trabalho que aceitaram todas as trocas de turnos que necessitei para chegar a este ponto.

E, finalmente, obrigada a todos que de alguma forma influenciaram-me durante esta jornada, pela força e pelo apoio transmitido para continuar este percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AIS – *American Spinal Injury Association Impairment Scale*

ASIA – *American Spinal Injury Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CMER – Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FMACI - Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos

INR - *International Normalized Ratio*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LVM – Lesão Vertebro Medular

OE – Ordem dos Enfermeiros

PRISMA-P - *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

RESUMO

Apesar das múltiplas técnicas de reperfusão, percutâneas e minimamente invasivas, a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio ainda é bastante utilizada, sendo que as pessoas submetidas a esta cirurgia apresentam várias necessidades, tanto no período pré-operatório, pelo descondicionamento físico e psicológico no tempo de espera até à cirurgia, como no pós-operatório, pela presença de alguns fatores que predis põem a pessoa para maior risco de complicações pós-operatórias. A atuação no período pré-operatório trará implicações na recuperação da pessoa submetida a esta intervenção cirúrgica, permitindo a melhoria da sua funcionalidade, pela preparação para suportar a agressão associada à cirurgia, reduzindo assim o risco de complicações no pós-operatório, o tempo de internamento e os custos associados aos cuidados de saúde.

O presente relatório pretende demonstrar quais as intervenções que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode implementar no período pré-operatório da pessoa submetida a esta cirurgia, que influenciam positivamente o processo de recuperação da pessoa, através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura. Pretende igualmente demonstrar o desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, ambas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, bem como as competências associadas à obtenção do grau académico de Mestre, tendo em conta as atividades realizadas durante os diversos Ensinos Clínicos realizados. Foi escolhida a Teoria de Transições de Afaf Meleis como teoria orientadora deste relatório, visto que possibilita o conhecimento da transição que a pessoa vivencia e como a mesma é percebida, bem como o entendimento se a pessoa se encontra preparada para a transição e se demonstra mestria nas novas competências que adquiriu.

Palavras-chave: Cirurgia Cardíaca, Período Pré-operatório, Prehabilitation, Enfermagem de Reabilitação, Revisão Sistemática da Literatura.

ABSTRACT

Despite the multiple percutaneous and minimally invasive reperfusion techniques, Coronary Artery Bypass Graft Surgery is still widely used, and people undergoing this surgery have several needs, both in the preoperative period, due to the physical and psychological deconditioning in the waiting time until surgery, and in the postoperative period, due to the presence of some factors that predispose the person to a higher risk of postoperative complications. The action in the preoperative period will have implications in the recovery of the person undergoing this surgical intervention, allowing the improvement of their functionality, by preparing them to withstand the aggression associated with the surgery, thus reducing the risk of postoperative complications, the length of hospital stay and the costs associated with health care.

This report aims to demonstrate which interventions the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing can implement in the preoperative period of the person undergoing this surgery, that positively influence the person's recovery process, through a Systematic Review of the Literature. It also aims to demonstrate the development of the Specific Skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the Common Skills of the Specialist Nurse, both recommended by Ordem dos Enfermeiros, as well as the competencies associated with obtaining the academic degree of Master, taking into account the activities carried out during the various internships. Afaf Meleis' Theory of Transitions was chosen as the guiding theory of this report, since it enables the knowledge of the transition that the person experiences and how it is perceived, as well as the understanding of whether the person is prepared for the transition and whether he demonstrates mastery in the new skills he has acquired.

Keywords: Cardiac Surgery, Preoperative Period, Prehabilitation, Rehabilitation Nursing, Systematic Review.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia de Pesquisa Pubmed. Lisboa, 2023.....	22
Tabela 2. Fluxograma Prisma, adaptado de Page et al., 2020.....	24

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ABORDAGEM METODOLÓGICA	19
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS.....	24
2.1. Competências Específicas.....	24
2.2. Competências Comuns	44
2.3. Competências previstas para o grau de Mestre	53
3. AVALIAÇÃO	55
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS	60
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APÊNDICES

APÊNDICE I – Relatório de Estágio do Ensino Clínico em contextos Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade

APÊNDICE II – Estudo de Caso em Contexto Cardiorrespiratório

APÊNDICE III – Estudo de Caso em Contexto Neurológico

APÊNDICE IV – Jornal de Aprendizagem em Contexto Neurológico

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

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sendo o resultado do desenvolvimento de um Projeto de Estágio ao longo do ano letivo e concretizado durante a passagem pelos diversos Ensinos Clínicos, com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento de um tema de interesse na área de Enfermagem de Reabilitação, bem como das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 2019) e as associadas ao grau académico de Mestre (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013).

Este relatório pretende apresentar a temática do projeto desenvolvido, nomeadamente o seu enquadramento concetual, a sua pertinência e a articulação com a Enfermagem de Reabilitação, além de demonstrar as várias atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes ensinos clínicos que possibilitaram a aquisição das competências supramencionadas, constituindo-se como um modelo orientador que pretende dar resposta à seguinte questão: Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no período pré-operatório da pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca?

A temática deste relatório surge após uma reflexão individual sobre um tema relevante a nível pessoal, na área da Enfermagem de Reabilitação, culminando este interesse no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, pela constatação em primeira mão das várias complicações que estas pessoas apresentam no pós-operatório, podendo as mesmas complicações serem minimizadas pela ação preventiva do EEER no período que antecede a cirurgia programada, pela otimização do estado da pessoa, de modo a suportar o stress inerente ao ato cirúrgico, sendo igualmente um tema emergente por abordar as intervenções autónomas do EEER na função motora, na função respiratória e na função cardíaca (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a).

Importa falar sobre esta temática, uma vez que as doenças cardiovasculares são uma das principais doenças crónicas em Portugal, verificando-se 123 050 pessoas com

enfarte do miocárdio em 2019, e são igualmente uma das principais causas de óbito, com 6 838 óbitos registados por doença isquémica do coração em 2020, sendo que 92% destes ocorrem em pessoas com 65 e mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2023), tornando-se perceptível o peso destas doenças na população portuguesa bem como o porquê de incidir o foco sobre esta patologia e a resultante intervenção cirúrgica. É igualmente necessária uma atuação efetiva sobre a gestão das doenças cardiovasculares, nomeadamente na prevenção e reabilitação, uma vez que apenas 8% da população portuguesa que sofreu um evento isquémico está incluída em programas de reabilitação, ao contrário do que acontece no resto do mundo (Abreu et al., 2018).

A Cirurgia de Revascularização do Miocárdio é um procedimento cirúrgico bastante utilizado apesar das diversas técnicas de reperfusão, percutâneas e minimamente invasivas que têm surgido nos últimos anos, encontrando-se reservada para as situações mais complexas que não conseguem ser resolvidas de outra maneira, ou quando os sintomas persistem apesar do tratamento instituído, tendo em conta os benefícios e riscos associados a esta intervenção (Neumann et al., 2019). É um procedimento agressivo para o organismo, implicando um nível de stress elevado bem como o aparecimento de várias complicações no período pós-operatório, o que aliado a um período de espera elevado até à cirurgia programada, implica um descondicionamento físico e psicológico da pessoa no período pré-operatório (Waite et al., 2017; Marmelo et al., 2018). Apesar de a mortalidade associada a esta intervenção cirúrgica ter vindo a diminuir devido a melhorias no cuidado cirúrgico, o risco de complicações no pós-operatório ainda é elevado (Hartog et al., 2021).

Perante esta cirurgia, as pessoas apresentam várias necessidades que o EEER pode ajudar a responder, como a diminuição da ansiedade e medos, o controlo da dor, a aquisição e integração de novos conhecimentos sobre a sua condição, uma vez que vão apresentar restrições de movimento do seu dia-a-dia, o que irá condicionar dificuldades no seu autocuidado, a prevenção de complicações que podem surgir no pós-operatório, como complicações do foro respiratório, cardíaco e motor, e a manutenção da sua qualidade de vida e funcionalidade durante todo este percurso (Malcato, 2023).

A intervenção do EEER no período pré-operatório vai permitir a melhoria das capacidades funcionais e psicológicas da pessoa, preparando-a para suportar a cirurgia,

além de originar uma redução do risco de complicações pós-operatórias (Marmelo et al., 2018), devendo ser o mais precoce possível, sendo que o EEER tem uma ação preventiva invés de reativa, antecipando as necessidades da pessoa. Uma redução das complicações no período pós-operatório influencia o peso das mesmas sobre a pessoa e família e reduz os custos de saúde associados a estas complicações e à sua gestão (Hartog et al., 2021).

A procura por estratégias inovadoras que permitam reduzir o aparecimento de complicações no pós-operatório, conduz à *Prehabilitation*, que através uma avaliação pré-operatória minuciosa da pessoa, mais especificamente da presença de fatores de risco modificáveis bem como da capacidade de adesão da pessoa, e da implementação de um programa de reabilitação, leva a uma melhoria significativa no pós-operatório, tanto na capacidade funcional da pessoa como no tempo de internamento (McCann et al., 2019; Steinmetz et al., 2022; Knight et al., 2022).

A *Prehabilitation* possibilita a preparação da pessoa para suportar a cirurgia e evitar e superar as complicações associadas, colocando-a no seu melhor estado funcional previamente à cirurgia (Durrand et al., 2019). Uma vez que ocorre uma redução do estado funcional da pessoa no período pré-operatório e que a presença de complicações no pós-operatório implicam uma recuperação mais lenta, é necessário atuar no período pré-operatório, altura em que as pessoas se encontram mais recetivas a intervenções no seu estilo de vida (Durrand et al., 2019).

A *Prehabilitation* coloca o foco na pessoa e possibilita que esta ganhe controlo sobre a sua saúde, através de uma abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa, o que requiere trabalho em equipa na alteração de estilos de vidas que colocam a pessoa em maior risco de complicações (Durrand et al., 2019). Implica então uma avaliação da pessoa e a identificação das suas comorbilidades e de outros fatores que, se otimizados, irão reduzir o risco de a pessoa apresentar complicações pós-operatórias, através da articulação de profissionais de saúde de diferentes áreas, da tomada de decisão conjunta e da educação para a saúde da pessoa (Knight et al., 2022). Avaliação essa que deve incluir aspetos como o estado físico, a anemia, a diabetes *mellitus*, a obesidade/excesso de peso, a síndrome da apneia do sono, a adesão a programas de reabilitação cardíaca, a fragilidade, a desnutrição, as doenças respiratórias, o consumo de tabaco e álcool, a depressão e o apoio familiar/social, que vão permitir uma previsão do risco de

complicações e, se necessário, uma referenciação para um profissional de saúde diferenciado (McCann et al., 2019; Knight et al., 2022; Subramanian et al., 2022).

Aliado a uma avaliação minuciosa, deve ser implementado um programa de reabilitação personalizado e baseado na evidência científica que pretenda reduzir o peso das complicações no períodos pós-operatório, que inclui treino motor, exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), acompanhamento para a cessação tabágica, otimização dos valores de glicemia na pessoa com diabetes *mellitus*, aconselhamento nutricional em casos de desnutrição ou excesso de peso, entre outras intervenções que tenham como foco os fatores de risco previamente identificados (Marmelo et al., 2018; McCann et al., 2019; Steinmetz et al., 2020; Vernon-Platt et al., 2021).

Marmelo et al. (2018) e Vernon-Platt et al. (2021) salientam a importância de implementar um programa de treino motor, com início entre duas a oito semanas antes da cirurgia, com a duração de 15 a 60 minutos por sessão, que articule treino de exercício físico, com exercícios de força e resistência, e também exercícios de RFR com recurso à espirometria de incentivo, podendo o mesmo treino ser realizado no domicílio da pessoa, após ensino do mesmo, com acompanhamento da pessoa tanto por consulta presencial ou telefónica, relatando elevada adesão ao programa.

Assim, através da implementação de programas de *Prehabilitation* à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, é possível a extubação precoce, a redução do internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a melhoria na capacidade funcional da pessoa, a redução do tempo de internamento e alta precoce, a diminuição do risco de fibrilhação auricular e de *delirium*, e redução do risco de infeção do local cirúrgico (McCann et al., 2019; Sandhu & Akowuah, 2019; Hartog et al., 2021; Steinmetz et al., 2022). No entanto, ainda são necessários estudos clínicos randomizados bem desenvolvidos e de alta qualidade para avaliar o impacto destas intervenções e confirmar estes benefícios tanto a curto como a longo prazo, bem como de quem beneficiará destas intervenções (Sandhu & Akowuah, 2019; Steinmetz et al., 2022).

Deste modo, a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sobre esta temática possibilitará fortalecer as intervenções de Enfermagem de Reabilitação que, quando implementadas no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, permitirão reduzir o risco de complicações, manter as capacidades funcionais e

psicológicas da pessoa, além de possibilitar uma alta precoce, diminuir o tempo de internamento e, conseqüentemente, reduzir os custos associados aos cuidados de saúde.

A escolha de uma teoria de enfermagem que guie este relatório é algo essencial, pois possibilita a aplicação da teoria na prática e na investigação, contribuindo deste modo para o avanço do conhecimento em Enfermagem, ao mesmo tempo que valoriza a teoria de enfermagem, fortalecendo-a enquanto disciplina e profissão (Silva, 2007). Segundo Martins et al. (2018), a teórica e a teoria de enfermagem mais utilizada pelos EEER é Afaf Meleis e a Teoria das Transições, que parece ser a teoria mais adequada à temática em questão, dado que é colocado o foco nas transições vivenciadas pela pessoa, incluindo-se aquelas vivenciadas pela pessoa que irá ser submetida a cirurgia cardíaca. Esta teoria permite que o EEER tenha uma visão holística da pessoa/família que está a vivenciar a transição, identificando as barreiras e facilitadores de transição, de modo a que seja possível a implementação de terapêuticas de enfermagem individualizadas e assim ajudar a pessoa a atingir uma transição saudável, demonstrada pela mestria e aquisição de novas competências (Silva et al., 2019).

A Teoria das Transições permite que o EEER realize a avaliação da proatividade da pessoa e da sua preparação para a transição, pois implica que o enfermeiro conheça a pessoa, como esta percebe a transição vivenciada e que expresse os seus receios e preocupações, além de permitir que este profissional implemente intervenções que facilitarão o processo de transição, como a realização de ensinamentos que permitirão que a pessoa e família adquiram novos conhecimentos que os irão preparar para a cirurgia e o pós-operatório, demonstrado pela mestria nas novas competências que terá que adquirir e pelos comportamentos adequados para lidar com a transição, permitindo que a pessoa pondere sobre o que a espera no período pós-operatório e se conseguirá realizar as tarefas e papéis que desempenhava anteriormente (Meleis, 2010). De modo a gerir todas as preocupações da pessoa, tanto as relacionadas com a sua recuperação, com os objetivos de vida que ainda não atingiu, com o internamento, com a possibilidade de morte e com a dor pós-operatória, as pessoas devem aderir a um programa de reabilitação no período pré-operatório, de modo a permitir que se encontrem no seu melhor estado para suportar a cirurgia, bem como preparar a família e a sua casa para o pós-operatório (Meleis, 2010).

Com a implementação deste projeto em Ensino Clínico, era pretendido 1. Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação, mais concretamente na RFR e reabilitação cardíaca, de modo a corrigir e prevenir complicações no pós-operatório, bem como 2. Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação, mais concretamente na reabilitação motora, de modo a melhorar as capacidades físicas da pessoa, preparando-a para suportar o stress associado ao procedimento cirúrgico, sendo o ensino clínico o local que possibilita a “apropriação de saberes e de desenvolvimento de competências pelos contactos que proporciona com a realidade” (Pinto, 2023, pp. 118), possibilitando o acompanhamento do estudante de enfermagem por enfermeiros orientadores e professores, com o objetivo de facilitar a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento pessoal e profissional, através da reflexão sobre a prática, do pensamento crítico, da tomada de decisão e da resolução de problemas. Para atingir os objetivos supramencionadas, foi necessário definir objetivos mais específicos, sendo eles:

1. Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, e uma tomada de decisão efetiva baseada na evidência científica.
2. Garantir um ambiente de prática de cuidados que respeite a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.
3. Colaborar em programas de melhoria da qualidade desenvolvidos nas instituições de estágio, através do trabalho em equipa e colaboração.
4. Realizar a avaliação completa da pessoa, com base na Teoria das Transições, utilizando instrumentos de recolha de dados.
5. Desenvolver planos de intervenção com o objetivo de promover uma transição saudável, com base na Teoria das Transições.
6. Planear e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, avaliando a sua eficácia.
7. Intervir no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia de modo a colocá-la no seu melhor estado funcional previamente à cirurgia e maximizar a sua independência, garantindo a autonomia e promovendo a qualidade de vida.
8. Aplicar os pressupostos da *Prehabilitation* na abordagem à pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

O desenvolvimento dos objetivos supracitados iniciou-se com a realização do primeiro ensino clínico, em contextos Orto Traumatológico, Reumatológico e na Comunidade, que teve lugar durante o segundo semestre do primeiro ano letivo, do qual resultou o respetivo Relatório de Estágio, presente no Apêndice I. No segundo ano letivo, o ensino clínico desenvolveu-se em Contextos Neurológico e Cardiorrespiratório, com duas incursões em ambiente Pediátrico e em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), sendo importante a caracterização destes locais que possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. Este ensino clínico foi desenvolvido ao longo de 18 semanas, entre 25 de setembro de 2023 e 29 de fevereiro de 2024, sendo que sete semanas foram desenvolvidas em contexto Neurológico, sete semanas em contexto Cardiorrespiratório, duas semanas em ambiente Pediátrico e duas semanas numa UMDR, sendo que nestes dois últimos contextos foram realizados Estágios de Observação Participante.

O Ensino Clínico em contexto Neurológico foi desenvolvido num Serviço de Internamento num Centro de Reabilitação pertencente a uma organização sem fins lucrativos, tratando-se de um serviço que recebe pessoas com doenças do foro neurológico, sequelas de politraumatismos graves, amputações de membros, deficiências congénitas e perturbações do desenvolvimento, na sua maioria transferidas de unidades hospitalares ou internadas por acordos com seguros e subsistemas de saúde, com o objetivo de permitir um foco na reabilitação da pessoa, promover a sua máxima funcionalidade e potenciar e valorizar as suas capacidades, com o objetivo último da sua integração na sociedade. No momento da realização do ensino clínico, encontravam-se internadas no serviço pessoas com diagnósticos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Lesão Vertebral Medular (LVM), Mielite transversa, entre outras.

O serviço apresenta 32 camas, divididas entre quartos duplos e com 6 camas, apresentando camas articuladas e elétricas, com casa de banho privativa e ampla em cada quarto, mas sem duche. Apresenta igualmente duas casas de banho, uma feminina e outra masculina, com vários duches individualizados, com piso antiderrapante e várias cadeiras de duche disponíveis para a realização do treino de higiene. Apresenta uma sala de refeições e uma sala de estar, onde são realizadas as refeições sob vigilância de enfermagem e, se necessário, de terapia da fala, e onde estão disponíveis vários jogos didáticos e dois *standing-frame*. Por fim, apresenta um longo corredor ao longo do serviço,

de piso plano, que possibilita a realização de treino de marcha. O serviço possui uma equipa de 22 enfermeiros, sendo que nove deles são EEER, bem como vários profissionais que dão apoio ao serviço.

As pessoas aqui internadas são avaliadas por uma equipa multidisciplinar no momento da admissão, que inclui médico fisiatra, fisioterapeuta, enfermeiro de reabilitação, assistente social, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e psicóloga, que em conjunto elaboram um plano das diferentes atividades a desenvolver ao longo do internamento. Deste modo, cada pessoa apresenta um horário dos vários departamentos, como terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia, a que se tem que dirigir ao longo do dia.

Uma parte importante do internamento neste Centro de Reabilitação é o fim de semana terapêutico, em que a pessoa retorna ao seu domicílio durante o fim de semana, de modo a aplicar as estratégias adaptativas e usar os produtos de apoio que utiliza no serviço de internamento, que permite à pessoa consciencializar-se de como se deve adaptar à sua própria realidade, o seu domicílio e o seu espaço, invés de fazer esse treino num serviço que se encontra adaptado às dificuldades e limitações de atividade que esta população pode apresentar, ao contrário das casas das pessoas.

Durante a realização do ensino clínico, foi ainda possível a ida ao departamento das Atividades de Vida Diárias (AVD), constituído por uma equipa de seis EEER, que se foca no treino de vestuário, no treino de higiene, no treino de transferências e no treino do uso de produtos de apoio, sendo o foco do EEER a reabilitação da funcionalidade da pessoa e a sugestão e adaptação a produtos de apoio.

O Ensino Clínico em contexto Cardiorrespiratório foi realizado num hospital pertencente a um centro hospitalar da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, mais especificamente num serviço de Cirurgia Cardiotorácica, na UCI do mesmo serviço, tratando-se de um serviço que recebe pessoas no período pré e pós-operatório de uma cirurgia do foro cardiotorácico, como cirurgias valvulares, cirurgias coronárias, cirurgia de transplantação cardíaca e/ou pulmonar, implantação de dispositivos de assistência ventricular, entre outras, provenientes do serviço de urgência, da consulta externa ou de outras instituições hospitalares, para a realização de cirurgias programadas, de urgência e em tempo adicional.

A unidade apresenta nove camas articuladas e elétricas dispostas em *open-space*, que possibilitam a monitorização hemodinâmica das pessoas, bem como 3 quartos de isolamento destinados a pessoas que necessitem de isolamento de proteção ou para evitar a contaminação de outras pessoas que se encontram internadas devido à presença de algum microrganismo contagioso. Dispõe de uma equipa multidisciplinar que engloba enfermeiros de cuidados gerais, um EEER, auxiliares, cirurgiões cardiotorácicos, entre outros, sendo possível a referenciação para outros profissionais do centro hospitalar de acordo com a situação de saúde da pessoa. Na altura da realização do ensino clínico, somente existia um EEER na UCI, que ficava na prestação de cuidados diretos, prestando cuidados gerais e especializados às pessoas que lhe são atribuídas.

Pelo que foi possível observar, o foco na UCI é o cuidado no pós-operatório, com enfoque na RFR, na mobilização precoce e nos ensinamentos sobre os cuidados pós-operatórios. Existe também no serviço a Consulta *Follow-up*, que acompanha as pessoas no pós-operatório, realizando contactos telefónicos ou presenciais com a mesma três dias após a alta, trinta dias, três meses, seis meses e um ano, abordando temas como a atividade física, o retorno à atividade profissional, a dor pós-operatório, a adesão à terapêutica, especificamente à terapêutica anticoagulante, a vigilância dos sinais vitais, a adesão às consultas e a satisfação da pessoa. Existe também o Programa *Coagulocheck*, em que é fornecido à pessoa uma máquina de avaliação do tempo de protrombina através do *International Normalized Ratio* (INR), análise utilizada para monitorização da terapêutica anticoagulante, sendo que posteriormente é enviada uma mensagem automática a pedir o valor de INR desse dia bem como perguntas sobre alterações, como presença de hemorragias, mensagem à qual a pessoa deve responder com o valor e resposta às questões colocadas, sendo as respostas encaminhadas para o médico que irá prescrever a dose da medicação dos próximos dias.

Outro programa implementado no serviço, é o Programa de Telemonitorização, em que é fornecido no momento da alta uma mala com um telemóvel, uma balança, um aparelho de medição de tensão arterial e um *smartwatch* de monitorização de saúde, sendo que a pessoa deve enviar registos de peso, tensão arterial, frequência cardíaca e registos fotográficos das suturas, numa aplicação presente no telemóvel, devendo responder a questões colocadas na mesma.

Existe uma maior preocupação com o período pré-operatório, sendo que se encontra a ser equacionado a implementação de um programa de reabilitação no período pré-operatório, no início do internamento no serviço, que engloba o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, a tosse dirigida e os ensinamentos sobre os períodos pré e pós-operatórios.

Tendo em conta o tema, e de forma a dar resposta aos objetivos mencionados, o presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos, iniciando-se pela introdução, onde é apresentada a natureza do relatório, a escolha da teórica de enfermagem que guiará o mesmo, a caracterização dos locais onde foram realizados os diferentes ensinamentos clínicos, bem como a descrição dos objetivos do mesmo relatório, partindo para o capítulo da abordagem metodológica, que apresenta a metodologia escolhida para este relatório. No capítulo seguinte é realizada a descrição e análise das aprendizagens realizadas em Ensino Clínico, tendo em conta as competências comuns e específicas do EEER e as previstas para o grau de Mestre, sendo as mesmas comparadas com a evidência encontrada. No capítulo da avaliação, esta é realizada utilizando a abordagem *Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats (SWOT)* (Pereira & Rito, 2015) dos resultados obtidos e dos contributos para a disciplina de enfermagem. Termina o relatório com o capítulo das considerações gerais onde é realizada a avaliação de todo o percurso formativo.

Este relatório foi elaborado segundo as orientações da norma de trabalhos da ESEL, adotando assim a sétima versão da *American Psychological Association*.

1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Foi escolhida a realização de uma RSL como metodologia orientadora deste relatório por ser um modo de fornecer um resumo abrangente, detalhado e imparcial de resultados de estudos de investigação primária, sintetizado num documento, usando métodos rigorosos e transparentes de modo a garantir a sua qualidade e que os resultados são confiáveis (Aromataris et al., 2024). Devido à quantidade de estudos que são realizados e publicados, é muito difícil estar a par do último conhecimento sobre determinado tema, pelo que uma RSL que agrega a evidência sobre determinado tema, permite facilitar a tomada de decisão de profissionais, investigadores e políticos (Aromataris et al., 2024).

O primeiro passo essencial na realização de uma RSL é a realização de um protocolo de revisão previamente à realização da revisão sistemática propriamente dita, que define os objetivos da revisão e os seus métodos, permitindo a transparência da mesma e dando a conhecer como foram obtidos os resultados e recomendações, diminuindo assim o risco de enviesamento (Aromataris et al., 2024). Portanto, foi este o primeiro passo tomado rumo à realização da RSL, com o título *Prehabilitation interventions that influence transactional care for adults and elderly people undergoing coronary artery bypass surgery: a systematic review protocol*¹.

O protocolo elaborado apresenta como objetivo identificar as intervenções de cuidado transaccional implementadas no período pré-operatório a adultos e idosos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica que influenciam positivamente o processo de recuperação da pessoa, e segue as recomendações da *Joanna Briggs Institute* (JBI) para este tipo de estudo e de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA-P) (Moher et al., 2015).

Pretende assim demonstrar a evidência da efetividade das intervenções descritas acima, respondendo à questão de pesquisa "Quais as intervenções de enfermagem de cuidados transaccional que, quando implementadas no período pré-operatório de adultos e idosos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, influenciarão

¹ O Protocolo desta Revisão encontra-se registado na plataforma Open Science Framework com o DOI <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/X4DJ8>

positivamente seu processo de recuperação?". Este método foi utilizado de forma a obter resultados fiáveis, a partir dos quais se podem tirar conclusões e orientar decisões, minimizando assim o risco de enviesamento.

Assim, foram utilizados todos os ensaios clínicos randomizados controlados, não randomizados ou outros estudos quase-experimentais que abordassem intervenções implementadas no período pré-operatório da pessoa submetida à cirurgia de revascularização miocárdica que impactem positivamente o processo de recuperação da pessoa. A população-alvo foram adultos e idosos submetidos a esta cirurgia e que tenham sido submetidos a alguma intervenção no período pré-operatório.

Os tipos de intervenções pré-operatórias que impactam positivamente o processo de recuperação da pessoa submetida à cirurgia cardíaca podem ser agrupados em categorias, sendo estes alguns exemplos da panóplia de intervenções que são realizadas e que se espera que sejam encontradas nesta pesquisa, tais como: educação em saúde focada na pessoa e no seu cuidador; avaliação minuciosa da pessoa que será submetida à intervenção cirúrgica, bem como do seu ambiente; identificação de fatores que predispõem a pessoa a um maior risco de complicações pós-operatórias; encaminhamento para o profissional de saúde mais adequado, caso algum destes fatores esteja presente; implementação de um plano de reabilitação no período pré-operatório, continuando no pós-operatório e no regresso a casa; intervenções de cuidados transacional para adesão e continuação do programa de reabilitação após a alta.

Os fatores de exclusão foram estudos com crianças e adolescentes, estudos com intervenções de cuidados transacional iniciados apenas no período pós-cirúrgico, estudos que focam apenas na adesão ao regime medicamentoso ou outros focos de atenção que não afetam os programas de reabilitação.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada nas bases de dados eletrónica *MEDLINE*, *CINAHL*, *JBI*, *SCOPUS* e *Web of Science*, procurando as evidências mais recentes, pelo que a investigação se limita aos últimos 5 anos, pela relevância do tema, e às línguas inglesa e portuguesa.

Os termos de indexação foram utilizados tendo em conta a base de dados utilizada com base nas palavras-chave "*Adult*", "*Aged*", "*Coronary Artery Bypass Graft Surgery*",

"*Transitional Care*", "*Prehabilitation*" e "*Nursing*", e a pesquisa por essas palavras foi nos títulos ou resumo, como pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 1. Estratégia de Pesquisa Pubmed. Lisboa, 2023.

Estratégia de Investigação	Número de
	artigos
#1 (((((((((((adult[Title/Abstract]) OR (older[Title/Abstract])) OR (aged[Title/Abstract])) OR (age*[Title/Abstract])) OR (elderl*[Title/Abstract])) OR (older people[Title/Abstract])) OR (adult[MeSH Terms])) OR (aged[MeSH Terms])) OR (frail older adults[MeSH Terms])) OR (elders, frail[MeSH Terms])) OR (elderly, frail[MeSH Terms]))	993,968
#2 (((coronary artery bypass graft surgery[Title/Abstract]) OR (bypass surgery[Title/Abstract])) OR (CABG[Title/Abstract])) OR (heart bypass surgery[Title/Abstract]))) OR (bypass surgery, coronary artery[MeSH Terms])	7,777
#3 (((((((((((prehabilitation[Title/Abstract])) OR (pre-operative preparation[Title/Abstract])) OR (surgery preparation[Title/Abstract])) OR (transitional care[Title/Abstract])) OR (surgery interventions[Title/Abstract])) OR (rehabilitation program[Title/Abstract])) OR (helath education[Title/Abstract]))) OR (health education[MeSH Terms])) OR (care continuity[MeSH Terms])) OR (care continuity, patient[MeSH Terms])) OR (ambulatory surgical procedure[MeSH Terms])	565,224
#4 (((((((((((nurs*[Title/Abstract])) OR (nursing care[Title/Abstract])) OR (nursing intervention[Title/Abstract])) OR (nursing consultation[Title/Abstract])) OR (advanced practice nursing[MeSH Terms])) OR (nursing care[MeSH Terms])) OR (nursing care plan[MeSH Terms])) OR (nursing inte[MeSH Terms])	65,518
#1AND #2AND#3AND#4	160

A seleção, extração e codificação dos dados da pesquisa bibliográfica foi realizada por dois revisores, de forma independente, a fim de verificar a concordância com os critérios de inclusão definidos. Os artigos que atenderam a esses critérios foram

submetidos à avaliação dos revisores e, em caso de discordância, um terceiro revisor foi chamado para o desempate.

Assim, foram analisados os títulos e resumos dos estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão definidos, e os estudos considerados relevantes para o objetivo desta revisão sistemática foram lidos posteriormente e incluídos na revisão. Os critérios de exclusão dos artigos foram justificados.

A extração e codificação dos dados encontra-se a ser realizada a partir de um formulário de extração de dados, que contém as informações relacionadas ao estudo analisado, tais como desenho do estudo, título, nome dos autores, data de publicação, país, características da população, método utilizado, características da intervenção e resultados. A avaliação da qualidade dos estudos também será realizada, utilizando os instrumentos recomendados pelo JBI. Não se apresenta neste momento os resultados pois serão alvo de publicação em revista científica.

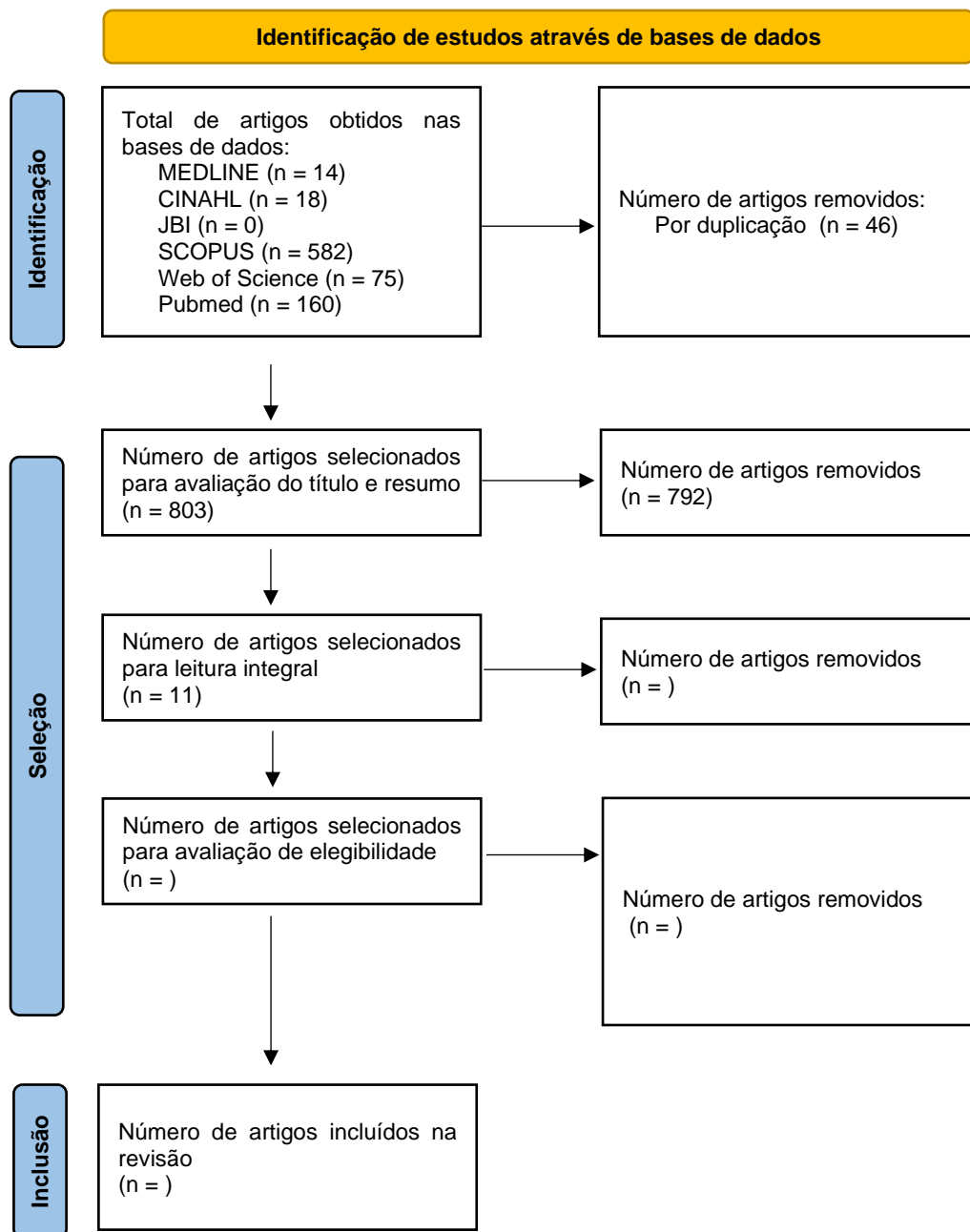
Como resultados, esta revisão considerou estudos que incluíram aumento da qualidade de vida, medida por qualquer escala de qualidade de vida utilizada, redução das complicações pós-operatórias, melhoria da funcionalidade, medida por qualquer escala ou teste funcional que avalie a funcionalidade utilizada, diminuição do tempo de internamento e diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde.

Esta RSL fortalece as evidências de intervenções de enfermagem, baseadas em cuidado transacional, que quando implementados no período pré-operatório da pessoa submetida à cirurgia cardíaca possibilitarão uma redução do risco de complicações, mantendo as capacidades funcionais e psicológicas da pessoa, além de permitir uma alta precoce, uma redução no tempo de internamento e, conseqüentemente, uma redução dos custos associados aos cuidados de saúde. Desta forma, pode beneficiar os profissionais de saúde e outros investigadores, facilitando o planejamento e a implementação de intervenções que possam melhorar a assistência a estas pessoas.

Da pesquisa realizada, presente no fluxograma que se segue, foram obtidos 852 artigos que foram posteriormente avaliados tendo em conta os critérios de inclusão e de exclusão no seu título e resumo, obtendo-se 11 artigos para leitura integral, sendo que de momento encontram-se a ser extraídos e codificados os dados provenientes dos

artigos relevantes para esta RSL, bem como se está a proceder à avaliação da qualidade dos artigos encontrados.

Tabela 2. Fluxograma Prisma, adaptado de Page et al., 2020.



2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS

Uma vez que o presente relatório pretende demonstrar a obtenção das competências inerentes à prestação de cuidados especializados de reabilitação, torna-se pertinente analisar as atividades realizadas nos diferentes locais onde decorreu o ensino clínico que permitiram o desenvolvimento destas competências, tendo em conta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 2019), as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as previstas para o grau de Mestre (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013), e analisar as mesmas atividades à luz da evidência mais recente sobre o tema.

2.1. Competências Específicas

Competências específicas são as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4745), aludindo assim às competências presentes no Regulamento n.º 392/2019 (2019), que elucida sobre quais as competências específicas do EEER, sendo necessário recorrer às mesmas, bem como às atividades realizadas em Ensino Clínico que permitiram o desenvolvimento destas competências.

Para desenvolver a competência **J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**, foi delineado como objetivo específico de estágio “Realizar a avaliação completa da pessoa, com base na Teoria das Transições, utilizando instrumentos de recolha de dados”. Deste modo, foi realizada a avaliação da pessoa, incluindo a caracterização das transições vivenciadas, de modo a compreender como a pessoa vive as transições e, se possível, atingir uma transição saudável, pela elaboração de um plano de cuidados adequado à situação da pessoa e pela implementação de terapêuticas de enfermagem. Assim sendo, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º

392/2019, 2019, pp. 13565), através dos conhecimentos e experiência acrescida que possui, o que possibilita uma tomada de decisão relativamente à promoção da saúde, à prevenção de complicações secundárias e ao tratamento e reabilitação, com o objetivo último de maximizar o potencial da pessoa.

As unidades de competência que constituem esta competência, permitem descrever mais detalhadamente as atividades desenvolvidas em ensino clínico que permitiram o desenvolvimento da mesma. Houve a oportunidade de desenvolver a unidade de competência J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, tanto no contexto Neurológico, como no Cardiorrespiratório, nomeadamente pela realização da avaliação da pessoa previamente à realização das intervenções, algo que foi amplamente desenvolvido em ensino clínico, pois é a partir de uma avaliação detalhada da pessoa e família, que será possível obter os dados relevantes para a elaboração de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, bem como ao planeamento das intervenções, o que torna a avaliação um passo essencial para a tomada de decisão do EEER (Ribeiro et al., 2021), dado que a sua ação se centra na resolução de problemas na sua área de atenção e na prevenção de complicações, tal como na capacitação da pessoa com o objetivo de manter a qualidade de vida e na reintegração e participação na sociedade (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Uma vez que os cuidados de enfermagem devem utilizar uma metodologia científica que inclui a recolha e análise dos dados sobre a situação apresentada (OE, 2015b), dados estes recolhidos a partir de várias fontes, como entrevista à pessoa e família, consulta do processo e observação da pessoa, deve ser realizada uma recolha de dados sistematizada e estruturada, tendo em conta o contexto onde a pessoa se encontra e os dados que são estritamente necessários para a prestação de cuidados, relacionados com a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de alimentação, de eliminação, e de sexualidade, e relacionados com os processos de transição presentes e de adaptação à nova realidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A avaliação realizada ao Sr. J.C.B., em contexto Cardiorrespiratório, presente no Estudo de Caso em apêndice II, permite demonstrar o desenvolvimento desta competência, pois permitiu conhecer a pessoa em questão e a sua família, de forma global, permitindo entender quais as suas necessidades e as transições vivenciadas e,

assim, desenvolver um plano de cuidados adequado à situação específica do Sr. J.C.B., utilizando para isso algumas escalas e instrumentos de medida adequadas a esta situação, que fornecem suporte à tomada de decisão do EEER.

O Sr. J.C.B. encontrava-se internado na UCI de Cirurgia Cardiorácica, no período pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, nomeadamente Implantação de Válvula Mitral, Anuloplastia Tricúspide e Bypass Coronário de um vaso, tendo de ser submetido a Revisão de hemostase no dia seguinte por hemorragia importante no pós-operatório, sendo que entrei em contato com o Sr. no segundo dia pós-operatório. O Sr. ainda se encontrava no leito, pois ainda não tinha realizado o primeiro levante, sendo esse um dos objetivos para o dia em questão, e apresentava uma radiografia do tórax, realizada nesse dia, em incidência ântero-posterior, que exibia a traqueia centrada com campos pulmonares simétricos e expandidos com hipotransparência da base direita e apagamento do seio costo-frénico esquerdo, no entanto difícil de avaliar por apresentar cardiomegalia, sem alterações no parênquima pulmonar. À auscultação apresentava murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares, mas francamente diminuído na base esquerda.

As escalas e instrumentos de medida utilizados nesta situação foram a Escala de Força da Medical Research Council, a Escala de Barden, a Escala de Quedas de Morse, a Escala de Deglutição de Guss e o Índice de Barthel. O uso de escalas e instrumentos de medida permitem evidenciar os resultados obtidos a partir da intervenção do EEER, servindo como indicador de resultado das intervenções implementadas, além de caracterizar a situação de saúde da pessoa e das transições que esta apresenta no caminho da dependência para a autonomia (OE, 2016).

A Escala de Força da Medical Research Council foi utilizada para avaliar a força muscular do Sr. J.C.B., uma vez que a imobilidade no leito pode conduzir à instalação de um quadro de Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos (FMACI), aliado à ventilação mecânica invasiva, ao estado de coma induzido e de bloqueio neuromuscular, pelo que a mobilização precoce e progressiva é determinante para a recuperação da pessoa, melhorando a sua funcionalidade, prevenindo a limitação física, diminuindo o tempo de ventilação e o tempo de internamento (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

Foi utilizada a Escala de Barden para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, uma vez que o Sr. J.C.B. encontrava-se no leito e ainda não tinha realizado o primeiro levante após a cirurgia, pelo que a determinação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, facilita a escolha de produtos de apoio pelo EEER para reduzir o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, como a escolha do colchão mais apropriado. A Escala de Quedas de Morse foi utilizada para avaliar o risco de ocorrência de queda, uma vez que o Sr. J.C.B. apresentava fatores de risco de queda, tais como idade avançada, uso de medicação pertencente ao grupo do Sistema Nervoso Central e limitação na AVD (Sousa et al., 2023), pelo que a determinação do risco de ocorrência de quedas permite implementar intervenções que irão reduzir o mesmo.

Já a Escala de Deglutição de Guss foi utilizada para avaliar a deglutição e despiste de disfagia, uma vez que a entubação orotraqueal pode predispor o Sr. J.C.B. a maior risco de disfagia pós-extubação (Bartolomeu & Rodrigues, 2021), pelo que a avaliação da deglutição pode identificar esta situação e fornecer indicações sobre a consistência da dieta, permitindo implementar intervenções com o foco na reeducação da deglutição.

Por fim, o Índice de Barthel foi escolhido para avaliar o nível de independência do Sr. J.C.B. na realização das AVD, uma vez que o Sr. apresentava diversos dispositivos médicos que condicionavam a sua independência no momento da avaliação, bem como necessidade de conhecimento sobre que cuidados deve ter na realização das AVD no pós-operatório, aproveitando todos os momentos para a realização de ensinamentos e treino das AVD, incidindo o foco dos ensinamentos, durante o internamento em UCI, nas transferências e posicionamentos, ressaltando a importância da contenção de suturas nesses momentos, bem como durante a tosse (OE, 2020).

A partir desta avaliação determinou-se como focos de atenção a necessidade de conhecimento sobre os cuidados a ter no período pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, a diminuição do murmúrio vesical na base esquerda aliado ao apagamento do seio costo-frénico esquerdo que pode indicar a presença de um derrame pleural, bem como a presença de dor na esternotomia que pode levar a uma hipoventilação e hipoperfusão, que condiciona a presença de um padrão respiratório restritivo, e a necessidade de reduzir algumas das complicações associadas a uma cirurgia cardíaca e à imobilidade no leito, como a FMACI.

O ensino sobre os cuidados a ter no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca é primordial devido às restrições de movimentos que a pessoa apresenta, nomeadamente a realização de movimentos de abdução da articulação escapulo-umeral e flexão da mesma articulação acima dos 90° de amplitude, que podem condicionar instabilidade do esterno durante a consolidação do mesmo, pelo que a pessoa deve ser instruída sobre como deve realizar as suas AVD, como realizar a contenção de suturas durante o posicionamento e transferências (OE, 2020).

A ação do EEER deve focar-se igualmente na prevenção de complicações do foro respiratório do período pós-operatório, uma vez que podem levar a limitações funcionais da pessoa e aumentar o tempo de internamento, sendo que a RFR vai depender da situação em questão, tendo em conta a abordagem e técnica cirúrgica, as estruturas envolvidas e o trauma associado, bem como as complicações que se encontrem presentes, como pneumonia, insuficiência respiratória aguda, derrame pleural, tosse produtiva, atelectasia e hipoxemia (Malcato, 2023).

Com o foco na mobilização precoce em ambiente de UCI, é possível reduzir as complicações associadas à imobilidade, como é o caso da FMACI, minimizando assim a perda de mobilidade e maximizando a independência da pessoa ao contribuir para o seu desempenho nas AVD, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, aumentar a probabilidade de regresso a casa e facilitar a sua integração na família e sociedade (Ferreira & Peres, 2020; Reis et al., 2021).

O Sr. J.C.B. encontrava-se a vivenciar várias transições no momento, e relacionadas entre si, uma vez que apresenta a cirurgia cardíaca e o internamento como ponto comum. A própria doença valvular e coronária, como o internamento e a cirurgia que se seguiu, caracterizam-se por serem os eventos críticos que marcam a transição saúde/doença vivenciada, além que estar a experienciar uma transição situacional, devido ao facto de se encontrar dependente de terceiros durante o pós-operatório imediato, originando alteração dos papéis desempenhados. O Sr. J.C.B. considera que iria ganhar mais qualidade de vida após a cirurgia, pelo que atribui um significado positivo à cirurgia e ao internamento, sendo uma situação para a qual tanto o Sr. como a sua família se prepararam uma vez que o Sr. refere que iria ter o apoio da esposa e do filho no regresso a casa.

No que se refere à unidade de competência J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, esta foi desenvolvida pela realização de múltiplos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos à situação da pessoa, de acordo com a avaliação previamente realizada, elaborados juntamente com a pessoa e/ou família e as suas prioridades, definindo em parceria os objetivos a atingir, recorrendo à negociação no que se refere à gestão da situação de saúde/doença que vivencia, e à gestão de expectativas, caso estes apresentem objetivos irrealistas, com o objetivo de promover a autonomia da pessoa e a sua qualidade de vida.

É possível demonstrar o desenvolvimento desta competência, pelo plano delineado para o Sr. J.C.B., em que a partir da identificação das suas necessidades, foi elaborado um plano de cuidados para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo identificado como prioritário a implementação de um plano de RFR, com foco no padrão restritivo que apresentava no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca e na presença de derrame pleural, seguido da implementação de um plano de mobilização precoce para reduzir os efeitos da FMACI, não descurando o foco no conhecimento sobre os cuidados que o Sr. J.C.B. e a sua família teriam que adotar no período pós-operatório de modo a garantir uma transição saudável.

O EEER atua nas complicações de foro respiratório pós-operatórias, como a pneumonia, a insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório, o broncospasma, o derrame pleural, a atelectasia e a tosse produtiva, devendo incidir a sua atenção em evitar e corrigir alterações posturais e defeitos ventilatórios, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, reeducar no esforço e melhorar a performance dos músculos respiratórios, o que permite reduzir a morbidade e mortalidade, bem como diminuir os custos associados aos cuidados de saúde, devendo iniciar-se o programa de reabilitação o mais precocemente possível, de preferência no período pré-operatório, e ter em conta que o sucesso do programa vai depender da adesão da pessoa ao mesmo (Malcato, 2023).

Deste modo, foi delineado um programa de RFR com os objetivos de manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática do Sr. J.C.B., devido ao padrão respiratório

restritivo que apresentava, e impedir a formação de aderências pleurais, devido à presença de um derrame pleural, com intervenções que pretendiam auxiliar o Sr. J.C.B. a atingir uma transição saudável.

O programa delineado inicia-se pelo controlo e dissociação dos tempos respiratórios, que possibilita a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios além de permitir o controlo da respiração e uma ventilação eficaz, numa posição correta, que é essencial para que ocorra uma boa ventilação ao mesmo tempo que previne e corrige defeitos posturais em posição antiálgica, assegurando igualmente uma posição de conforto, de forma a reduzir a tensão psíquica e muscular de modo a facilitar o controlo da respiração, sendo conseguido pelo posicionamento em decúbito dorsal, por exemplo, colocando uma almofada a apoiar a cabeça até à raiz das omoplatas e outra almofada na região poplíteia (Heitor et al., 2017; Couto et al., 2021).

Segue-se a realização de exercícios de reeducação diafragmática na posição posterior e da hemicúpula esquerda, com o objetivo de reeducar o diafragma da pessoa e assim permitir uma maior excursão do mesmo, possibilitando uma ventilação mais eficiente e corrigir assinergias ventilatórias, e exercícios de reeducação costal seletivos na região costal inferior, que permite mobilizar áreas pulmonares que necessitam de maior ventilação através do foco nessas mesmas áreas, sendo que nestes exercícios deve ser colocado o ênfase na fase inspiratória por se tratar de uma doença respiratória de padrão restritivo (Couto et al., 2021). Termina-se a sessão pelo controlo e dissociação dos tempos respiratórios, auxiliando o Sr. J.C.B. a posicionar-se em decúbito dorsal ou decúbito lateral direito, recorrendo à terapêutica de posição através do decúbito sobre o lado sã, de modo a impedir a formação de aderências pleurais toraco-diafragmáticas e favorecer a sua drenagem, libertando o seio costo-frénico do lado afetado (Madeira et al.; 2016; Heitor et al., 2017).

O plano de mobilização precoce concebido pretendia evitar a instalação de um quadro de FMACI, através da implementação de exercícios de mobilização ativa dos diferentes segmentos corporais, enquanto o Sr. J.B. permanecia no leito (OE, 2020), uma vez que não havia condições de segurança para a realização do levante no dia da aplicação do plano desenvolvido, visto apresentar o valor de troponinas elevado nas análises desse dia, o que pode indicar a ocorrência de lesão do miocárdio durante o

procedimento cirúrgico e influenciar a mortalidade nos 30 dias após o procedimento (Devereaux et al., 2022), devendo ser discutido com a equipa multidisciplinar a possibilidade de levantar nesse dia ou o adiamento do mesmo até valores de troponinas estáveis.

Deve ser igualmente iniciado o ensino sobre os cuidados a ter no pós-operatório, aproveitando todos os momentos disponíveis para tal, sendo que em ambiente de cuidados intensivos e/ou intermédios, devem-se abordar temas como os cuidados a ter durante as transferências e posicionamentos, com contenção de suturas, o que ajuda a pessoa a corrigir a sua posição em posicionamento antiálgico, bem como em outras áreas comprometidas, através da avaliação realizada pelo índice de Barthel, caso surja uma situação durante a permanência em UCI (OE, 2020).

Com o objetivo de contemplar a periodicidade da realização das intervenções, foram consultados guias orientadores da prática que podem auxiliar neste planeamento, uma vez que os mesmos apresentam intervenções de enfermagem sistematizadas, além de adequarem a qualidade, a eficiência e a segurança da ação à eficácia da intervenção (OE, 2018). Tendo em conta as recomendações explanadas nestes guias, a periodicidade das intervenções foi ajustada tendo em conta a especificidade da pessoa em questão.

No que diz respeito à unidade de competência J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, o seu desenvolvimento foi possível pela aplicação dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação em ensino clínico, concretizados pelas intervenções delineadas e pela correta e adequada execução dos cuidados de enfermagem que eram necessários à situação da pessoa (OE, 2015b). Visto que esta unidade de competência faz referência às funções de vários níveis, importa falar sobre o que foi realizado em ensino clínico tendo em conta esses mesmos níveis.

Durante o ensino clínico em contexto Neurológico, em relação à função sensoriomotora foi possível a realização de exercícios de mobilização dos diferentes segmentos corporais, como parte do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação delineado para o Sr. J.B., presente no apêndice III, com o objetivo de readquirir o esquema corporal, estimular a sensibilidade proprioceptiva, inibir a espasticidade e manter a

amplitude de movimentos, mobilizando todos os segmentos corporais, começando pela cervical, membros superiores e membros inferiores, no sentido distal para o proximal, realizando todos os movimentos possíveis para o segmento corporal em questão, de modo a reeducar esta função (Araújo et al., 2021). A realização das mobilizações fazia parte de um plano de exercícios delineado, com o objetivo de o Sr. J.B. readquirir o andar, uma vez que devido à hemiparésia, não apresentava uma marcha eficaz nem segura, sendo que as mobilizações eram realizadas em todos os contatos com o Sr. J.B., estando planeadas para se realizarem antes do levantar para o treino de higiene.

Também foi tido em conta a realização de posicionamentos em padrão antiespástico, englobado na reeducação da função motora, com o objetivo de inibir a espasticidade e integrar o esquema corporal, alternando pelos vários decúbitos, sendo estes o dorsal, o lateral para o lado afetado e o lateral para o lado menos afetado (Araújo et al., 2021). Uma vez que o Sr. J.B. não aceitava a realização do posicionamento em padrão antiespástico corretamente, nomeadamente recusava a colocação de almofada a apoiar o membro inferior afetado numa almofada desde a bacia à região poplíteia, quando em decúbito dorsal (Araújo et al., 2021), foi necessário recorrer à negociação e à realização de ensinamentos sobre a importância de um posicionamento correto em padrão antiespástico.

A inclusão do treino de equilíbrio no plano delineado para o Sr. J.B. teve como objetivo melhorar a segurança na marcha, uma vez que apresentava equilíbrio dinâmico em pé ineficaz e disbasia, sendo que com a realização do dito treino, através da passagem de sentado na cama para a posição de pé, até encontrar uma posição de equilíbrio estável e assim manter a posição e o equilíbrio, sendo posteriormente introduzido um estímulo, tanto pela ação do enfermeiro, como pela mobilização dos membros inferiores, esperava-se que o Sr. J.B. volte a encontrar uma posição de equilíbrio estável (Coelho et al., 2023).

Sobre a reeducação da função cognitiva, houve a oportunidade de reeducar a mesma, em Contexto Cardiorrespiratório pelo contato com pessoas que se apresentavam confusas no pós-operatório imediato de uma cirurgia cardíaca, como foi o caso da Sra. M.M., que apresentava antecedentes de um enfarte agudo do miocárdio recente, doença renal crónica, diabetes *mellitus* tipo II e AVC isquémico à direita, encontrando-se na altura do ensino clínico na UCI pois tinha sido submetida a

Implantação de Válvula Mitral e Revascularização Miocárdica de 3 vasos, após um internamento prolongado num serviço de Cardiologia, marcado por uma infeção do trato urinário, encontrando-se no momento do contato orientada na pessoa, mas desorientada no tempo e no espaço, com discurso confuso e, por vezes agressivo, sendo difícil a sua participação nos cuidados.

A Sra. M.M. apresentava uma Radiografia do Tórax com hipotransparência ao nível de todo o campo pulmonar, à auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular mantido com presença de roncos dispersos em ambos os campos pulmonares, para além de apresentar uma tosse ineficaz e presença de secreções em grande quantidade. Por não participar nos cuidados pela desorientação que apresentava, tornava-se difícil implementar o plano de enfermagem de reabilitação delineado, que se focava na limpeza das vias aéreas, incluindo aspetos como a dissociação e controlo dos tempos respiratórios, a reeducação diafragmática e costal com ênfase na fase inspiratória, a realização de manobras acessórias como a compressão e vibração, a drenagem postural modificada, e o ensino da tosse com contenção de feridas cirúrgicas. Era difícil pedir a participação da Sra. no plano de reabilitação, pois quando lhe era explicado o que era pretendido com a intervenção e os seus benefícios, a Sra. apresentava um discurso confuso e agressivo, sendo necessário reorientá-la para a realidade inúmeras vezes, tornando impossível a implementação do plano propriamente dito.

Nestas situações, a ação do EEER passa pela reorientação da pessoa para a realidade, no tempo e espaço, utilizando para isso informação verbal e pistas originárias no ambiente que rodeia a pessoa, como relógios, calendários, sinalética do espaço; passa pela repetição contínua e pela socialização; e também passa pela implementação de medidas farmacológicas, como o uso de dexmedetomidina e de melatonina (Jin et al., 2020; Silva et al., 2023; Varanda & Rodrigues, 2023). De fato, a Sra. M.M. era reorientada para a realidade nos contatos com a mesma e já se encontrava medicada com dexmedetomidina, no entanto não participava nos cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo que se tentou aplicar as intervenções de enfermagem de reabilitação com foco na limpeza das vias aéreas numa negociação com a Sra., recorrendo à drenagem postural modificada e à realização de manobras acessórias para facilitar a mobilização de secreções, e ao ensino da tosse recorrendo a contenção de suturas

através da colocação de um colete de contenção esternal, de modo a garantir a estabilidade do esterno durante a tosse.

Já em relação à função cardíaca, a realização da mobilização precoce no leito, no caso do Sr. J.C.B, já referido anteriormente, em contexto Cardiorrespiratório, permitiu atuar sobre esta função e reeducar a mesma, como parte integrante de um programa de reabilitação cardíaca intra-hospitalar, ou na fase 1, que está preconizado iniciar-se nas 24-48h após um evento cardíaco não complicado, como é o caso da pessoa submetida a revascularização miocárdica ou a cirurgia valvular, devendo incluir aspetos como a mobilização precoce, a realização de exercícios de baixa intensidade, o foco na educação para a saúde com o objetivo da adoção de estilos de vida mais saudáveis, o controlo de fatores de risco e o incentivo à adesão à terapêutica (Abreu et al., 2018). Deste modo, o foco das intervenções na mobilização precoce, além de permitir atuar na reeducação da função cardíaca, permite reduzir o impacto das complicações associadas à imobilidade, como a perda muscular, o tempo de internamento e aumentar a qualidade de vida da pessoa (Reis et al., 2021).

Relativamente à reeducação da função respiratória, a implementação de planos de RFR tanto em contexto Cardiorrespiratório como em contexto Neurológico permitiu reeducar esta função. Em contexto Cardiorrespiratório foram implementados planos de cuidados de enfermagem de reabilitação em situações de pessoas que se encontravam no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, que apresentavam complicações pulmonares pós-operatórias, como derrames pleurais, aumento das secreções brônquicas, pneumonias, entre outras, sendo as intervenções planeadas dirigidas a estas complicações e ao padrão restritivo que apresentam no pós-operatório (Malcato, 2023). Deste modo, o caso do Sr. J.C.B., já mencionado anteriormente, demonstra a reeducação da função respiratória, uma vez que o plano de cuidados se focava na presença de derrame pleural, com o objetivo de impedir a formação de aderências pleurais toraco-diafragmáticas e favorecer a sua drenagem, além de manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática (Heitor et al., 2017). Ou o caso da Sra. M.L.Q., neste mesmo contexto, que se encontra no período pós-operatório de uma Revascularização Miocárdica de 2 vasos, que apresentava ferveres em ambas as bases na auscultação pulmonar, pelo que o plano instituído se focou na realização de manobras acessórias juntamente com a realização de drenagem postural modificada, associada à realização

de aspiração de secreções, com o objetivo de facilitar a mobilização das secreções e a sua expulsão (Heitor et al., 2017).

Em contexto Neurológico foi igualmente possível reeducar a função respiratória através da intervenção junto de pessoas com LVM, uma vez que a lesão poderá ter consequências na mecânica respiratória de acordo com o seu nível (Berlowitz et al., 2016), caracterizando-se por se tratar de uma doença respiratória restritiva em que há alteração no desempenho dos músculos respiratórios e uma hipoventilação associada, bem como diminuição do fluxo respiratório e estase de secreções por dificuldade em mobilizar e em expelir as mesmas, a par de uma diminuição na compliance pulmonar e na parede torácica, que condiciona uma diminuição dos volumes pulmonares, mudanças no surfactante, espasticidade dos músculos intercostais e rigidez das articulações, sendo que as manifestações respiratórias irão depender do nível da lesão, do seu grau e do tempo decorrido desde a mesma (Berlowitz et al., 2016). Os objetivos da intervenção do EEER são a manutenção de uma ventilação alveolar normal, a melhoria da tosse e da compliance pulmonar, o aumento da tolerância ao esforço e a redução do risco de insuficiência respiratória aguda devido a infeções respiratórias pela estase de secreções, ao mesmo tempo que se pretende maximizar a funcionalidade da pessoa através da sua readaptação às limitações de atividade que apresente (Couto et al., 2021; Faleiros et al., 2021).

No caso do Sr. H.S., que apresentava uma LVM, classificada pela Escala de Incapacidade da *American Spinal Injury Association* (ASIA) (*American Spinal Injury Association*, 2003) como *ASIA Impairment Scale* (AIS) A D5, este apresenta uso do diafragma, enervação de alguns músculos intercostais e dos músculos acessórios da inspiração, no entanto não apresenta enervação dos músculos abdominais, sendo necessário incidir a RFR na reeducação diafragmática com ênfase na fase inspiratória, com recurso à mão do enfermeiro ou à colocação de um peso no abdómen, de modo a melhorar o volume corrente e a ventilação, ao mesmo tempo que permite mobilizar secreções e fortalecer o diafragma; na reeducação costal global com uso de bastão, sendo o Sr. H.S. instruído a inspirar quando o bastão sobe e a expirar quando o bastão desce, de modo a tonificar a musculatura inspiratória, promover a expansão torácica e melhorar a ventilação; e na realização da tosse assistida, através da compressão do abdómen de forma a acelerar o fluxo de ar expirado e assim tornar a tosse mais eficaz (Couto et al.,

2021; Gomes & Ferreira, 2023). Foi também sugerido o uso de cinta abdominal, uma vez que proporciona uma posição do diafragma mais elevada e assim uma maior excursão do mesmo e pressões intratorácicas mais eficazes, melhorando assim a função pulmonar (Berlowitz et al., 2016), no entanto o Sr. H.S. ainda aguardava a realização de testes de função respiratória e os seus resultados antes do uso da cinta abdominal.

Quanto à reeducação da função da eliminação, o ensino clínico em contexto Neurológico permitiu reeducar a mesma, pela observação de como a pessoa com LVM realizava o esvaziamento vesical através do cateterismo vesical com técnica limpa autonomamente, validando os conhecimentos que possuía sobre a técnica ao mesmo tempo que permitia validar a correta realização da mesma. Por exemplo, a Sra. T.K. apresentava uma lesão AIS C L1 e já tinha iniciado os ensinamentos sobre o cateterismo vesical intermitente com técnica limpa, com o objetivo de capacitar a Sra. T.K. a conseguir a gestão da sua bexiga pelo seu esvaziamento intermitente, através da introdução de uma sonda vesical a intervalos regulares, e assim conseguir a sua autonomia nesta gestão e melhorar a sua qualidade de vida (Henriques & Fumincalli, 2023).

Num dos contatos com a Sra. T.K., foi possível que esta explicasse e demonstrasse como fazia a técnica, pois era expectável pela equipa que a Sra. tivesse dificuldades na realização desta técnica por apresentar complicações oftálmicas pela diabetes *mellitus*, o que impossibilitava a utilização de espelho na visualização do meato urinário. No entanto, a Sra. conseguia identificar o meato urinário pela palpação e assim continuar com a técnica. Com este momento, foi possível validar se a Sra. T.K. realizava a higiene das mãos corretamente, antes, durante e após o procedimento, se conseguia reunir os materiais necessários à técnica, sendo que já possuía uma caixa com todo o material necessário para o procedimento, se efetuava a técnica corretamente, sendo que ainda apresentava alguma dificuldade na identificação do meato, e se a sonda vesical escolhida era a mais apropriada, pois tratava-se de uma sonda já lubrificada que pretendia reduzir o atrito com a mucosa uretral e assim evitar o trauma.

Este mesmo local de ensino clínico permitiu perceber como o tema da sexualidade e a reeducação desta função ainda é algo tabu, dado que o S.P. se apresentava bastante constrangido quando se mencionava algo em relação a esse assunto. A disfunção sexual em pessoas com LVM pode ocorrer devido a alterações na sensibilidade, pela diminuição

da mobilidade, pelo impacto da imagem corporal e pelo sentimento de incapacidade, que pode resultar em dificuldades em atingir e manter a ereção, dificuldades no posicionamento no ato sexual, dificuldades na lubrificação vaginal e redução no prazer sexual, sendo importante abordar esta temática por estar associada à qualidade de vida (Faleiros et al., 2021). Deste modo, devem ser contemplados momentos de educação sexual, tendo em conta as necessidades da pessoa, que se foquem em vários temas, nomeadamente em noções anátomo-fisiológicas dos sistemas reprodutores, na função sexual, com ênfase na ereção reflexa, a psicogénica, a lubrificação vaginal, a ejaculação e orgasmo, e em orientações para as alterações fisiológicas, psicossociais e comportamentais que possam estar presentes, como meios para obter a ereção e ejaculação, posicionamento durante a relação sexual e métodos contraceptivos (Faleiros et al., 2021).

No entanto, como referido, era difícil que o S.P. abordasse este tema com a equipa, talvez por não se sentir à vontade pela proximidade de idades com a equipa, contudo este é um tema importante para a pessoa, para a sua qualidade de vida e autonomia, possibilitando a sua expressão sexual, pelo que deve ser abordado pelo EEER. Quando foi abordado com a equipa a importância de se falar deste tema com o S.P., uma vez que a data de alta da instituição estaria para breve e, conseqüentemente, o regresso a casa e à vida familiar, não foi dada relevância ao tema pois o S.P. seria encaminhado para uma consulta de urologia para avaliação e acompanhamento, onde seria abordado esse tema com o S.P., o que revelou algum constrangimento em abordar este tema pela equipa. De modo a que se estabeleça uma comunicação efetiva sobre as necessidades da pessoa, incluindo as necessidades de foro sexual, é necessário reduzir as barreiras na discussão sobre as preocupações da pessoa, que podem ser sensíveis e pessoais, criando um ambiente propício à partilha e tratando o assunto o mais normal possível, sendo necessário desenvolver competências de raciocínio ético e interpessoais nos profissionais através de oportunidades de formação aos mesmos (Kim & White, 2018).

Por fim, a unidade de competência J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas foi desenvolvida pela avaliação dos ditos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação implementados em ensino clínico, sendo um momento que possibilitou a avaliação das intervenções propriamente ditas, da evolução da pessoa e,

quando necessário, proceder a reformulação das intervenções tendo em conta os objetivos do plano delineado (OE, 2015b).

Neste sentido, foi realizada a avaliação das intervenções realizadas em ensino clínico após cada intervenção junto da pessoa, tendo em conta os objetivos da intervenção e do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação delineado, através da avaliação hemodinâmica da pessoa, da aplicação de escalas e instrumentos de medida e da resposta da pessoa à intervenção. Em contexto Cardiorrespiratório, pelo reduzido tempo de permanência da pessoa na UCI, muitas vezes era difícil avaliar o plano de cuidados que tinha sido delineado para a pessoa, pois esta rapidamente era transferida para o serviço de internamento e tinha alta para o domicílio, pelo que foi decidido avaliar a eficácia das intervenções após o término do contato com a pessoa, muitas vezes ocorrendo no final da intervenção propriamente dita.

A avaliação das intervenções implementadas e do plano de cuidados planeado permitiu que fosse possível a reformulação do próprio plano, por não se encontrarem contemplados certos aspetos que, através do contato com a pessoa, se tornavam importantes considerar, como foi o caso da necessidade de incluir o ensino para a tosse com contenção de suturas no plano desenhado para o Sr. J.C.B., em contexto Cardiorrespiratório, pois apesar de não apresentar secreções nem acessos de tosse durante a avaliação, com a implementação do plano de cuidados passou a apresentar, sendo então necessário o foco nestes ensinamentos.

A respeito da competência **J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, foi traçado como objetivo específico de estágio “Desenvolver planos de intervenção com o objetivo de promover uma transição saudável, com base na Teoria das Transições”. Assim sendo, pelo desenvolvimento de planos de cuidados adequados à pessoa em questão e à transição que está a vivenciar, bem como pela implementação de terapêuticas de enfermagem, a pessoa consegue apresentar mestria e destreza ao aplicar as novas competências que adquiriu e integrar uma nova identidade, atingindo uma transição saudável ao mesmo tempo que se promove o seu bem-estar e a sua participação na família e sociedade.

As unidades de competência que compõem esta competência permitem discriminar as atividades realizadas em ensino clínico que permitiram o seu desenvolvimento. Sobre a unidade de competência J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, esta foi possível desenvolver em ambos os contextos de ensino clínico, pela realização de treino de AVD, tendo em conta as necessidades das pessoas e as limitações que apresentavam, tanto pelas patologias que apresentavam como pelo próprio internamento, que por si só condiciona algum nível de incapacidade (Mendes et al., 2023), de modo a que conseguissem obter a maior funcionalidade no desempenho das suas AVD.

Capacitar a pessoa para o desempenho das AVD é um dos objetivos principais da ação do EEER, nomeadamente para a realização das atividades do dia a dia da pessoa, de forma independente, através do recurso a estratégias adaptativas ou produtos de apoio, atividades estas que englobam tarefas relacionadas com a higiene pessoal, com o vestuário, com a alimentação, com a transferência e o andar, e com o controlo da eliminação vesical e intestinal e o uso do sanitário (Vigia et al., 2023). De modo a que o EEER possa atuar nas necessidades da pessoa em relação às AVD, é necessário proceder à avaliação de como esta as realiza e das dificuldades/limitações que apresenta, recorrendo para isso a escalas e instrumentos de medida, pelo que foi utilizado o Índice de Barthel em ensino clínico, que permite perceber o nível de independência/dependência da pessoa na realização das AVD ao atribuir uma pontuação na realização de cada atividade (OE, 2016).

Durante a realização do ensino clínico, o treino de AVD foi mais evidente em contexto Neurológico, devido à população que se encontrava presente neste local, nomeadamente pessoas com AVC ou LVM que apresentam dificuldades/limitações na concretização das AVD devido às sequelas resultantes destas patologias, sendo o treino de AVD um foco importante na reabilitação destas pessoas. No caso do Sr. J.B., apesar de não ser uma prioridade sua, o treino de higiene e de vestuário possibilitou ganhos na sua funcionalidade, pois no final do ensino clínico, conseguia realizar as tarefas necessárias para a concretização destas AVD com mestria e com maior autonomia.

De modo a conseguir este resultado, foi delineado no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, a realização de intervenções com foco no treino de higiene e vestuário, estando planejado a preparação do material necessário à atividade e a disposição do mesmo junto ao local onde o treino teria lugar, como os produtos de higiene necessários e a roupa que irá vestir, bem como outros produtos de apoio necessários, nomeadamente a cadeira sanitária e o tapete antiderrapante no quarto, e que contemplava igualmente a transferência do Sr. J.B. na cadeira sanitária até à casa de banho, local onde seria realizado o treino de higiene, estando a mesma já desenhada para facilitar este treino, com bases de duche/poliban que permitem a entrada da cadeira sanitária, e a presença de barras de apoio (Vigia et al., 2023).

O plano de cuidados incluía a explicação de como deve realizar o treino de higiene e de vestuário e que estratégias adaptativas utilizar para ultrapassar as dificuldades sentidas, explicando como o Sr. J.B. deve realizar a sua higiene, incentivando o mesmo a utilizar o membro superior direito e a lavar o hemicorpo afetado, de modo a integrar o mesmo; explicando que deve realizar o treino de vestuário sentado na cadeira de rodas, preferindo o uso de roupa mais larga e o modo de realização do treino como por exemplo vestir a t-shirt começando pela cabeça, de seguida o membro superior direito e terminando com o membro superior esquerdo, como vestir as calças devendo para isso cruzar o membro inferior sobre o esquerdo e vestir as mesmas, levantando-se para as puxar para cima, como calçar as meias com um só mão, colocando a mão dentro da meia de modo a criar um triângulo com os dedos, e como calçar os sapatos, garantindo que os atacadores estão apertados de cima para baixo de modo a que o Sr. J.B. consiga realizar a laçada dos mesmo apenas com uma mão (Menoita, 2012; Araújo et al., 2021).

Produtos de apoio caracterizam-se por se tratarem de qualquer produto, nomeadamente dispositivos, equipamentos, tecnologia, que pretende “prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação” (Instituto Nacional para a Reabilitação & Gabinete de Investigação e Desenvolvimento, 2023, pp. 14), e apesar de não estar presente o uso de produtos de apoio na situação do Sr. J.B., foi possível a recomendação destes produtos noutra situação, com a Sra. P.G., que apresentava uma lesão AIS A C7, apresentando dificuldade em realizar a higiene das costas, por dificuldade na preensão palmar e na ausência de sensibilidade, referindo necessitar sempre da ajuda do marido nesta tarefa

e que era isso que a impedia de conseguir realizar a sua higiene sem ajuda. Deste modo, foi recomendado o uso de uma esponja de cabo longo com adaptador palmar e a experimentar o uso da mesma durante as idas ao Departamento de AVD da instituição, de modo a perceber qual o produto de apoio mais adequado à sua situação.

Em contexto Cardiorrespiratório não existiram tantas oportunidades para o desenvolvimento desta competência, por se tratar de uma UCI e o foco da ação do EEER em relação ao desempenho das AVD estar preconizado desenvolver-se no internamento em enfermaria, onde a pessoa se encontra mais estável hemodinamicamente e sem restrições à mobilidade pela presença dos dispositivos médicos que apresenta durante a estadia na UCI, sendo possível o foco na independência e na autonomia da pessoa na realização das AVD (OE, 2020).

No que concerne à unidade de competência J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, foi possível desenvolver a mesma pela ida ao Departamento das AVD no contexto Neurológico, pela possibilidade em abordar com a pessoa e sua família quais as barreiras arquitetónicas que existiam no domicílio e como eliminá-las ou ultrapassá-las através do uso de estratégias adaptativas ou de produtos de apoio, uma vez que o ambiente em que a pessoa se encontra pode apresentar fatores facilitadores ou dificultadores para a sua independência (Pereira et al., 2021) e, assim, facilitar ou prejudicar a sua mobilidade e acessibilidade.

De fato, a promoção da acessibilidade encontra-se consagrada na Constituição da República Portuguesa, nos artigos 9º e 13º, ao referir que o Estado deve promover a igualdade entre os cidadãos e o respeito pelos seus direitos (Lei Constitucional n.º1/2005, 2005), pelo que ao tornar o ambiente que envolve a pessoa mais acessível para a mesma, é possível a reinserção e participação da pessoa na sociedade, e, ao mesmo tempo, promover a sua qualidade de vida (Decreto-Lei n.º 163/2006, 2006).

Deste modo, através da avaliação da casa de banho do domicílio da pessoa, pelo envio de fotos e de medidas do espaço pela família, era possível perceber como atuar sobre o ambiente de modo a capacitar a pessoa, por exemplo com a avaliação das dimensões da banheira de modo a verificar-se a possibilidade de uso de cadeira de banho giratória, de modo a que a pessoa consiga entrar na mesma e realizar a sua higiene de forma independente e, caso fosse possível o uso desse produto de apoio, a realização do

consequente ensino, instrução e treino sobre como utilizar o mesmo no Departamento de AVD e, posteriormente, o seu uso no domicílio através do empréstimo do produto de apoio à pessoa e família, tornando a casa de banho mais acessível.

Ao tornar a casa de banho mais acessível à pessoa com limitação da atividade, este torna-se um ambiente mais seguro para a mesma, pois sem o ensino e treino de estratégias adaptativas e de produtos de apoio, a pessoa encontrar-se-ia em maior risco de imobilidade, uma vez que não poderia executar as tarefas necessárias à realização da sua higiene, ou apresentaria maior risco de queda, por se aventurar na realização das atividades sem a readaptação das mesmas ou do ambiente tendo em conta as suas limitações.

Relativamente à competência **J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**, foi delineado como objetivo específico de estágio “Planear e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, avaliando a sua eficácia”, uma vez que através da implementação de programas de treino que pretendem melhorar o desempenho motor, cardíaco e respiratório da pessoa, é possível maximizar a funcionalidade da pessoa e fomentar o seu desenvolvimento pessoal (Regulamento n.º 392/2019). Deste modo, a ação do EEER permite abranger as funções do corpo, ao mesmo tempo que contempla a capacidade da pessoa em realizar as atividades necessárias ao dia a dia e à sua participação na sociedade (Organização Mundial da Saúde, 2008).

De modo a demonstrar o desenvolvimento desta competência, é necessário indicar as atividades realizadas em ensino clínico que possibilitaram esse desenvolvimento, tendo em conta as suas unidades de competências. Quanto à unidade de competência J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório, esta foi desenvolvida em ambos os contextos, Neurológico e Cardiorrespiratório, pelo desenho e aplicação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, que frequentemente incluíam programas de treino motor, cardíaco e respiratório no seu cerne.

O Sr. J.B., em contexto Neurológico, apresentava-se a vivenciar uma transição saúde-doença, que tinha como evento crítico o AVC, que também o predispunha a maior risco de complicações respiratórias, como alterações no padrão respiratório, diminuição da função ventilatória, diminuição da força dos músculos respiratórios, incluindo o

diafragma, além de que a imobilidade, o descondicionamento físico, a redução na atividade e a presença de outras complicações do AVC, como disfagia e tosse ineficaz, podem aumentar o risco de aparecimento de complicações, como pneumonia de aspiração (Menezes et al., 2018). Pelo que a implementação de um programa de treino respiratório, que incluía exercícios respiratórios, diafragmáticos e costais pode tonificar os músculos respiratórios e aumentar volumes e capacidades pulmonares (Menezes et al., 2018).

Não é só nas transições saúde-doença que as pessoas necessitam do auxílio do EEER, mas também nas transições de desenvolvimento, como é o caso da passagem da idade adulta à velhice, que se constitui como um evento crítico, em que a pessoa precisa de apoio para lidar com as alterações de estrutura e de funcionamento do seu corpo, de modo a conseguir encontrar o equilíbrio e uma transição saudável, pelo que no plano de cuidados desenvolvido para o Sr. J.B. isso foi contemplado.

Deste modo, foi tido em conta a importância de um programa de treino respiratório, devido às consequências respiratórias associadas à imobilidade, como a pneumonia, a atelectasia e o aumento de secreções, resultado de um desequilíbrio da perfusão e ventilação, na diminuição da atividade ciliar, na diminuição da capacidade ventilatória e diminuição da capacidade de reserva funcional (OE, 2013), e as consequências associadas ao envelhecimento, como a diminuição da compliance pulmonar, a perda de força muscular dos músculos respiratórios, a redução no equilíbrio perfusão e ventilação, a diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, a presença de deformidades ósseas e de doenças articulares, a atrofia do sistema ciliar, entre outros (Cordeiro & Menoita, 2012). A ação do EEER vai depender dos sintomas que a pessoa idosa irá apresentar, bem como qualquer patologia do foro respiratório que esteja presente, sendo que a sua ação deve ser adaptada às alterações funcionais e estruturais que a pessoa apresente (Cordeiro & Menoita, 2012).

Foi então programada a realização de um programa de RFR que incluía a adoção de uma posição de conforto e relaxamento pelo Sr. J.B., em decúbito dorsal, respeitando o posicionamento em padrão antiespástico, de modo a favorecer a mecânica diafragmática e otimizar a ventilação e trocas gasosas, bem como a consciencialização e controlo da respiração associada à expiração com lábios semicerrados, no início e no fim

da sessão, com o objetivo de promover uma ventilação com o menor dispêndio de energia e permitir um relaxamento físico e psíquico ao mesmo tempo que pretende melhorar o controlo da respiração (Couto et al., 2021). Foi contemplada a realização de exercícios de reeducação diafragmática, instruindo o Sr. J.B. a respirar para o seu abdómen, utilizando a mão do enfermeiro como estímulo, de modo a melhorar a ventilação e fortalecer o diafragma, bem como exercícios de reeducação costal global, pedindo ao Sr. J.B. para entrelaçar os dedos e elevar os membros superiores durante a inspiração e baixar os mesmos na expiração, com ajuda do enfermeiro no apoio do membro superior direito durante o exercício pela hemiparésia, com o objetivo de promover a expansão torácica, tonificando os músculos inspiratórios (Couto et al., 2021).

Tendo em consideração a unidade de competência J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados, o seu desenvolvimento foi possível pela implementação dos planos de cuidados delineados e pela posterior avaliação dos mesmos, tendo em conta os objetivos estabelecidos para os planos de cuidados e a resposta da pessoa, utilizando para isso escalas e instrumentos de medida.

Na situação do Sr. J.B., foi planeado realizar uma avaliação intermédia e no final do ensino clínico, de modo a perceber se os objetivos estavam a ser atingidos e se era necessário reformular o plano de cuidados estabelecido. Deste modo, existiria ainda tempo disponível para proceder a essa reformulação e iniciar o plano de cuidados estabelecido, podendo assim obter dados para a avaliação final. Para efetivar essa avaliação foram utilizadas escalas de avaliação, de modo a perceber a evolução do Sr. J.B., bem como foi realizada uma avaliação da resposta do Sr. aos exercícios propostos, sendo que o Sr. mantinha a recusa na realização do treino de sensibilidade, por referir frustração na incapacidade em sentir as diferentes texturas dos materiais utilizados, mesmo após serem explicados os benefícios da realização do treino.

2.2. Competências Comuns

Competências Comuns são aquelas “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...), demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão

e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4745), pelo que ao recorrer às competências expressas no Regulamento n.º 140/2019 (2019), que esclarece quais os domínios das competências comuns, será possível relacionar as atividades realizadas em ensino clínico com o desenvolvimento das competências referidas e ao que está preconizado na literatura.

Em relação ao domínio da competência **A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, o objetivo específico traçado no projeto inicial para o seu desenvolvimento foi “Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, e uma tomada de decisão efetiva baseada na evidência científica”, uma vez que o Enfermeiro Especialista (EE) deve demonstrar, na sua prática e na sua tomada de decisão, o respeito por valores éticos e normas deontológicas presentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015b), documentos estes que regulam e suportam a prática de enfermagem, bem como pelos direitos humanos presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Nações Unidas, 2017), tendo sido o mesmo realizado em todos os contatos com pessoas, famílias e grupos durante os diferentes ensinamentos clínicos.

Para demonstrar o desenvolvimento deste domínio de competência, as atividades realizadas serão descritas tendo em conta as competências que compõem o mesmo. A competência A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional foi desenvolvida nos diferentes contatos com a pessoa em todos os contextos através do respeito pelas normas legais, dos princípios éticos e da deontologia profissional, tal como referido na competência.

O REPE refere que a Enfermagem é a profissão que presta cuidados de enfermagem à pessoa, sã ou doente, ao longo do seu ciclo de vida, e aos grupos sociais em que está integrada, de modo a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, permitindo igualmente que a pessoa atinja a sua capacidade máxima funcional, tendo como objetivos “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 2015b, pp102), pelo que é notável como a ação do EEER vai ao encontro do que se encontra preconizado pelo REPE, pois este profissional ajuda a pessoa com doença

aguda, crónica e/ou com as sequelas da mesma, a maximizar a sua funcionalidade e independência e da sua reintegração na família e comunidade (Regulamento 392/2019, 2019).

De fato, durante os diversos ensinamentos clínicos, houve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas e sua família, dependendo da situação e do contexto de ensino clínico, e ao longo do ciclo de vida, como foi o caso do Estágio de Observação Participante de Pediatria, num serviço de Neonatologia, em que não só se prestava cuidados ao recém-nascido que se encontrava internado, de modo a garantir um desenvolvimento apropriado do mesmo, através de programas de intervenção precoce com foco na função respiratória, de modo a otimizar a independência respiratória e funcionalidade, na função sensório-motora, com o objetivo de inibir padrões anormais de movimento e postura, na função da alimentação, para desenvolver competências para a mesma, mas também no papel parental de modo a desenvolver as competências parentais e preparar o regresso a casa (Souto, 2023).

Em todos os contextos de ensino clínico, e através da implementação dos vários planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, era pretendido que a pessoa vivenciasse a transição com consciencialização da mesma, atribuindo valor positivo à mesma e às mudanças que origina, na sua maioria tratando-se de transições de saúde-doença, de modo a que seja possível uma transição saudável, com reformulação da sua identidade, mestria de novas competências e alterações de comportamentos, sendo então possível maximizar a funcionalidade da pessoa e a sua independência.

O Código Deontológico estabelece o conjunto de direitos e deveres relativos ao exercício de enfermagem que devem ser respeitados pelo enfermeiro, de modo a que possa prestar cuidados de enfermagem à pessoa, família e/ou grupos, destacando que o enfermeiro deve zelar pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa, e do próprio enfermeiro, na prestação de cuidados, respeitando os valores da igualdade, da liberdade responsável, com a capacidade de escolha, da verdade, da justiça, do altruísmo, da solidariedade, da competência e do aperfeiçoamento profissional (OE, 2015b).

O respeito pela dignidade humana, pela liberdade e pelos valores já referidos encontra-se igualmente estabelecido na Constituição da República, em que decreta que a Constituição se baseia no respeito pela dignidade humana e na construção de uma

sociedade livre, justa e solidária, bem como pelo diversos artigos que ditam os princípios a serem respeitados pelo Estado (Lei Constitucional n.º 1/2005, 2005), encontrando-se o respeito por estes valores presentes tanto no ordenamento jurídico do país como no código que determina o que o enfermeiro deve respeitar na sua prática. Os valores identificados no Código Deontológico devem ser respeitados na prática do enfermeiro, integrando os mesmo na sua conduta, pelo que o enfermeiro deve agir de modo a não discriminar ninguém na prestação de cuidados, respeitando a vontade da pessoa e do enfermeiro, bem como os seus limites, dizendo a verdade de acordo com a realidade e a situação em questão, distribuindo os recursos disponíveis às necessidades presentes, respeitando o outro ao partilhar com ele conhecimentos e saberes, além de promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional para melhor cuidar da pessoa.

Assim, pelo estabelecimento de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta a situação específica da pessoa e em conjunto com a mesma, atuando em parceria com a pessoa e família, tendo em mente os seus objetivos de saúde, bem como pela explicação do que seria pretendido com a implementação do plano de cuidados, com a realização das diferentes intervenções, os benefícios dos diferentes treinos e exercícios que englobavam o plano, foi possível trabalhar em parceria com a pessoa e envolvê-la nos cuidados, ao mesmo tempo que se respeitava as escolhas da pessoa em todo o processo. Como foi o caso do Sr. J.B que recusava o treino de sensibilidade, realizado com o recurso a uma caixa de material que existia no serviço, constituída com materiais de diferentes texturas, portanto uma intervenção que era passível de ser realizada e exequível com os recursos que estavam disponíveis, no entanto, apesar de lhe ter sido explicado inúmeras vezes os benefícios dos exercícios, teve que se colocar o treino de sensibilidade para segundo plano, focando o plano no objetivo de saúde do Sr. J.B. em voltar a adquirir a função de andar.

Ainda em relação ao Código Deontológico, este reitera que o enfermeiro deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, incluindo a escolha de não agir, referindo-se aqui à importância da tomada de decisão e da deliberação por parte do enfermeiro, de ponderar o que fazer, dos prós e contras da sua ação, antes de realizar a ação. No desenvolvimento desta competência, o auxílio dos orientadores clínicos foi preponderante, na partilha do processo de deliberação com os mesmos, de modo a que, com a sua experiência, fosse possível chegar a uma decisão

conjunta sobre que caminho tomar em relação à situação da pessoa ou do plano de cuidados. De fato, o enfermeiro supervisor apresenta um papel significativo na formação do estudante pois proporciona-lhe o desenvolvimento de capacidades, atitudes e conhecimento através do fornecimento de suporte, de desafios e da possibilidade de refletir sobre a ação, o que irá contribuir para o desenvolvimento das competências que necessitará enquanto futuro profissional (Pinto, 2023).

Tendo em mente a competência A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, a mesma foi desenvolvida quotidianamente pelo respeito dos direitos presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Nações Unidas, 2017) e dos documentos que regulam a prática do enfermeiro, referidos anteriormente.

Portanto, foi respeitado o direito da pessoa de aceder à informação sobre os cuidados de enfermagem, de acordo com o artigo 105º do Código Deontológico (OE, 2015b), transmitindo os resultados obtidos através da aplicação de escalas e instrumentos de medida utilizados para avaliar a evolução do plano de cuidados implementado, bem como confirmando os dados obtidos através da entrevista e consulta do processo, sendo respeitado também o dever de informar a pessoa sobre qual a melhor maneira de obter a informação sobre a sua situação de saúde, que não constituía informação sobre cuidados de enfermagem, como por exemplo, qual seria a hora da visita médica de modo a conseguir contactar com o seu médico fisiatra.

O uso de siglas nas referências às pessoas e a não identificação das instituições onde decorreram os ensinamentos clínicos vão de encontro ao dever de sigilo e respeito pela intimidade, artigos 106ª e 107º respetivamente, presente no Código Deontológico (OE, 2015b), pois impede que a pessoa em questão sofra intromissões na sua vida, segundo o artigo 12ª da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Nações Unidas, 2017), garantindo o seu anonimato em todas as situações.

Quanto ao domínio da competência **B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, o objetivo específico traçado para responder a esta competência foi “Colaborar em programas de melhoria da qualidade desenvolvidos nas instituições de estágio, através do trabalho em equipa e colaboração”, uma vez que o EE deve colaborar em projetos institucionais na área da qualidade, na sua conceção e operacionalização, de

modo a garantir a melhoria dos cuidados e um ambiente de cuidados seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Tanto a competência B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica como a competência B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, pertencentes a este domínio de competência, foram desenvolvidas em ensino clínico pela procura de projetos que se encontravam a ser desenvolvidos nas instituições por enfermeiros de reabilitação, de modo a ser possível participar nos mesmos.

No entanto, o que foi planeado não correspondeu à realidade, pois não existiam muitos projetos a serem desenvolvidos nos campos de ensino clínico. Talvez pela desmotivação sentida de forma geral pelos enfermeiros, tanto com a sua profissão, como pela sua carreira e remuneração (Bernardino, 2018), e pelo fato de existirem enfermeiros com a especialidade de reabilitação a exercer a mesma, mas sem reconhecimento por parte da instituição onde exercem funções, situações estas perceptíveis em ensino clínico, o que contribuiu para a desmotivação dos profissionais e para a diminuição da satisfação com a profissão, o que por sua vez, leva a que não seja realizado um investimento na mesma, nomeadamente na participação em projetos de melhoria de cuidados.

Contudo, em contexto Cardiorrespiratório, encontravam-se a implementar o uso da Escala de Deglutição de Guss em contexto de UCI para despiste de disfagia pós-extubação, sendo que no momento da realização do ensino clínico, encontravam-se a instituir a aplicação da escala a todas as pessoas após a extubação, após a realização de uma formação para a equipa sobre a temática e a aplicação da escala. Foi possível participar na implementação deste projeto, nomeadamente na explicação da escala à equipa e no esclarecimento de dúvidas na sua aplicação, bem como na aplicação da escala propriamente dita.

Em relação à competência B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro, foi desenvolvida através do cuidado em providenciar um ambiente de cuidados seguro, tanto para a pessoa como para o profissional. Especificamente pela adoção de medidas de segurança, tendo em conta o estado de consciência da pessoa e o risco de queda que apresenta, como a colocação da cama a nível zero e o manter as grades da cama elevadas, sendo necessário, por vezes, recorrer à contenção química e física quando a segurança

da pessoa e do profissional se encontravam em risco. Por outro lado, o respeito pelos princípios de ergonomia pelos profissionais no cuidado à pessoa, como a realização de exercícios de treino motor, cardíaco e respiratório, com a cama a uma altura correta para o profissional, ou no cadeirão adotando posições corretas à realização do exercício, garantindo uma postura de trabalho confortável, reduzindo a probabilidade de esforços físicos excessivos, o que possibilitou o desenvolvimento desta competência, bem como a análise de como os outros profissionais da equipa realizavam as suas tarefas e, posteriormente, a partilha de informação sobre como devem realizar as mesmas tarefas de modo a respeitar os princípios de ergonomia.

No que diz respeito ao domínio de competência **C — Domínio da Gestão dos Cuidados**, o objetivo específico delineado para desenvolver esta competência foi “Garantir um ambiente de prática de cuidados que respeite a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.”, uma vez que o EE é responsável pela gestão dos cuidados de forma a otimizar a resposta da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ambas as competências presentes neste domínio de competência, nomeadamente a C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e a C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados foram desenvolvidas nos dois contextos de ensino clínico.

Em contexto Neurológico, estas competências foram desenvolvidas através da gestão dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação delineados para a pessoa, tendo em conta o horário, já estabelecido para a mesma, das idas aos diferentes departamentos existentes no Centro de Reabilitação, como Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, entre outros. Assim, de modo a otimizar a resposta oferecida, foi necessário articular a implementação do plano de reabilitação com os outros profissionais e o horário estabelecido pelos mesmos para as idas aos departamentos, levando a que o horário disponível para a implementação do plano do Sr. J.B. fosse maioritariamente de manhã, entre as 8h30 e as 10h, sendo as sessões adaptadas aos objetivos delineados e o tempo disponível para as mesmas.

Já em contexto Cardiorrespiratório, a transmissão do que foi realizado com a pessoa ao enfermeiro responsável pela mesma, durante a sessão de reabilitação implementada, e sobre o que pode ser continuado nos próximos turnos, de modo a garantir a continuidade de cuidados, como a realização do posicionamento para o lado são em caso de derrame pleural, permitiu o desenvolvimento destas competências. A articulação com a equipa de fisioterapeutas que trabalhava na UCI, neste contexto de ensino clínico, possibilitou o desenvolvimento destas competências, uma vez que era necessário o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre os diferentes profissionais, de modo a chegar-se a um consenso sobre o que era prioritário para a pessoa em questão, tendo em conta o que cada profissional de saúde pode fornecer à pessoa e considerando as outras pessoas que se encontravam internadas na UCI, que também careciam de cuidados.

Em relação ao domínio de competência **D - Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, foram estabelecidos como objetivos específicos no projeto delineado “Intervir no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia de modo a colocá-la no seu melhor estado funcional previamente à cirurgia e maximizar a sua independência, garantindo a autonomia e promovendo a qualidade de vida” e “Aplicar os pressupostos da *Prehabilitation* na abordagem à pessoa submetida a cirurgia cardíaca”, sendo que estes mesmos objetivos permitem o desenvolvimento desta competência, uma vez que o EE deve assumir-se como agente ativo no campo de investigação, além de demonstrar capacidade de autoconhecimento e de facilitador dos processos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A competência D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade foi desenvolvida em ensino clínico pela realização de reflexões sobre situações decorridas durante o ensino clínico, tanto de forma informal, pela reflexão pessoal dessas situações, como de forma formal, pela realização de Jornais de Aprendizagem, como se pode verificar no apêndice IV, em que é realizada uma reflexão sobre o papel do enfermeiro de especialista na prescrição de produtos de apoio. A prática reflexiva em enfermagem apresenta-se como fulcral na aprendizagem do estudante de enfermagem, e do próprio enfermeiro, e no seu desenvolvimento enquanto ser autónomo e crítico, sendo uma competência importante, uma vez que permite adquirir consciência sobre ideias e sentimentos sobre determinada situação, bem como sobre o que se encontra na

literatura, aproximando assim a teoria da prática, possibilitando uma reflexão sobre esta e assim melhorá-la (Peixoto & Peixoto, 2016).

No que concerne à competência D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, esta foi desenvolvida em ensino clínico, pelo cuidado em suportar as intervenções delineadas nos diferentes planos de cuidados de enfermagem estabelecidos em evidência científica e em autores de renome, possibilitado pela pesquisa em bases de dados e em livros, além da discussão com os orientadores clínicos sobre os achados obtidos e sobre os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação a implementar.

A realização da RSL sobre a temática escolhida possibilitou igualmente o desenvolvimento desta competência através da elaboração de uma questão de investigação, elaboração de protocolos de estudos, pesquisa em base de dados, avaliação da qualidade metodológica dos estudos, escrita científica e da avaliação da força da evidência para elaborar recomendações para a clínica, suportadas na evidência. Da mesma forma, foi possível a elaboração de um poster para apresentação durante o Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação em 2023, de modo a divulgar o protocolo de investigação com a comunidade científica, poster este com o título “Eficácia da Intervenção de Enfermagem no Período Pré-Operatório da Pessoa Adulta e Idosa submetida a Cirurgia Cardíaca: Protocolo de uma Revisão Sistemática da Literatura”, presente no apêndice V.

Além de possibilitarem o desenvolvimento desta competência, as atividades referidas possibilitaram o desenvolvimento da investigação em enfermagem e para a prática baseada na evidência, uma vez que permitiu obter mais conhecimentos sobre uma área que ainda não é abordada na prática, como se pôde confirmar em ensino clínico, tal como se verifica na prática profissional habitual, dado ainda não existem programas estruturados de reabilitação no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Aliás, no local de ensino clínico em contexto Cardiorrespiratório, existia uma enfermeira que se encontrava a implementar um programa de reabilitação antes da cirurgia cardíaca, nomeadamente no dia anterior à cirurgia, no entanto não houve oportunidade de colaborar com a mesma devido a vicissitudes da vida que levaram a que a enfermeira suspendesse a sua atividade profissional temporariamente.

2.3. Competências previstas para o grau de Mestre

As competências previstas para a obtenção do grau de Mestre reiteram que este deve apresentar conhecimentos altamente especializados numa determinada área de estudo, conhecimentos estes que irão possibilitar que a pessoa apresente capacidade de reflexão e de investigação, bem como capacidade de consciência crítica relativamente a conhecimentos da sua área e na articulação com outras áreas de estudo (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013). Determinam igualmente que o Mestre deve apresentar aptidões especializadas para a resolução de problemas, para o desenvolvimento de novos conhecimentos e para integrar conhecimentos de diferentes áreas, além de apresentar capacidades de gestão de contextos de trabalhos complexos, imprevisíveis e que exijam novas abordagens (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013), tal como se pode encontrar na saúde, onde estão presentes contextos de trabalhos mutáveis e diferentes entre si.

O presente relatório possibilitou desenvolver as capacidades supramencionadas, especialmente a capacidade de reflexão, pois permitiu realizar uma reflexão sobre todo o percurso formativo, o que levou à elaboração deste relatório, sendo que é através da reflexão que é possível mobilizar os conhecimentos adquiridos, aplicar os mesmos em situações reais e desvendar quais os novos conhecimentos que daí advêm (Peixoto & Peixoto, 2016).

A frequência do CMER possibilitou o desenvolvimento de várias competências, sendo estas técnicas, científicas e relacionais, desenvolvidas tendo a presença nas aulas que proporcionaram o contacto com profissionais de outras áreas de cuidados, enquanto colegas de curso, e o contacto com professores, e a consequente partilha de conhecimentos, experiências e a aprendizagem de novos temas relacionados com a Enfermagem de Reabilitação, proporcionado pela frequência das aulas e pela pesquisa bibliográfica. A ida aos diversos locais de ensino clínico permitiu o contacto com o trabalho do EEER em diferentes contextos de cuidados, a aplicação do conhecimento adquirido durante as aulas e a partilha de conhecimentos e experiências, tendo em conta situações de cuidados reais. Toda a partilha de conhecimentos e experiências que a

frequência deste curso possibilitou, permitiu melhorar o processo de aprendizagem e o desenvolvimento pessoal, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados prestados baseados na evidência científica.

O Ensino Clínico além de possibilitar a mobilização dos conhecimentos adquiridos, possibilitou o desenvolvimento de um pensamento crítico, sobre qual a intervenção do EEER nos diferentes contextos e de como este deve intervir, uma vez que a mesma intervenção pode ter objetivos diferentes, de acordo com as pessoas em questão. Possibilitou igualmente a procura de modos inovadores de atuar enquanto EEER, principalmente quando não existem todos os recursos à disposição para a implementação do programa delineado, que infelizmente é a realidade existente no sistema de saúde português. Permitiu igualmente a articulação com profissionais de outras áreas, como fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros, de modo a que cada profissional desempenhe as suas funções específicas, com vista à melhoria da funcionalidade da pessoa.

3. AVALIAÇÃO

A pertinência deste capítulo surge da necessidade de avaliar o projeto inicialmente delineado e a sua implementação, bem como o desenvolvimento das competências abordadas no capítulo anterior, utilizando para isso a metodologia *SWOT* (Pereira & Rito, 2015), além de evidenciar o que mais poderia ter sido desenvolvido ou aprofundado e demonstrar como foi possível contribuir com a realização deste relatório para o avanço profissional e da enfermagem enquanto disciplina.

Neste contexto de desenvolvimento de competências, a metodologia *SWOT* permite analisar o percurso realizado tendo em conta os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças sentidas durante o percurso, de modo a destacar os aspetos que favoreceram e/ou dificultaram o desenvolvimento das mesmas, bem como os fatores intrínsecos e extrínsecos presentes que condicionaram o seu desenvolvimento (Pereira & Rito, 2015).

No ponto das **Forças** (*Strenghts*), surgem os aspetos influenciados pelos fatores intrínsecos e que favoreceram o desenvolvimento de competências. Deste modo, a capacidade de adaptação possibilitou o desenvolvimento de competências, tanto ao novo papel de estudante, que implicou uma mudança de enfermeira de cuidados gerais, para aluna de mestrado e futura EEER, como aos diferentes contextos de ensino clínico, muitas vezes diferentes entre si e da prática profissional habitual.

O interesse pessoal no tema escolhido foi igualmente um dos aspetos identificados que possibilitou o desenvolvimento de competências, uma vez que foi possível desenvolver um tema de interesse na área da Enfermagem de Reabilitação, que possibilitou a elaboração de um Projeto de Estágio e que culminou no presente relatório, diferente do que foi encontrado durante a pesquisa bibliográfica e da realidade em Portugal, o que incentivou a manutenção do interesse neste tema e na possível aplicação prática no futuro.

A metodologia de projeto desenvolvida na UC Projeto, que culminou na elaboração do projeto inicial e possibilitou a realização de um cronograma com as atividades planeadas ao longo do tempo e dos vários ensinamentos clínicos, facilitou o desenvolvimento de competências pois existia um plano a seguir durante o ensino clínico que permitiu

cumprir os objetivos gerais e específicos delineados e assim desenvolver as competências comuns e específicas do EEER.

A descrição diária do que foi realizado em ensino clínico, em que era registado o plano de cuidados delineado para a pessoa tendo em conta a sua situação, enriqueceu o presente relatório pela diversidade das situações e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências.

No ponto relacionado com as **Fraquezas** (*Weaknesses*), verificam-se os aspetos influenciados pelos fatores intrínsecos e que dificultaram o desenvolvimento de competências. Identificou-se a dificuldade em desenvolver as atividades delineadas no projeto, relacionadas com a pesquisa de artigos e consequente leitura bem como da elaboração do relatório de estágio durante o decorrer do ensino clínico, existindo assim uma lacuna entre o que foi proposto e o que foi realizado. A gestão do tempo, nomeadamente a articulação do tempo de ensino clínico com a atividade profissional bem como a necessidade de realização de trabalhos durante o ensino clínico, foi uma dificuldade identificada que pode ter reduzido a riqueza do relatório, particularmente a produção de jornais de aprendizagem durante o ensino clínico e de outras atividades que poderiam ter sido implementadas durante o mesmo, bem como na elaboração da RSL, uma vez que não foi possível concluir a mesma durante a realização do ensino clínico, o que poderia ter facilitado a partilha de conhecimentos obtidos a partir da RSL com os locais de ensino clínico.

A escolha da temática trabalhada foi identificada como uma dificuldade para o desenvolvimento de competências pois impactou negativamente a implementação do projeto, uma vez que se trata de uma área ainda pouco abordada na literatura e aplicada em Portugal, pelo que não existem contextos que apresentem projetos com este tema a serem implementados atualmente.

Quanto às **Oportunidades** (*Opportunities*), surgem os fatores extrínsecos aliados aos aspetos que favoreceram o desenvolvimento de competências. Deste modo, foram identificados os enfermeiros orientadores das instituições onde foi realizado o ensino clínico que, pelas suas características pessoais, possibilitavam a discussão das situações encontradas, o desenvolvimento de pensamento crítico e a procura por soluções inovadoras para os problemas identificados.

As próprias instituições onde foi realizado o ensino clínico possibilitaram conhecer outras realidades diferentes da prática profissional habitual e do próprio tema escolhido para o projeto, e assim enriquecer o presente relatório e as oportunidades de aprendizagem em ensino clínico, como por exemplo a oportunidade de realizar ensino clínico no Centro de Reabilitação, que permitiu o contato com pessoas com LVM e outras doenças de foro neurológico, surgindo daqui situações que puderam enriquecer ainda mais o relatório.

A oportunidade de passar por diferentes contextos, sejam eles o Neurológico, o Cardiorrespiratório, e até o contexto em Pediatria e em UMDR, possibilitou conhecer o trabalho do EEER nestes diferentes contextos e a sua realidade, além de permitir reflexões sobre a necessidade de existirem EEER em todos estes contextos e da necessidade deste profissional atuar ao longo do ciclo de vida da pessoa.

Finalmente, no ponto das **Ameaças** (*Threats*), verificam-se os fatores extrínsecos aliados aos aspetos que dificultaram o desenvolvimento de competências. O fato de os enfermeiros orientadores, na maioria das vezes, não estarem escalados para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, mas sim para cuidados de enfermagem gerais, levou a que não existisse muito tempo no turno para a prestação de cuidados especializados, levando a que surgissem poucas oportunidades para a prestação destes mesmos cuidados.

Outro fato que dificultou o desenvolvimento de competências foi o horário já estabelecido para as pessoas que se encontravam internadas no Centro de Reabilitação, que tinha que ser respeitado, o que dificultava a implementação de planos de cuidados uma vez que a pessoa não se encontrava no serviço de internamento durante a maior parte do turno, sendo necessário concentrar a implementação do plano de cuidados nos períodos em que a mesma se encontrava no serviço, articulando com a necessidade de descanso da pessoa por ter estado com vários profissionais anteriormente.

Por fim, o fato do tempo de permanência em cada local de ensino clínico ser reduzido, face ao fato de existirem muitos contextos de ensino clínico para frequentar durante o tempo previsto para a realização do mesmo, fez com que fosse necessária uma grande capacidade de adaptação a um novo local e a uma nova realidade, de modo a que fosse possível obter todas as oportunidades de aprendizagem possíveis naquele

determinado contexto, pois o tempo de permanência nesse contexto seria reduzido bem como o tempo para conhecer o local, a realidade, a equipa e as pessoas internadas antes de começar a implementar planos de cuidados de reabilitação.

Quanto ao que ficou por desenvolver ou aprofundar, salienta-se a falta de um contexto em ensino clínico em que fosse possível desenvolver o tema aqui abordado, os cuidados de enfermagem de reabilitação no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, uma vez que não existem locais onde estejam a ser desenvolvidos programas de reabilitação deste âmbito. Apesar de ter sido dada relevância e importância a este tema durante o ensino clínico em contexto Cardiorrespiratório, em discussões com o enfermeiro orientador e a equipa, não existiram oportunidade de desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação com o cuidado pré-operatório em mente, pois não houve contacto com a pessoa nesse período.

É por isso que é proposto continuar a falar sobre este tema e a sua importância, nomeadamente na implementação de programas piloto de reabilitação no período pré-operatória da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, com o objetivo de otimizar o estado da pessoa previamente à cirurgia, com foco no aumento ou manutenção da sua funcionalidade, de modo a que esta suporte o stress cirúrgico e apresente uma redução no risco das complicações pós-operatórias, apresentando uma transição de saúde-doença saudável, indo ao encontro do que está preconizado no Regulamento n.º 350/2015 (2015), mais especificamente nas categorias dos enunciados descritivos relacionadas com a satisfação do cliente, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, e a reeducação funcional.

Na reflexão de como o presente projeto contribuiu para a melhoria dos cuidados e para o avanço da enfermagem, é possível identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, aqui mencionadas, com base em evidência científica e com ganhos em saúde comprovados pela literatura, culminando na realização de uma RSL que permitirá que outros profissionais possam planear e implementar programas de enfermagem de reabilitação com foco na temática em estudo, demonstrando igualmente a importância e a relevância deste tema para a saúde em Portugal.

Este projeto contribuiu igualmente para o desenvolvimento profissional e pessoal ao permitir olhar para a pessoa com outra perspetiva e outro ângulo, o de um EEER, que pretende não só cuidar da pessoa, mas também dar mais qualidade à sua vida através do aumento da sua funcionalidade e adaptação à nova realidade, encontrando simultaneamente um novo significado para o que é ser enfermeiro.

4. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Sendo este o último capítulo deste Relatório de Estágio, pretende-se que este evidencie a análise de todo o projeto, especialmente o seu planejamento e aplicação, bem como a análise das competências que foram desenvolvidas em ensino clínico, além de apresentar como se pretende desenvolver a temática exposta neste relatório no futuro.

O presente relatório pretendia apresentar a temática do projeto desenvolvido inicialmente, demonstrando a sua importância e quais as intervenções que o EEER pode implementar no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, além de demonstrar as atividades desenvolvidas em ensino clínico que permitiram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, considerando-se que foi possível alcançar estes objetivos propostos inicialmente através do que foi explanado no presente relatório.

A partir do projeto inicialmente delineado foi possível identificar uma situação problema, o fato de não se verificarem programas de reabilitação no período pré-operatório na prática profissional, possibilitando assim delinear o caminho que seria percorrido para demonstrar a importância da ação do EEER nesse período, e a sua influência em todo o período perioperatório, bem como as intervenções que este profissional deve implementar neste período. Possibilitou igualmente demonstrar como a sua intervenção pode influenciar o modo como a pessoa vivencia esta transição, baseando assim a sua intervenção na Teoria de Transições, ao mesmo tempo que permitiu o planejamento das atividades que seriam desenvolvidas em ensino clínico que possibilitariam o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, as previstas para o grau de Mestre e o desenvolvimento de uma RSL sobre a temática escolhida, o que demonstrou ser de extrema importância para o desenvolvimento do ensino clínico e do presente relatório, norteando ambos no decorrer do todo o percurso.

Era pretendido com o projeto desenvolver as competências comuns e específicas do EEER e as previstas para o grau de Mestre, que foi possível através das atividades realizadas em ensino clínico, e agora descritas e analisadas neste relatório, possibilitando demonstrar como a realização dessas mesmas atividades permitiram alcançar a categoria de EEER e o grau de mestre. Deste modo, a riqueza das situações descritas encontradas em ensino clínico, possibilitaram demonstrar como foi possível desenvolver as

competências específicas do EEER através da implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, que incluíram uma avaliação da pessoa através de escalas e instrumentos de medida e com base nas transições que a pessoa se encontrava a vivenciar, o levantamento de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções através de treino sensoriomotor, de exercícios de RFR e do treino de AVD, juntamente com a realização de ensinamentos sobre as novas condições, de modo a ajudar a pessoa a desempenhar novos papéis e conseguir uma transição saudável, aliados ao rigor técnico e científico encontrado na literatura através da pesquisa bibliográfica. Além do mais, foi possível demonstrar como foram desenvolvidas as competências comuns do EE, nomeadamente na manutenção de uma atitude profissional, ética e legal nos locais de ensino clínico, com respeito pelos direitos da pessoa e das responsabilidades profissionais, no desenvolvimento de práticas de qualidade ao colaborar em programas de melhoria contínua, na gestão dos cuidados tendo em conta as necessidades da pessoa, o contexto e os recursos disponíveis e ainda no desenvolvimento de aprendizagens profissionais e pessoais.

De modo geral, todas as atividades delineadas no projeto foram implementadas durante o ensino clínico, com exceção das atividades planeadas para os objetivos relacionados com a temática escolhida, por não existirem atualmente contextos em que decorram programas de enfermagem de reabilitação no período pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, o que impossibilitou o desenvolvimento de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, com base na teoria das transições e nos pressupostos da *Prehabilitation* a esta população. No entanto, a realização da pesquisa bibliográfica e da RSL sobre esta temática, possibilitou o desenvolvimento pessoal e profissional, uma das competências comuns do EE, além de permitir dar a conhecer a importância da ação do EEER nesta fase do período perioperatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca através da partilha de conhecimento com os locais de ensino clínico, sendo que a realização da RSL irá possibilitar partilhar quais as intervenções que, quando aplicadas no período pré-operatório, influenciam positivamente todo o percurso da pessoa, de modo a que outros profissionais possam implementar programas de reabilitação baseados em evidência científica.

Uma vez que ainda não existem programas de reabilitação implementados no período pré-operatório, após o término do mestrado é pretendida a formalização deste

programa em consulta própria, a Consulta Pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação, de modo a existir um espaço onde é possível realizar a avaliação da pessoa, a partir do momento em que esta entra em lista de espera para a cirurgia, tendo em consideração os fatores que a predispõem a maior risco de complicações no pós-operatório, e também traçar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, em parceria com a pessoa, que incluía intervenções que irão otimizar o seu estado para a cirurgia, sendo possível o acompanhamento da pessoa tanto em consulta presencial como telefónica.

Deste modo, quando a pessoa for internada para a cirurgia, já apresenta conhecimentos sobre todo o percurso durante o internamento e no pós-alta, bem como sobre a importância da adesão ao plano de cuidados de enfermagem de reabilitação no pós-operatório e os seus benefícios, reduzindo assim o tempo de internamento e o risco de complicações pós-operatórias. No entanto, para conseguir a implementação de programas neste âmbito e para a criação de uma Consulta Pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação é necessária uma mudança de paradigma no Sistema de Saúde Português, de modo a que se foque na atuação da prevenção de complicações e na promoção da saúde, invés no tratamento de doenças.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C. Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, H. & Morais, J. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Portuguese Journal of Cardiology*, 37(5), 363-373. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>
- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. Disponível em: https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_geq.pdf
- Araújo, P.; Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M.M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (164-233). Lidel.
- Aromataris, E.; Lockwood, C.; Porritt, K.; Pilla, B. & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- American Spinal Injury Association (2003). *Reference Manual for the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*. American Spinal Injury Association. <https://med-fom-clone-pt.sites.olt.ubc.ca/files/2014/01/ASIA-Reference-Manual-Complete.pdf>
- Bartolomeu, R. & Rodrigues, P. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação crítica. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (336-362). Lidel.
- Bernardino, E. (2018). *Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satis-fa%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-por-tugal-2018.pdf>

- Berlowitz, D.J.; Wadsworth, B. & Ross, J. (2016). Respiratory problems and management in people with spinal cord injury. *Breathe*, 12 (4), 328–340. <http://doi.org/10.1183/20734735.012616>
- Coelho, C.; Barros, H. & Sousa, L. (2023). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (227-251). Lusodidacta.
- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência.
- Couto, G.; Silva, R.P.; do Mar, M.J. & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/adulta com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (234-280). Lidel.
- Decreto-Lei n.º 163/2006 (2006). Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 152 de 08-08-2006), 5670-5689. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>
- Devereaux, P.J.; Lamy, A.; Chan, M.T.V.; Allard, R.V.; Lomivorotov, V.V.; Landoni, G.; Zheng, H.; Paparella, D.; McGillion, M.H.; Belley-Côté, E.P.; Parlow, J.L.; Underwood, M.J.; Wang, C.Y.; Dvirnik, N.; Abubakirov, M.; Fominskiy, E.; Choi, S.; Fremes, S.; Monaco, F. ... Whitlock, R.P. (2022). High-Sensitivity Troponin I after Cardiac Surgery and 30-Day Mortality. *The New England Journal of Medicine*, 386 (9), 827-836. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2000803>
- Durrand, J., Singh, S. & Danjoux, G. (2019). Prehabilitation. *Clinical Medicine*, 19 (6). 458-464. DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-0257>
- Faleiros, F.; Cordeiro, A.; Lopes, F.G; Bimbatti, K.F. & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (404-429). Lidel.

- Ferreira, M.F.A.P. & Peres, M.R. (2020). Implementação de um Programa de Reabilitação: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 68-75. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828>
- Gomes, B.N. & Ferreira, D. (2023). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (253-262). Lusodidacta.
- Hartog, J., Mousavi, I., Dijkstra, S., Fleer, J., van der Woude, L., van der Harst, P. & Mariani, M. (2021). Prehabilitation to prevent complications after cardiac surgery – A retrospective study with propensity score analysis. *PLOS ONE*, 16(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253459>
- Heitor, M.C., Tapadinhas, M.C.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (2017). *Reeducação Funcional Respiratória*. Boehringer Ingelheim.
- Henriques, F.M.D. & Fumincelli, L. (2023). A Pessoa com Lesão Medular. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (433-450). Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Estatísticas da Saúde – 2021*. Instituto Nacional de Saúde.
- Instituto Nacional para a Reabilitação & Gabinete de Investigação e Desenvolvimento (2023). *Guia Orientador: Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio*. Instituto Nacional para a Reabilitação. <https://www.inr.pt/documents/11309/133215/Guia+Orientador+do+SAPA/4787b331-1484-4584-8510-127a058f3482>
- Jin, Z.; Hu, J. & Ma, D. (2020). Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *British Journal of Anaesthesia*, 125 (4), 492-504. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.06.063>
- Kim, B. & White, K. (2018). How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care

- outcomes?: systematic literature review. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23 (2), 198-218. <https://doi.org/10.1080/02673843.2017.1330696>
- Knight, J., Subramanian, H., Sultan, I., Kaczorowski, D. & Subramaniam, K. (2022). Prehabilitation of Cardiac Surgical Patients, Part 1: Anemia, Diabetes Mellitus, Obesity, Sleep Apnea, and Cardiac Rehabilitation. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 26(4), 282–294. <https://doi.org/10.1177/10892532221121118>
- Lei Constitucional n.º 1/2005 (2005). Sétima revisão constitucional. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I-A (n.º 155 de 12-08-2005), 4642–4686. ELI: <https://data.dre.pt/eli/leiconst/1/2005/08/12/p/dre/pt/html>
- Madeira, C.; Cardoso, L. & Alves, S. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com patologia respiratória. In M.J. Lourenço, O. Ferreira & C.L. Baixinho (Coord), *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (307-325). Lusodidacta.
- Malcato, M.E.M.R.R. (2023). A Pessoa submetida a Cirurgia Cardiorácica. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (515-523). Lusodidacta.
- Marmelo, F., Rocha, V. & Moreira-Gonçalves, D. (2018). The impact of prehabilitation on post-surgical complications in patients undergoing non-urgent cardiovascular surgical intervention: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(4), 404-417. <https://doi.org/10.1177/2047487317752373>
- Martins, M., Ribeiro, O. & Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 1(2), 42 – 48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- McCann, M., Nikki Stamp, N., Ann Ngui, A. & Litton, E. (2019). Cardiac Prehabilitation. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 33 (8), 2255-2265. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2019.01.023>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories*. Nursing Research And Practice. Springer Publishing Company.

- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência
- Mendes, M.E.R.; Santos, L.; Preto, L. & Azevedo, A. (2023). Declínio Funcional em Idosos Durante a Hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6 (2), 1-12. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>
- Menezes, K.K.P.; Nascimento, L.R.; Avelino, P.R.; Alvarenga, M.T.M. & Teixeira-Salmela, L.F. (2018). Efficacy of Interventions to Improve Respiratory Function After Stroke. *Respiratory Care*, 63(7), 920-933. DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.06000>
- Moher, D.; Shamseer, L.; Clarke, M.; Ghersi, D.; Liberati, A.; Petticrew, M.; Shekelle, P.; Stewart, L.A. & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Nações Unidas (2017). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nações Unidas. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2023/10/PT-UDHR-v2023_web.pdf
- Neumann, F., Sousa-Uva, M., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A., Benedetto, u., Byrne, R., Collet, J.P., Falk, V., Head, S., Jüni, P., Kastrati, A., Koller, A., Kristensen, S., Niebauer, J., Richter, D., Seferovic, P., Sibbing, D., Stefanini, G., ... Zembala, M. (2019). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 40 (2), 87-165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

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

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Organização Mundial da Saúde (2008). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Editora da Universidade de São Paulo.

Page, M.J.; McKenzie, J.E.; Bossuyt, P.M.; Boutron, I.; Hoffmann, T.C.; Mulrow, C.D.; Shamseer, L.; Tetzlaff, J.M.; Akl, E.A.; Brennan, S.E.; Chou, R.; Glanville, J.; Grimshaw, J.M.; Hróbjartsson, A.; Lalu, M.M.; Li, T.; Loder, E.W.; Mayo-Wilson, E.; McDonald, S. ... Moher, D. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 371 (71), 1-9.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pereira, R. & Rito, M. (2015). A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed), *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências* (270-275).

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32031/1/2015_II%20congresso%20Int%20Supervis%C3%A3o%20Cl%C3%adnica_livro%20de%20comunica%C3%A7%C3%B5es%20e%20confer%C3%aancias.pdf

- Pereira, R.S.; Martins, M.M. & Machado, W.C.A. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (430-449). Lidel.
- Peixoto, N.M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem de Referência*, 11, 121-131. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pinto, M.J.B. (2023). Supervisão Clínica e a Minha Prática Profissional: Reflexão. *Estudos Avançados Sobre Saúde E Natureza*, 15. <https://doi.org/10.51249/easn15.2023.1358>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, Série II (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República. *Diário da República*, Série II (n.º 119 de 22-06-2015), 16655 – 16660. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República. *Diário da República*, Série II (n.º 85 de 03-05-2019), 13565 – 13568. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Reis, S.; Castro, E.R.M.; Carvalho, S.I.P.; Carvalho, S.Z.F.; Fernandes, C.S. & Martins, M.M.F.P.S. (2021). Mobilização Precoce de Doentes na Unidade Cuidados Intensivos: Contributo para a Enfermagem de Reabilitação. Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 23-30. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151>
- Ribeiro, O.; Faria, A. & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Coord), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (58-66). Lidel.

- Sandhu, M. & Akowuah, E. (2019). Does prehabilitation improve outcomes in cardiac surgical patients? *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 29(4), 608-611. <https://doi.org/10.1093/icvts/ivz131>
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), 11-20.
- Silva, M.C.L.; Faria, P.M. & Zon Filippi, A.C. (2023). Tipos de prevenção no delirium pós-operatório. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 23 (2), 1-10. <https://doi.org/10.25248/REAMed.e12001.2023>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 26 (2): 35-44. http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf
- Sousa, L.; Marques-Vieira, C. & Branco, P. S. (2023). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (559-570). Lusodidacta.
- Souto, N. (2023). Enfermagem de Reabilitação em Neonatologia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (297-305). Lusodidacta.
- Steinmetz, C., Bjarnason-Wehrens, B., Walther, T., Schaffland, T. & Walther, C. (2022). Efficacy of Prehabilitation Before Cardiac Surgery. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 102 (4), 323-330. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000002097>
- Subramanian, H., Knight, J., Sultan, I., Kaczorowski, D. & Subramaniam, K. (2022). Pre-Habilitation of Cardiac Surgical Patients, Part 2: Frailty, Malnutrition, Respiratory disease, Alcohol/Smoking cessation and Depression. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 26 (4), 295-303. <https://doi.org/10.1177/10892532221130922>
- Varanda, E.M.G. & Rodrigues, C.A.F. (2023). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In C. Marques-Vieira & L. Sousa

(Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (215-225). Lusodidacta.

Vernon-Platt, T., Bowers, M., Ikonomidis, J., Caranasos, T. & Beer, D. (2021). Preoperative Home-Based Exercises to Decrease Postoperative Complications: A Clinical Practice Innovation. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(6), 740-743. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.01.001>

Vigia, C.; Ferreira, C. & Sousa, L. (2023). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (351-363). Lusodidacta.

Waite, J., Deshpande, R., Baghai, M., Massey, T., Wendler, O. & Greenwood, S. (2017). Home-based preoperative rehabilitation (prehab) to improve physical function and reduce hospital length of stay for frail patients undergoing coronary artery bypass graft and valve surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 26 (1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13019-017-0655-8>

APÊNDICES