



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O papel do Enfermeiro de Reabilitação no processo de transição saúde-doença

Catarina Sofia de Matos Lopes Pais

Orientação: Professor Doutor Carlos Maia

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

O papel do Enfermeiro de Reabilitação no processo de transição saúde-doença

Catarina Sofia de Matos Lopes Pais

Orientação: Professor Doutor Carlos Mais

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias
Pedro

Arguente: Professora Mestre e Especialista Maria José Abrantes Bule

Orientador: Professor Doutor Carlos Manuel Leitão Maia

Setúbal, 2023

“All Nurses can save Lives, Rehab Nurses save Quality of Life.”

Laura Solkowitz

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Maia, pela orientação, pelo persistente apoio no decorrer dos estágios, preciosa ajuda e contributos pessoais na minha realização pessoal e profissional.

A todos os professores do mestrado em associação, pela transmissão de conhecimentos.

Aos meus colegas de curso, especialmente ao Nuno, à Patrícia e à Mónica.

A todos os serviços que me acolheram, que contribuíram para a aquisição de competências.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Mara, Rui, Luís e João, pela transmissão de conhecimentos, grandes mentores no meu crescimento pessoal e profissional.

Aos Enfermeiros Carlos Balau e Tiago Cardoso que são grandes exemplos e que desde a minha integração profissional me fazem crescer e aprender cada vez mais.

Aos meus colegas de serviço que facilitavam os turnos para eu conseguir concretizar e cumprir as horas de estágio.

À minha mãe, a minha maior fonte de inspiração e motivação.

Ao Ricardo, à Marina e à Dalila que sem dúvida foram fonte de encorajamento, amor, carinho, compreensão e apoio incondicional neste processo marcado pela ausência neste período.

Ao Filipe, que me mostrou apoio desde o primeiro dia e nunca me deixou desistir, pelas palavras de coragem e incentivo, nos momentos mais difíceis de todo este percurso, pela paciência e apoio demonstrado.

A todos os meus amigos, pela motivação, paciência e compreensão por todos os momentos em que não consegui estar presente.

A todos vós, o meu MUITO OBRIGADO!

RESUMO

O presente relatório foi elaborado em contexto do Estágio Final, do 2º ano do VI Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem em Reabilitação. Os ensinamentos clínicos têm como objetivo principal a aquisição de competências de mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Tendo como foco o processo de transição saúde-doença, foi aplicado um plano de intervenções com o objetivo de capacitar os vários intervenientes no processo de reabilitação. Esse plano divide-se em três grupos: cuidador informal, enfermeiro generalista e a pessoa com alteração da funcionalidade.

A capacitação do cuidador informal foi realizada por contato telefónico seguindo a estrutura da entrevista.

A capacitação do enfermeiro generalista foi realizada através de formação em serviço.

A capacitação da pessoa foi realizada através da prestação direta de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A reflexão sobre as atividades desenvolvidas permitiu concluir que o Enfermeiro de Reabilitação cumpre um papel fulcral no processo de transição saúde-doença, uma vez que tem competências acrescidas para ser facilitador nesse processo, para todos os intervenientes.

Palavras-chave: Enfermagem de reabilitação, processo de transição saúde-doença, capacitação

ABSTRACT

This report was elaborated in the context of the Final Internship, in the second year of the VI master's degree in nursing in Association, in the specialization area of Rehabilitation Nursing. Clinical teachings have the main objective of acquiring master's and Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing competencies.

Focusing on the health-disease transition process, an intervention plan was applied to empower the various stakeholders in the rehabilitation process. This plan was divided into three groups: informal caregiver, generalist nurse, and the person with functional impairment.

The informal caregiver's empowerment was conducted by telephone contact following the interview structure.

The generalist nurse's empowerment was conducted through on-the-job training.

The person's empowerment was conducted through direct provision of Rehabilitation Nursing care.

Reflection on the activities developed allowed us to conclude that the Rehabilitation Nurse plays a crucial role in the health-disease transition process, as they have enhanced competencies to be a facilitator in this process, for all stakeholders.

Keywords: Rehabilitation Nursing, health-disease transition process, empowerment.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Exemplo de artromotor	16
Figura 2 – Cough Assist.....	17
Figura 3 – Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de enfermagem.....	20
Figura 4 – Referencial teórico de Dorothea Orem	23
Figura 5 – Referencial teórico de Callista Roy	24
Figura 6 – Referencial Teórico de Afaf Meleis.....	25
Figura 7 – Processo de reabilitação relacionado com o Referencial Teórico de Afaf Meleis	36
Figura 8 – Etapas do processo de tomada de decisão dos EEER.....	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação (fase 1)	38
Tabela 2 - Consentimento informado (fase 1)	38
Tabela 3 - Acolhimento da 1ª entrevista (fase 2, etapa1).....	39
Tabela 4 - Avaliação da 1ª entrevista (fase 2, etapa 2).....	40
Tabela 5 - Intervenção da 1ª entrevista (fase 2, etapa 3)	41
Tabela 6 - Finalização da 1ª entrevista (fase 2, etapa 4).....	41
Tabela 7 - Acolhimento da 2ª entrevista (fase 3, etapa 1).....	42
Tabela 8 - Avaliação da 2ª entrevista (fase 3, etapa 2).....	42
Tabela 9 - Intervenção da 2ª entrevista (fase 3, etapa 3)	43
Tabela 10 - Finalização da 2ª entrevista (fase 3, etapa 4).....	43
Tabela 11 – Cronograma da sessão de formação	48
Tabela 12 – Escala de Coma de Glasgow	55
Tabela 13 – Escala de Medida de Independência Funcional.....	57
Tabela 14 – 1ª avaliação com a escala MIF	58
Tabela 15 - 1ª, 2ª e 3ª avaliações com a escala MIF	64
Tabela 16 – Avaliação global com escala MIF	66
Tabela 17 – Avaliação da transferência na escala MIF.....	70
Tabela 18 - Avaliação da locomoção na escala MIF	71

ABREVIATURAS

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ANÁLISE DO CONTEXTO	14
1.1. Serviço de Ortopedia.....	14
1.2. Unidade de cuidados Intensivos	16
1.3. Serviço de Neurocirurgia.....	18
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
2.1. Referenciais teóricos utilizados em Portugal.....	20
2.2. Contributos das filosofias e referenciais teóricos para a prática de Enfermagem de Reabilitação.....	21
2.3. Modelo das transições	25
2.4. Capacitação	28
2.4.1 Capacitação do cuidador Informal	29
2.4.2 Capacitação do Enfermeiro Generalista.....	32
2.4.3 Capacitação da pessoa	34
3. ANÁLISE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	37
3.1. Intervenção com o Cuidador Informal	37
3.2. Intervenção com o Enfermeiro Generalista	44
3.2.1 Diagnóstico das necessidades de formação.....	45
3.2.2 Definição dos objetivos	46
3.2.3 Planeamento das atividades de formação e sua execução.....	47
3.2.4 Avaliação do plano de formação.....	49
3.3. Intervenção com a pessoa.....	50
3.3.1 História clínica da pessoa	53
3.3.2 Foco	54
3.3.3 Atividades de diagnóstico e dados de diagnóstico	55
3.3.4 Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	59
3.3.5 Objetivos	59
3.3.6 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	60
3.3.7 Atividades de avaliação e dados de avaliação	64
3.3.8 Resultados de Enfermagem de Reabilitação.....	65
3.3.9 Outros focos	67
4. ANÁLISE SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	73

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	73
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	77
CONCLUSÃO	80
BIBLIOGRAFIA.....	81
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE CONTATO TELEFÔNICO NO PÓS-OPERATÓRIO	
APÊNDICE 2 – DOCUMENTO ORIENTADOR SOBRE TERAPÊUTICA INALATÓRIA	
APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO POWERPOINT PARA OS ENFERMEIROS GENERALISTAS SOBRE TERAPÊUTICA INALATÓRIA	
APÊNDICE 4 – PANFLETO DE NEGLIGÊNCIA UNILATERAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
APÊNDICE 5 – PANFLETO DE NEGLIGÊNCIA UNILATERAL DIREITA	
APÊNDICE 6 – PANFLETO DE NEGLIGÊNCIA UNILATERAL ESQUERDA	

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) denominada Estágio Final, do 2º ano do VI Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem em Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, no ano letivo 2022/2023.

O primeiro estágio decorreu no ano letivo anterior entre o dia 16 de maio de 2022 e 24 de junho de 2022, num Serviço de Ortopedia. Neste ano letivo, os ensinamentos clínicos ocorreram numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), de 19 de setembro de 2022 a 27 de novembro de 2022, e num Serviço de Neurocirurgia, de 28 de novembro de 2022 até ao dia 26 de janeiro de 2023. Todo o percurso de aprendizagem foi orientado pelo Professor Doutor Carlos Maia.

No âmbito desta Unidade Curricular, foi-me proposto realizar o Relatório de Estágio estruturado para o conjunto dos estágios já realizados e resultado do projeto de estágio definido no ano letivo anterior, pelo que defini o tema geral: O papel do Enfermeiro de Reabilitação como facilitador na transição saúde-doença.

Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho é aprofundar conhecimentos sobre o processo de transição saúde-doença. Os objetivos específicos são: desenvolver conhecimentos e competências inerentes à condição de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e Mestre; refletir sobre o projeto de estágio realizado que visa capacitar o Cuidador Informal (CI), o Enfermeiro Generalista (EG) e a pessoa com compromisso na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais; e refletir sobre a prática de cuidados do EEER em contextos diferentes.

O presente trabalho encontra-se organizado em 4 capítulos. O primeiro capítulo corresponde à análise do contexto. O segundo capítulo descreve o enquadramento teórico. O terceiro capítulo consiste na análise do projeto de intervenção. O quarto capítulo abrange a análise sobre as competências adquiridas, finalizando-se com a conclusão, seguida da bibliografia e apêndices.

Este projeto foi escrito de acordo com as regras descritas no manual *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA 7^{ed}).

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise do contexto pretende caracterizar a tipologia de Serviços em que decorreram as atividades e ações planeadas no projeto de intervenção.

“Desde meados da década de 70 do século XX que as escolas de Enfermagem se empenham na formação de EEER, acreditando ser esta uma especialidade que intervém ao longo do ciclo de vida, perante pessoas com patologia aguda e/ou crónica a experienciarem os diferentes processos de vida” (Silva et al., 2019, p.36). As escolhas dos locais de estágio foram em contexto hospitalar, sendo a predominância de patologias agudas, não esquecendo que existem pessoas com patologias crónicas de base e, portanto, patologias crónicas agudizadas que carecem da devida atenção do EEER.

Este relatório abrange três locais de estágio distintos divididos por seis semanas em contexto hospitalar com pessoas com compromisso no sistema musculoesquelético, dez semanas em contexto hospitalar com pessoas com compromisso no sistema cardiorrespiratório e seis semanas em contexto hospitalar com pessoas com compromisso no sistema nervoso, que decorreram num Serviço de Ortopedia, numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Serviço de Neurocirurgia, respetivamente.

1.1. Serviço de Ortopedia

Atualmente em Portugal e à semelhança de outros países da Europa, as taxas de mortalidade e natalidade são bastante baixas, contribuindo para o envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida (Santos, 2019).

Rocha, et al., (2008, p.4), definem envelhecimento como “(...) um processo dinâmico e progressivo no qual ocorrem modificações tanto morfológicas quanto funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a diminuição de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência dos processos patológicos.” Segundo estes autores, o crescimento da população idosa traduz-se num aumento do número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, dando origem a problemáticas sociais, familiares e económicas de elevada complexidade. Nesta perspetiva sociodemográfica é relevada a importância da necessidade de intervenção dos EEER.

Entre as doenças crónicas e incapacitantes incluiu-se as que comprometem o sistema musculoesquelético. O sistema musculoesquelético é crucial para o movimento, equilíbrio e

postura do corpo. Problemas no sistema musculoesquelético podem afetar a capacidade do corpo de realizar movimentos normais e têm um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas.

As causas que estão subjacentes ao compromisso no sistema musculoesquelético são essencialmente a osteoartrose e os eventos traumáticos. O aumento das doenças crónicas no sistema musculoesquelético, aumenta o número de pessoas com lesões, o número de internamentos o que aumenta o grau de dependência das pessoas. As regiões corporais normalmente mais afetadas são os membros superiores e inferiores. Apesar das lesões poderem resultar de eventos crónicos ou agudos, a necessidade de cirurgia é considerável (Lourenço et al., 2021).

As intervenções cirúrgicas do foro ortotraumatológico desencadeiam processos de transição saúde-doença que alteram a vida da pessoa e impacta as pessoas significativas que a rodeiam.

As pessoas internadas Serviço de Ortopedia são admitidas do Serviço de Urgência geral, de outras instituições, de outros Serviços do Hospital, diretamente das consultas e do Bloco Operatório.

O serviço onde decorreu o estágio era composto por 32 camas, incluindo 6 unidades para pessoas com necessidade de cuidados intermédios. A equipa de enfermagem integrava apenas um EEER que exercia funções cumulativas de enfermagem de cuidados gerais, de gestão e os cuidados especializado em Enfermagem de Reabilitação. Em questão de material o serviço tinha disponível vários produtos de ajudas técnicas, como cadeiras-de-rodas, andarilhos, canadianas, etc... Também tinha disponível um artromotor, frequentemente utilizado nas pessoas na pós-cirurgia ao joelho.

O artromotor é um aparelho mecânico utilizado para mobilizações passivas das articulações do joelho e anca, através do movimento de flexo-extensão. Este aparelho é incluído no programa de reabilitação da pessoa submetida a cirurgia no joelho, com o objetivo de melhorar a flexibilidade, a produção de movimento na articulação (e produção de líquido sinovial), melhorar a funcionalidade do membro inferior, além de reduzir a dor e os processos inflamatórios. O Serviço tem um protocolo próprio na progressão da amplitude de movimento, sendo que o aparelho vai progredindo nos ângulos de amplitude até ao grau máximo estipulado para a sessão de reabilitação. A pessoa tem acesso a um comando que permite parar os movimentos se apresentar dor ou desconforto. A utilização do artromotor empodera o processo de reabilitação, possibilitando a melhor adesão ao início do treino de marcha. A figura 1 ilustra o funcionamento do artromotor.



Figura 1 – Exemplo de artromotor
Fonte: (BTL, 2023)

A escolha deste local de estágio deveu-se à necessidade de conhecer um ambiente hospitalar diferente e que abrange um grande número de população heterogénea, que pela natureza da tipologia do internamento, vivem um processo de transição saúde-doença repentino, onde o EEER tem uma grande responsabilidade nesse processo.

1.2. Unidade de cuidados Intensivos

Segundo Cordeiro & Menoita (2012, p. XIX) “as doenças respiratórias crónicas, como a asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), são das poucas patologias crónicas com tendência para aumentar, nas próximas décadas, devido a fatores como o fumo de tabaco, a poluição atmosférica e alterações climáticas”. Mais recentemente o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2020, p.4) afirmou que “as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e em Portugal. Embora a grande maioria seja prevenível ou tratável com intervenções economicamente acessíveis, não temos assistido, na sua globalidade, a uma redução da sua prevalência”.

No compromisso do sistema cardiorrespiratório as principais causas são os contextos clínicos diretamente associados ao sistema, como patologias pulmonares obstrutivas ou restritivas, patologias cardíacas ou intervenções cirúrgicas e os contextos clínicos ligados a outros sistemas (como o musculoesquelético e o neurológico) que culminam em situações de imobilidade ou iatrogenia. (Couto et al., 2021).

“Um dos principais motivos de internamento da pessoa com patologia respiratória na UCI é a necessidade de ventilação mecânica” (Sousa et al.,2012, p.194). A UCI é um Serviço Polivalente

de Medicina Intensiva de nível III. As pessoas internadas na UCI são admitidas do Serviço de Urgência Geral, transferências de outros Serviços do Hospital, do Bloco Operatório, entre outros.

Na UCI são prestados cuidados altamente diferenciados, dando resposta às necessidades das pessoas que apresentam falência de um ou mais órgãos ou sistemas, e necessitam de apoio tecnológico e de cuidados permanentes quer médicos, quer de enfermagem não passíveis de serem prestados noutros serviços. Desta forma o compromisso do sistema cardiorrespiratório é o maior foco do EEER. “A ventilação mecânica é um processo terapêutico para auxiliar, ou, substituir a respiração espontânea, quando esta se encontra afetada, em maior ou menor grau” (Sousa et al.,2012, p.194). O processo de transição saúde doença está altamente comprometido devido ao estado de gravidade das pessoas submetidas a ventilação mecânica. “Apesar dos benefícios que esta técnica tem na estabilização da pessoa, verificam-se alguns efeitos colaterais que poderão ser corrigidos ou minimizados pela intervenção do Enfermeiro de Reabilitação” (Sousa et al.,2012, p.194).

O serviço onde decorreu o estágio era composto por 8 camas, incluindo 1 de isolamento. A Equipa de enfermagem integrava apenas um EEER que exercia funções de gestão em acumulação com os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. O serviço tinha disponível vários sistemas de promoção da limpeza das vias aéreas como sistemas de nebulização, Cough Assist (nome comercial mais conhecido para designar o aparelho insuflador-exsuflador mecânico), aspiradores de secreções, entre outros.

O Cough Assist é um aparelho que ajuda as pessoas com dificuldade em tossir e expelir secreções. É comumente usado por pessoas com condições médicas que afetam a capacidade de respirar como doenças neuromusculares, lesões na medula espinhal ou insuficiência respiratória. O Cough Assist funciona através de diferenciações de pressões que simulam a tosse. A figura 2 apresenta um modelo Cough Assist.



Figura 2 – Cough Assist
Fonte: (Philips, 2023)

A escolha deste local de estágio teve em conta o interesse em conhecer um ambiente de trabalho diferenciado onde o objetivo primordial é suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a pessoa e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade.

A pessoa considerada como doente crítico tem grandes vantagens em ter os cuidados diferenciados do EEER. Como a pessoa se encontra num estado de saúde dependente dos outros e de equipamentos para a sua sobrevivência, o EEER, dentro de uma equipa multidisciplinar, cumpre o papel de manter a funcionalidade da pessoa, assim como minimizar as complicações da intubação e da imobilidade. Pelo que foi uma experiência enriquecedora e desafiante que permitiu o desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal.

1.3. Serviço de Neurocirurgia

“A evolução do conhecimento nas Neurociências contribuiu para um aumento da esperança média de vida das pessoas com alterações neurológicas, e algumas patologias atualmente assumem um caráter crónico” (Marques-Vieira et al., 2017, p.465).

“Os processos patológicos que desencadeiam compromisso no sistema nervoso classificam-se frequentemente por categorias, quer respeitante ao componente etiopatológico subjacente (doenças vasculares cerebrais, tumores cerebrais), quer à topografia das lesões (doenças da medula espinal, neuropatias periféricas), de índole sintomática (por exemplo, doenças do movimento)” (Araújo et al., 2021, p.164). Todos estes acontecimentos de vida levam a processos de transição saúde-doença que envolvem toda a estrutura familiar e leva a processos de reabilitação intensos. A reabilitação neurológica tem como objetivo a recuperação da independência funcional em todos os aspetos da vida da pessoa, relevando a importância de ser iniciada o mais precoce possível (Araújo et al., 2021).

A neurocirurgia é a especialidade médica que se dedica ao tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico, traumas crânio-encefálicos e raqui-medulares passíveis de abordagem cirúrgica.

O serviço onde decorreu o estágio era composto por 15 camas de enfermaria e 8 unidades para pessoas com necessidade de cuidados intermédios neurocirúrgicos. A Equipa de enfermagem integra vários EEER onde o horário é preconizado para que um EEER fique de chefia de equipa, não presta cuidados gerais e exerce funções de gestão em acumulação com os cuidados especializados

em Enfermagem de Reabilitação. O serviço tem disponível vários produtos de ajudas técnicas, instrumentos de apoio aos exercícios de percepção (como a terapia de espelho), instrumentos de apoio à estimulação sensorial (este serviço tem um carro com aromas diferentes e materiais para a estimulação tátil), entre outros.

“A estimulação sensorial surge como uma ferramenta para promover a interação com a pessoa através de estímulos controlados que ativam os sensores da visão, paladar, do olfato, da audição e da somestesia (sensibilidade superficial e profunda)” (Costa et al., 2021, p.523). A estimulação sensorial tem como objetivo “promover a neuroplasticidade e a capacidade de formação de novos circuitos neuronais, evitando a privação sensorial” (Costa et al., 2021, p.523). A título de curiosidade era relatado pelos EEER do serviço que o cheiro ao qual as pessoas com alterações neurológicas tinham mais reações era o do café.

A escolha por um serviço de Neurocirurgia deve-se à abrangência e complexidade das patologias de pessoas com compromisso do sistema neurológico. Tratando-se de um serviço hospitalar, onde maioritariamente são internadas pessoas com doença em fase aguda, permite o desenvolvimento do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação desde a fase inicial, passando pela intervenção, e as várias avaliações, permitindo os vários ajustes ao plano.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, na perspetiva de melhorar o entendimento do relatório, tentaremos desenvolver um enquadramento teórico que clarifique a importância das transições e da capacitação para a prática de Enfermagem de Reabilitação.

2.1. Referenciais teóricos utilizados em Portugal

No estudo e evolução da profissão de enfermagem foram desenvolvidas várias teorias e modelos conceptuais, que desde Florence Nightingale, têm sido alicerces para a prestação de cuidados. A Enfermagem de Reabilitação recorre a vários referenciais teóricos que contribuem para a diferenciação dos cuidados prestados.

O estudo de Martins et al. (2018), realizado em Portugal, numa abordagem quantitativa, descritivo-exploratório, concluiu que os EEER consideram importante para a sua prática as conceções de Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger. Neste estudo foram recolhidos dados a nível nacional e os resultados demonstravam que 36,3% dos EEER consideram estar totalmente de acordo com a teoria de Afaf Meleis; 35,6% com Dorothea Orem; 33% com Callista Roy; 29,4% com Madeleine Leininger; 24,8% com Virgínia Henderson; 15,4% com Florence Nightingale; 12,1% com Jean Watson. Apresentaram também uma ilustração com a distribuição percentual pelas regiões nacionais (fig.3):

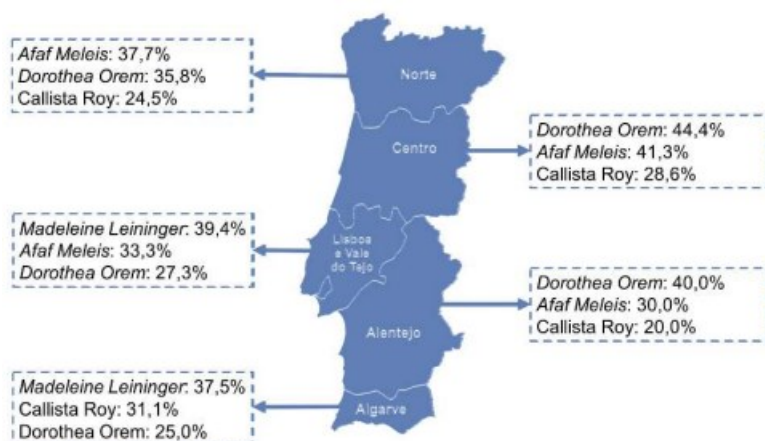


Figura 3 – Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as conceções de enfermagem
Fonte: (Martins et al., 2018)

2.2. Contributos das filosofias e referenciais teóricos para a prática de Enfermagem de Reabilitação

Neste subcapítulo iremos analisar, de forma resumida, alguns referenciais teóricos de enfermagem que contribuem para a Enfermagem de Reabilitação.

A **Teoria da Virgínia Henderson** define enfermagem em termos funcionais. Na sua teoria define que o propósito do Enfermeiro é ajudar a pessoa, saudável ou doente, a realizar atividades que promovam a sua saúde, recuperação ou dignificação na morte (Tomey, 2004; Petronilho, 2007). O objetivo principal é contribuir para que a pessoa recupere a sua independência, para a satisfação das catorze necessidades humanas fundamentais que teorizou (Tomey, 2004):

1. Respirar normalmente;
2. Comer e beber de forma adequada;
3. Eliminar resíduos corporais;
4. Movimentar-se e manter a postura correta;
5. Dormir e descansar;
6. Vestir e despir-se;
7. Manter a temperatura corporal;
8. Manter o corpo limpo, cuidado e os tegumentos protegidos;
9. Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar os outros;
10. Comunicar, expressando emoções, opiniões e necessidades;
11. Praticar a sua fé;
12. Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
13. Praticar formas de recriação;
14. Aprender de forma ao desenvolvimento.

Na teoria de Virgínia Henderson é também definido que a pessoa e a família são uma unidade e que a equipa de enfermagem trabalha em interdependência com os intervenientes, incluindo a equipa multidisciplinar (Tomey, 2004; Petronilho, 2007). A funcionalidade, na sua preservação e recuperação, é um foco essencial para o EEER, pelo que a satisfação das necessidades humanas fundamentais desenvolvidas pela Virgínia Henderson devem estar sempre subjacentes nos cuidados prestados pelo EEER.

No **modelo conceptual de Jean Watson**, o enfermeiro baseia a sua prática no cuidado humano e transpessoal, com o propósito de ajudar a pessoa no melhor equilíbrio entre corpo, alma

e espírito (Neil, 2004; Petronilho, 2007). Segundo Neil (2004), Watson baseia a sua teoria em dez fatores de cuidar, onde cada um possui um componente fenomenológico dinâmico que está relacionado com a individualidade da pessoa, sendo eles:

1. Formação de um sistema de valores humanisto-altruísta;
2. Instilação de fé-esperança;
3. Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros;
4. Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança;
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões;
7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais;
8. Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio;
9. Auxílio na satisfação das necessidades humanas;
10. Permissão de forças fenomenológico-existenciais.

“Segundo Watson, a enfermagem está interessada em compreender a saúde, a doença e a experiência humana” (Neil, 2004, p.170). A Enfermagem de Reabilitação também se interessa pela atitude perante a doença, pelas expectativas, pelos objetivos de vida e o que isso se traduz na qualidade de vida da pessoa. O processo de transição saúde-doença é complexo e a compreensão e satisfação dos fatores acima descritos potenciam a boa adesão ao regime de reabilitação.

A Teoria da Diversidade e da Universalidade de Madeleine Leininger deriva das disciplinas de antropologia e de enfermagem, onde a enfermagem se centra na “análise de culturas e subculturas diferentes em relação aos seus valores do cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e padrão de comportamento com objetivo de desenvolver um conhecimento científico e humanista” (Welch, 2004, p.567).

“A enfermagem transcultural vai além de um estado de consciência até ao ponto de usar o conhecimento da cultura do cuidar em enfermagem para praticar um cuidar culturalmente congruente e responsável” (Welch, 2004, p.567). Leininger criou esta teoria acreditando que a enfermagem se deve construir apoiada nas pessoas, famílias, grupos e instituições.

O Referencial Teórico de Dorothea Orem integra três teorias: a Teoria do Autocuidado (que descreve o como e porquê de as pessoas cuidarem de si próprias), Teoria do Défice no Autocuidado

(que descreve os motivos pelos quais as pessoas precisam de ajuda dos enfermeiros) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (que descreve o modo como as pessoas e os enfermeiros dão respostas às necessidades de autocuidado) (Ribeiro et al., 2021a; Petronilho, 2007).

O autocuidado é designado como uma função humana que as pessoas têm capacidade para realizar por si próprias para a satisfação da saúde do desenvolvimento e do bem-estar, caso não consigam, será substituída por alguém.

A Teoria do autocuidado é uma componente da Teoria do Défice de Autocuidado, já a Teoria dos Sistemas de Enfermagem engloba as duas, como se pode ver no seguinte esquema (fig. 4):

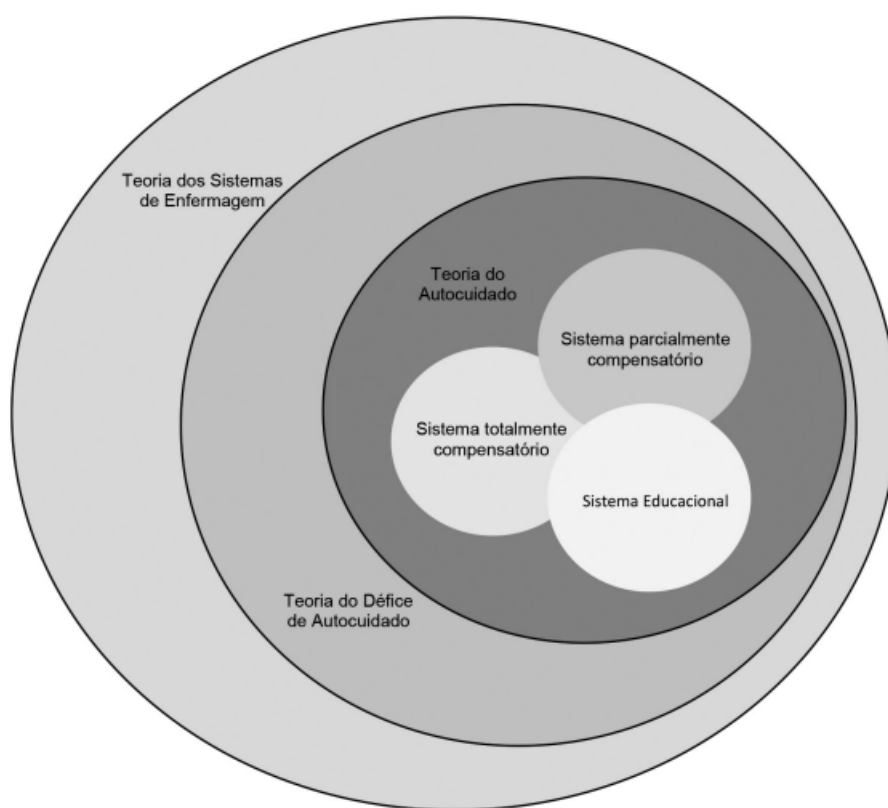


Figura 4 – Referencial teórico de Dorothea Orem
Fonte: (Queirós et. al, 2014)

O **Modelo de Adaptação de Callista Roy** é um exemplo de como o conhecimento de outras áreas disciplinares contribuem para a enfermagem. “Da síntese que efetuou de diversas teorias emprestadas, tais como a Teoria do Sistema, do Stress e da Adaptação, Roy construiu uma explicação que traduz a interação da pessoa com o ambiente” (Ribeiro et al., 2021a, p.54).

A Enfermagem de reabilitação “promove os processos adaptativos, melhorando os fatores do meio e pessoais que interferem nessa adaptação. O objetivo de enfermagem é promover a

adaptação dos indivíduos ou grupo, contribuindo para a saúde e qualidade de vida” (Petronilho, 2007, p.24).

Na sua teoria, Roy define os seres humanos como sistemas de adaptação holísticos e complexos, com processos internos para manter a adaptação em quatro modos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência (Phillips, 2004; Petronilho, 2007). O modo fisiológico é a forma como a pessoa responde fisicamente aos estímulos. O autoconceito envolve os aspetos psicológicos e espirituais. A função do papel está relacionada com a forma como a pessoa interage com os outros e os papéis que desempenha na comunidade. O modo interdependência está relacionado com a interação com os outros.

O seguinte esquema ilustra o referencial teórico (fig. 5):

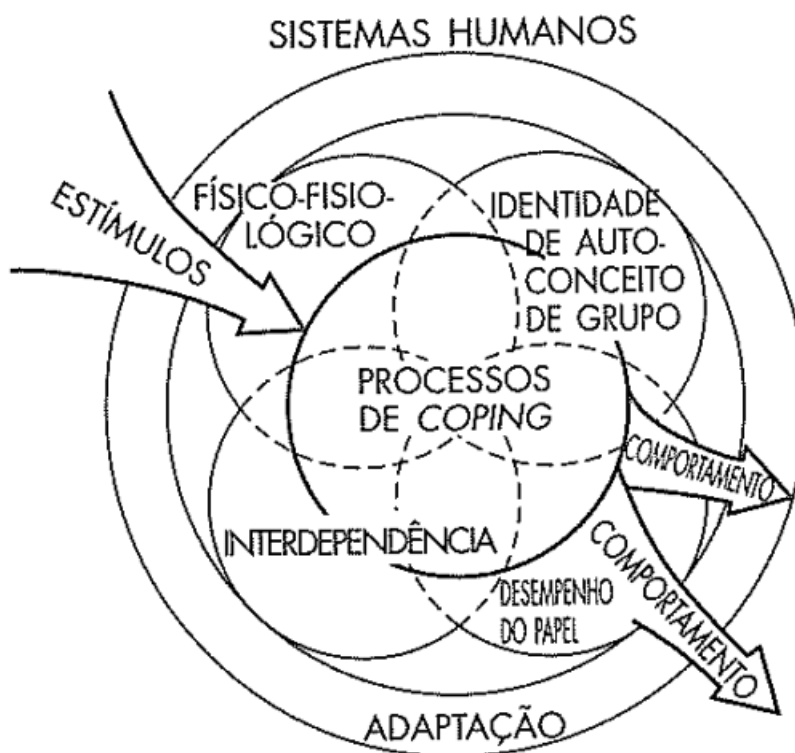


Figura 5 – Referencial teórico de Callista Roy
Fonte: (Phillips, 2004)

O **Referencial Teórico de Afaf Meleis** descreve e evidencia as interações entre o enfermeiro e a pessoa, indicando que o enfermeiro se preocupa com as experiências transitórias vivenciadas pela pessoa, onde a meta terapêutica é a saúde e o bem-estar (Ribeiro et al., 2021a).

“A transição constitui um dos conceitos centrais deste referencial, sendo definida por Meleis como uma passagem ou movimento de uma fase de vida, condição ou estado para outro, sendo um processo desencadeado por uma mudança” (Ribeiro et al., 2021a, p. 50).

Esta teoria apresenta 4 grandes grupos que estão interligados entre si: natureza da transição, facilitadores e inibidores das condições da transição, terapêutica de enfermagem e padrões de reação.

O seguinte esquema representa o referencial teórico de Meleis (fig. 6):

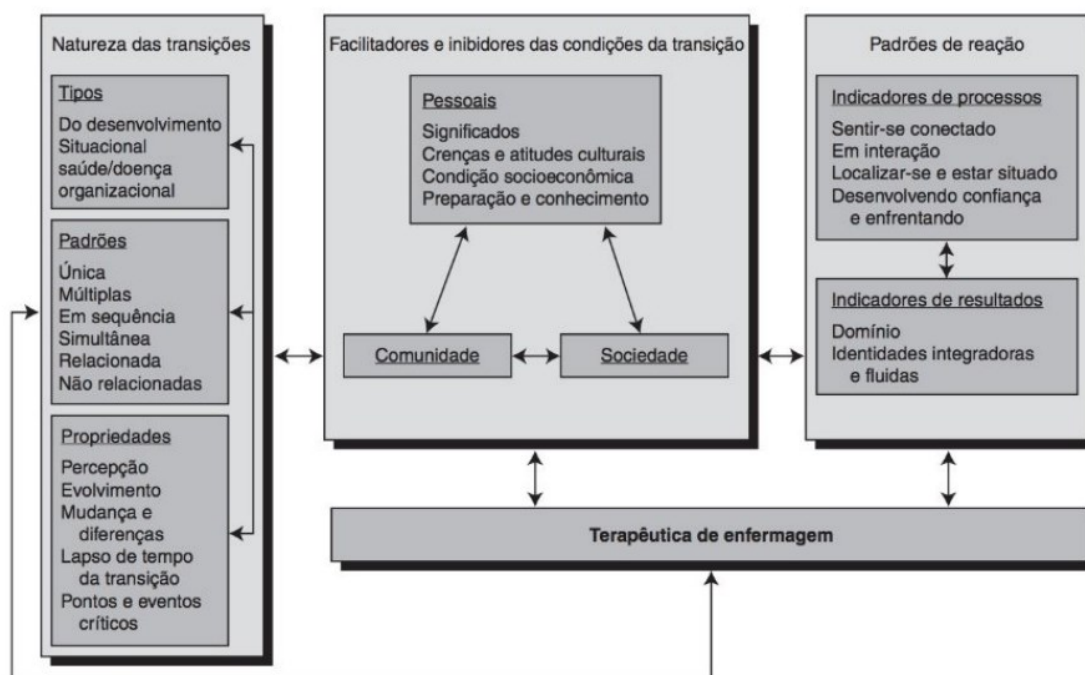


Figura 6 – Referencial Teórico de Afaf Meleis
Fonte: McEwen, M. (2016)

Devido à elevada importância deste referencial teórico para este relatório, o mesmo será desenvolvido no próximo subcapítulo.

2.3. Modelo das transições

“Ao longo do ciclo de vital, as pessoas vão experimentando de forma contínua, mudanças e transições, resultando estas frequentemente em novas relações, novos comportamentos e novas percepções de si mesmo” (Schlossberg, 1981, Fonseca, 2005, citado por Petronilho, 2007, p. 30). As

mudanças de vida acarretam um aglomerado de sentimentos e emoções que condicionam, positiva ou negativamente, a vida das pessoas.

Qualquer momento de vida das pessoas em que ocorrem mudanças, sejam elas previsíveis, como o casamento, a reforma e o nascimento de um filho, ou inesperadas, como a morte, a doença súbita, a guerra e a gravidez não desejada, impõe que a família recorra à sua capacidade auto-organizativa e às suas fontes de suporte de forma a conseguir resolver problemas. (Petronilho, 2007, p.30)

O processo de transição saúde-doença é complexo e multifatorial. O EEER tem um papel importante e dinâmico neste processo.

Para dar resposta a estas mudanças foram desenvolvidas teorias que visam a compreensão do processo de transição, como a Teoria de Transição em Enfermagem proposta por Meleis.

Afaf Meleis é diretora da Penn Nursing University of Pennsylvania, enfermeira-pesquisadora e socióloga reconhecida internacionalmente, que já orientou centenas de estudantes (Penn Nursing University of Pennsylvania, s.d.).

Através de sua orientação e pesquisa, a Afaf Meleis desenvolveu a teoria das transições, que se concentra em auxiliar os enfermeiros a facilitar as transições saudáveis das pessoas doentes, famílias e comunidades. O seu trabalho foi traduzido globalmente em políticas, pesquisas e práticas baseadas em evidências (Penn Nursing University of Pennsylvania, s.d.).

A teoria de Afaf Meleis evoluiu ao longo de 4 décadas, resultado da “(...) observação da forma como o ser humano enfrenta e lida com situações de mudança e/ou alteração da condição de vida. O conceito de “transição” surgiu deste processo, em (...) que Meleis define como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro” (Meleis, 2010, citado por Silva et al., 2019, p.37). Neste processo de transição é de salientar as interações entre enfermeiro/pessoa, atribuindo uma grande importância à experiência individual vivida. Meleis define como meta terapêutica de enfermagem, “(...) conceptualização e abordagem dos potenciais problemas e dificuldades encontradas pelos intervenientes no processo de transição.” (Meleis, 2010, citado por Silva et al., 2019, p.37).

Segundo McEwen (2016) a teoria de Meleis identifica quatro categorias principais de transições em que os enfermeiros se envolvem (ver fig. 6):

- Transições do desenvolvimento – como nascimento, menarca, adolescência, envelhecimento

- Transições situacionais – mudança de emprego, casamento, divórcio, viuvez, mudança de casa
- Transições saúde-doença – internamento/ alta hospitalar, diagnóstico de doença crónica, processo de reabilitação
- Transições organizacionais – mudanças sociais, económicas ou políticas

Ainda dentro da natureza das transições existem mais dois conceitos importantes, os padrões e as propriedades (fig. 6).

Os padrões caracterizam a frequência das transições como: única, múltiplas, em sequência, simultânea, relacionada e não relacionada.

“As propriedades da experiência de transição costumam estar inter-relacionadas de modo complexo, referindo-se à percepção, envolvimento, mudança/diferença, lapso de tempo, pontos críticos e eventos” (McEwen, 2016, p.242).

Conforme o esquema da teoria apresentado na figura 6 e analisando o quadro do meio, o EEER deve ter em consideração os fatores facilitadores e inibidores das condições da transição.

Meleis refere que os processos de transição são influenciados por diversas condições, facilitadoras ou inibidoras desse mesmo processo, tais como as condições pessoais, o significado atribuído aos eventos que precipitam a transição, as atitudes e as crenças, o status socioeconómico e a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição”. (Meleis et al., 2000, citado por Petronilho, 2007, p. 32 e 33)

Destacada e interligada com os outros parâmetros estão as terapêuticas de enfermagem. “As terapêuticas de enfermagem referem-se às ações implementadas pelos enfermeiros durante as experiências de transição” (Ribeiro et al., 2021a, p. 50). Para potencializar as terapêuticas de enfermagem o EEER deve antecipadamente proceder ao levantamento de dados das condições da transição, descobrir e reforçar o nível da preparação para a transição, através da transmissão de conhecimentos para facilitar este processo (McEwen, 2016).

Para aferir os padrões de reação das transições devemos analisar o quadro mais à esquerda na figura 6, onde são descritos os indicadores de processo e indicadores de resultados. Os indicadores de processos são o sentir-se conectado, em interação, localizar-se, estar situado, desenvolvimento confiança e enfrentamento. Por sua vez, os indicadores de resultados são o domínio e identidades integradoras e fluidas.

Como descreve Petronilho (2007) o desafio para os enfermeiros no processo de transição é entender o próprio processo. “A teoria das transições é amplamente aplicável e oferece um guia abrangente que leva em conta a diversidade cultural e social. Ela foi desenvolvida a partir de múltiplas pesquisas entre grupos diferentes de pessoas, durante muitos tipos de transições” (McEwen, 2016, p.242).

No seu estudo sobre a teoria de médio alcance de Meleis, Petronilho (2007) expõem-nos aspetos que os profissionais de saúde devem ter em consideração, tais como: trabalhar em colaboração com a pessoa cuidada e cuidador; conhecer situações potenciais de conflito e medidas para as minimizar; garantir a passagem de informação de forma a dar resposta às necessidades da família; habilitar a pessoa cuidada e o cuidador para manter o controlo sobre a tomada de decisão; e garantir suporte físico e emocional.

Desde há muito tempo que é clássica a afirmação de que o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo despende no contato com o pessoa e família. Sem dúvida que, em virtude do conteúdo funcional profissional, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde mais privilegiados ao nível desta relação interpessoal e profissional. O EEER tem ainda a particularidade de poder potenciar e direcionar a relação para a capacitação da pessoa, do cuidador e do enfermeiro generalista, sendo que este último é o cuidador, que a nível hospitalar, permanece 24 horas por dia com a pessoa doente.

2.4. Capacitação

No processo natural de crescimento do próprio ser humano, passamos por uma fase inicial de dependência e conforme crescemos tornamo-nos independentes e cidadãos autónomos. O objetivo principal deste processo “é que cada ser humano em desenvolvimento seja capaz de dar conta de si e de tomar decisões esclarecidas e responsáveis” (Reis & Bule, 2017, p. 57). Sabemos que, muitas vezes, os processos de transição saúde-doença alteram abruptamente o papel desempenhado por si próprio, no seio familiar e na comunidade, levando à integração de processos de reabilitação.

O EEER tem o papel de capacitar a pessoa e todos os intervenientes no processo de reabilitação, ao transmitir conhecimentos com linguagem acessível para a realização de tarefas do quotidiano como atividades de vida diária, resolução de problemas, cuidados preventivos e de vigilância, entre outros. Assim como, garantir o feedback da autonomia e independência para os

cuidados. Capacitar “(...) é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. (...) Exercer a capacitação é assim um processo que envolve domínios cognitivo, físico e material” (Reis & Bule, 2017, p. 57).

Neste sentido, a aprendizagem de capacidades vai permitir enfrentar as tarefas inerentes ao cuidar de forma que a pessoa se sinta capaz e motivada para responder aos desafios de saúde (Petronilho, 2007).

Para a capacitação dos cuidados temos de perceber a individualidade da pessoa que tem a sua funcionalidade comprometida, do cuidador, das características da família e das pessoas que mantêm relações significativas. A capacitação começa mesmo antes da pessoa doente regressar ao seu domicílio. “É comum dizermos que a preparação para a alta hospitalar das pessoas dependentes por parte dos Enfermeiros deve iniciar-se no momento da admissão do doente na unidade de cuidados.” (Petronilho, 2007, p.45).

No presente relatório salientamos três níveis de capacitação: o cuidador informal, o enfermeiro generalista (como cuidador a nível hospitalar) e a pessoa (que tem a sua funcionalidade comprometida).

2.4.1 Capacitação do cuidador Informal

Como já foi referido anteriormente, a esperança média de vida em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos. Esse é um dos motivos para que existam pessoas cada vez mais idosas e mais dependentes. Porém, a dependência não é só resultado do processo de envelhecimento, mas também está relacionada com outros fatores, como deficiências congénitas ou adquiridas, doenças oncológicas, degenerativas, acidentes de trabalho ou mesmo sequelas de acidentes de viação (Saraiva, 2011). O conceito de dependência é definido como a:

(...) falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3857)

Neste sentido, quando uma pessoa é incapaz de realizar as suas atividades de vida diária (AVD) ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD), torna-se dependente de cuidadores (Pereira, 2012). O cuidador é alguém que assegura e se responsabiliza pela satisfação das necessidades humanas básicas de um outro indivíduo (Pereira, 2012). É necessário salientar que as pessoas dependentes ou com algum tipo de incapacidade, não são só apenas idosos, mas também crianças, jovens e adultos. O papel de cuidador surge no decorrer do processo de doença no seio familiar.

O ato de cuidar é uma prática inerente à condição humana e é principalmente no seio familiar onde são prestados os cuidados necessários para a promoção da saúde e independência dos seus familiares. Este é um processo que inclui procedimentos, intervenções e técnicas dirigidas à pessoa dependente, no entanto esta prática exige respeito, atenção, consideração e interesse (Ferreira, 2013).

Este papel é muitas das vezes desempenhado por um cônjuge da mesma faixa etária, onde as mulheres assumem uma posição de destaque, tornando-se assim a família como o grupo de eleição nos cuidados a longo prazo (Alves, 2018).

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais velhos e com laços mais próximos. No entanto, os cuidadores podem não ser só apenas elementos da família, como podem ser amigos, vizinhos ou outros indivíduos da comunidade que se voluntariam a prestar cuidados à pessoa dependente (Sequeira, 2010). Neste sentido, o domicílio é o local certo para a prestação de cuidados, proporcionando garantia de independência, segurança e bem-estar (Reis, 2018).

É evidente a preocupação da não institucionalização, tanto da pessoa dependente como dos seus cuidadores. Esta preocupação resulta do medo da censura social, pela importância que advém da manutenção do idoso no seu meio familiar e social, pela interação que podem estabelecer e pela possibilidade de satisfazer as escolhas/vontades da pessoa dependente (Imaginário, 2008).

As pessoas que cuidam de outras são designadas Cuidadores Informais (CI). Os CI "(...) são pessoas que cuidam de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado, realizando-se este fora do âmbito profissional ou formal." (Gonçalves, et al., 2021, p.19).

Em Portugal, no ano de 2019, foi publicado o Estatuto do Cuidador Informal que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, bem como as medidas de apoio e as alterações nas respetivas leis (Lei nº 100/2019 de 6 de setembro). Segundo este estatuto, a figura do CI pode assumir duas vertentes:

- Cuidador informal principal que se define por:

(...) o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. (Lei nº100/2019, p.9)

- Cuidador informal não principal que também se define por:

(...) o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. (Lei nº100/2019, p.9)

O papel de cuidador é um papel complexo devido às inúmeras atividades que este tem de desempenhar no desenvolvimento das suas funções (Alves, 2018). A função do CI vai para além da assistência, da prevenção e da vigilância de doenças. A pessoa que cuida é única e tem as suas próprias potencialidades e necessidades, sendo necessário realizar ações de formação que transmitam conhecimentos sobre como cuidar de si própria (Castro et al., 2016). Neste sentido, devem ser desenvolvidas estratégias de promoção e manutenção de autonomia e bem-estar, onde o EEER deve atuar como meio facilitador, constituindo-se um suporte efetivo não só para o indivíduo dependente, mas também para o cuidador (Alves, 2018).

Segundo Dixe et al, (2020, p.49), a capacitação do cuidador informal deve ser “(...) parte integrante do processo de cuidados e é fundamental para uma transição de cuidados segura. A capacitação do CI deve ser um processo de empoderamento personalizado, cuidadoso e contínuo, iniciado no internamento hospitalar”.

A Organização Mundial da Saúde defende que deve ser garantido o apoio aos cuidadores, dado que o número de idosos está cada vez mais elevado. Assim, a todos os cuidadores deve ser assegurado o acesso a recursos, informações e tudo o que é necessário para o desempenho das suas funções (World Health Organization [WHO], 2017).

Sequeira (2010) refere que a transição para o papel de cuidador implica a aquisição e desenvolvimento de competências, que se situam em três categorias: a informação (o saber), a mestria (o saber fazer) e o suporte (o saber cuidar-se).

A transição para a dependência, independentemente da idade, e a alteração da dinâmica familiar necessitam, portanto, de ser apoiadas. Dependendo da doença ou da zona de habitação os apoios são diferentes. Os cuidados informais podem ser desempenhados em três grandes áreas, de acordo com as necessidades do indivíduo que está a seu cargo. A primeira área, é de apoio na informação e orientação. Este apoio está relacionado com a ajuda na obtenção de conhecimentos para que os indivíduos consigam lidar com os vários obstáculos e desafios que possam surgir. A segunda área, é de apoio emocional. Consiste na relação com o outro e na partilha das suas emoções. A terceira área, é de apoio instrumental. Este apoio consiste na ajuda na prestação de cuidados (Sequeira, 2010; Vaz, 2020).

De acordo com Sousa et al. (2020, p.65) "(...) quando se realiza a capacitação de um cuidador familiar, faz-se porque este desempenha um conjunto de tarefas no quotidiano que necessitam de conhecimento e treino, tais como atividades de vida diárias, resolução de problemas, tomadas de decisão (...)"

A preocupação primeira e última na capacitação dos CI resulta da sua responsabilidade na concretização dos cuidados em específico, substituir e/ou satisfazer as atividades/necessidades de vida da pessoa dependente. Acrescenta Reis (2018, p.125): "O envolvimento da pessoa e do familiar é deveras importante para a continuidade dos cuidados nas 24 horas e isso é melhor conseguido se forem partilhados objetivos."

"Os enfermeiros devem ser capazes de elogiar a família pelas forças presentes, no conjunto, e de cada um dos seus membros, em particular, seja quando oferecem informações ou simplesmente validam ou normalizam respostas dos membros." (Reis et al., 2021, p.191).

2.4.2 Capacitação do Enfermeiro Generalista

O Regulamento das Competências Específicas do EEER, que se constitui o referencial legal fundamental para a atuação, refere relativamente ao EEER, que apresenta um "(...) nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa" (Regulamento nº392/2019, p.13565).

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...) (Regulamento nº392/2019, p.13565)

Este enunciado norteia os objetivos primordiais da intervenção do EEER direcionada à pessoa, família e ao Enfermeiro Generalista. Este regulamento concretiza, relativamente às intervenções do EEER: "(...) utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade (...)" (Regulamento nº392/2019, p.13565). Em certos casos a pessoa perde a totalidade da sua autonomia e independência, sendo que é o Enfermeiro Generalista que a substituiu na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais e capacidades funcionais, uma vez que este está em permanência hospitalar continuamente a cuidar da pessoa.

Para além de ser um exemplo de conduta para os demais profissionais efetuando “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento nº140/2019, p.4745), o EEER, enquanto mestre tem o dever de melhorar “a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar e (...) utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática de tarefas a delegar” (Regulamento nº140/2019, p.4745). Estas competências comuns dos Enfermeiros Especialistas enquadram-se na capacitação do Enfermeiro Generalista.

A intervenção do EEER para capacitação do Enfermeiro Generalista está relacionada diretamente com o processo formativo de adultos. O EEER tem de fazer uso dos princípios andragógicos na avaliação, planeamento, execução e reavaliação de ações formativas.

O conceito de andragogia é utilizado para descrever a arte e ciência de ensinar adultos (Imaginário, 1998). Ela concentra-se nas estratégias e técnicas de ensino que são mais eficazes para adultos, que possuem necessidades e características diferentes das crianças e adolescentes.

A andragogia reconhece que os adultos têm uma grande quantidade de conhecimentos e experiências prévias que devem ser incorporados no processo de aprendizagem, e que eles são motivados principalmente por objetivos práticos e aplicáveis em sua vida pessoal ou profissional.

Portanto, a andragogia enfatiza a aprendizagem orientada para o problema, a colaboração, a autonomia e a experiência, além de valorizar o diálogo e a reflexão crítica.

A andragogia é amplamente aplicada em treinos corporativos, programas de desenvolvimento profissional, educação continuada e outros contextos de aprendizagem para adultos.

2.4.3 Capacitação da pessoa

A necessidade da capacitação da pessoa surge pela alteração do paradigma da saúde da própria, onde ela se vê com a sua funcionalidade alterada levando a um processo de transição saúde-doença. A pessoa tem o papel principal neste processo e o seu nível de consciencialização e envolvimento (natureza das transições, fig.6) são fatores importantes para o resultado.

O regulamento que rege as competências específicas do EEER declara como competência específica: “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania” (Regulamento nº392/2019, p.13566). Este é o ponto de partida para formular o diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação no processo de reabilitação da pessoa (fig.7).

“Na forma mais simples, a nível pessoal, esta capacitação traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras” (Reis & Bule, 2017, p. 57). Durante o processo de transição saúde-doença procura-se a autonomia, adaptando-se à nova realidade da funcionalidade. “As atividades de vida pessoais e instrumentais são reflexo da autonomia e da independência e prendem-se com a funcionalidade e a qualidade de vida” (Reis & Bule, 2017, p. 57).

Neste sentido, a aprendizagem de capacidades vai permitir enfrentar as tarefas inerentes ao cuidar de forma que a pessoa se sinta capaz e motivada para responder aos desafios de saúde (Petronilho, 2007).

“Considerando a intervenção do EEER, esta visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de Enfermagem de Reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como, proporcionar intervenções terapêuticas e melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar o impacto das

incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e outras deficiências e incapacidades” (Silva et al., 2019, p.36).

“No processo de reabilitação está implícito o desenvolvimento de habilidades, a melhoria funcional, a satisfação na trajetória quotidiana, a reintegração familiar e social, o exercício da cidadania e uma maior autonomia” (Faro, 2006, citado por Ribeiro et al., 2017, p.828).

A autodeterminação, sinónimo de autonomia no contexto dos cuidados de saúde, o desenvolvimento de habilidades na/e a capacitação da pessoa e família direcionam para o seu empoderamento, isto é, o fortalecimento das suas competências.

O empoderamento é o processo pelo qual as pessoas adquirem poder, controle e autonomia sobre as suas próprias vidas. Esse processo pode envolver a aquisição de habilidades, recursos, conhecimentos e oportunidades que permitem que as pessoas tomem decisões informadas e alcancem os seus objetivos. "A intervenção nos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades da pessoa permite o empoderamento, a tomada de decisão e a passagem à ação, de modo a desenvolver habilidades e assim sentir-se capacitada para lidar com os desafios que surgem” (Sousa et al., 2020, p.68), no processo de transição saúde-doença.

A aprendizagem de capacidades implica passar para ação o que se adquiriu como o empoderamento e tomada de decisão, de modo a tornar a pessoa mais independente na execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, contribuindo assim para uma transição com sucesso, verificada pela percepção de mestria na execução dessas atividades e integração de uma nova identidade (consciencialização de que é capaz e está diferente da situação anterior) (Sousa et al., 2020, p.67)

Na teoria das transições a capacitação incluiu-se nas terapêuticas de enfermagem, interligadas com todas as outras áreas (natureza das transições, condições da transição e padrões de resposta). "As terapêuticas de enfermagem devem ser orientadas para alcançar a mestria, que em muitas situações deve ser entendida como a correspondente à máxima potencialidade daquela pessoa” (Castro et al., 2018, citado por Reis et al., 2020, p.158), aqui usando um conceito de indicadores de resultados: a mestria, inspirado na teoria de transição de Meleis para referir o domínio de novas competências.

A figura 7, criada e adaptada por Sousa et al. (2020), ilustra e correlaciona a teoria das Transições de Meleis e a criação da intervenção do EEER:

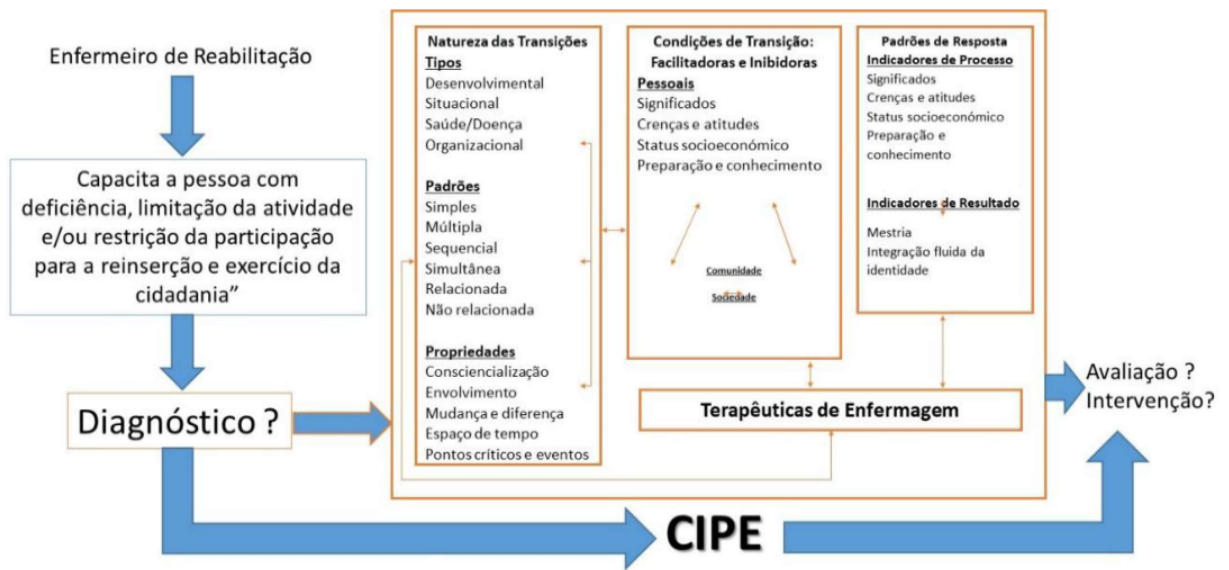


Figura 7 – Processo de reabilitação relacionado com o Referencial Teórico de Afaf Meleis
Fonte: Sousa et al. (2020)

3. ANÁLISE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este capítulo destina-se a descrever o projeto de intervenção desenvolvido.

O projeto de intervenção dividiu-se em três: a intervenção com o CI, a intervenção com o Enfermeiro Generalista e a intervenção com a pessoa.

Apesar das intervenções serem divididas por tipologia de papéis a desempenhar no processo de reabilitação, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação e as suas intervenções têm uma visão holística, o que leva a que a mesma intervenção poderá ser aplicada aos vários intervenientes de forma ajustada.

3.1. Intervenção com o Cuidador Informal

A Pandemia e as suas restrições contribuíram para o afastamento do envolvimento do CI nos ensinamentos e cuidados prestados à pessoa internada. No entanto, a própria evolução da tecnologia é um meio facilitador de contato e que deve ser aproveitado para a concretização da melhoria e efetividade dos cuidados prestados pelos EEER, como é o caso dos telefones/telemóveis usados para esta intervenção.

Com esta nova realidade vivenciada, foi percebida no Serviço de Ortopedia, através de entrevistas informais, a falta de comunicação com o cuidador e familiares no pós-operatório imediato.

Foi feita a proposta de elaborar um protocolo para o primeiro e segundo contactos telefónicos no pós-operatório com o CI. O primeiro contacto tem como principais objetivos: diminuir o stress e as inseguranças e promover a adesão ao regime de reabilitação de forma informada e esclarecedora, quer pela pessoa operada, como pelo CI. No segundo contacto já se iniciam os ensinamentos específicos ao CI que são necessários para a continuidade do processo de reabilitação. O progresso e as notas adquiridas são escritos e monitorizados através do formulário em Apêndice 1.

O primeiro contacto deve ser realizado até às 12 horas do pós-operatório e o segundo contacto entre 24 e 48 horas após o primeiro contacto, com a supervisão do EEER.

Os contactos devem ser efetuados com o telefone do serviço e com a estrutura de entrevista deve seguir o formulário em Apêndice 1.

O protocolo desenvolvido encontra-se estruturado em três fases: a primeira com a identificação da pessoa, seguida das fases dois e três que correspondem à 1ª e à 2ª entrevistas, respetivamente. As fases dois e três são divididas por 4 etapas.

O formulário inicia-se com a identificação da pessoa (tabela 1).

Formulário – Contato telefónico no pós-operatório		
Identificação		
Nome:		
Nº Processo:	Idade:	Género:
Diagnóstico:	Orientado/a?	
Data de cirurgia:	Sim	Não

Tabela 1 – Identificação (fase 1)

Em seguida, se a pessoa estiver orientada, procede-se ao devido consentimento informado e à autorização da pessoa para o contato e transmissão de informação (tabela 2). Este procedimento só poderá ser realizado após a devida informação à pessoa e com o seu consentimento na tipologia de informação transmitida ao CI, cumprindo “a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional” (Regulamento nº140/2019, p.4746) e assegurando “o respeito pelo direito do cliente à privacidade” (Regulamento nº140/2019, p.4746).

Formulário – Contato telefónico no pós-operatório		
Consentimento da pessoa operada		
Nome do cuidador informal:		
Parentesco:	Contato:	
Autoriza chamada telefónica?		Restrições de informação:
Sim, Assinatura:	Não	

Tabela 2 - Consentimento informado (fase 1)

No seu processo de transição saúde-doença a pessoa terá como fator facilitador ou inibidor a relação existente com o CI, a não aceitação do CI pode comprometer o processo de reabilitação, sendo necessária a procura de outros apoios.

A segunda e terceira fases são definidas pela estrutura de uma entrevista.

Uma estratégia considerada central para a avaliação da estrutura familiar é a entrevista que pode ser individual ou em grupo. Esta deve ser preparada e organizada tendo em atenção a gestão de tempo cuidadosa (Reis et al., 2021). “Segundo Wright & Leahey na organização da entrevista deve distinguir-se quatro momentos: o acolhimento, a avaliação, a intervenção e a finalização” (Wright, Leahey, 2013, citado por Reis et al., 2021, p.186).

Para a maior efetividade da entrevista, devem-se ter presentes os diagnósticos de ER planeados para a pessoa em questão e dar foco ao que causa mais preocupação à própria e ao CI. Os focos, os diagnósticos e as intervenções seguem as normas da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Na segunda fase foram definidas as seguintes etapas:

1. Acolhimento
2. Avaliação
3. Intervenção
4. Finalização

A 1ª Etapa é o acolhimento (tabela 3). O acolhimento permite a criação de um ambiente confortável, de confiança mútua, de cooperação, de abertura para a família e a definição do objetivo (Reis et al., 2021). “É no momento de acolhimento que se iniciam os genograma e ecomapa, ferramentas facilitadoras para o acompanhamento e individualização das famílias” (Reis et al., 2021, p.186). Nesta etapa é dada informação sobre o estado da pessoa no pós-operatório imediato e permite-se a expressão de dúvidas. Por fim, a definição realista do objetivo para a alta.

1ª Entrevista		Data:
1ª Etapa – Acolhimento		
<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre o pós-operatório imediato da pessoa operada• Permitir a expressão de medos e dúvidas• Definir objetivo para a alta:	Notas:	

Tabela 3 - Acolhimento da 1ª entrevista (fase 2, etapa1)

A avaliação, designada como 2ª etapa (tabela 4), tem como foco a identificação das necessidades, dos problemas, dos relacionamentos e das interações da família. Nesta etapa

exploram-se o objetivo delineado na etapa de acolhimento (Reis et al., 2021). Na avaliação levantam-se as intervenções como “Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para (...)” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015) dando origem ao diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para (...)” (OE, 2015). Por exemplo, uma pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica com colocação de prótese total de joelho e que no momento da alta necessita de auxiliar de marcha: o critério de diagnóstico é “Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha” (OE, 2015, p.6); e o diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha” (OE, 2015, p.6).

1ª Entrevista		Data:	
2ª Etapa – Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tem apoio de outros familiares ou amigos? ➤ Tem acesso fácil à casa de banho? ➤ Tem de subir escadas? ➤ Tem facilidade de transporte para as sessões de reabilitação? ➤ Outra: ➤ Encaminhar para Assistente social? 	Sim	Não	
	[]	[]	
	[]	[]	
	[]	[]	
	[]	[]	
	[]	[]	
	[]	[]	
	[]	[]	

Tabela 4 - Avaliação da 1ª entrevista (fase 2, etapa 2)

A 3ª etapa é a intervenção.

A intervenção está sempre a acontecer, mas toma particular relevo quando são apresentadas propostas e alternativas em resposta aos problemas sentidos pelos membros da família. É difícil torná-la estanque porque desde que haja o contacto com a família há potencialmente uma intervenção, nem que seja sob a simples forma de informação. (Reis et al., 2021, p.187)

De forma a delinear esta etapa foram considerados os diagnósticos e as intervenções que constam na tabela 5. Como focos consideramos a Adesão ao regime de reabilitação e com a intervenção: Analisar com o prestador de cuidados a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação (Lourenço et al., 2021), originando o diagnóstico: Potencial para

melhorar a consciencialização do prestador de cuidados da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação (Lourenço et al., 2021); e Adesão a precauções de segurança com a intervenção: Analisar com o prestador de cuidados a relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021), originando o diagnóstico: Potencial para melhorar a consciencialização do prestador de cuidados da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021).

1ª Entrevista		Data:	
3ª Etapa – Intervenção			
<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao regime de reabilitação <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisar com o cuidador a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação • Adesão a precauções de segurança <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisar com o cuidador a relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações 	Sim	Não	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabela 5 - Intervenção da 1ª entrevista (fase 2, etapa 3)

Por último, como 4ª etapa (tabela 6), a finalização que é o espaço da síntese, onde se avalia o significado da intervenção, para fazer o acordo dos cuidados, para marcar novos momentos de entrevista ou apenas encerrar o processo de cuidados (Reis et al., 2021). Nesta etapa pretende-se a obtenção de feedback das aprendizagens, documentando a evolução dos diagnósticos definidos na 3ª etapa, em suma, se os conhecimentos foram apreendidos. Finalizando com a marcação do 2º contacto.

1ª Entrevista		Data:	
4ª Etapa – Finalização			
<ul style="list-style-type: none"> • Pedir feedback e validar a informação dada <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada? ➤ Consciencialização da relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações melhorada? • Marcação de novo contacto? Dia: 	Sim	Não	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabela 6 - Finalização da 1ª entrevista (fase 2, etapa 4)

A terceira fase segue a mesma estrutura da segunda fase, a entrevista. No entanto, neste segundo contacto pretende-se a evolução para ensinamentos específicos.

Na 1ª etapa (tabela 7) o CI é informado do atual estado da pessoa operada, são questionadas as novas dúvidas e valida-se o objetivo definido na segunda fase (1º contato telefónico).

2ª Entrevista		Data:
1ª Etapa – Acolhimento		
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o estado atual da pessoa operada • Permitir a expressão de medos e dúvidas • Validar o objetivo para a alta 	Notas:	

Tabela 7 - Acolhimento da 2ª entrevista (fase 3, etapa 1)

Na 2ª etapa (tabela 8) identifica-se alterações das necessidades (se os apoios mudaram, se houve alterações arquitetónicas para facilitar a adaptação da pessoa operada, a aquisição de dispositivos de apoio, etc.) e fazem-se os ajustes ao objetivo.

2ª Entrevista		Data:	
2ª Etapa – Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Há alterações? Quais? • Explorar o objetivo <ul style="list-style-type: none"> ➤ É necessário reajustar? 	Sim	Não	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabela 8 - Avaliação da 2ª entrevista (fase 3, etapa 2)

Na 3ª etapa (tabela 9) iniciam-se os ensinamentos específicos ao CI. Os diagnósticos e as intervenções desta etapa constam no próprio formulário. Como focos consideramos a Adesão ao regime de reabilitação e com a intervenção: Ensinar sobre o regime de reabilitação (Lourenço et al., 2021), originando o diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação (Lourenço et al., 2021); a Adesão a precauções de segurança com a intervenção: Informar sobre complicações na articulação (Lourenço et al., 2021), originando o diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre a relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021); e Movimento corporal com a intervenção:

Analisar com o prestador de cuidados a relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do membro afetado (Lourenço et al., 2021), originando o diagnóstico: Potencial para melhorar a consciencialização do prestador de cuidados da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do membro afetado (Lourenço et al., 2021).

2ª Entrevista		Data:	
3ª Etapa – Intervenção			
<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao regime de reabilitação <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensinar sobre o regime de reabilitação • Adesão a precauções de segurança <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar sobre complicações na articulação • Movimento corporal <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisar com o cuidador a relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do membro afetado 	Sim	Não	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabela 9 - Intervenção da 2ª entrevista (fase 3, etapa 3)

Na 4ª etapa (tabela 10) pretende-se a obtenção do feedback das aprendizagens, documentando a evolução dos diagnósticos definidos na 3ª etapa e a marcação de novo contacto ou encerrar o processo de cuidados (via telefone).

2ª Entrevista		Data:	
4ª Etapa – Finalização			
<ul style="list-style-type: none"> • Pedir feedback e validar a informação dada <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimento sobre regime de reabilitação melhorado? ➤ Conhecimento sobre complicações na articulação melhorado? ➤ Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do membro afetado melhorada? • Marcação de novo contacto? Dia: 	Sim	Não	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabela 10 - Finalização da 2ª entrevista (fase 3, etapa 4)

Este protocolo pode ser implementado pelo Enfermeiros Generalistas desde que sejam supervisionados pelo EEER.

3.2. Intervenção com o Enfermeiro Generalista

A intervenção na capacitação do Enfermeiro Generalista faz-se constantemente na prestação direta de cuidados, não esquecendo que estes já têm um grau de conhecimento elevado. Neste projeto de intervenção foi realizado um plano de formação.

A formação é considerada imprescindível para o cumprimento dos objetivos das organizações e para a melhoria da performance/desempenho, isto é, a qualidade. Aliás, a formação facultada aos colaboradores é um dos fatores que influencia os resultados das organizações: permite a aquisição, atualização e reciclagem de conhecimento e competências por parte dos colaboradores.

É de tal modo importante, que existem considerações legais relativas à formação, por exemplo: a Lei nº 82/2019, de 2 de Setembro estabelece a responsabilidade da entidade patronal pela formação obrigatória de trabalhadores em funções públicas: "os trabalhadores têm direito a frequentar ações de formação e aperfeiçoamento para o seu desenvolvimento profissional, incluindo as necessárias à renovação dos títulos profissionais obrigatórios para o desempenho das funções integradas no conteúdo funcional das respetivas carreiras" (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional [ANQEP], 2020, p.4).

A formação tem ainda contributos extremamente importantes na motivação dos colaboradores, na criação e solidificação de valores, cultura e dinamismo organizacional.

O plano de formação de uma organização é considerado um instrumento fundamental para gestão dos recursos humanos e para a melhoria de desempenho pessoal e/ou profissional, em consonância com a sua missão, estratégias, programas, etc.

O desenvolvimento do plano de formação é um processo multifatorial e metodológico. As suas fases são consecutivas e estão amplamente difundidas, consolidadas e consensuais no conhecimento teórico-prático. Podemos comparar o planeamento e execução de um plano de formação como uma cadeia na qual os elos estão interligados e dependentes do elo antecessor, pelo que quaisquer falhas podem comprometer o resultado pretendido.

Nos subcapítulos apresentamos as fases do processo de elaboração e execução de um plano de formação tal como preconizado: diagnóstico das necessidades de formação, definição dos objetivos, planeamento das atividades de formação e sua execução e por fim a avaliação do plano de formação, com estabelecimento de indicadores de monitorização dos resultados.

3.2.1 Diagnóstico das necessidades de formação

O Diagnóstico de Necessidades de Formação (DNF) é a primeira etapa para o planeamento de um plano de formação. Não obstante a importância irrevogável de cada uma das etapas de um plano de formação para concorrer para o resultado pretendido, a etapa de DNF é revestida de particular e crucial importância, visto constituir o pilar no qual assentam e se desenvolvem todas as atividades desse plano. Portanto, o tempo e os recursos alocados ao plano de formação podem ser desperdiçados em caso do DNF descontextualizado ou incorreto.

O DNF é um "processo metodológico de recolha e análise de informações para determinar o hiato entre o que é esperado de um trabalhador na execução da sua atividade profissional e aquilo que, na realidade, este pode oferecer face aos seus conhecimentos, competências e desempenho" (ANQEP, 2020, p.7).

O DNF é constituído por várias fases sequenciais. O ponto de partida implica o conhecimento da organização: recursos, regulamentos, missão, programas, ambiente socioeconómico e tecnológico. Com base neste conhecimento, são usados instrumentos de colheita de dados sobre as necessidades formativas. Um dos instrumentos mais famosos para o DNF é o uso de questionário para levantamento da opinião dos colaboradores, mas existem outros, por exemplo as entrevistas.

No caso do estágio profissional foi levantada, através de entrevistas informais, a necessidade de formação na área dos sistemas de nebulização, visto que, na UCI as pessoas internadas apresentam compromisso na limpeza das vias aéreas, levando a muitas vezes a aspirações de secreções traumáticas.

Em seguida, é feita a análise e tratamento dos dados resultantes dos instrumentos usados para levantamento das necessidades e por fim, a obtenção de conclusões. As necessidades de formação também podem advir de exigências dos postos de trabalho, como implementação de programas, estratégias e missão da organização. Na UCI é incentivada a formação em serviço e prezam a melhoria contínua da formação dos seus profissionais.

Na prática assistencial de cuidados de saúde, o DNF pode resultar de problemas/oportunidades de melhoria identificados pelos enfermeiros e dirigentes; pela necessidade de atualização e/ou inovação técnica e tecnológica; necessidade de cumprimento de normas e programas locais, regionais, nacionais e/ou internacionais; resultado da análise de indicadores de qualidade assistencial e resultado de auditorias, entre outros. Na UCI existe sistemas de nebulização de malha vibratória, mas que eram apenas utilizados pelo EEER e poucos membros da equipa, por falta de conhecimento da forma de utilização do equipamento.

No caso específico deste trabalho foi definida a necessidade de formação sobre o tema: Terapêutica inalatória, de forma a contextualizar os sistemas de nebulização. Foi elaborado um documento para consulta, Apêndice 2, e uma apresentação para os Enfermeiros Generalistas, Apêndice 3.

O público-alvo de uma ação/plano formativo é o conjunto de elementos e/ou colaboradores que identificaram as necessidades, problemas e/ou oportunidades de melhoria. Inclui igualmente outros participantes com a possibilidade de intervir na problemática ou são abrangidos por ela. Assim sendo, o público-alvo deste plano de formação é composto por todos os enfermeiros da UCI.

3.2.2 Definição dos objetivos

O delineamento dos objetivos é a etapa que se segue no processo de estruturação do plano de formação. Os objetivos gerais são o enunciado global dos resultados que se pretendem atingir no final do processo deste plano de formação.

A definição dos objetivos é o elo que norteia as próximas etapas e atividades, isto é, a estratégia. Para operacionalizar o processo de formação, os objetivos devem ser claramente definidos, concretos em termos comportamentais e possíveis de mensurar ou observar.

Um objetivo geral é, como o nome indica, de carácter generalista e os objetivos específicos constituem-se como a parte mais operacional, isto é, os comportamentos/atitudes que se pretende que sejam realizados e demonstrados após o processo de formação, o que obriga a que estes sejam definidos de modo mensurável ou observável, dentro do âmbito do objetivo geral. Os objetivos devem ser transmitidos aos formandos e explicada a sua origem e necessidade.

No caso concreto, foi definido como objetivo geral de aprendizagem deste plano de formação: Capacitar os enfermeiros generalistas da UCI para a utilização dos sistemas de nebulização.

A temática da Terapêutica Inalatória é de crucial relevância para o Hospital, com implicações diretas nos cuidados de saúde e de enfermagem e no bem-estar destas pessoas, principalmente no sistema respiratório. Respirar normalmente é a primeira necessidade humana fundamental descrita por Virgínia Henderson, sem esta necessidade satisfeita o processo de transição saúde-doença está comprometido, até a própria vida está em risco. Esta é uma preocupação para qualquer profissional de saúde. A prevenção de complicações na via aérea e a prevenção de entubações

prolongadas evitam internamentos prolongados, dependências de aparelhos ventilatórios e mortes.

“Assiste-se à importância crescente que a formação contínua tem vindo a assumir, enquanto promotora de conhecimentos práticos e processuais orientados para a atividade hospitalar e para o exercício profissional dos que nele trabalham” (Proença et al., 2021, p.32).

O conjunto dos objetivos específicos possibilitam alcançar o objetivo geral. São o perfil de saída que se pretende atingir. Mais uma vez, como em todas as etapas, a correta definição dos objetivos específicos garante a continuidade da eficácia do percurso da formação. Foram estabelecidos como objetivos específicos deste plano de formação:

- Compreender a necessidade da intervenção na atuação na prevenção de complicações da aspiração de secreções;
- Refletir sobre as complicações da aspiração de secreções;
- Identificar e distinguir os conceitos sobre Terapêutica Inalatória;
- Compreender a necessidade da utilização dos sistemas de nebulização de malha vibratória;
- Aumentar a utilização dos sistemas de nebulização de malha vibratória.

3.2.3 Planeamento das atividades de formação e sua execução

Após a identificação da necessidade de formação e definição dos objetivos gerais e específicos, procedemos ao planeamento de sessões formativas em serviço.

O ato de planear é importante porque permite um melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, aumentando as chances de alcançarmos os nossos objetivos. (Faria et al., 2018). O planeamento é o elo onde se procede à organização propriamente dita do plano de formação: o delineamento das estratégias, conteúdos programáticos, métodos e recursos e o tempo, sempre norteados pelos resultados que se pretendem atingir.

Em conjunto com o serviço foi decidido realizar 2 ações de formação no mês de dezembro de 2022, a decorrer em dias de semana entre a passagem de turno da manhã para a tarde. Ambas as sessões foram direcionadas para os Enfermeiros Generalistas. A primeira sessão ocorreu no dia 15 de dezembro na unidade principal. A segunda sessão ocorreu no dia 16 de dezembro, numa outra unidade, onde não houve prática clínica, mas a equipa é a mesma apenas vão rodando mensalmente de unidade. A duração da sessão preconizou-se ser de 15 minutos.

A tabela 11 apresenta o cronograma de plano de formação em serviço elaborado:

Sessão de Formação: Terapêutica Inalatória		
População-alvo	Enfermeiro grupo 1	Enfermeiro grupo 2
Data e hora	15 de dezembro de 2022, às 16h30 (15 minutos)	16 de dezembro de 2022, às 16h30 (15 minutos)
Local	Unidade 1	Unidade 2
Formadores	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Catarina Pais • Orientador clínico 	
Objetivo	Capacitar os enfermeiros generalistas da UCI para a utilização dos sistemas de nebulização	
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos da apresentação • Princípios da Terapêutica Inalatória • Sistemas inalatórios • Sistemas de nebulização • Nebulização nos Cuidados Intensivos • Complicações da Aspiração de secreções • Hidratação VS humidificação • Atmosfera húmida • Procedimento de nebulização em pessoa com via aérea artificial • Procedimento de nebulização em pessoa sem via aérea artificial • Curiosidades 	
Métodos e Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição de diapositivos (Apêndice 3) • Método demonstrativo: apresentação do material 	
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação verbal • Computador • Painel interativo • Sistema de nebulização de malha vibratório 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação verbal • Computador • Sistema de nebulização de malha vibratório

Tabela 11 – Cronograma da sessão de formação

Esta sessão foi oficializada pelo departamento de formação da Instituição, contando como horas de formação para os Enfermeiros.

A apresentação do conteúdo programático de cada sessão insere-se no método expositivo “método pedagógico centrado nos conteúdos onde geralmente o formador faz a transmissão oral da informação e conhecimentos ou conteúdos em que a participação do formando é mínima” (Castro, 2018, p.6).

Também foi usado o método demonstrativo, que se baseia “no conhecimento técnico ou prático do formador e na sua competência para exemplificar uma determinada operação técnica ou prática que se deseja que seja repetida e depois aprendida” (Castro, 2018, p.6). O objetivo é a descoberta pelo formando dos conceitos ou conhecimentos a memorizar.

O uso destes dois métodos visa facilitar o envolvimento dos formandos, estimulando a reflexão e partilha de pontos de vista e experiências dos vários profissionais presentes nas sessões de formação.

Concretizando, a exposição dos conteúdos programáticos fez-se com recurso ao método expositivo com meio audiovisual de projeção de diapositivos.

3.2.4 Avaliação do plano de formação

A avaliação das sessões pretende perceber a eficácia da transmissão de conteúdos, a performance dos formadores, recursos físicos, meios técnicos e audiovisuais e eficácia das metodologias de aprendizagem utilizadas.

LeBoterf (1991) afirma que a avaliação do plano de formação deve acompanhar o processo de formação, sendo da responsabilidade de todos os intervenientes. A qualidade de um plano de formação terá maior hipótese de ser assegurada se, desde a conceção, for aplicado um conjunto de critérios estabelecidos: critérios de pertinência, de eficácia, de eficiência, de oportunidade, de coerência, de conformidade e de aceitação.

O departamento de formação tem um questionário próprio de avaliação das formações próprio que obedece aos critérios definidos por LeBoterf, onde avaliam os critérios de pertinência, coerência, de conformidade e de aceitação.

3.3. Intervenção com a pessoa

A intervenção com a pessoa é o foco primordial do EEER. O EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº392/2019, p.13566). Para além de capacitar a pessoa o EEER tem a função de maximizar “a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº392/2019, p.13566).

À semelhança do Enfermeiro Generalista, o EEER desenvolve um processo de enfermagem. No entanto, como especialidade, o processo de enfermagem de reabilitação adquire “um valor acrescido, na medida em que, perante as situações complexas com que se depara, o EEER só identifica os problemas e as necessidades das pessoas quando estiver na posse dos dados que efetivamente as sustentam e diferenciam” (Ribeiro et al., 2021b, p.59).

O processo de enfermagem é um método essencial para a prática de enfermagem segura e de qualidade, garantindo que as pessoas recebam cuidados individualizados e adaptados às suas necessidades específicas. Para o processo de enfermagem de reabilitação a consciencialização da alteração da funcionalidade é um fator muito importante para o sucesso do programa de reabilitação.

Considerando a teoria de Meleis a “consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição” (Sousa et al., 2020). Atendendo à natureza das transições e às condições de transição, em particular, inicia-se o desenvolvimento do processo de tomada de decisões em enfermagem de reabilitação, onde depois também se enquadra os padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem.

O processo de tomada de decisões em enfermagem de reabilitação é um processo contínuo e sistemático que envolve a aplicação do conhecimento científico e do julgamento clínico para determinar a melhor ação a ser tomada em relação aos cuidados de saúde da pessoa.

Considerando esta metodologia a atuação dos EEER “tem sido marcada pelo desenvolvimento de um raciocínio clínico intencionalmente focado na capacitação, na autonomia e na qualidade de vida das pessoas, especialmente das que vivenciam processos de transição, sejam estes simples ou múltiplos” (Ribeiro et al., 2021b, p.59).

O processo de tomada de decisões em enfermagem de reabilitação está dividido em várias etapas, Ribeiro et al. (2021) esquematizaram essas etapas.



Figura 8 – Etapas do processo de tomada de decisão dos EEER
Fonte: Ribeiro et al. (2021b)

O processo de tomada de decisão dos EEER inicia-se com a identificação do foco. O **foco** está definido na CIPE como a “área de atenção relevante para a enfermagem” (International Council of Nurses [ICN], 2015, p.35). Após a identificação do foco desencadeia-se o restante processo.

O processo de diagnóstico divide-se em três: atividades de diagnóstico, dados relevantes para o diagnóstico, e por fim, o diagnóstico de enfermagem. “Relativamente ao processo diagnóstico, e em específico na sequência das atividades de diagnóstico, serão identificados os dados relevantes, os quais, sendo suficientes, culminam na identificação do diagnóstico em enfermagem” (Ribeiro et al., 2021b, p.60).

Na etapa das **atividades de diagnóstico** avalia-se a pessoa e “serão colhidos, analisados e interpretados os dados que sustentam o juízo clínico do EEER e lhe permitem, de forma segura e rigorosa, formular os diagnósticos de enfermagem” (Ribeiro et al., 2021b, p.60). Estes dados serão analisados na etapa dos **dados relevantes para o diagnóstico**. Estas duas etapas estão interligadas, acontecendo ao mesmo tempo.

O **diagnóstico de enfermagem** formula-se após a análise dos dados colhidos. O diagnóstico de Enfermagem é definido como o “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem” (ICN, 2015, p.17).

Atendendo à especificidade do exercício profissional dos EEER, nesta fase, os dados colhidos e, conseqüentemente, os diagnósticos formulados, referem-se essencialmente a três dimensões: funcionalidade aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de alimentação, de eliminação e de sexualidade; respostas humanas às transições vivenciadas; e fatores facilitadores e dificultadores dos processos de transição/adaptação (Ribeiro et al., 2021b, p.60)

A fase seguinte é a definição de **objetivos**. Objetivo é uma descrição clara e concisa do que se pretende alcançar ou realizar. É uma meta ou alvo a ser alcançado, que ajuda a orientar e direcionar ações específicas em direção a um resultado desejado.

Os objetivos são importantes para guiar o planeamento, o desenvolvimento e a execução de projetos, atividades ou iniciativas, permitindo que sejam avaliados e medidos de forma objetiva.

Para que um objetivo seja eficaz, ele deve ser específico, mensurável, alcançável, relevante e definido em um período determinado. No processo de tomada de decisão e para cumprir os parâmetros descritos o EEER deve “conhecer com pormenor a condição atual e anterior de cada pessoa, bem como o seu projeto de saúde, na medida em que serão determinantes no planeamento das intervenções e na obtenção de ganhos em saúde, tanto a nível pessoal, como familiar e social” (Ribeiro et al., 2021b, p.60).

Após a definição dos objetivos segue-se a etapa das **intervenções de enfermagem**. Intervenção de Enfermagem é definida como a “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem” (ICN, 2015, p.17).

“As intervenções planeadas e implementadas têm em vista dar resposta aos três principais domínios (...): reeducação das funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de alimentação, de eliminação e de sexualidade; e facilitação dos processos de transição e de adaptação” (Ribeiro et al., 2021b, p.60).

À semelhança das etapas de atividades de diagnóstico e dados relevantes para o diagnóstico, as seguintes etapas, atividades de avaliação e dados de avaliação também estão interligados.

Na próxima etapa, as **atividades de avaliação** “permitirão avaliar continuamente as alterações e os ganhos obtidos, permitindo aos EEER reformular o planeamento efetuado” (Ribeiro et al., 2021b, p.61), através da apreciação dos **dados de avaliação**, a fase conseqüente.

A última etapa deste processo são os **resultados de enfermagem**. O resultado em enfermagem é definido como “a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem” (ICN, 2015, p.17).

“Após a implementação das intervenções serão avaliados os resultados obtidos, nomeadamente em relação à otimização da função, reeducação funcional, capacitação e autonomia” (Ribeiro et al., 2021b, p.61). Segundo a teoria de Meleis os indicadores de resultado são avaliados através da mestria/domínio e da integração fluída da identidade.

Neste projeto de intervenção em específico, pretendemos abordar o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação de uma pessoa do Serviço de Neurocirurgia, cujo foco principal de enfermagem de reabilitação era a negligência unilateral. Durante a prática clínica foram elaborados três panfletos sobre a negligência unilateral: um direcionado para os profissionais de saúde (Apêndice 4), um direcionado para os cuidadores da pessoa com negligência unilateral direita (Apêndice 5), e um direcionado para os cuidadores da pessoa com negligência unilateral esquerda (Apêndice 6).

Os panfletos desenvolvidos, especialmente dirigidos para os cuidadores, foram desenvolvidos com a visualização espacial correspondente ao lado negligenciado. Consideramos pertinente essa diferenciação e simplificação da linguagem. O objetivo principal é transmitir intervenções de enfermagem de reabilitação de forma clarificada e de fácil aplicabilidade.

Como já referido anteriormente, apesar da diferenciação de 3 níveis de intervenção (CI, enfermeiro generalista e a pessoa) a visão do EEER é holística e a realização destes trabalhos contribuem para o sucesso do processo de reabilitação, neste caso, da pessoa com negligência unilateral.

Os subcapítulos seguintes irão abordar o processo de reabilitação de uma pessoa com negligência unilateral, obedecendo às etapas do processo de tomada de decisão dos EEER.

3.3.1 História clínica da pessoa

A Sr.^a A., de 56 anos, sexo feminino e caucasiana, esteve internada por craniotomia para excisão de tumor intra-axial occipital direito. Tendo alta para domicílio com o apoio de familiares. Após 2 dias da alta, foi trazida ao Serviço de Urgência por cefaleia e diminuição de força no hemicorpo esquerdo. No início do internamento o grau de paresia era de difícil avaliação por a utente apresentar anosognosia especialmente pela negligência do hemicorpo esquerdo. Neste reinternamento permaneceu no hospital por 23 dias. O processo de reabilitação é relativo a este segundo internamento.

Como antecedentes pessoais: Anemia macrocítica, síndrome depressiva, ansiedade, hepatite C (não ativa) e hábitos tabágicos.

3.3.2 Foco

O foco de atenção principal da Sr.^a A é a negligência unilateral esquerda.

A negligência unilateral representa uma das consequências neuropsicológicas mais frequentes e incapacitantes do dano cerebral agudo (Borsotti et al., 2020). Está associada a mau prognóstico e a maior recuperação acontece nos primeiros seis meses (Araújo et al., 2021).

Essa condição é geralmente causada por uma lesão cerebral, como um acidente vascular cerebral, um traumatismo craniano, ou, como no caso apresentado, consequência secundária à excisão de um tumor, que afeta a parte do cérebro responsável pela percepção e processamento de informações sensoriais. Como resultado, a pessoa pode ter dificuldade em mover ou prestar atenção ao lado do corpo afetado, contralateral à lesão cerebral.

A negligência unilateral pode afetar várias habilidades, como a coordenação motora, a percepção espacial e a capacidade de realizar atividades de vida diárias simples, como vestir-se ou escovar os dentes. A condição pode ser temporária ou permanente, dependendo da gravidade da lesão cerebral. A Sr.^a A não apresenta coordenação motora nem capacidade para realizar qualquer ADV, no início do internamento.

“A negligência unilateral é uma combinação complexa de manifestações clínicas que variam de pessoa para pessoa, dependendo da região cerebral afetada. Pode ser de três tipos diferentes, e a pessoa pode ter um ou uma combinação dos três tipos, com vários graus de gravidade” (Araújo et al., 2021, p.167):

- Egocêntrica: A pessoa negligencia um lado do corpo ou espaço pessoal (negligencia do lado oposto da lesão cerebral, no plano sagital). Por exemplo, as pessoas lavam metade da cara ou escovam metade dos dentes, geralmente negligenciando a metade contrária.
- Alocêntrica peripessoal: a pessoa negligencia o meio ambiente do alcance funcional. Por exemplo, as pessoas ignoram a comida de um lado do prato, a metade de um livro.

- **Alocêntrica extrapessoal:** a pessoa negligencia o meio ambiente fora do alcance funcional. Por exemplo, as pessoas colidem com objetos do meio ambiente, do lado negligenciado, ao tentar andar de cadeira de rodas.

A Sr.^a A apresenta os 3 tipos de negligência unilateral o que dificulta todo o processo de reabilitação e recuperação.

A negligência unilateral pode ter um impacto significativo na vida da pessoa e pode requerer um acompanhamento e suporte a longo prazo para lidar com as consequências da lesão cerebral. O EEER tem um papel fulcral no processo de reabilitação destas pessoas. “No âmbito da conceção de cuidados de enfermagem de reabilitação, importa valorizar que, embora a perceção se refira a um lado do corpo, afeta o corpo com um todo” (Araújo et al., 2021, p.165).

3.3.3 Atividades de diagnóstico e dados de diagnóstico

Com o foco identificado o próximo passo é a recolha de dados para, posteriormente, definir o diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação.

Inicialmente é importante avaliar o nível de consciência, porque isso influencia diretamente na adesão ao programa de reabilitação. Para o efeito foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow (tabela 12).

Os autores Araújo et al. (2021, p. 167) definem os seguintes pontos a avaliar na negligência unilateral, caracterizados pelos seguintes dados relevantes:

- *Sinais de negligência unilateral na realização das AVD e das atividades funcionais;*
- *Diminuição da sensibilidade superficial e profunda;*
- *Diminuição da perceção sensorial;*

Escala de Coma de Glasgow (ECGI)		
Parâmetro	Resposta Observada	Score
Abertura Ocular Espontânea	Espontânea	4
	Com estímulos Verbais	3
	Com estímulos dolorosos	2
	Sem resposta	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Desorientado	4
	Resposta inapropriada	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1
Melhor Resposta Motora	Obedece a comandos verbais	6
	Localiza e retira o estímulo doloroso	5
	Retirada inespecífica ao estímulo doloroso	4
	Resposta em flexão Hipertónica ao estímulo doloroso (decorticação)	3
	Resposta em extensão Hipertónica ao estímulo doloroso (descerebração)	2
	Sem resposta	1

Tabela 12 – Escala de Coma de Glasgow
Fonte: Antunes et al. (2009)

- *Diminuição/ incapacidade de perceber estímulos do lado contralateral da lesão cerebral;*
- *Relutância da pessoa em iniciar movimentos do lado contralateral da lesão cerebral, principalmente nas lesões hemisféricas esquerdas.*

Os mesmos autores Araújo et al. (2021, p.167) e baseando-se na teoria de Meleis, descrevem os fatores que devem ser avaliados e que se definem como facilitadores/inibidores da evolução clínica da pessoa:

- “Capacidade cognitiva;
- Capacidade física;
- Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde;
- Força de vontade;
- Envolvimento no processo de aprendizagem;
- Crença demonstrada de que é capaz de recuperar;
- Desejo expresso de se tornar mais independente”

Outros instrumentos de apoio à tomada de decisão, são as escalas. As escalas que ajudam na avaliação da negligência unilateral estão associadas à pessoa após a um Acidente Vascular Cerebral (AVC), o que não se aplica a este caso de estudo. A escala utilizada para a avaliação e reavaliação foi a escala da Medida de Independência Funcional (MIF) (fig.9).

A escala MIF é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar a habilidade funcional e a independência de uma pessoa em realizar atividades cotidianas básicas.

A escala MIF consiste em 18 itens, cada um deles relacionado a uma atividade específica da vida diária, tais como banho, alimentação, vestir-se, ir ao banheiro, andar, subir escadas, entre outras. Cada item é avaliado em uma escala de sete pontos, variando de "totalmente dependente" a "totalmente independente". A pontuação total varia de 18 a 126 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a independência funcional da pessoa avaliada.

Apesar de sua ampla utilização e reconhecimento, a escala MIF apresenta algumas limitações. Por exemplo, a escala concentra-se principalmente nas AVD e não aborda questões relacionadas a atividades mais complexas ou às habilidades cognitivas do indivíduo, assim como as AIVD. A tabela 13, representa a escala MIF traduzida pela Direção-Geral da Saúde (DGS):

Escala de Medida de Independência Funcional									
N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Em segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Dispositivo)				SEM AJUDA				
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Ajuda Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Ajuda Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Ajuda Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Ajuda Total (Sujeito ≥ 10%)				AJUDA				
Avaliação	Atividades			1° Av.	2° Av.	3° Av.			
	Autocuidados	Data		/ /	/ /	/ /			
A.	Alimentação								
B.	Higiene pessoal								
C.	Banho								
D.	Vestir metade superior								
E.	Vestir metade inferior								
F.	Utilização da sanita								
	Controle dos esfínteres								
G.	Bexiga								
H.	Intestino								
	Mobilidade								
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas								
J.	Transferências: sanita								
K.	Transferências: banheira, duche								
	Locomoção								
L.	Marcha/Cadeira de rodas			M		M		M	
				CR		CR		CR	
M.	Escadas								
	Comunicação								
N.	Compreensão			A		A		A	
				VI		VI		VI	
O.	Expressão			V		V		V	
				NV		NV		NV	
	Conhecimento Social								
P.	Interação Social								
Q.	Resolução de Problemas								
R.	Memória								
Total									
<p>OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1. Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal. Pontuação: 18 pontos: Dependência grave 19 – 60 pontos: Dependência moderada 61 – 103 pontos: Dependência ligeira 104 – 126 pontos: Independência</p>									

Tabela 13 – Escala de Medida de Independência Funcional
 Fonte: DGS (2011)

Esta escala revelou-se uma ferramenta valiosa para avaliar a independência funcional da Sr.ª A, de forma a ajudar na tomada de decisões dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação, das intervenções e no fornecimento da evolução do programa de reabilitação.

Desta forma, cumprindo a avaliação da Sr.ª A e obedecendo aos parâmetros estabelecidos, a escala MIF ajuda a identificar os **sinais de negligência unilateral na realização das AVD e das atividades funcionais**. A tabela 14 ilustra a primeira avaliação realizada.

Na primeira avaliação a Sr.ª A necessitava de ajuda total na alimentação, na higiene pessoal, no banho, no vestir-se, na utilização do sanitário, no controlo de esfíncteres, nas transferências, locomoção, na resolução de problemas e memória. Nos itens de compreensão, expressão e interação social, apresenta necessidade de ajuda máxima, ou seja, ela tentava iniciar/cumprir as tarefas, mas não conseguia concluir.

A soma dos valores é de 21, que corresponde a uma dependência moderada, perto da dependência grave. Importante referir que neste dia a Sr.ª A, apresentava um score de 13 na escala de coma de Glasgow (Abertura ocular:4; Resposta verbal:4; Resposta motora:5), conforme a avaliação na tabela 2. Ou seja, apresenta confusão na pessoa, espaço e tempo e não conseguia obedecer a ordens, apresentando descoordenação motora.

Na avaliação da **sensibilidade superficial** do hemicorpo afetado, não apresentava resposta, já na **sensibilidade profunda** reagia com fuga ou até verbalmente, indicando que mantinha alguma sensibilidade. A **perceção sensorial** também se encontrava diminuída.

Nesta fase inicial ela apresentava **incapacidade de perceber estímulos do lado contralateral da lesão cerebral**, ao pedido para sorrir, levantar o membro superior/inferior

Avaliação	Atividades		1º Av.	
	Autocuidados	Data	1º dia	
A.	Alimentação		1	
B.	Higiene pessoal		1	
C.	Banho		1	
D.	Vestir metade superior		1	
E.	Vestir metade inferior		1	
F.	Utilização da sanita		1	
Controle dos esfíncteres				
G.	Bexiga		1	
H.	Intestino		1	
Mobilidade				
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas		1	
J.	Transferências: sanita		1	
K.	Transferências: banheira, duche		1	
Locomoção				
L.	Marcha/Cadeira de rodas		M	1
			CR X	
M.	Escadas		1	
Comunicação				
N.	Compreensão		A	2
			VI	
O.	Expressão		V	2
			NV X	
Conhecimento Social				
P.	Interação Social		2	
Q.	Resolução de Problemas		1	
R.	Memória		1	
Total			21	

Tabela 14 – 1ª avaliação com a escala MIF

esquerdo, ela apenas conseguia realizar com o hemisfério direito (lembrando que nem sempre obedecia a ordens o que dificulta a avaliação). Em consequência, apresentava **relutância em iniciar movimentos do lado contralateral da lesão cerebral**.

Concluída a avaliação dos dados relevantes específicos da negligência unilateral, passamos para os fatores facilitadores/inibidores das condições do seu processo de transição saúde-doença.

Nesta primeira avaliação havia uma má adesão ao regime de reabilitação devido à própria falta de consciencialização da mudança do seu estado de saúde, pouca capacidade cognitiva e física, fraco envolvimento no processo de aprendizagem e incapacidade de expressar a sua vontade.

Com estas informações cumprem-se os requisitos para passar à próxima etapa que é a formulação dos diagnósticos de enfermagem.

3.3.4 Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação

O diagnóstico de enfermagem de reabilitação é uma etapa importante no processo de cuidados de enfermagem para as pessoas que têm a sua funcionalidade alterada. Após a recolha e análise dos dados, formulamos os seguintes diagnósticos: Negligência unilateral esquerda e Potencial para melhorar a consciencialização sobre negligência unilateral.

No caso da Sr.^a A. o desafio maior é a própria consciencialização da negligência. A consciencialização requer um trabalho árduo e contínuo do EEER. A tomada de consciência da alteração da funcionalidade é um grande preditor do sucesso do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Neste foco, também se poderia levantar o diagnóstico de potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os exercícios e a percepção, direcionado para o CI. No entanto, neste capítulo a temática é direcionada para a abordagem à pessoa.

3.3.5 Objetivos

A etapa que se segue é a definição dos objetivos.

Como a Sr.^a A. negligencia o hemisfério esquerdo e não reconhece essa negligência, ela não demonstra objetivos para a resolução do seu problema, nem adesão ao regime de reabilitação.

Posto isto o objetivo geral delineado foi: capacitar a Sr.^a A. para a consciencialização da sua negligência unilateral esquerda.

Após a consciencialização do problema os objetivos devem ser alterados e ajustados ao projeto de vida da Sr.^a A. Para a concretização do objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos: diminuir as complicações da negligência unilateral esquerda e aumentar a adesão ao regime de reabilitação.

Posto isto, segue-se a definição das intervenções de enfermagem de reabilitação.

3.3.6 Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Na pessoa com negligência unilateral “é fundamental uma abordagem integrada; para isso, é essencial abordar a pessoa, preferencialmente, pelo lado mais afetado, numa perspetiva multissensorial, quer ao nível tátil, quer pela audição” (Araújo et al., 2021, p.169).

Neste âmbito, existem várias intervenções de enfermagem de reabilitação interessantes e aplicáveis. De forma a enriquecer o relatório de estágio, iremos descrever as várias intervenções e no final delinear as que foram possíveis aplicar no caso da Sr.^a A. Pretende-se que este subcapítulo sirva de instrumento para plano de enfermagem de reabilitação aplicável a outras pessoas com alteração neste foco.

Na pessoa com negligência unilateral deve-se otimizar o ambiente físico, colocando os objetos da sua área funcional do lado afetado, com a alimentação, a televisão, a mesa, os livros, ou qualquer objeto que a pessoa valorize.

A abordagem também deve ser realizada pelo lado afetado. No entanto, deve-se ter em consideração que na fase aguda, “em caso de negligência unilateral severa, em que a pessoa ignora por completo todos os estímulos vindos do lado mais afetado, poderá ser necessário, inicialmente, fazer a abordagem pelo lado menos afetado ou de frente, para não provocar confusão na pessoa nem sentimentos de isolamento” (Araújo et al., 2021, p.169).

Nesses casos a abordagem deverá ser feita de forma gradual passando progressivamente da linha média no plano sagital. Também se deve ter especial atenção para as refeições e hidratação, particularmente nas pessoas com negligência unilateral aloétrica peripessoal, para que a pessoa consiga concluir a refeição até se sentir satisfeita e se mantenha hidratada.

Os autores Araújo et al. (2021) e Menon et al. (2015) descrevem quatro tipos de tratamento para a negligência unilateral, sendo três de intervenções de enfermagem de reabilitação e um farmacológico:

- Varrimento visual
- Feedback de vídeo
- Estimulação sensorial
- Terapia farmacológica

O **varrimento visual** é uma intervenção onde a pessoa é incentivada a explorar o campo visual negligenciado. Isso é feito através da realização de uma tarefa nesse lado específico, utilizando um alvo visual como referência durante o exercício (Menon et al., 2015).

O **feedback em vídeo** é uma intervenção que envolve a filmagem da pessoa a realizar exercícios específicos ou atividades. Em seguida, o EEER e a pessoa assistem ao vídeo juntos, enquanto o EEER destaca como a pessoa está a negligenciar o seu próprio corpo ou o espaço lateral do corpo. A partir disso, são discutidas estratégias para estimular a atenção da pessoa em relação ao seu próprio corpo e ao espaço que negligencia (Menon et al., 2015).

A **estimulação sensorial** consiste no uso de várias técnicas para incentivar a pessoa a perceber o seu lado negligenciado (Menon et al., 2015; Araújo et al., 2021), que englobam:

- Dicas visuais/verbais/auditivas: Para melhorar a consciência do espaço negligenciado, podem ser utilizadas dicas visuais, verbais ou auditivas, tais como o uso de fita vermelha ou luzes piscantes como dica visual, a voz do EEER ou de um membro da família como dica verbal, ou ainda uma buzina ou sino como dica auditiva;
- Ativação do membro: a pessoa realiza movimentos ativos (preferencialmente) ou ativo-assistidos com o braço e a mão afetados no lado negligenciado, a fim de ativar o membro e estimular a exploração do espaço;
- Estimulação térmica: consiste na utilização de água fria ou morna (com a ajuda de uma seringa, por exemplo) no ouvido da pessoa, visando estimular a exploração do lado negligenciado. Quando a água fria é utilizada, observa-se um aumento na varredura em direção ao ouvido estimulado. Já a água morna estimula a varredura no campo oposto ao ouvido estimulado;
- Tapa olhos/palas/óculos hemiespaciais: esta técnica consiste no uso de armações de óculos padrão com metade de ambas as lentes escurecidas do mesmo lado (do

lado que não está afetado), ou com palas monoculares. Essa abordagem obriga a pessoa a focar pelo lado da lente que corresponde ao lado negligenciado, forçando-o a prestar atenção nessa área;

- Prismas de Fresnel: esta técnica consiste na colocação de prismas sobre as lentes dos óculos que a pessoa irá usar, geralmente no lado afetado, para deslocar o campo visual para o lado negligenciado. Por exemplo, se o paciente tiver negligência do lado direito, o prisma será colocado na lente direita dos óculos e causará um desvio da imagem para a esquerda. Com o tempo, o cérebro adapta-se a essa nova informação visual e a negligência pode ser reduzida. Esses prismas são uma opção não invasiva e segura de tratamento para negligência unilateral;
- Vibração ou estimulação do pescoço/mão: Esta intervenção consiste na aplicação de vibração, estimulação ou massagem no pescoço ou na mão do hemicorpo afetado, a fim de incentivar a pessoa a direcionar o olhar para esse lado;
- Rotação do tronco: Esta estratégia consiste em rodar o tronco em direção ao lado negligenciado, com o objetivo de melhorar a percepção e a exploração visual daquela área;
- Simulação mental visuomotora: A técnica de imaginação visual envolve tarefas de visualização mental em que a pessoa é instruída a descrever detalhes de um ambiente familiar, paisagem ou área geográfica que represente significado para ela. Já a técnica de imaginação motora consiste em a pessoa imaginar um movimento corporal ou postura e descrever essa sequência. Esses tipos de tratamentos de imagens podem estimular áreas do cérebro que ativam esses movimentos reais durante atividades diárias, com o objetivo de melhorar os sintomas de negligência unilateral;
- Terapia de movimento induzido por restrição: Esta técnica consiste na contenção do membro superior não afetado (por exemplo, com o uso de uma suspensão braquial ou ligadura) para estimular o uso do membro superior negligenciado. Apesar de o objetivo principal ser a restauração sensitivo-motora do membro superior afetado, esta intervenção também estimula a exploração visual do lado que está a ser utilizado;
- Estimulação optocinética: Esta técnica consiste na observação de alvos visuais em movimento do lado afetado para o lado não afetado, com o objetivo de estimular a exploração visual do lado negligenciado;

- Terapia de espelho: é uma intervenção onde é colocado um espelho no plano sagital, de forma que a pessoa não consiga ver o membro superior afetado. Em seguida pede-se à pessoa que realize movimentos com o membro superior não afetado e observe esse movimento no espelho. Esta sequência ativa os neurónios espelho devido à imitação que por sua vez ativam os neurónios motores;
- Treino bilateral dos membros superiores: estes exercícios consistem em pedir à pessoa para entrelaçar os dedos das mãos, de forma que o 1º dedo da mão não afetada fique por cima (e a controlar, até a possível flacidez e descoordenação) do 1º dedo da mão afetada. De seguida a pessoa realiza movimentos em simultâneo com os membros superiores. Esta prática de movimentos bilaterais permite a ativação do hemisfério lesado através das redes neurais. Este exercício pode ser realizado em simultâneo com a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, aumentando os ganhos para a pessoa no seu processo de reabilitação;
- Facilitação cruzada: Esta técnica complementa a otimização do ambiente (disposição dos objetos no lado da negligência), e consiste na realização das tarefas com o lado não afetado, no lado afetado. Ou seja, se a pessoa tem negligência direita, pede-se à pessoa que vá buscar o copo de água (que se encontra no lado direito) com o membro superior esquerdo, obrigando a cruzar a linha média, no plano sagital, para o lado afetado, com o objetivo de consciencializar para o reconhecimento daquele lado.

O último tratamento descrito é a **terapia farmacológica**. Esta intervenção é interdependente com a equipa médica e consiste na prescrição de drogas agonistas da dopamina para melhorar as habilidades de atenção visual (Menon et al., 2015).

Para a estimulação sensorial pode utilizar-se vários materiais com diversas texturas e temperaturas. “Além disso, durante o autocuidado tomar banho pode realizar-se estimulação térmica, assim como incentivar a aplicação autónoma de creme hidratante no hemicorpo afetado” (Araújo et al., 2021, p.172).

Como descrito, existem várias intervenções passíveis de integrarem no plano de reabilitação. No caso da Sr.ª A. foram realizadas as seguintes intervenções: varrimento visual, dicas visuais/verbais/auditivas, Estimulação do pescoço/mão afetados, estimulação optocinética,

ativação do membro, treino bilateral e facilitação cruzada. Algumas intervenções não foram possíveis de concretizar pelo nível de orientação (máximo de 14 na escala de Glasgow).

Estas intervenções obtiveram resultados positivo no plano de reabilitação da Sr.^a A., como serão descritos no subcapítulo seguinte.

3.3.7 Atividades de avaliação e dados de avaliação

A avaliação é constante e permite alterações nas intervenções de forma a ajustar o processo de reabilitação da pessoa. Para avaliar as intervenções implementadas é importante identificar a evolução da negligência unilateral, na realização das AVD, com recurso a escalas se possível (Araújo et al., 2021). A escala utilizada na etapa de atividades de diagnóstico foi a MIF, que foi reavaliada. A tabela 15 apresenta as novas avaliações na escala MIF.

Avaliação	Atividades		1º Av.	2º Av.	3º Av.					
	Autocuidados	Data	(1º dia)	(8º dia)	(20º dia)					
A.	Alimentação		1	3	4					
B.	Higiene pessoal		1	2	3					
C.	Banho		1	2	3					
D.	Vestir metade superior		1	3	4					
E.	Vestir metade inferior		1	2	3					
F.	Utilização da sanita		1	2	3					
Controle dos esfínteres										
G.	Bexiga		1	1	4					
H.	Intestino		1	1	3					
Mobilidade										
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas		1	1	3					
J.	Transferências: sanita		1	1	3					
K.	Transferências: banheira, duche		1	1	3					
Locomoção										
L.	Marcha/Cadeira de rodas	M		1	M		1	M	X	4
		CR	X		CR	X		CR		
M.	Escadas		1	1	1					
Comunicação										
N.	Compreensão	A	X	2	A	X	3	A	X	3
		VI			VI			VI		
O.	Expressão	V	X	2	V	X	2	V	X	3
		NV			NV			NV		
Conhecimento Social										
P.	Interação Social		2	2	3					
Q.	Resolução de Problemas		1	1	1					
R.	Memória		1	1	2					
Total			21	29	52					

Tabela 15 - 1ª, 2ª e 3ª avaliações com a escala MIF

A primeira avaliação a Sr.^a A. concluía que apresentava uma dependência moderada, perto da dependência grave. Analisando a tabela 5 concluímos que houve uma redução na dependência gradualmente.

Na segunda avaliação, ao 8º dia, a Sr.^a A. necessitava de ajuda total no controlo de esfíncteres, na mobilidade, na locomoção, na resolução de problemas e memória. Necessitava de ajuda máxima nas atividades de higiene pessoal, banho, vestir a metade inferior, utilização da sanita, na expressão e na interação social. Já nas atividades de alimentação, vestir a metade superior e compreensão foram as que tiveram maior evolução, classificando-se como necessidade de ajuda moderada.

A soma dos valores é de 29, mantendo uma dependência moderada, mas com evolução positiva.

De salientar que a partir desta avaliação até ao final do internamento, a Sr.^a A, apresentava um score de 14 na escala de coma de Glasgow (Abertura ocular:4; Resposta verbal:4; Resposta motora:6), conforme a avaliação na tabela 2. Ou seja, matinha confusão na pessoa, espaço e tempo, mas já cumpria ordens simples, o que facilitava a adesão ao regime de reabilitação e, progressivamente, a melhorar a coordenação.

Na terceira avaliação, ao 20º dia, a Sr.^a A. mantinha necessidade de ajuda total apenas para subir e descer escada e resolução de problemas. Necessitava de ajuda máxima na memória. Nas atividades de higiene pessoal, banho, vestir metade inferior, utilização da sanita, controle do intestino, mobilidade (iniciou levantar), na comunicação e interação social, já apresentava ajuda moderada. Nesta fase precisava de ajuda mínima na alimentação, vestir a metade superior, controle de bexiga e marcha (iniciou treino de marcha).

A soma dos valores é de 52, mantendo uma dependência moderada, mas com uma grande evolução positiva e mais perto da dependência ligeira.

3.3.8 Resultados de Enfermagem de Reabilitação

Segundo os diagnósticos levantados, espera-se que sejam resultados positivos: negligência unilateral melhorada e consciencialização sobre negligência unilateral melhorada, o que se verificou, em parte.

Analisando com base na teoria de Meleis a Sr.^a A. ainda tem dificuldade em reconhecer o hemicorpo esquerdo, por períodos. O mesmo fator é facilitador e inibidor conforme a

conscientização. Resultando na ausência de mestria, mas já demonstra vontade de se tornar autônoma e independente. Verifica-se que a Sr.^a A. necessita de CI, que já estava definido, o que facilita no processo de transição saúde-doença.

Apesar de haver um processo de tomada de decisão dos EEER delineado e circular, os diagnósticos, os objetivos e as intervenções vão sendo ajustadas à medida que se realizam as avaliações, de forma a potencializar os resultados de enfermagem de reabilitação.

No 23º dia de internamento a Sr.^a teve alta para domicílio. A tabela 16 descreve a avaliação na escala MIF de todo o processo de reabilitação da Sr.^a A.

Avaliação	Atividades		1º Av.	2º Av.	3º Av.	4º Av.				
	Autocuidados	Data	(1º dia)	(8º dia)	(20º dia)	(alta)				
A.	Alimentação		1	3	4	5				
B.	Higiene pessoal		1	2	3	3				
C.	Banho		1	2	3	3				
D.	Vestir metade superior		1	3	4	4				
E.	Vestir metade inferior		1	2	3	3				
F.	Utilização da sanita		1	2	3	4				
Controle dos esfínteres										
G.	Bexiga		1	1	4	5				
H.	Intestino		1	1	3	4				
Mobilidade										
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas		1	1	3	4				
J.	Transferências: sanita		1	1	3	4				
K.	Transferências: banheira, duche		1	1	3	4				
Locomoção										
L.	Marcha/Cadeira de rodas		M CR	X 1	M CR	X 1	M CR	X 4	M CR	X 5
M.	Escadas		1	1	1	2				
Comunicação										
N.	Compreensão		A VI	X 2	A VI	X 3	A VI	X 3	A VI	X 3
O.	Expressão		V NV	X 2	V NV	X 2	V NV	X 3	V NV	X 3
Conhecimento Social										
P.	Interação Social		2	2	3	3				
Q.	Resolução de Problemas		1	1	1	1				
R.	Memória		1	1	2	2				
Total			21	29	52	62				

Tabela 16 – Avaliação global com escala MIF

Na avaliação para a alta a Sr.^a A mantinha necessidade de ajuda total para a resolução de problemas, sendo a única atividade sem evolução. Apresentava necessidade de ajuda máxima para subir escadas e na memória. Na higiene pessoal, banho, vestir a metade inferior, comunicação e interação social apresentava necessidade de ajuda moderada. Necessitava de ajuda mínima para vestir a parte superior, controle do intestino e mobilidade. As atividades com maior evolução foram a alimentação, controle da bexiga e marcha onde já só precisava de supervisão.

A soma dos valores é de 62, o que já é considerada uma dependência ligeira (sendo que ainda está próxima da dependência moderada).

Recorrendo à teoria de Meleis, enquanto resultados, a Sr.^a A. mostra evolução no sentir-se ligada e estar situada. Não obstante de necessitar de mais evolução e estratégias adaptativas para atingir a mestria.

3.3.9 Outros focos

A negligência unilateral afeta outros aspetos da vida das pessoas, levantando outros focos e terapêuticas de enfermagem. No caso da Sr.^a A. é relevante descrever outros focos levantados que alteram o movimento corporal. O movimento corporal é designado como o “processo do sistema musculoesquelético: movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações” (ICN, 2015, p.66).

O movimento corporal refere-se a todas as atividades e funções relacionadas ao movimento do corpo, incluindo a mobilidade física, o equilíbrio, a coordenação, a capacidade de se mover em diferentes direções e a capacidade de manter diferentes posturas. Posto isto, foram incluídos no plano de reabilitação os focos de movimento muscular, equilíbrio corporal, transferir-se e marcha.

Seguindo o processo de tomada de decisão do EEER, começamos com a identificação do foco: **movimento muscular**. No compromisso do sistema nervoso, um membro afetado, quer por flacidez ou espasticidade, prejudica os movimentos do corpo. “Por esse motivo, de modo a evitar complicações, a mobilização dos membros deve ser iniciada o mais precocemente possível” (Araújo et al., 2021, p. 183).

No processo de reabilitação as mobilizações devem ser progressivas conforme a capacidade da pessoa. A reabilitação começa nos movimentos que a pessoa consegue realizar com esta ordem: mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas, ativas-resistidas.

Para as atividades e dados de diagnóstico recorreremos à avaliação da força através de escalas. A escala utilizada para avaliar a força é a Medical Research Council (MRC), que classifica a força muscular entre 0 e 5 (OE, 2016):

- 0 - Sem contração muscular palpável ou visível;
- 1 - Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro;
- 2 - Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular;

- 3 - Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência;
- 4 - Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade;
- 5 - Força normal.

A Sr.^a A. na primeira avaliação (1º dia) apresentava força grau 4 no hemicorpo direito e grau 1 no hemicorpo esquerdo. Esta avaliação leva ao diagnóstico de enfermagem de movimento muscular comprometido no hemicorpo esquerdo.

O objetivo geral definido foi melhorar o movimento muscular e os objetivos específicos: manter amplitude das articulações, produção do líquido sinovial e prevenir rigidez articular.

Como intervenções de enfermagem de reabilitação foram definidas: Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos no hemicorpo esquerdo e exercícios ativos no hemicorpo direito) e incentivar os exercícios musculares e articulares.

Para as etapas de atividades de avaliação e dados de avaliação realizou-se novas avaliações da força muscular. Na segunda avaliação (8º dia) apresentava força grau 4 no hemicorpo direito e grau 2 no hemicorpo esquerdo. Na terceira avaliação (20º dia) apresentava força grau 4 no hemicorpo direito e grau 3 no hemicorpo esquerdo. Constata-se que existe uma evolução favorável na recuperação da força muscular no hemicorpo esquerdo.

Ao longo das sessões a intervenção: executar técnica de exercício muscular e articular, foi adaptada para a Sr.^a A., passando de exercícios passivos para ativos assistidos.

Como resultados de enfermagem de reabilitação, avaliamos novamente a escala de força aquando da alta. Durante o processo de reabilitação a Sr.^a A., manteve a força no hemicorpo direito e melhorou a força no hemicorpo esquerdo, avaliada com força de grau 4 nos quatro membros. Concluiu-se com o resultado positivo de movimento muscular melhorado no hemicorpo esquerdo.

O **equilíbrio corporal** ocorre naturalmente e de forma automática, apesar de se poder modificar voluntariamente. “Um controlo de postura adaptável exige a modificação dos sistemas sensorial e motor, em reação às exigências” (Araújo et al., 2021, p. 183). As AVD dependem das reações de equilíbrio.

Para as atividades e dados de diagnóstico recorreremos à avaliação do equilíbrio através de escalas. A escala utilizada é a escala de equilíbrio de Berg. Esta escala avalia 14 tarefas funcionais (OE, 2016):

1. Da posição sentada para posição em pé;

2. Permanecer em pé sem apoio;
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão;
4. Posição em pé para posição sentada;
5. Transferências;
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados;
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos;
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé;
9. Apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé;
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé;
11. Girar 360 graus;
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau enquanto permanece em pé sem apoio;
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente;
14. Permanecer em pé sobre uma perna.

O desempenho de cada tarefa é classificado através de uma escala de 0 a 4. Em que 0 é incapaz de executar e 4 é capaz de executar de forma independente. O máximo total é de 56 pontos, quanto maior o score, maior é o equilíbrio. O equilíbrio é inversamente proporcional ao risco de queda, ou seja, quanto maior o equilíbrio, menor é o risco de queda.

Pontuações entre 0 e 20 representam um elevado risco de queda e equilíbrio diminuído. Pontuações entre 21 e 40 representam um médio risco de queda e equilíbrio médio. Pontuações entre 41 e 56 representam um baixo risco de queda e equilíbrio bom.

A Sr.^a A. na primeira avaliação (1^o dia) apresentava um score de 2, permanecia no leito e apresentava equilíbrio corporal estático diminuído. Apenas se conseguia elevar a cabeceira da cama de forma a permanecer sentada para as refeições. Pelo que os diagnósticos formulados foram: equilíbrio estático comprometido e equilíbrio dinâmico comprometido.

O objetivo geral definido foi melhorar o equilíbrio corporal e os objetivos específicos: prevenir quedas e promover a independência.

Como intervenções de enfermagem de reabilitação foram definidas: executar técnica de treino de equilíbrio estático; executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico; assistir no treino de equilíbrio e incentivar exercícios para treino de equilíbrio.

Para as etapas de atividades de avaliação e dados de avaliação realizou-se novas avaliações do equilíbrio. Na segunda avaliação (8^o dia) já realizava levante, mas não conseguia executar treino de marcha. Na escala de Berg apresentava um score de 8, ainda baixo. Já na terceira avaliação (20^o

dia), iniciou treino de marcha, apresentando um score de 19. Constata-se que existe uma evolução favorável na recuperação do equilíbrio corporal, ainda que, mantendo-se com a classificação de equilíbrio diminuído.

Ao longo das sessões verificou-se que o aumento do equilíbrio corporal, promoveu a adesão ao regime de reabilitação, assim como, às outras intervenções identificadas nos outros focos.

Como resultados de enfermagem de reabilitação, avaliamos novamente a escala de equilíbrio de Berg aquando da alta. No último dia de internamento a avaliação era de 29 pontos, o que corresponde a equilíbrio médio e risco de queda médio. Nestas situações devem ser realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas no domicílio à pessoa e ao CI.

Concluiu-se com o resultado positivo de equilíbrio estático e dinâmico melhorados.

O ser capaz de **transferir-se** é uma atividade importante para a autonomia e independência da pessoa, na satisfação das suas necessidades.

Para as atividades e dados de diagnóstico recorreremos à escala MIF que já foi apresentada no foco da negligência unilateral, no autocuidado de mobilidade, a tabela 17 apresenta o extrato retirado da avaliação:

Avaliação	Atividades		1º Av.	2º Av.	3º Av.	4º Av.
	Autocuidados	Data	(1º dia)	(8º dia)	(20º dia)	(alta)
	Mobilidade					
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas		1	1	3	4
J.	Transferências: sanita		1	1	3	4
K.	Transferências: banheira, duche		1	1	3	4

Tabela 17 – Avaliação da transferência na escala MIF

Como podemos verificar a Sr.^a A. necessitava de ajuda total na primeira avaliação. Pelo que o diagnóstico formulado foi: potencial para melhorar a capacidade para transferir-se.

O objetivo geral definido foi melhorar a capacidade para transferir-se e os objetivos específicos: prevenção de complicações pela negligência do lado esquerdo e promover a independência.

Como intervenções de enfermagem de reabilitação foram definidas: treinar o transferir-se da cama para a cadeira, treinar o transferir-se da cadeira para a cama, assistir no transferir-se e incentivar o transferir-se.

Para as etapas de atividades de avaliação e dados de avaliação realizou-se novas avaliações da mobilidade na escala MIF (tabela 17). Na segunda avaliação (8º dia) já realizava levantar, mas mantinha a ajuda total. Já na terceira avaliação (20º dia), necessitava de ajuda moderada para o

transferir-se pelo que, conseguiu iniciar o treino de marcha. Consta-se que existe uma evolução favorável.

Como resultados de enfermagem de reabilitação, avaliamos novamente a escala de MIF (tabela 17). No último dia de internamento a avaliação de 4 pontos corresponde à necessidade de ajuda mínima.

Concluiu-se com o resultado positivo de capacidade para transferir-se melhorada.

O foco **marcha** é muito importante para o processo de reabilitação. Para a pessoa, mais do que a capacidade de transferir-se, o andar representa a esperança de não ficar dependente dos outros. Nesse sentido as intervenções do EEER centram-se na capacidade das pessoas para usarem técnicas adaptativas para realizar marcha.

Para as atividades e dados de diagnóstico recorremos à avaliação do autocuidado: locomoção que faz parte da escala MIF (que já foi avaliada no foco de negligência unilateral), a tabela 18 apresenta o extrato retirado da avaliação:

Avaliação	Atividades		1º Av.			2º Av.			3º Av.			4º Av.		
	Autocuidados	Data	(1º dia)			(8º dia)			(20º dia)			(alta)		
Locomoção														
L.	Marcha/Cadeira de rodas	M		1	M		1	M	X	4	M	X	5	
		CR	X		CR	X		CR			CR			
M.	Escadas	1			1			1			2			

Tabela 18 - Avaliação da locomoção na escala MIF

Como podemos verificar a Sr.^a A. necessitava de ajuda total na primeira avaliação. Pelo que o diagnóstico formulado foi: potencial para melhorar a capacidade para andar.

O objetivo geral definido foi melhorar a capacidade para andar e os objetivos específicos: prevenção de complicações pelo risco de queda elevado e promover a marcha com/sem auxiliar de marcha.

Como intervenção de enfermagem de reabilitação foi definida: incentivar o treino de marcha. Posteriormente foram acrescentadas intervenções. O treino de marcha só pode ser realizado no 20º dia.

Para as etapas de atividades de avaliação e dados de avaliação realizou-se novas avaliações da mobilidade na escala MIF (tabela 18). Na segunda avaliação (8º dia) mantinha a necessidade de ajuda total. Já na terceira avaliação (20º dia), foi possível iniciar levantar, pelo que, foram acrescentadas as seguintes intervenções: assistir no treino de marcha, instruir sobre o treino de marcha, treinar o andar com auxiliar de marcha, treinar técnica de adaptação para andar e assistir a pessoa a andar. Durante esta sessão de enfermagem de reabilitação do 20º dia iniciou-se o treino

de marcha com auxiliar de marcha. No entanto, a capacidade adaptativa da Sr.^a A. revelou-se adequada, pelo que foi possível passar para o treino de marcha sem auxiliar de marcha.

Como resultados de enfermagem de reabilitação, avaliamos novamente a escala de MIF (tabela 18). No último dia de internamento a avaliação de 5 pontos corresponde à uma dependência modificada, mas apenas com supervisão, o que diminui a sobrecarga do CI no domicílio. No entanto, como é apresentado na tabela 18, a Sr.^a A. não apresentou capacidade para subir nem descer escadas, na continuação do seu processo de reabilitação (em domicílio) deverão ser aplicadas intervenções nesse sentido.

De forma de conclusão deste subcapítulo é importante referir que “um dos principais objetivos da reabilitação da pessoa com compromisso no sistema nervoso é que ela se torne capaz de concretizar o máximo de atividades inerentes ao autocuidado de forma independente” (Araújo et al., 2021, p. 231). No meu ponto de vista pessoal, existe um fator que não tem medidas nem réguas: o encontro da felicidade e satisfação com o que se tem e até onde se pode alcançar. Apesar de não ser mensurável, este fator agrega sucesso ou insucesso no processo de transição saúde-doença. Na teoria de Meleis poder-se-á enquadrar nos padrões de resposta como “sentir-se ligado” e “estar situado”. Enquanto EEER não nos podemos esquecer de ver se a pessoa consegue sorrir verdadeiramente.

4. ANÁLISE SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este último capítulo surge para descrever a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas em função das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEER, salientando a sua importância e baseadas nos Regulamentos nº140/2019 e nº392/2019, respetivamente.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Enfermagem prima pela qualidade científica e técnica, mas também exige a humanização dos cuidados. As Especialidades em Enfermagem vão mais além e exigem o domínio de competências de grau de mestre. Ao longo dos estágios o desenvolvimento de competências de mestre foi um processo gradual e contínuo.

A base de qualquer profissional de saúde constrói-se com alicerces fundamentados em práticas baseadas em ética e deontologia profissional e na evidência científica. Qualquer intervenção ou atividade do EEER deve respeitar escrupulosamente a observância dos Direitos Humanos ratificados internacionalmente e dos princípios da bioética e, em particular, o cumprimento do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Código Deontológico do Enfermeiro. Posto isto, a primeira competência do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A).

Para além da dignificação e proteção da pessoa, o EEER deve ser o exemplo de boas práticas éticas para todos os outros profissionais de saúde, desenvolvendo uma prática regida pelas normas legais, pelos princípios éticos e pela deontologia profissional (A1).

A tomada de decisão em parceria com a pessoa (A1.1) é fundamental. Aprendi que ter conhecimento fundamentado de várias opções de processo de cuidados e, em conjunto com a pessoa, decidir o que é aplicado ou não, segundo as suas crenças e valores, potencializa a sua recuperação. Muitas vezes achamos que a pessoa poderia evoluir mais com outros cuidados de enfermagem de reabilitação, mas prevalece a decisão da pessoa. Nesta prática clínica conheci uma pessoa que decidiu que aceitava o seu estado atual de (falta de) funcionalidade e, simplesmente, o seu projeto de vida passava por contratar uma pessoa para realizar as tarefas que não conseguia cumprir, e dessa forma se sentia uma pessoa realizada (A2).

Qualquer enfermeiro especialista deve refletir as competências na sua área de especialidade e desempenhar o papel de consultor (A1.2). É muito gratificante constatar que o

enfermeiro especialista é um farol que os outros profissionais procuram para melhorar os seus cuidados. Especialmente no estágio no serviço de cuidados intensivos essa prática era notória. Esse especialista é bastante consultado nas tomadas de decisões durante a evolução clínica da pessoa. Concretizando com um exemplo, a equipa multidisciplinar consulta com o EEER sobre a extubação orotraqueal da pessoa. Esta prática diminui as complicações de entubações prolongadas e reduz o número de traqueostomias (C1).

Enquanto estudante, num serviço em que não somos conhecidos, é mais difícil obter esse papel de consultor. No entanto, esse é um processo crescente de aquisição dessa competência e também parte de nós ter a iniciativa de mostrar os conhecimentos fundamentados que contribuem positivamente para a evolução da pessoa. Por exemplo, os primeiros levantes, que requerem tempo.

Atualmente, o fator tempo é grande inimigo na prestação de cuidados, vivenciamos a falta de enfermeiros nos serviços, levando a rácios que não permitem que haja o tempo necessário para aprimorar os cuidados, mas nunca este fator poderá ser justificação para a falta da dignificação da pessoa.

Se conseguirmos fazer entender que o tempo inicial em que se dedica um pouco mais nos levantes, a potencializar a independência, trará ganhos dias mais tarde, a colaboração no processo de reabilitação é maior. Primeiramente a pessoa melhora a sua funcionalidade, vai diminuindo a necessidade de ajuda de outra pessoa, sente-se realizada, motivada para continuar o processo de reabilitação (A1.3) e diminui o tempo de internamento. Para os outros profissionais de saúde vai diminuindo a “carga de trabalho”. De salientar que a substituição dos movimentos das pessoas com alteração da funcionalidade, com técnicas muitas vezes desapropriadas ou incorretas, aumenta o número de lesões laborais. Há serviços que têm ajudas técnicas que contribuem para a prevenção de lesões e fadiga profissional que, ou por desconhecimento ou por falta de iniciativa, não são utilizadas. Compete aos especialistas a fomentação da prática de técnicas de movimento corporal adequado e da utilização das ajudas técnicas (B3.2).

Neste seguimento surge a competência de garantir a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). Esta competência está intimamente ligada à anterior, mais do que o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais é importante refletir sobre o sigilo profissional na proteção dos direitos humanos (A2.1).

Na minha observação pessoal, e não apenas em contexto de ensino clínico, mas também em contexto laboral, verifico várias situações que nos põem à prova para o cumprimento desta competência. Muitas vezes, familiares de pessoas conscientes e orientadas tentam saber informações à revelia da pessoa que é o foco principal dos nossos cuidados. O que parece simples

de cumprir, rapidamente se torna um desafio que nos faz aprimorar a comunicação assertiva (D1). Se a pessoa não quer partilhar informação, não quer envolver outra pessoa no seu processo de reabilitação, isso pode dificultar o processo de transição saúde-doença, mas tem de ser respeitado. A perspetiva da pessoa deve ser implementada em toda a equipa (A2.2).

Este papel de envolver a equipa está refletido na competência de domínio da melhoria contínua da qualidade (B). Todos os locais onde fiz estágio mostravam a preocupação na melhoria contínua e aplicavam projetos (B1). A UCI e o Serviço de Neurocirurgia têm projetos próprios para registar e fundamentar a melhoria contínua de cuidados. Em ambos os casos, registam diariamente no programa de Excel os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados e apresentam dados anuais dos resultados. O meu contributo para os locais que me receberam, para além de manter atualizado os projetos pré-existentes (B2), foi o desenvolvimento de trabalhos personalizados para cada um (B1 e B2), que se encontram em apêndices.

O desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2) é a competência que é exigida em qualquer local de trabalho, mas na saúde com especial enfoque porque são prestados cuidados a pessoas debilitadas que encaram um processo de transição saúde-doença. A avaliação (B2.1), o planeamento (B2.2) e a liderança (B2.3) de programas de melhoria contínua é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área.

Enquanto especialista, o EEER tem a responsabilidade de ser facilitador de aprendizagem (D2.1), justificando a sua prática clínica com evidência científica (D2.2) o que contribui para a melhoria contínua. O maior contributo no meu projeto foi o plano de formação na UCI. Esta formação deixou-me motivada, foi uma atividade muito importante para a identificação das necessidades de formação, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem (D2.3) e revelou-se, para mim uma atividade gratificante.

No papel de estudante é possível contribuir para a melhoria contínua, mas é difícil de ver os resultados a longo prazo, por se tratar de ensaios clínicos com datas curtas de implementação. Porém, permitiu-me desenvolver estratégias e atitudes que me capacitam para cumprir esta competência na minha prática profissional. Todos os meus orientadores foram excelentes exemplos de condutas e liderança de equipas, que em muito contribuem para a melhoria contínua.

Ainda dentro da melhoria contínua da qualidade temos a competência de garantir um ambiente terapêutico seguro (B3). Esta competência visa a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção (B3.1), o que me faz refletir sobre a empatia.

A empatia é a capacidade de entender e compartilhar os sentimentos de outra pessoa. É uma habilidade fundamental para a comunicação e para a construção de relacionamentos (pessoais ou profissionais) saudáveis e significativos com outras pessoas. A empatia envolve colocar-se no lugar do outro, tentar compreender as suas perspectivas, desafios e emoções. É uma habilidade que pode ser desenvolvida através da prática e da conscientização, e pode levar a uma melhor comunicação, compreensão e definição de objetivos no processo de reabilitação. Quando somos empáticos com os outros, somos capazes de entender e responder às suas necessidades e lutas, e podemos trabalhar juntos para criar mudanças positivas e significativas. A empatia é uma ferramenta muito útil que me permite compreender a situação do outro, quando nunca passei por algo parecido.

A empatia também é fundamental para a competência do domínio da gestão de cuidados (C). A gestão de cuidados requer o domínio de competências de liderança (C1 e C2). A linha entre liderança e chefia é muito tênue e as suas definições são confundidas. A liderança é uma habilidade que envolve a capacidade de inspirar e influenciar outras pessoas para alcançar um objetivo comum. Os líderes são capazes de motivar a sua equipa a trabalhar em conjunto e são frequentemente descritos como tendo uma visão clara do futuro e da direção a seguir.

A chefia, por outro lado, refere-se ao papel ou posição de autoridade numa organização ou empresa. Os chefes têm poder para tomar decisões e dar ordens aos outros, mas isso nem sempre significa que são líderes eficazes.

Em resumo, enquanto o objetivo da liderança é influenciar os outros a agir em direção a um objetivo comum, o da chefia é o controle e a supervisão das atividades das equipas. É importante notar que uma pessoa pode exercer tanto a liderança quanto a chefia de forma eficaz e que as duas habilidades podem ser complementares. A supervisão de tarefas (C1.2) é uma competência que faz parte do perfil do enfermeiro especialista.

Exercer liderança é um processo complexo porque exige a adaptabilidade aos recursos tanto humanos como físicos (C2). Enquanto trabalhadora-estudante e na mudança, às vezes no próprio dia, de instituição, tipologia de serviço e funções laborais é desafiador e requer a capacidade de autogestão e resiliência (C2.1, C2.2 e D1.2).

A resiliência é essencial para a finalização de um mestrado que é frequentado enquanto mantemos um trabalho a tempo inteiro. Todo este processo permite vários momentos de reflexão que resultam no desenvolvimento do autoconhecimento (D1). Incluir este projeto educacional na agenda profissional e pessoal leva a conhecer e refletir sobre os nossos limites. Quem se propõe a mestrado pretende melhorar a sua prática profissional baseada em evidência científica (D2), e ter

este aprendizado de gestão de tempo, emoções e relações, permite-nos obter uma visão mais ampla que nos deixa mais próxima das pessoas de quem cuidamos.

A opção de fazer esta evolução foi apenas minha, na tomada de decisão já tinha a ideia que seria desafiador, no final, percebi que todo este processo me faz compreender melhor a pessoa de quem cuido. Muitas vezes criamos objetivos para nós próprios irrealistas e que nos deixam mais cansados do que produtivos. Queremos tudo mais rápido do que pode ser e isso é o que acontece com a pessoa que vê a sua funcionalidade alterada. Um estudante de mestrado e especialidade também passa por um processo de transição. O reconhecimento desse processo espelha-se naqueles de quem cuidamos, mesmo que cada um tenha os seus próprios passos.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados (J1).

Os EEER criam, implementam e monitorizam planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados no compromisso da funcionalidade de cada pessoa individualizada e integrada no seu meio familiar, comunitário e social. No plano de tomada de decisões do processo de reabilitação, o EEER deve aplicar o seu conhecimento com julgamento clínico assertivo, demonstrando o conjunto de competências que foram adquiridas e mobilizadas.

A avaliação da funcionalidade (J1.1) é a primeira etapa para o desenvolvimento do processo de reabilitação. A avaliação da funcionalidade é tão importante que a Organização Mundial da Saúde desenvolveu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Neste manual a funcionalidade é definida como “um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação” (WHO & DGS, 2004, p.7). O desenvolvimento desta competência é essencial para o EEER, no meu caso foi adquirindo gradualmente e estou convicta que será um desafio futuro que será superado, uma vez que cada pessoa é única e encontrarei situações novas, mas sinto-me confiante por ter efetuado diversas aprendizagens que constituem ferramentas para uma avaliação da funcionalidade construtiva.

Muito além dos resultados da condição física da pessoa, é na avaliação da funcionalidade que se inicia o processo de confiança mútua. Ao expressar sentimentos, emoções e necessidades a

pessoa sente segurança e consegue definir objetivos do seu plano de reabilitação. Esta boa comunicação no processo de reabilitação é fundamental para a elaboração de planos de intervenção (J1.2).

A conceção de planos de intervenções de enfermagem de reabilitação requer o conhecimento, a busca pelo conhecimento mais atualizado, uma correta avaliação e a capacidade de adaptação à pessoa de quem cuidamos. É importante desenvolver o pensamento focado na pessoa e não na doença, por exemplo: não existe um plano predefinido para a pessoa com alteração no sistema musculoesquelético, que tem de cumprir na sua totalidade. O que se deve fazer é desenvolver o plano adaptado e personalizado para aquela pessoa.

Depois da correta avaliação da funcionalidade e do delineamento das intervenções passamos da teoria à prática. O que nos traz mais gratificação é a implementação das intervenções planeadas (J1.3). Penso que seja um sentimento generalizado dos EEER o gosto pelas sessões de enfermagem de reabilitação, onde intervimos com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções que a pessoa identificou como disfuncionais, quer sejam ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação ou da sexualidade.

Este processo leva a resultados que devem ser avaliados. A avaliação dos resultados das intervenções implementadas (J1.4) tem a mesma importância que a avaliação da funcionalidade. Durante todo o processo de reabilitação devem ser reajustados os objetivos e as intervenções, perante a resposta da pessoa ao processo de reabilitação. Como firmemente a minha orientadora do Serviço de Ortopedia afirmava: “não se pode fazer sempre o mesmo plano à espera de um resultado diferente”.

O grande objetivo da avaliação da funcionalidade e da implementação de intervenções é a capacitação da pessoa com deficiência ou limitação física na reinserção e exercício da cidadania (J2).

A capacitação é o maior foco deste relatório a seguir ao processo de transição saúde-doença. É a capacitação que permite que a pessoa melhore a sua independência. Como seres racionais e muito donos de si próprios, o ser humano, quando tem a perda de uma funcionalidade física, também demonstra o desgaste mental, prejudicando a saúde como um todo. Com a perda de funcionalidade a pessoa também depende de outra pessoa, o que muitas vezes é muito constrangedor para a pessoa.

A identidade construída ao longo do crescimento natural é alterada, a pessoa que tomava banho sozinha, que até pode ter algum pudor em relação ao seu corpo, vê-se dependente de alguém para satisfazer essa necessidade. Ou, por outro lado, desde o início do crescimento, a identidade de uma criança que sempre se sentiu diferente das outras crianças, porque é mais

dependente, que cresce sem o autoconhecimento de privacidade. A capacitação altera estas condições e melhora a qualidade de vida, a independência e a autonomia.

A autonomia é muito comprometida quando a pessoa está numa instituição, como o hospital. Estas entidades necessitam de criar rotinas onde incluem todas as pessoas, assim sendo, todos acordam às 6/7 horas para tomar a medicação, todos tomam banho entre as 9 e 11 horas (por exemplo), etc... Isto altera os padrões de sono e as rotinas da pessoa. Até as nossas intervenções têm espaço nas instituições, maioritariamente, no período da manhã. Tudo isto pode contrariar muito a vontade da pessoa e dificultar o seu envolvimento no processo de reabilitação. Mais motivos para a realização da capacitação eficaz.

A capacitação da pessoa passa pelos treinos de AVD, motores, cardíacos e respiratórios (J2.1 e J3.1). O EEER tem de desenvolver a competência de implementar os treinos específicos que a pessoa necessita. Esta competência é uma competência prática que espelha todas as outras competências tanto de mestre como de especialista de reabilitação. Como se fosse a capa do nosso livro, o treino e a avaliação dos resultados (J3.2) é o que define o nosso trabalho para a pessoa.

A realização de exercícios promove a mobilidade, a participação dos seus eventos sociais (J2.2) e eventos familiares, resumindo, promove a sua autonomia e independência. A última competência exigida para o EEER é a maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3).

A maximização da funcionalidade da pessoa não tem apenas impacto físico, mas também psicológico e nas suas relações. Cada vez mais temos pessoas com “exaustão do cuidador”, pessoas que cuidam de pessoas e que rapidamente também precisam de cuidados. À semelhança dos profissionais de saúde, os CI devem ser instruídos à prática de movimentos corporais adequados e preventivos de lesões, sendo esta mais uma responsabilidade dos EEER.

Quando conseguimos concretizar a maximização da funcionalidade, dando estratégias adaptativas, tornando a pessoa o mais independente possível, temos a sensação de trabalho cumprido.

Com a elaboração do presente relatório e através desta reflexão, tenho consciência de que a enfermagem de reabilitação me permite atuar em diversas áreas, em várias pessoas com perda de funcionalidade (qualquer que seja a tipologia). Também concluo que a busca por conhecimento nunca acaba e a sua atualização é importante. Assim como, o desenvolvimento das competências, que foram adquiridas, mas que precisarão sempre de ser aprimoradas.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório de estágio foi bastante interessante, desafiador e também muito gratificante. Para além de constituir um instrumento formal de avaliação, serviu para a aquisição de novos conhecimentos e reflexão sobre o tema e as competências do EEER.

Considero ter alcançado de forma eficaz o objetivo geral definido para este projeto: aprofundar conhecimentos sobre o processo de transição saúde-doença. Assim como, os objetivos específicos: desenvolver conhecimentos e competências inerentes à condição de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e Mestre; refletir sobre o projeto de estágio realizado que visa capacitar o Cuidador Informal (CI), o Enfermeiro Generalista (EG) e a pessoa com compromisso na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais; e refletir sobre a prática de cuidados do EEER em contextos diferentes.

Como limitações à realização deste projeto de estágio, identifiquei as limitações em relação ao tempo/disponibilidade, pelo fato de ser trabalhadora-estudante e acumular o trabalho com a disponibilidade de turnos para estágio.

Os fatores facilitadores foram a orientação do Professor Doutor Carlos Maia, as reuniões e o documento com as indicações para realização do Projeto de estágio.

A elaboração deste relatório de estágio permitiu ainda refletir acerca da minha prática profissional, do planeamento de cuidados, dos conhecimentos adquiridos e medidas de melhoria continua.

Terminado esta fase final de elaboração de relatório de estágio e respetiva defesa, segue-se uma nova etapa da implementação dos conhecimentos e competências adquiridas na prática clínica.

BIBLIOGRAFIA

- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. (2020). Plano de Formação 2020. https://anqep.gov.pt/np4/file/464/PLANO_DE_FORMACAO_ANQEP.pdf
- Alves, N. (2018). *Cuidando, lado a lado - Otimização de Estratégias de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23263>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 164-233). Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Borsotti, M., Mosca, I. E., Di Lauro, F., Pancani, S., Bracali, C., Dore, T., Macchi, C., & Cecchi, F. (2020). The Visual Scanning Test: a newly developed neuropsychological tool to assess and target rehabilitation of extrapersonal visual unilateral spatial neglect. *Neurological Sciences*, 41(5), 1145–1152. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-04218-2>
- BTL (2023). *CPMotion*. Btlportugal.pt. <https://www.btlportugal.pt/produtos-fisioterapia-cpmotion>
- Castro, L., Souza, D. N. de, Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R., & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte Social. *CIAIQ2016*, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/892>
- Castro, T. (2018). A sessão da formação e comunicação e animação de grupos no processo de aprendizagem. Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância. Nampula
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ª ed.). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Costa, V., Seixas, M. & Silva, C. (2021). Programa de regulação sensorial à pessoa com distúrbio da consciência. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 520-539). Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Couto, G., Silva, R., Mar, M. & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 234-280). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República- I Série- A – N.º 109

Direção Geral da Saúde. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Dixe, M., Soares, E., Gonçalves, R., Rui, M., Charters, P., Rijo, L., Ferreira, J., Nuno, C., Gomes, M., & Fernandes Querido, A. (2020). *Modelo de Capacitação do Cuidador Informal para Cuidar da Pessoa com Dependência* (1ªed.). Help2Care. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4657/1/MODELO_DE_CAPACITA_ebook%20-%202010-2-20.pdf

Faria, H., Carlos, F., & De Campos, C. (2018). *Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde*. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>

Ferreira, M. (2013). *Ser Cuidador da Pessoa com Doença Avançada em Contexto Comunitário: Perceções e Vivências* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/73049>

Gonçalves, J., Vilabril, F., Pereira, M. & Santos, J. (2021). Cuidadores Informais: Um Elemento Fundamental na Reabilitação. *Revista da SPMFR*, 33(1), pp. 18-24. <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/viewFile/365/217>

Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar* (2ªed.). Coimbra: Formasau.

Imaginário, L. (1998). *Adaptação/reinserção profissional dos adultos pouco escolarizados*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.

International Council of Nurses (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

LeBoterf, G. (1991). Planos de formação. *Formar*, (3), p.4-14.

Lei nº82/2019, de 2 de setembro. Diário da República nº 167/2019, série I.

Lei nº100/2019, de 6 de setembro. Diário da República n.º 171/2019, série I.

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O.

- Ribeiro (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 281-328). Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da 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>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (1ª ed., pp. 465-474). Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Menon, A., Petzold, A., Kim, A., Ogourtsova, T., McDermott, A. & Korner-Bitensky, N. (2015). *Unilateral Spatial Neglect*. <https://strokengine.ca/en/consequences/unilateral-spatial-neglect/#InfoPocketBooklet>
- McEwen, M. (2016). Visão geral de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. In McEwen, M., Wills, E. (Eds.) *Bases teóricas de Enfermagem*. (4ª ed., pp. 233-263). Artmed.
- Neil, R. (2004). Jean Watson: Filosofia e ciência do cuidar. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed., pp. 163-184). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2020). *ONDR 2020*. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

- Organização Mundial da Saúde & Direção Geral da Saúde. (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
<https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- Penn Nursing University of Pennsylvania. (s.d.). University of Pennsylvania School of Nursing.
<https://www.nursing.upenn.edu/details/profiles.php?id=69>
- Pereira, F. A. (2012). Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos. In *bibliotecadigital.ipb.pt*. Psicosoma. <http://hdl.handle.net/10198/8887>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. FORMASAU, Formação e Saúde, Lda.
<http://hdl.handle.net/1822/32305>
- Philips (2023). *Cough Assist E70 Mechanical Insufflator-Exsufflator*.
<https://www.philips.pt/healthcare/product/HC1098159/coughassist-e70-mechanical-insufflatoresufflator>
- Phillips, K. (2004). Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed., pp. 301-333). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *Onco.news*, 42, 30–37.
<https://doi.org/10.31877/on.2021.42.04>
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/riv14081>
- Reis, G. (2018). O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio. In M. Sotto Mayor, C. Sequeira, & G. Reis, *Visita Domiciliária* (Eds.), *Visita domiciliária* (pp. 119-140). SC: Edição de autor.
- Reis, G. & Bule, M.J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (1ª ed., pp. 57-63). Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda.

Reis, G., Bule, M. J. & Martins, M. M. (2021). Refletir sobre os cuidados às famílias em situação de doença aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1ª ed., pp. 183-196). Sabook-Lusodidacta.

Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série – Nº26.

Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio. Diário da República, 2ª série – Nº85.

Ribeiro, L., Silva, P., Gois, S., Grilo, E., & Reis, M. G. (2017). Enfermagem de reabilitação e a acessibilidade da pessoa com incapacidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento*, 3(1), 823. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).823](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).823)

Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021b). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Eds.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 58-66). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Ribeiro, O., Moura, M. & Ventura, J. (2021a). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Eds.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ª ed., pp. 48-57). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Rocha, M. P. F., Vieira, M. A., & Sena, R. R. de. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801–808. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672008000600002>

Santos, C. (2019). *O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal: Revisão da Literatura* [Dissertação de Mestrado]. Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5465>

Saraiva, D. (2011). *O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os Impactos de Cuidar e a Importância do Apoio ao Cuidador* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/17858>

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência. *Referência – Revista de Enfermagem*, II (12), 9-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista*

- Investigação em Enfermagem*, 2(26), 35-44.
http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf
- Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva. In M. Cordeiro & E. Menoita (Eds.) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ª ed., pp. 194-211). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Sousa, P. (2012). *Cuidados informais na velhice: um estudo com familiares de idosos com demência* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
<http://hdl.handle.net/20.500.11960/1683>
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Tomey, A. (2004). Virgínia Henderson: Definição em Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed., pp. 111-126). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Vaz, I. (2020). *A literacia em Saúde dos Cuidadores Formais e Informais* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de saúde politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/17502>
- Welch, A. (2004). Madeleine Leininger – Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed., pp. 565-591). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- World Health Organization (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*.
<http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE CONTATO TELEFÔNICO NO
PÓS-OPERATÓRIO**

Formulário – Contato telefónico no pós-operatório			
Identificação			
Nome:			
Nº Processo:	Idade:	Género:	
Diagnóstico:	Orientado/a?		
Data de cirurgia:	Sim	Não	
Consentimento da pessoa operada			
Nome do cuidador informal:			
Parentesco:		Contato:	
Autoriza chamada telefónica?		Restrições de informação:	
Sim, Assinatura:	Não		
1ª Entrevista			Data:
1ª Etapa – Acolhimento			
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o pós-operatório imediato da pessoa operada • Permitir a expressão de medos e dúvidas • Definir objetivo para a alta: 		Notas:	
2ª Etapa – Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tem apoio de outros familiares ou amigos? ➢ Tem acesso fácil à casa de banho? ➢ Tem de subir escadas? ➢ Tem facilidade de transporte para as sessões de reabilitação? ➢ Outra: ➢ Encaminhar para Assistente social? 	Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3ª Etapa – Intervenção			
<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao regime de reabilitação <ul style="list-style-type: none"> ➢ Analisar com o cuidador a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação • Adesão a precauções de segurança <ul style="list-style-type: none"> ➢ Analisar com o cuidador a relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações 	Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

4ª Etapa – Finalização		
<ul style="list-style-type: none"> • Pedir feedback e validar a informação dada <ul style="list-style-type: none"> ➢ Consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação melhorada? ➢ Consciencialização da relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações melhorada? • Marcação de novo contacto? Dia: 	Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2ª Entrevista		Data: _____
1ª Etapa – Acolhimento		
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o estado atual da pessoa operada • Permitir a expressão de medos e dúvidas • Validar o objetivo para a alta 	Notas:	
2ª Etapa – Avaliação		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Há alterações? Quais? • Explorar o objetivo <ul style="list-style-type: none"> ➢ É necessário reajustar? 	Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3ª Etapa – Intervenção		
<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao regime de reabilitação <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ensinar sobre o regime de reabilitação • Adesão a precauções de segurança <ul style="list-style-type: none"> ➢ Informar sobre complicações na articulação • Movimento corporal <ul style="list-style-type: none"> ➢ Analisar com o cuidador a relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do membro afetado 	Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4ª Etapa – Finalização		
<ul style="list-style-type: none"> • Pedir feedback e validar a informação dada <ul style="list-style-type: none"> ➢ Conhecimento sobre regime de reabilitação melhorado? ➢ Conhecimento sobre complicações na articulação melhorado? ➢ Consciencialização da relação entre os exercícios musculares e articulares e a mobilidade do membro afetado melhorada? • Marcação de novo contacto? Dia: 	Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**APÊNDICE 2 – DOCUMENTO ORIENTADOR SOBRE TERAPÊUTICA
INALATÓRIA**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Terapêutica Inalatória

Catarina Sofia de Matos Lopes Pais

Orientação: Carlos Maia

Rui Marreiros

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Formação em Serviço

Setúbal, 2022

Terapêutica inalatória |

ÍNDICE

SIGLAS E ABREVIATURAS	2
CONCEITOS	2
INTRODUÇÃO	3
DESCRIÇÃO	3
1. Princípios da terapêutica inalatória	3
1.1 Tamanho das partículas	4
1.2 Padrão ventilatório.....	4
1.3 Características Anatômicas das vias aéreas	5
2. Sistemas inalatórios	5
2.1 Inaladores Pressurizados Doseáveis.....	5
2.2 Inaladores de pó seco.....	6
2.3 Sistemas de nebulização	7
3. Nebulização nos Cuidados Intensivos	8
3.1 Aspiração de secreções	8
3.2 Humidificação através da atmosfera húmida	10
3.3 Antes do Procedimento de nebulização.....	10
3.4 Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial	11
3.5 Procedimento de nebulização em doente sem via aérea artificial	13
BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

Terapêutica Inalatória |

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Local de deposição do aerossol conforme tamanho da partícula.....	4
Figura 2 – Inalador Pressurizado Doseável	5
Figura 3 - - Exemplos de câmaras expansoras.....	6
Figura 4 – Inaladores de pó seco.....	6
Figura 5 - Exemplos de nebulizadores pneumáticos.....	7
Figura 6 – Exemplos de nebulizadores ultrassônicos.....	7
Figura 7 – Exemplos de nebulizadores de malha vibratória	8
Figura 8 – Circuito de nebulizador de malha vibratória montado em doente com VMI	12
Figura 9 – copo nebulizador de malha vibratória conectado sem filtro	12

Terapêutica Inalatória |

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral da Saúde
DPI - Dry Powder Inhaler
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Km/hora – Quilometro por hora
l/m – litro por minuto
MDI - Metered Dose Inhaler
MMAD – Mass Median Aerodynamic Diameter
pMDI - Pressurized Metered Dose Inhaler
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
µm – micron

CONCEITOS

Aerossol (ar + solução) – “é a suspensão de partículas líquidas ultramicroscópicas de um determinado fármaco no seio de um gás, que quando inaladas exercem uma ação terapêutica direta no aparelho respiratório” (Simões et al., 2001, p.64).

Difusão de gases – “passagem do oxigénio dos alvéolos para o sangue e do dióxido de carbono no sentido inverso” (Marum & Mata, 2008, p. 13).

Oxigenioterapia – “consiste na administração de oxigénio em concentrações superiores a 21%, tendo como objetivo satisfazer as necessidades celulares” (Simões et al., 2001, p.66).

Perfusão – “o processo pelo qual o sangue venoso vindo do coração chega aos capilares dos alvéolos” (Marum & Mata, 2008, p. 13).

Nebulizadores / Humidificadores – “são equipamentos que produzem um vapor visível formado por partículas de água, que quando inaladas pelo doente hidratam e humidificam as vias respiratórias, fluidificando as secreções” (Simões et al., 2001, p.64).

Terapêutica inalatória – “é a utilização inalada para administração em forma de aerossóis de fármacos, que podem ter finalidade diagnóstica e terapêutica” (Taveira et al., 2000, p.3).

Ventilação – “através da qual o ar chega aos alvéolos” (Marum & Mata, 2008, p. 13).

INTRODUÇÃO

A satisfação da necessidade humana fundamental de respirar é indispensável à vida humana e qualquer transtorno na ventilação, perfusão e difusão dos gases respiratórios compromete a satisfação desta necessidade. As intervenções de Enfermagem, com o objetivo de promover a ventilação, a limpeza das vias aéreas e o expetorar eficaz, incluem alguns procedimentos que podem causar complicações. Desta forma, para prevenir efeitos adversos, as intervenções de enfermagem devem ser planeadas, executadas e avaliadas criteriosamente (Simões et al., 2001). “A frequência com que estes procedimentos são realizados leva a que muitas vezes sejam considerados atos banais e os seus riscos sejam subvalorizados” (Simões et al., 2001, p.61). É o caso da terapêutica inalatória e da aspiração de secreções. “Cada um destes procedimentos possui critérios de utilização específicos. No entanto, é frequente a sua associação uma vez que atuam de forma complementar e todos têm um objetivo comum: melhorar o aporte de oxigénio aos alvéolos pulmonares” (Simões et al., 2001, p.61).

DESCRIÇÃO

A via inalatória é a via preferencial para a terapêutica da patologia das vias aéreas (Barreto et al., 2000).

1. Princípios da terapêutica inalatória

“O objetivo da terapêutica inalatória nas doenças pulmonares é a deposição da dose terapêutica nas vias aéreas inferiores. Existe uma enorme variabilidade entre a fração nominal (prescrita), a fração gerada, a fração inalada e a fração depositada (pulmonar)” (Barreto et al., 2000, p.396). A efetividade da absorção do aerossol é influenciada pelos seguintes fatores (Barreto et al., 2000):

- Tamanho das partículas;
- Padrão ventilatório;
- Características anatómicas das vias aéreas.

1.1 Tamanho das partículas

O tamanho das partículas de aerossol determina o alcance nas estruturas pulmonares. Os aerossóis produzidos pelos sistemas de nebulização utilizados na prática clínica são heterodispersos, apresentando uma grande diferença no tamanho das partículas (Barreto et al., 2000).

“A distribuição da dimensão das partículas é melhor caracterizada pelo diâmetro aerodinâmico médio de massa (MMAD-Mass Median Aerodynamic Diameter), que é expresso em μm (micron) e representa o diâmetro médio da massa depositável e não o número de partículas” (Barreto et al., 2000, p.396).

A deposição de partículas ocorre principalmente por 3 mecanismos (Taveira et al., 2000, p.5-6):

- Impacto por inércia - As partículas maiores são depositadas por este mecanismo logo nos primeiros obstáculos encontrados (orofaringe e vias aéreas centrais);
- Sedimentação gravitacional - Condiciona a deposição de partículas a nível das pequenas vias aéreas e alvéolos;
- Difusão - Ocorre com partículas de diâmetro inferior a $1 \mu\text{m}$ (de escasso valor terapêutico).

Do ponto de vista respiratório, a eficácia de um aerossol está relacionada com a quantidade do aerossol que se deposita e o local de deposição. O tamanho das partículas condiciona a sua deposição no sistema respiratório da seguinte forma (Barreto et al., 2000; Taveira et al., 2000):

- Partículas com tamanho superior a $10 \mu\text{m}$ depositam-se sobretudo na orofaringe;
- Partículas com tamanho entre $5-10 \mu\text{m}$ depositam-se na traqueia por impacto por inércia;
- Partículas com tamanho entre $2-5 \mu\text{m}$ depositam-se nas vias aéreas inferiores por sedimentação;
- Partículas entre 3 e $0,8 \mu\text{m}$ atingem habitualmente o parênquima.
- Partículas inferiores a $0,8 \mu\text{m}$ não cumprem objetivos terapêuticos já que a maior parte são expiradas.

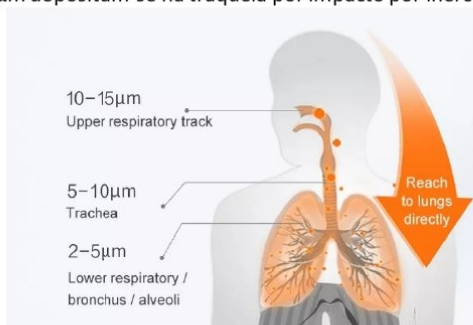


Figura 1 – Local de deposição do aerossol conforme tamanho da partícula.
Fonte: <https://www.cofoe.com/>

1.2 Padrão ventilatório

“O débito inspiratório ideal deve ser aproximadamente de 30 L/min para os aerossóis líquidos e mais elevado para a produção e dispersão dos de pó seco. Débitos inspiratórios rápidos facilitam a

Terapêutica Inalatória |

deposição por impacto na orofaringe e nas vias aéreas de grande calibre. O volume corrente condiciona a quantidade de fármaco inalada, pelo que volumes baixos diminuem a percentagem de deposição” (Barreto et al., 2000, p.397).

1.3 Características Anatômicas das vias aéreas

O padrão de deposição de pessoas com patologia respiratória é diferente das pessoas saudáveis. Nas pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), asma ou fibrose quística a deposição ocorre nas vias aéreas centrais, uma vez que estas pessoas têm, nos seus pulmões, zonas mal ventiladas devido a enfisemas, atelectasias ou bronquiectasias. (Barreto et al., 2000).

2. Sistemas inalatórios

Os tipos básicos de sistemas de inalação dividem-se em 3 grupos (Barreto et al., 2000, p.397):

- Inaladores pressurizados doseáveis ou de dose controlada (MDI - Metered Dose Inhaler, pMDI - Pressurized Metered Dose Inhaler);
- Inaladores de pó seco (DPI - Dry Powder Inhaler);
- Sistemas nebulizadores.

2.1 Inaladores Pressurizados Doseáveis

Os inaladores pressurizados doseáveis (Fig. 2), são dispositivos de pequenas dimensões, que contêm uma dose fixa de fármaco (um ou dois) em suspensão ou dissolvido num propelente. A libertação da mistura é controlada por uma válvula que deixa passar a dose pré-determinada de fármaco (Barreto et al., 2000; Taveira et al., 2000; Aguiar et al., 2017). “O aerossol líquido é gerado a uma velocidade inicial de ± 100 Km/hora e com partículas de elevado diâmetro (30-40 μm). Com a evaporação do propelente, o aerossol adquire características respiráveis (MMAD de 3 a 4 μm)” (Barreto et al., 2000, p.398). “Em média, só cerca de 10% da dose de fármaco administrada por MDI atinge os pulmões. Mais de 80% da dose, deposita-se na orofaringe, sendo posteriormente absorvida por via sublingual ou deglutida. O impacto inercial na orofaringe é uma consequência inevitável do sistema pressurizado” (Barreto et al., 2000, p.398).

“A utilização de um tubo extensor ou de uma câmara expansora (...) proporciona uma diminuição da velocidade do aerossol antes de atingir a boca, permitindo



Figura 2 – Inalador Pressurizado Doseável
Fonte: Aguiar et al., 2017

Terapêutica Inalatória |

que os propelentes se evaporem e as partículas de maior calibre se depositem nas paredes da câmara e não na orofaringe, atingindo as de menor calibre as vias aéreas intratorácicas” (Barreto et al., 2000, p.400). A Figura 3 ilustra exemplos de câmaras expansoras.



Figura 3 - Exemplos de câmaras expansoras
Fonte: Barreto et al., 2000

Nota: No doente em fase agónica estertor ligeiro pode aplicar-se atropina (4 –10 gotas sublingual) e **brometo de ipratrópio** (3 pulverizações na mucosa oral), sem inalação pulmonar (Braga et al., 2017).

“Está contraindicada a aspiração frequente de secreções pois além de aumentar a produção das secreções por estimulação da mucosa, desencadeia frequentemente o vômito, sendo mais um fator de desconforto para o doente. Em alternativa, podem ser utilizadas compressas ou pequenas esponjas para limpar as secreções da cavidade oral” (Braga et al., 2017).

2.2 Inaladores de pó seco



Figura 4 – Inaladores de pó seco
Fonte: Aguiar et al., 2017

“Os DPI são dispositivos pequenos, discretos, facilmente transportáveis e ativados pela inspiração” (Aguiar et al., 2017, p.16). A figura 4 apresenta exemplos de Inaladores de pó seco.

“A maioria dos DPI contém fármaco sob a forma micronizada, misturado com partículas de maiores dimensões, os transportadores, que evitam a agregação, aumentam o fluxo e ajudam a dispersão. Em geral, a lactose é o transportador utilizado, mas existem dispositivos sem excipientes” (Aguiar et al., 2017, p.17).

“Nos DPI, a desagregação do pó para se conseguir partículas respiráveis depende da inalação. A inspiração deve ser profunda e a inalação rápida, forçada e constante, desde o início. Este fator é um dos mais importantes, pois uma inalação pouco vigorosa e lenta compromete a eficácia da medicação (pouca deposição no pulmão e maior na orofaringe)” (Aguiar et al., 2017, p.17).

2.3 Sistemas de nebulização

Os sistemas de nebulização são aparelhos que produzem um aerossol a partir de uma solução aquosa, normalmente soro fisiológico, podendo-se adicionar um fármaco prescrito.

Existem três tipos de sistemas de nebulização que diferem no modo como produzem o aerossol, classificados respectivamente em (Aguiar et al., 2017; Olszewski et al., 2016):

- Nebulizadores pneumáticos ou jato;
- Nebulizadores ultrassônicos;
- Nebulizadores de nova geração e os eletrônicos com membrana oscilatória / nebulizador de malha vibratória.

“Os **sistemas de nebulização pneumáticos** consistem em dois componentes: fonte geradora de gás (ar/oxigênio comprimidos ou compressor portátil); e câmara nebulizadora, na qual é produzido o aerossol” (Barreto et al., 2000, p.404).

“O ar ou oxigênio comprimidos são fornecidos por rampas ou botijas. O oxigênio não deve ser considerado um gás propelente, estando indicado em situações específicas” (Barreto et al., 2000, p.404). Deve-se ter em atenção aos débitos elevados nas pessoas com DPOC.

“Tecnicamente para a produção de aerossol são necessários débitos de gás mínimos de 4-8 l/min” (Barreto et al., 2000, p.404).

A figura 5 apresenta exemplos de nebulizadores pneumáticos.



Figura 5 - Exemplos de nebulizadores pneumáticos
Fonte: Medicaexpo



Figura 6 – Exemplos de nebulizadores ultrassônicos
Fonte: Medicaexpo

“Os **nebulizadores ultrassônicos** (Fig. 6), de pequena ou grande capacidade, têm sempre incluído o gerador eletrônico e o *transducer* e, por vezes, têm associado uma câmara nebulizadora” (Barreto et al., 2000, p.405).

“É pela transmissão de vibrações ultrassônicas rápidas, produzidas por um cristal (normalmente de quartzo) submetido à ação de um campo elétrico, que se geram as partículas à superfície da solução ou suspensão, que vão formar o aerossol. O cristal pode modificar o produto ativo” (Barreto et al., 2000, p.405).

Terapêutica Inalatória |

Os **nebulizadores de malha vibratória** (Fig. 7) consistem “em uma placa vibratória mecanicamente perfurada com aberturas de tamanho micro” (Olszewski et al., 2016, p.1522).

A malha é composta com o suporte metálico e o anel piezoelétrico. Durante o procedimento, o líquido está em contato com a superfície superior da malha, que é excitada em vibração fora do plano pelo do anel de vibração lateral. A vibração alternada da malha aumenta a pressão alternada no líquido nas proximidades da malha, impulsionando o líquido através das aberturas e ejetando gotículas de aerossol do outro lado da malha (Olszewski et al., 2016).



Figura 7 – Exemplos de nebulizadores de malha vibratória
Fonte: Medicaexpo

3. Nebulização nos Cuidados Intensivos

No internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) “as pessoas são submetidas a longos períodos de imobilidade, provocados pela gravidade de cada situação, e à administração de terapêutica vasopressora, sedativa e curarizante, expondo-as a complicações inerentes à imobilidade, como atrofia, disfunção e diminuição da força muscular, diminuição da capacidade funcional e risco de úlceras de pressão, entre outras”. (Severino, 2016, p.371). Adicionalmente, as pessoas internadas na UCI, frequentemente, estão submetidas a ventilação mecânica invasiva (VMI). A VMI é uma forma de tratamento de pessoas com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, reduzindo o esforço respiratório (Severino, 2016).

Nestes doentes a limpeza das vias aéreas está, frequentemente, comprometida. Há, ainda, um aumento na produção de secreções, muitas vezes espessas e de difícil eliminação, levando à realização da aspiração de secreções.

3.1 Aspiração de secreções

“A aspiração de secreções é um método de remoção de secreções das vias aéreas quando o doente é incapaz de as expetorar. Este procedimento pode ser realizado com a finalidade de colheita de secreções para análise ou de limpeza das vias aéreas” (Simões et al., 2001, p.61).

Terapêutica Inalatória |

“A tosse é o mecanismo de defesa do organismo para manter as vias aéreas limpas, mas quando este mecanismo se revela ineficaz, pode estar indicada a aspiração de secreções (Simões et al., 2001, p.61).

Na limpeza das vias aéreas superiores recorre-se à aspiração da orofaringe e/ou nasofaringe. Esta técnica está indicada no doente que é capaz de tossir, mas não consegue expelir ou deglutir as secreções. A limpeza das vias aéreas inferiores é difícil de realizar pelo acesso orotraqueal e nasotraqueal. (Simões et al., 2001).

“A aspiração de secreções da traqueia é geralmente realizada através de uma via aérea artificial (tubo nasotraqueal, orotraqueal ou de traqueostomia). O cateter de aspiração não deve ultrapassar um terço do diâmetro interno do tubo. Geralmente recomenda-se a pré-oxigenação dos doentes ventilados e de risco” (Simões et al., 2001, p.63).

Com os mecanismos de tosse, humidificação, aquecimento e filtração comprometidos, as secreções são mais espessas e mais difíceis de remover pela aspiração. Como tal, durante este procedimento, podem surgir algumas complicações, tais como (Simões et al., 2001, p.63):

- Hipoxemia – Quando a aspiração se prolonga excessivamente, uma vez que remove o oxigénio das vias aéreas;
- Ulceração traumática das vias aéreas – Está geralmente associada a excessiva pressão negativa e má técnica;
- Disritmias cardíacas – Resultam da hipoxemia e/ou estimulação dos recetores vagais;
- Broncoespasmo – Está associado à irritação das membranas da traqueia e a tosse;
- Infecção – Pode resultar da má técnica. Primeiro deve aspirar-se as secreções profundas e só posteriormente as orais ou nasais. Nos doentes entubados, a própria existência de uma via aérea artificial é fator de risco;
- Atelectasia – Pode ser provocada por aspirações demasiado prolongadas e/ou utilização de cateter de calibre acima do indicado.

“A aspiração de secreções é uma técnica invasiva, que comporta vários riscos, devendo ser utilizada apenas quando todas as outras técnicas de limpeza das vias aéreas se revelaram ineficazes (fluidificação, drenagens posturais, mobilização dos doentes, estimulação da tosse)” (Simões et al., 2001, p.63).

“Estando ausentes parte dos mecanismos naturais de humidificação, aquecimento e filtração, as secreções são em regra mais espessas e mais difíceis de remover pela aspiração” (Simões et al., 2001, p.63). Para minimizar as complicações da aspiração de secreções pode-se recorrer à atmosfera húmida através da nebulização.

3.2 Humidificação através da atmosfera húmida

Para a melhor compreensão do tema temos de diferenciar 2 conceitos básicos: hidratação e humidificação.

“A **hidratação** da pessoa é fundamental para uma fluidificação adequada das secreções brônquicas, facilitando a sua mobilização a *posteriori*. A hidratação trata-se de uma abordagem sistémica, através da administração de líquidos via oral e/ou endovenosa” (Severino, 2016, p.374).

“A **humidificação** das secreções brônquicas é realizada através da prática de aplicar atmosfera húmida. O aerossol é realizado com soro fisiológico, devido ao ser menos indutor de broncospasma, e ajuda a fluidificar as secreções brônquicas” (Severino, 2016, p.374). No doente com fibrose quística está indicado o soro salino hipertónico, para aumentar a clearance mucociliar (DGS, 2011).

As grandes vantagens da nebulização são a humidificação da via aérea e a fluidificação das secreções. Sendo estas, também, as indicações da realização da nebulização.

Naturalmente, também existem desvantagens. “Este tipo de técnica pode produzir uma hidratação excessiva, devendo ser usado com cautela em doentes broncorreicos (com produção excessiva de secreções pulmonares, devido a patologia associada), em doentes com insuficiência respiratória, e portadores de doença ou fadiga neuromuscular, que comprometa o reflexo da tosse” (Testas, 2008, p.172). Sendo estas as contraindicações da realização da nebulização.

“A utilização de atmosfera húmida pode aumentar o risco de crescimento e contaminação bacterianas. Ao ser produzido o vapor húmido aquecido, estamos a criar condições para um excelente desenvolvimento bacteriano” (Testas, 2008, p.172-173). Por este motivo deve-se ter em especial atenção à desinfeção do aparelho e a substituição dos filtros respiratórios.

“Na pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva a humidificação das secreções brônquicas poder-se-á realizar através de atmosfera húmida administrada via ventilador mecânico utilizando um dispositivo próprio específico do equipamento utilizado” (Severino, 2016, p.374).

3.3 Antes do Procedimento de nebulização

Para uma prática segura e na prevenção de erros, tal como na administração de medicação, o Enfermeiro deve ter em conta os “nove certos”:

1. Doente certo
2. Medicamento certo
3. Via certa
4. Hora certa
5. Dose certa

Terapêutica Inalatória |

6. Registo certo
7. Preparação certa
8. Conhecimento certo
9. Educação certa

Para a prevenção de contaminação e infeções cruzadas deve-se ter em conta a norma 007/2019 da Direção Geral da Saúde (DGS) sobre a higiene das mãos nas Unidades de Saúde. Cumprindo os 5 momentos para a higiene das mãos:

- Antes do contacto com o doente
- Antes de um procedimento limpo/assético
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso
- Após o contacto com o doente
- Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente

3.4 Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial

Material:

- Nebulizador de malha vibratória
- Copo de malha vibratória
- Soro fisiológico
- Filtro bacteriano
- Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Procedimento:

1. Providenciar os recursos junto ao doente
2. Lavar as mãos
3. Instruir o doente sobre o procedimento (se possível)
4. Posicionar o doente em semi-Fowler ou sentado
5. Preparar o copo de malha vibratória com o soro fisiológico
6. Conectar o copo de malha vibratória no tubo inspiratório, não deve de ter filtro bacteriano entre o copo e o swivel
7. Ligar o nebulizador de malha vibratória à fonte de eletricidade
8. Conectar o nebulizador de malha vibratória à porta de entrada do copo de malha vibratória

Terapêutica Inalatória |

9. Ligar o nebulizador de malha vibratória
10. Monitorizar a nebulização
11. Supervisionar o efeito do tratamento e o bem-estar do doente
12. Terminada a nebulização, desligar o nebulizador de malha vibratória
13. Desconectar o copo de malha vibratória
14. Colocar filtro bacteriano no circuito inspiratório
15. Substituir filtro bacteriano do circuito expiratório, se necessário
16. Assegurar a recolha e lavagem do material
17. Lavar as mãos
18. Aspirar secreções se necessário
19. Lavar as mãos
20. Realizar registos

As seguintes imagens ilustram o circuito montado:



Figura 8 – Circuito de nebulizador de malha vibratória montado em doente com VMI



Figura 9 – copo nebulizador de malha vibratória conectado sem filtro

Terapêutica Inalatória |

3.5 Procedimento de nebulização em doente sem via aérea artificial

➤ Com nebulizador de malha vibratória

Material:

- Nebulizador de malha vibratória
- Copo de malha vibratória
- Adaptador
- Máscara facial ou bucal
- Soro fisiológico
- Filtro bacteriano
- Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Procedimento:

1. Providenciar os recursos junto ao doente
2. Lavar as mãos
3. Instruir o doente sobre o procedimento
4. Posicionar o doente ou assisti-lo a posicionar-se em semi-Fowler ou sentado
5. Preparar o copo de malha vibratória com o soro fisiológico
6. Instruir o doente a fazer inspirações amplas e pausa respiratória (3-5 segundos) no final da inspiração
7. Conectar o copo de malha vibratória à máscara
8. Ligar o nebulizador de malha vibratória à fonte de eletricidade
9. Ligar o nebulizador de malha vibratória
10. Monitorizar a nebulização
11. Supervisionar o efeito do tratamento e o bem-estar do doente
12. Terminada a nebulização, desligar o nebulizador de malha vibratória
13. Assegurar a recolha e lavagem do material
14. Lavar as mãos
15. Aspirar secreções se necessário
16. Lavar as mãos
17. Realizar registos

Terapêutica Inalatória |

➤ **Com nebulizador pneumático**

Material:

- Nebulizador pneumático / rampa de ar ou oxigénio
- Copo de nebulização
- Tubo de conexão ao debitómetro
- Máscara facial ou bucal
- Soro fisiológico
- Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Procedimento:

1. Providenciar os recursos junto ao doente
2. Lavar as mãos
3. Instruir o doente sobre o procedimento
4. Posicionar o doente ou assisti-lo a posicionar-se em semi-Fowler ou sentado
5. Preparar o copo de nebulização com o soro fisiológico
6. Instruir o doente a fazer inspirações amplas e pausa respiratória (3-5 segundos) no final da inspiração
7. Conectar o copo de nebulização ao sistema de oxigenoterapia / Aplicar a máscara
8. Ligar o nebulizador à fonte de oxigénio / ar comprimido com débito mínimo de 4-8 l/m ajustando ao doente
9. Monitorizar a nebulização
10. Supervisionar o efeito do tratamento e o bem-estar do doente
11. Terminada a nebulização, desconectar o copo nebulizador do sistema de oxigenoterapia
12. Assegurar a recolha e lavagem do material
13. Lavar as mãos
14. Aspirar secreções se necessário
15. Lavar as mãos
16. Realizar registos

Terapêutica Inalatória |

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mandes, A., Pereira-Barbosa, M. (2017). *Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. REVISTA PORTUGUESA de IMUNO-ALERGOLOGIA, 25 (1), 9–26. https://www.apfh.pt/xfiles/scContentDeployer_pt/links/link105.pdf
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*, 24(1), 48–55. <https://doi.org/10.24950/rspmi.578>
- Barreto, C., Pinto, P., Frões, F., Cravo, P. (2000). *Normas de terapêutica inalatória*. REVISTA PORTUGUESA de PNEUMOLOGA/NORMAS, VI (5), 395–434.
- Cofoe. (n.d.). *Nebulizer*. <https://www.cofoe.com/KF-WHQ-601B-Cofoe-Mini-Mesh-Nebulizer-pd45788124.html>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia por Sistemas de Nebulização*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/cuidados-respiratorios-domiciliarios_-prescricao-de-aerosolterapia-por-sistemas-de-nebulizacao.pdf
- Marum, S., Mata, C. (2008). Anátomo-Fisiologia do Pulmão in Maecelino, P. (Eds.) *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico* (pp. 13- 22). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Medicalexpo. (n.d.) *Nebulizadores*. <https://www.medicalexpo.com/pt/fabricante-medico/nebulizador-1964.html>
- Olszewski, O. Z., MacLoughlin, R., Blake, A., O'Neill, M., Mathewson, A., & Jackson, N. (2016). A Silicon-based MEMS Vibrating Mesh Nebulizer for Inhaled Drug Delivery. *Procedia Engineering*, 168, 1521–1524. <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2016.11.451>
- Severino, S. (2016). Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (pp. 365-380). Lusodidacta

Terapêutica Inalatória |

- Simões, I., Mendes, A., & Martins, J. (2001). *Diminuição das Trocas Gasosas R/C Presença de Secreções e/ou Fornecimento Inadequado de Oxigénio*. REVISTA REFERÊNCIA, (6), 61–69. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2077&id_revista=5&id_edicao=21
- Taveira, N., Fernandes, B., Conde, S., Vanzeler, M., Pascoal, I., Duarte, R., Barroso, A., & Brito, M. (2000). TERAPÊUTICA INALATÓRIA. https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/n%C3%A3%C2%A2%C3%A2%C2%BA8_janeiro-dezembro-2000_terap%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%AAutica-inalat%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%B3ria.pdf
- Testas, J. (2008). Enfermagem de Reabilitação no Doente Respiratório in Marcelino, P. (Eds.) *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico*. (pp. 163-190). Lusocôencia

**APÊNDICE 3 – APRESENTAÇÃO POWERPOINT PARA OS ENFERMEIROS
GENERALISTAS SOBRE TERAPÊUTICA INALATÓRIA**

Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
IPParalupa

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



Terapêutica Inalatória

Catarina Pais
Orientador: Rui Marreiros

Ano Letivo 2022/2023

1

1

Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
IPParalupa

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Objetivos da apresentação

- Clarificar conceitos sobre Terapêutica Inalatória
- Promover o uso de atmosfera húmida

2

2

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Faculdade de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Egas Moniz

Princípios da Terapêutica inalatória

- O objetivo da terapêutica inalatória nas doenças pulmonares é a deposição da dose terapêutica nas vias aéreas inferiores
- A efetividade da absorção do aerossol é influenciada pelos seguintes fatores:
 - Tamanho das partículas;
 - Padrão ventilatório;
 - Características anatómicas das vias aéreas.

3

3

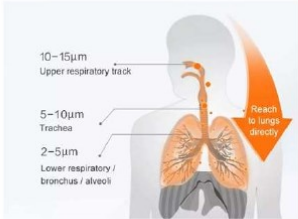
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Faculdade de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Egas Moniz

Tamanho das partículas

- Partículas com tamanho superior a 10 μm depositam-se sobretudo na orofaringe;
- Partículas com tamanho entre 5-10 μm depositam-se na traqueia;
- Partículas com tamanho entre 2-5 μm depositam-se nas vias aéreas inferiores;
- Partículas entre 3 e 0,8 μm . Atingem habitualmente o parênquima.
- Partículas inferiores a 0,8 μm . Não cumprem objetivos terapêuticos já que a maior parte são expiradas.



10-15 μm
Upper respiratory track

5-10 μm
Trachea

2-5 μm
Lower respiratory /
bronchus / alveoli

Reach to lungs directly

4

4

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Padrão ventilatório

- O débito inspiratório ideal deve ser aproximadamente de 30 L/min para os aerossóis líquidos e mais elevado para a produção e dispersão dos de pó seco.
- Débitos inspiratórios rápidos facilitam a deposição por impacto na orofaringe e nas vias aéreas de grande calibre.
- O volume corrente condiciona a quantidade de fármaco inalada, pelo que volumes baixos diminuem a percentagem de deposição

5

5

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Caraterísticas anatómicas das vias aéreas

- O padrão de deposição de pessoas com patologia respiratória é diferente das pessoas saudáveis.
- Nas pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica, asma ou fibrose quística a deposição ocorre nas vias aéreas centrais, uma vez que estas pessoas têm zonas mal ventiladas devido a enfisemas, atelectasias ou bronquiectasias.

6

6

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE

Sistemas inalatórios

Os tipos básicos de sistemas de inalação dividem-se em 3 grupos:

- Inaladores pressurizados doseáveis ou de dose controlada (MDI - Metered Dose Inhaler, pMDI - Pressurized Metered Dose Inhaler)
- Inaladores de pó seco (DPI - Dry Powder Inhaler)
- Sistemas nebulizadores

Secos e Frios

Húmido e (alguns modelos) quentes

7

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE

Inaladores pressurizados doseáveis ou de dose controlada



Inaladores de pó seco



8

8

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Sistemas de nebulização

- Os sistemas de nebulização são aparelhos que produzem um aerossol a partir duma solução aquosa, normalmente soro fisiológico, podendo-se adicionar um fármaco prescrito.
- Existem três tipos básicos de sistemas de nebulização que diferem no modo como produzem o aerossol, classificados respetivamente em:
 - Nebulizadores pneumáticos ou jato;
 - Nebulizadores ultrassónicos;
 - Nebulizadores de nova geração e os eletrónicos com membrana oscilatória / nebulizador de malha vibratória.

9

9

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Nebulizadores pneumáticos



Nebulizadores ultrassónicos



Nebulizadores de malha vibratória

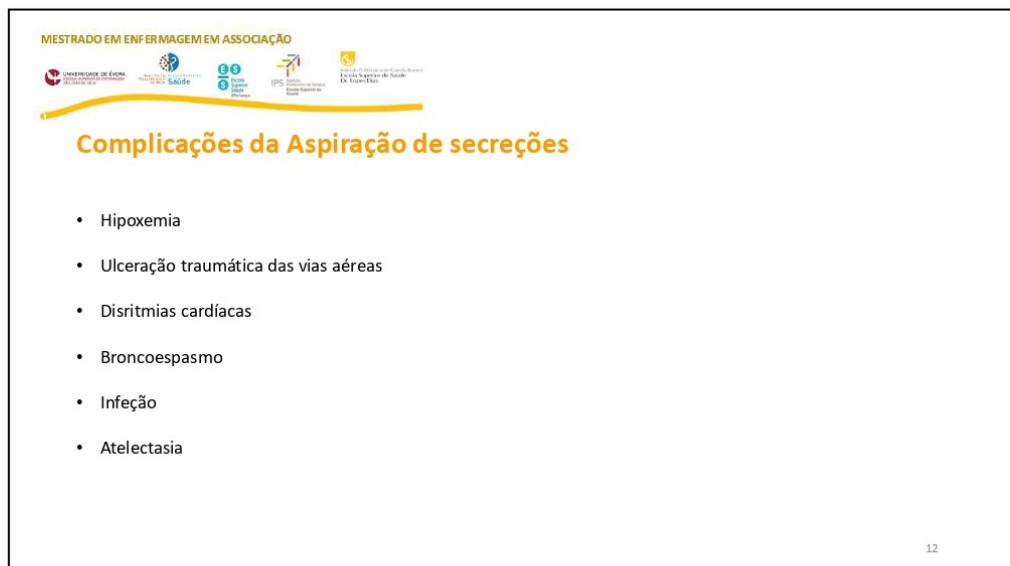


10

10



11



12

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE VISEU
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO

Hidratação VS Humidificação

A **hidratação** da pessoa é fundamental para uma fluidificação adequada das secreções brônquicas, facilitando a sua mobilização a *posteriori*. A hidratação trata-se de uma abordagem sistémica, através da administração de líquidos via oral e/ou endovenosa

A **humidificação** das secreções brônquicas é realizada através da prática de aplicar atmosfera húmida. O aerossol é realizado com soro fisiológico, devido ao ser menos indutor de broncospasma, e ajuda a fluidificar as secreções brônquicas

13

13

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE VISEU
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO

Atmosfera húmida

Vantagens	Desvantagens
Humidificação da via aérea	Produção excessiva de secreções
Fluidificação das secreções	Aumento de risco de crescimento e contaminação bacterianas

14

14



15

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALENQUER
UNIVERSIDADE DE VISEU

SAÚDE

INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA

INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA

INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA

INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA

Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial

Material:

- Nebulizador de malha vibratória
- Copo de malha vibratória
- Soro fisiológico
- Filtro bacteriano
- Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

16

16

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Faculdade de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Roberto Dias

Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial

1. Providenciar os recursos junto ao doente
2. Lavar as mãos
3. Instruir o doente sobre o procedimento (se possível)
4. Posicionar o doente em semi-Fowler ou sentado
5. Preparar o copo de malha vibratória com o soro fisiológico
6. Conectar o copo de malha vibratória no tubo inspiratório, não deve de ter filtro bacteriano entre o copo e o swivel
7. Ligar o nebulizador de malha vibratória à fonte de eletricidade
8. Conectar o nebulizador de malha vibratória à porta de entrada do copo de malha vibratória
9. Ligar o nebulizador de malha vibratória
10. Monitorizar a nebulização

17

17

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

Faculdade de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Roberto Dias

Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial

11. Supervisionar o efeito do tratamento e o bem-estar do doente
12. Terminada a nebulização, desligar o nebulizador de malha vibratória
13. Desconectar o copo de malha vibratória
14. Colocar filtro bacteriano no circuito inspiratório
15. Substituir filtro bacteriano do circuito expiratório, se necessário
16. Assegurar a recolha e lavagem do material
17. Lavar as mãos
18. Aspirar secreções se necessário
19. Lavar as mãos
20. Realizar registos


18

18

MISTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE

Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial



19

19

MISTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE

Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial



Sem filtro

Copo de malha vibratória



20

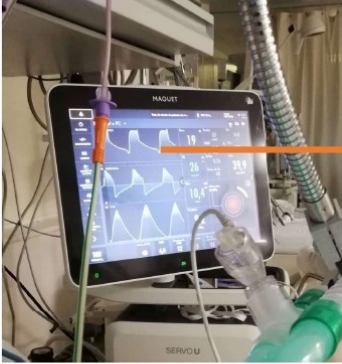
20

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

21

Procedimento de nebulização em doente com via aérea artificial



Pode indicar humidade no filtro bacteriano no sistema expiratório, proceder à substituição do filtro

21

21

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE VISEU

22

Procedimento de nebulização em doente sem via aérea artificial

Material:

- Nebulizador de malha vibratória
- Copo de malha vibratória
- Adaptador
- Máscara facial ou bucal
- Soro fisiológico
- Filtro bacteriano
- Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

22

22

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGANÇA
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE
UNIVERSIDADE DE VISEU
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA DO SUL
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO

Procedimento de nebulização em doente sem via aérea artificial

1. Providenciar os recursos junto ao doente
2. Lavar as mãos
3. Instruir o doente sobre o procedimento
4. Posicionar o doente ou assisti-lo a posicionar-se em semi-Fowler ou sentado
5. Preparar o copo de malha vibratória com o soro fisiológico
6. Instruir o doente a fazer inspirações amplas e pausa respiratória (3-5 segundos) no final da inspiração
7. Conectar o copo de malha vibratória à máscara
8. Ligar o nebulizador de malha vibratória à fonte de eletricidade
9. Ligar o nebulizador de malha vibratória

23

23

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGANÇA
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE
UNIVERSIDADE DE VISEU
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA DO SUL
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO

Procedimento de nebulização em doente sem via aérea artificial

10. Monitorizar a nebulização
11. Supervisionar o efeito do tratamento e o bem-estar do doente
12. Terminada a nebulização, desligar o nebulizador de malha vibratória
13. Assegurar a recolha e lavagem do material
14. Lavar as mãos
15. Aspirar secreções se necessário
16. Lavar as mãos
17. Realizar registos

24

24

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE DE VISEU

Curiosidades

- No doente em fase agónica com estertor ligeiro pode aplicar-se atropina (4 – 10 gotas sublingual) e **brometo de ipratrópio** (3 pulverizações na mucosa oral), sem inalação pulmonar.
- No doente com fibrose quística está indicado o soro salino hipertónico, para aumentar a clearance mucociliar.

25

25

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE DE VISEU

Bibliografia

Aguar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mandes, A., Pereira-Barbosa, M. (2017). *Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. REVISTA PORTUGUESA de IMUNOALERGOLOGIA, 25 (1), 9–26.

Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prática da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*, 24(1), 48–55. <https://doi.org/10.24950/rspm.1578>

Barreto, C., Pinto, P., Frões, F., Cravo, P. (2000). *Normas de terapêutica inalatória*. REVISTA PORTUGUESA de PNEUMOLOGIA/NORMAS, VI (5), 395–434.

Cofoe. (n.d.). *Nebulizer*. <https://www.cofoe.com/KF-WHQ-601B-Cofoe-Mini-Mesh-Nebulizer-pd4578124.html>

Direção Geral da Saúde. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2011). *Cuidados Respiratórios Domilicários: Prescrição de Aerossoterapia por Sistemas de Nebulização*.

Marum, S., Mata, C. (2008). *Anátomo-Fisiologia do Pulmão* in Maecelino, P. (Eds.) *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico* (pp. 13- 22). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda

Medicalexpo. (n.d.) *Nebulizadores*. <https://www.medicalexpo.com/pt/fabricante-medico/nebulizador-1964.html>

Otszewski, O. Z., MacLoughlin, R., Blake, A., O'Neill, M., Mathewson, A., & Jackson, N. (2016). A Silicon-based MEMS Vibrating Mesh Nebulizer for Inhaled Drug Delivery. *Procedia Engineering*, 168, 1521–1524.

Severino, S. (2016). *Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica* in Marques-Veira, C. e Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (pp. 365-380). Lusodidacta

Simões, I., Mendes, A., & Martins, J. (2001). *Diminuição das Trocas Gasosas R/C Presença de Secreções e/ou Fomecimento Inadequado de Oxigénio*. REVISTA REFERÊNCIA, (6), 61–69.

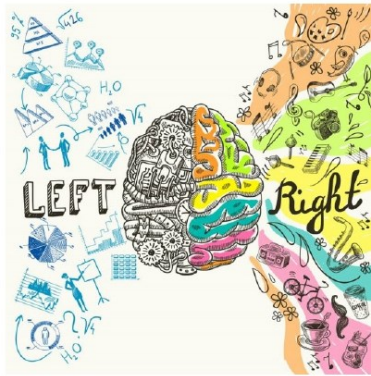
Taveira, N., Fernandes, B., Conde, S., Vanzeler, M., Pascoal, I., Duarte, R., Barroso, A., & Brito, M. (2000). TERAPÊUTICA INALATÓRIA.

Testas, J. (2008). *Enfermagem de Reabilitação no Doente Respiratório* in Marcelino, P. (Eds.) *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico*. (pp. 163-190). Lusociência

26

26

APÊNDICE 4 – PANFLETO DE NEGLIGÊNCIA UNILATERAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



A negligência unilateral é definida como percepção comprometida que se caracteriza por perda de capacidade de reconhecer um lado do corpo ou percepção da falta de consciência de um lado do corpo.

Quais são os sinais de negligência unilateral?

- Diminuição/incapacidade de perceber estímulos do lado contralateral da lesão cerebral
- Relutância da pessoa em iniciar movimentos do lado contralateral da lesão cerebral, principalmente nas lesões hemisféricas esquerdas
- Diminuição da sensibilidade superficial e profunda
- Diminuição da percepção sensorial

Condições que devem ser avaliadas e que poderão facilitar/dificultar a evolução clínica da pessoa:

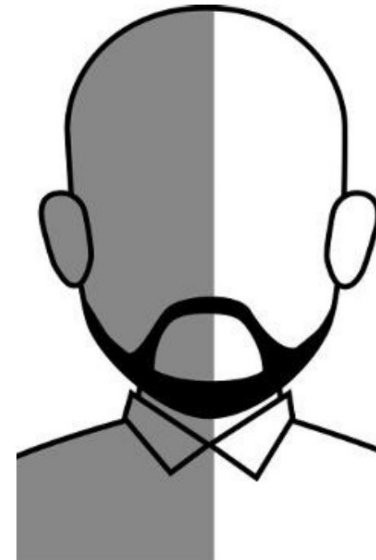
- Capacidade cognitiva
- Capacidade física
- Conscialização das mudanças no seu estado de saúde
- Força de vontade
- Envolvimento no processo de aprendizagem
- Crença demonstrada de que é capaz de recuperar
- Desejo expresso de se tornar mais independente

Os défices perceptuais são frequentemente vistos pelos familiares como sinais de demência. É essencial que sejam ajudados a compreender a natureza de tais problemas. Através duma avaliação cuidadosa dos padrões de comportamento e dos défices, podem ser formulados planos de tratamento para corrigir muitos problemas.

Trabalho elaborado por:

Catarina Pais
Aluna de Enfermagem de Reabilitação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Negligência Unilateral

Tipos de negligência unilateral

A negligência unilateral é uma combinação complexa de manifestações clínicas que variam de pessoa para pessoa, dependendo da região cerebral afetada. Pode ser de três tipos diferentes, e a pessoa pode ter um ou uma combinação dos três tipos, com vários graus de gravidade:

Egocêntrica

Negligência de um lado do corpo ou espaço pessoal, tendência para negligenciar o lado oposto da lesão, em referência à linha média do corpo. Por exemplo, as pessoas a barbear-se/aplicarem maquiagem na metade do rosto, geralmente negligenciando a metade contrária.

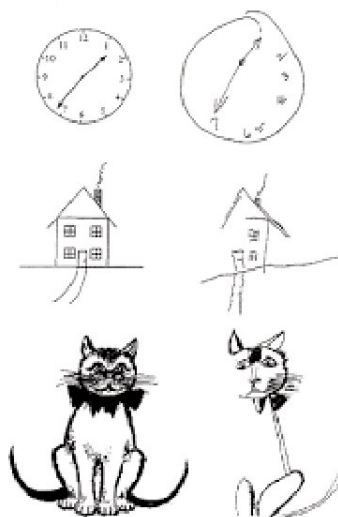
Alocêntrica peripessoal

Negligência do meio ambiente do alcance funcional. Por exemplo, as pessoas ignoram a comida de um lado do prato.

Alocêntrica extrapessoal

Negligência do meio ambiente fora do alcance funcional. Por exemplo, as pessoas colidem com objetos do meio ambiente, do lado negligenciado, ao tentar andar de cadeira de rodas.

Na medida em que os movimentos são sensitivo-motores, a avaliação da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e profunda (vibratória e postural) devem ser realizadas de forma contínua durante o processo de reabilitação, uma vez que a sua avaliação frequente permite orientar para as intervenções de enfermagem de reabilitação mais adequadas.



Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Na pessoa com negligência unilateral é fundamental uma abordagem integrada. Para isso é essencial abordar a pessoa, preferencialmente, pelo lado mais afetado, numa perspetiva multissensorial, quer ao nível tátil, quer pela audição. Para tal, a otimização do ambiente em que a pessoa está inserida, com a disposição do mobiliário de forma a potenciar a integração sensorial pelo lado mais afetado, é muito importante. Em casos de negligência unilateral grave deve fazer-se a abordagem pelo lado menos afetado e gradualmente passar para o lado mais afetado de forma prevenir a confusão e sentimentos de isolamento.

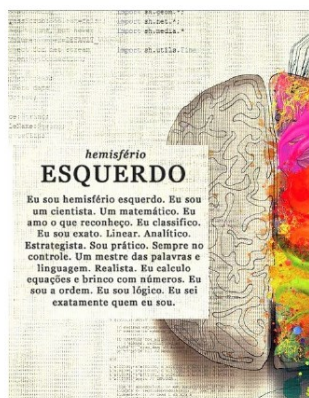
Estimular a percepção sensorial

- Varrimento visual – Encorajar a explorar o campo visual negligenciado realizando tarefas desse lado
- Feedback de vídeo – Filmar a pessoa enquanto realiza atividades. Assistir juntamente com ela e mostrar-lhe como está a negligenciar o corpo ou o espaço ao lado.
- Estimulação sensorial – Uso de várias técnicas para estimular a pessoa a perceber o lado negligenciado: dicas visuais/auditivas; estimulação térmica; tapa olhos/óculos hemiespaciais; vibração ou estimulação do pescoço/mão; simulação mental visuomotora; estimulação optométrica (objetos em movimento).

Exercícios para melhorar a percepção

- Ativação do membro – mobilização ativa do braço/mão do lado negligenciado
- Rotação do tronco – para o lado negligenciado, a fim de melhorar a exploração visual e percepção do hemiespaço
- Terapia de movimento induzido por restrição – restringir o membro superior não afetado (com suspensão braquial), para estimular o uso do membro afetado
- Terapia de espelho – colocar um espelho no plano sagital, para que a pessoa não possa ver o membro superior afetado. A pessoa observa no espelho os movimentos realizados com o membro menos afetado, ativando os neurónios espelho
- Treino bilateral dos membros superiores – praticar a mesma atividade com os dois membros superiores simultaneamente
- Facilitação cruzada – realizar exercícios/tarefas com o lado não afetado, cruzando a linha média para o lado afetado.

APÊNDICE 5 – PANFLETO DE NEGLIGÊNCIA UNILATERAL DIREITA

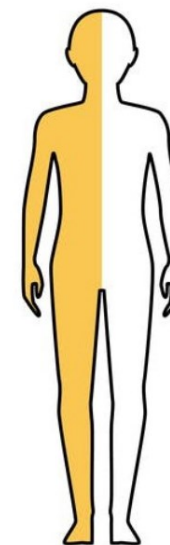


O cérebro está dividido em dois hemisférios: o esquerdo e o direito. O hemisfério esquerdo controla o lado direito do corpo e vice-versa. Quando o lado esquerdo do cérebro é afetado pode causar os seguintes problemas:

- Negligência do lado direito do corpo e dificuldade na identificação das partes do corpo do lado direito
- Alterações da visão e percepção: Dificuldades de visualização no lado direito
- Dificuldade na comunicação e linguagem: Dificuldade em compreender palavras ou reconhecer símbolos; Dificuldade em escrever
- Mudança comportamental: Comportamento lento e cauteloso; Ansiedade antes de tentar novas capacidades; Frustração e depressão pelas perdas

O seu Enfermeiro de Reabilitação está disponível para tirar dúvidas.

Converse connosco!



O meu familiar não reconhece o lado direito

E agora?

Trabalho elaborado por:
Catarina Pais
Aluna de Enfermagem de Reabilitação





Lembre-se: Cumprir o plano de reabilitação é importante!

- Aborde a pessoa pelo lado direito
- Coloque os objetos pessoais no lado direito
- Coloque a TV do lado direito
- Fale com a pessoa pelo lado direito
- Diga para fazer tarefas com o braço esquerdo, mas no outro lado
- Tape o olho do lado esquerdo por uns minutos enquanto conversam
- Massaje o pescoço no lado direito e mão direita
- Incentive a fazer tarefas com o braço direito
- Faça juntar as mãos e fazer movimentos com os 2 braços
- Faça usar a imaginação. Peça para descrever a sala ou o jardim...

O que posso fazer?



Cuidados

Incentive a comer com a mão direita, mas cuidado para não o deixar frustrado nem com fome.

Deite o seu familiar para o lado direito, isso ajuda-o a relembrar desse lado. Porém, lembre-se que ele ignora o lado direito, por isso deixe mais espaço no lado direito (da cama por exemplo) para não cair.

O seu familiar irá ignorar os objetos que estiverem à sua direita, permita que caminhe, mas apoie.

Pode usar um imobilizador de peito para o braço esquerdo e pedir para realizar tarefas com o braço direito, cuidado, novamente, com os sinais de frustração.

APÊNDICE 6 – PANFLETO DE NEGLIGÊNCIA UNILATERAL ESQUERDA



O cérebro está dividido em dois hemisférios: o esquerdo e o direito. O hemisfério direito controla o lado esquerdo do corpo e vice-versa. Quando o lado direito do cérebro é afetado pode causar os seguintes problemas:

- Negligência do lado esquerdo do corpo e dificuldade na identificação das partes do corpo do lado esquerdo
- Alterações da visão e percepção: Dificuldades de memória visual. Atenção visual reduzida e desorientação espacial e geográfica. Dificuldade em reconhecer as faces familiares
- Dificuldade na comunicação e linguagem: Reduzida compreensão do discurso; Dificuldade em se expressar; Desinteresse pela comunicação; Discurso pouco elaborado; Dificuldade na organização da informação
- Mudança nos afetos e emoções: Reações de indiferença; Negação da doença; Dificuldade de compreensão e utilização de expressões faciais e gestos.

O seu Enfermeiro de Reabilitação está disponível para tirar dúvidas.

Converse connosco!



O meu familiar não reconhece o lado esquerdo

E agora?

Trabalho elaborado por:
Catarina Pais
Aluna de Enfermagem de Reabilitação



O que posso fazer?



Cuidados

Incentive a comer com a mão esquerda, mas não se esqueça que, provavelmente, o seu familiar comia com mão direita, cuidado para não o deixar frustrado nem com fome.

Deite o seu familiar para o lado esquerdo, isso ajuda-o a relembrar desse lado. Porém, lembre-se que ele ignora o lado esquerdo, por isso deixe mais espaço no lado esquerdo (da cama por exemplo) para não cair.

O seu familiar irá ignorar os objetos que estiverem à sua esquerda, permita que caminhe, mas apoie.

Pode usar um imobilizador de peito para o braço direito e pedir para realizar tarefas com o braço esquerdo, cuidado, novamente, com os sinais de frustração.

- Aborde a pessoa pelo lado esquerdo
- Coloque os objetos pessoais no lado esquerdo
- Coloque a TV do lado esquerdo
- Fale com a pessoa pelo lado esquerdo
- Diga para fazer tarefas com o braço direito, mas no outro lado

- Tape o olho do lado direito por uns minutos enquanto conversam
- Massaje o pescoço no lado esquerdo e mão esquerda
- Incentive a fazer tarefas com o braço esquerdo
- Faça juntar as mãos e fazer movimentos com os 2 braços
- Faça usar a imaginação. Peça para descrever a sala ou o jardim...



Lembre-se: Cumprir o plano de reabilitação é importante!