



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CRIANÇA COM
ASMA**

*THE REHABILITATION NURSE SPECIALIST INTERVENTION IN CHILDREN
WITH ASTHMA*

Rita Isabel Sobralinho Rodrigues

**Almada
2025**



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CRIANÇA COM ASMA

*THE REHABILITATION NURSE SPECIALIST INTERVENTION IN CHILDREN
WITH ASTHMA*

Rita Isabel Sobralinho Rodrigues

Mestre Dina Peças

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

"A força não provém da capacidade física, mas de uma vontade indomável."

— Mahatma Gandhi



AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, manifesto o meu mais profundo agradecimento aos meus pais, cuja dedicação, exigência e amor incondicional foram determinantes para que este percurso fosse possível. Desde sempre, foram eles que me ensinaram a lutar pelos meus objetivos com coragem e perseverança. A vossa força, o vosso apoio inabalável e os vossos valores estiveram sempre presentes, mesmo nos momentos mais exigentes. Esta conquista é, em grande parte, vossa.

À minha irmã, um exemplo silencioso de sensibilidade, resiliência e amor. Nos dias menos bons, bastou uma palavra tua de alento para me fazer continuar. Foste alicerce nos momentos de cansaço, apoio nos momentos de dúvida e âncora quando tudo parecia desmoronar. A tua capacidade de cuidar, de ouvir e de estar, mesmo sem nada dizer, marcou este caminho de forma profunda e inesquecível. Obrigada por seres tudo aquilo que tantas vezes me faltava — e por nunca deixares que me esquecesse de quem sou.

Ao meu marido, João, agradeço toda a compreensão, paciência e apoio incondicional demonstrados ao longo de todo este percurso (e não só). A tua presença permanente, o incentivo sereno e o amor com que me acompanhaste foram fundamentais nos momentos em que o desânimo ameaçava vencer. Obrigada por acreditares em mim, mesmo nos dias em que eu própria duvidava.

À Egas Moniz, a segunda casa, onde tive o privilégio de realizar tanto a licenciatura como o mestrado, expresso o meu sincero reconhecimento. Foi neste espaço que criei e consolidei o meu percurso académico, onde cresci como profissional e como ser humano, rodeada de conhecimento, exigência e humanismo.

À minha Professora Orientadora, Dina Peças, agradeço com profundo respeito e admiração a orientação rigorosa, a disponibilidade constante e a sensibilidade com que acompanhou este processo. A sua exigência fez-me crescer; a sua confiança fez-me acreditar. A sua marca permanecerá no meu percurso profissional.

Por fim, a todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização desta etapa, deixo uma palavra de sincera gratidão. Cada gesto, palavra ou presença fez a diferença.



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AKQ – Asthma Knowledge Questionnaire
- AVD – Atividades de Vida Diária
- APA – American Psychological Association
- EE – Enfermeiro Especialista
- EEB – Escala de Equilíbrio de Berg
- EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
- EX. – Exemplo
- GINA – Global Initiative for Asthma
- MIF – Medida de Independência Funcional
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PFE – Peak Flow Expiratory
- RFR – Reabilitação Funcional Respiratória
- TSE – Teoria dos Sistemas de Enfermagem
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
- VEF1 – Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo



RESUMO

A asma é uma das doenças crónicas mais prevalentes na infância e representa um desafio significativo para a funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar da criança e da sua família. O impacto respiratório da patologia, associado à imprevisibilidade da agudização, requer cuidados especializados, contínuos e ajustados ao desenvolvimento infantil. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na promoção da autonomia e na prevenção de complicações, através da implementação de estratégias centradas na reabilitação funcional respiratória, na capacitação da criança e da sua família e na educação para a gestão da patologia.

A aplicação de técnicas como a cinesiterapia respiratória, treino de tosse, exercícios lúdicos com estímulo ventilatório e intervenções adaptadas às limitações funcionais da criança revelou-se eficaz na melhoria da ventilação, na redução do esforço respiratório e na prevenção de exacerbações. Paralelamente, o envolvimento ativo dos cuidadores no processo de autocuidado contribuiu para a continuidade dos ganhos obtidos durante o internamento, promovendo um regresso mais seguro ao contexto escolar, familiar e domiciliário.

A prática baseada na evidência e orientada pela Teoria do Autocuidado de Orem sustentou a personalização dos cuidados prestados e a construção de planos de intervenção ajustados às necessidades reais da criança. Através da atuação precoce e holística do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi possível maximizar a funcionalidade, reduzir o impacto da doença e melhorar os indicadores de saúde e qualidade de vida em idade pediátrica.

Palavras-chave: Asma, Criança, Intervenções, Reabilitação, Enfermagem.



ABSTRACT

Asthma is one of the most prevalent chronic diseases in childhood and represents a significant challenge to the functionality, quality of life, and well-being of the child and their family. The respiratory impact of the condition, combined with the unpredictability of exacerbation, requires specialized, continuous, and developmentally appropriate care. In this context, the Rehabilitation Nurse Specialist plays a fundamental role in promoting autonomy and preventing complications through the implementation of strategies focused on functional respiratory rehabilitation, empowerment of the child and family, and education for disease management.

The application of techniques such as respiratory kinesiotherapy, cough training, playful exercises with ventilatory stimulation, and interventions adapted to the child's functional limitations proved effective in improving ventilation, reducing respiratory effort, and preventing exacerbations. Simultaneously, the active involvement of caregivers in the self-care process contributed to maintaining the progress achieved during hospitalization, supporting a safer return to the school, family, and home environments.

Evidence-based practice, guided by Dorothea Orem's Self-Care Theory, supported the personalization of care and the development of intervention plans tailored to the child's real needs. Through the early and holistic intervention of the RNS, it was possible to maximize functionality, reduce the impact of the disease, and improve health outcomes and quality of life in pediatric age.

Keywords: Asthma, Child, Interventions, Rehabilitation, Nursing.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	14
1.1. A ASMA	14
1.2. A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	16
1.3. INTERVENÇÕES DO EEER NA CRIANÇA COM ASMA	22
1.3.1. Exercícios Aeróbios	22
1.3.2. Treino de Resistência, Força, Equilíbrio e Flexibilidade	23
1.3.3. Treino Adaptativo	23
1.3.4. Técnicas Respiratórias	23
1.3.5. Personalização dos Programas de Reabilitação	24
1.3.6. Abordagem Multidisciplinar e Adaptativa	24
2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	25
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal (A)	27
2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (B)	29
2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados (C)	32
2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das	
aprendizagens profissionais (D)	35
2.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE	
REABILITAÇÃO.....	38
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo	
de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1)	39
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou	
restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2)	44
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da	
pessoa (J3)	53



3. AVALIAÇÃO GLOBAL DAS APRENDIZAGENS	57
CONCLUSÃO	58
BIBLIOGRAFIA	60
APÊNDICES	66
Apêndice 1 – Plano de Atividades	67
Apêndice 2 – Póster: Ginástica Laboral	68
Apêndice 3 – “Bingo das Quedas”	69
Apêndice 4 – Estudo de Caso: Desafios e Estratégias de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica	70
Apêndice 5 – Estudo de Caso: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na criança com asma	71
Apêndice 6 – Folheto informativo: criança com asma	72
Apêndice 7 – Demência: Gestão comportamental	73
Apêndice 8 – Póster: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na criança asmática – Revisão <i>Scoping</i>	74
Apêndice 9 – Comunicação Livre	75



INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório, inserida no 1.º semestre do 2.º ano do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

O relatório final de estágio constitui um instrumento fundamental para a avaliação das aprendizagens e do desenvolvimento de competências adquiridas ao longo do estágio, permitindo uma reflexão crítica e fundamentada sobre a prática realizada (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O presente trabalho tem como finalidade descrever e analisar as competências adquiridas ao longo do percurso formativo, estabelecendo uma articulação entre os descritores de aprendizagem definidos pela Joint Quality Initiative (2004) para o segundo ciclo do ensino superior e o conjunto de competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Este relatório de estágio constitui um componente essencial da avaliação curricular, com o objetivo de delinear a área de interesse a ser aprofundada durante o estágio e destacar a sua pertinência. Além disso, visa explorar a intervenção do EEER na mitigação da problemática em foco.

O presente relatório de estágio intitulado Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Criança com Asma, surgiu de motivações pessoais e profissionais. A nível pessoal, existe um interesse em compreender os desafios enfrentados pelas crianças com asma, uma doença crónica que impacta significativamente a qualidade de vida das mesmas, exigindo estratégias eficazes para a promoção da sua autonomia e independência (Alves et al., 2022; Boulet et al., 2019).

Do ponto de vista profissional, a pertinência deste estudo reside na necessidade de garantir cuidados especializados que promovam a eficácia do tratamento, reduzam a sobrecarga dos cuidadores e maximizem a funcionalidade da criança, alinhando-se com os objetivos da enfermagem de reabilitação definidos pela OE, que incluem a manutenção da independência funcional, a melhoria da capacidade respiratória e a promoção da qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

Assim, os conhecimentos adquiridos nos distintos contextos de estágio, aliados aos conhecimentos aprofundados nas unidades curriculares que integram mestrado, constituem uma base sólida para o desenvolvimento de um plano de ação fundamentado, com o propósito de minimizar e/ou prevenir as complicações associadas à asma na criança.



Para a execução deste relatório, foram realizados vários estágios, efetuados em cinco fases. Uma primeira fase que decorreu de 20 de maio a 23 de junho numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A segunda fase de 24 de junho a 26 de julho numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). A terceira fase decorreu entre 2 de setembro e 24 de novembro em contexto hospitalar especificamente no serviço de Pediatria Internamento/Urgência Pediátrica. A quarta fase decorreu entre 28 de outubro a 24 de novembro também em contexto hospitalar, no serviço de Ortopedia. Por fim, a quinta fase decorreu em contexto comunitário com data de término a 06 de março de 2025.

Assim, este relatório visa integrar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do mestrado, enfatizando a importância de uma prática reflexiva e baseada na evidência, que contribua para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, foram elaborados objetivos gerais e específicos e planeadas atividades que proporcionaram o desenvolvimento das competências supracitadas que se encontram em apêndice 1.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco partes. Primeiramente, a introdução, onde são apresentados os objetivos do estudo, a relevância da problemática e os referenciais teóricos que sustentam as intervenções do EEER. Segue-se a análise e reflexão do desenvolvimento de competências, onde se descrevem as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, as estratégias utilizadas e os desafios encontrados. A avaliação, que incide sobre os principais resultados obtidos, destacando os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de competências do EEER. Na conclusão, sintetizam-se as aprendizagens realizadas e discutem-se as perspetivas de continuidade do trabalho na prática clínica. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas, anexos, apêndices e outros documentos que sustentam a fundamentação do estudo.

Em 2023, a OE definiu a área da função respiratória como uma área de investigação considerada emergente para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação e das intervenções autónomas do EEER, o que vem reforçar a importância da temática estudada. Com este estudo, pretende-se evidenciar a relevância da atuação do EEER na otimização da gestão da asma na criança, demonstrando o impacto positivo das suas intervenções na melhoria da funcionalidade, qualidade de vida e prevenção de complicações.

Além disso, este trabalho representa uma oportunidade de crescimento profissional, permitindo consolidar competências nos domínios da responsabilidade profissional, melhoria da qualidade dos cuidados, gestão dos cuidados e aprendizagem contínua (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).



Este relatório foi elaborado de acordo com as normas da American Psychological Association (APA) 7ª edição e segue as diretrizes do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, garantindo rigor metodológico e científico na apresentação do estudo.

A inclusão destas diretrizes metodológicas reforça o compromisso com uma prática profissional baseada na evidência e na reflexão crítica, pilares essenciais para o desenvolvimento do EEER e para a promoção de cuidados de excelência na área da enfermagem de reabilitação.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

1.1. A ASMA

A asma é uma doença crónica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo especialmente prevalente na infância. Caracteriza-se por uma inflamação crónica das vias aéreas, caracterizada por restrição variável e recorrente fluxo aéreo, hiperreatividade brônquica e episódios recorrentes de broncoconstrição, que se manifestam através de sintomas como sibilos, dispneia, tosse e sensação de dor torácica (Bhat & Bhat, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a asma afeta aproximadamente 235 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a sua prevalência crescente em diversos países. Esta tendência é particularmente evidente na população pediátrica, onde a asma se assume como a doença crónica mais prevalente na infância.

Em Portugal, afeta cerca de 175 mil crianças e adolescentes (8,4% das crianças). Cerca de metade das pessoas com asma em Portugal não têm a sua doença controlada (51% das crianças) (Serviço Nacional de Saúde, 2022; Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2022). Tais dados fazem com que a asma seja a doença crónica das vias aéreas inferiores mais comum em idade pediátrica em todo o mundo (OMS, 2024).

Na primeira infância (dos zero aos seis anos), os sintomas de asma tendem a apresentar-se de forma diversificada e inespecífica, sendo os mais frequentes a tosse seca e/ou produtiva, sibilos, dispneia e esforço respiratório. Já na infância tardia (dos sete aos onze anos), a sintomatologia assume contornos mais definidos, destacando-se os episódios de sibilância induzidos pelo esforço físico, bem como a presença de dispneia e tosse associadas à atividade (Alves et al., 2022).

As exacerbações estão relacionadas com a hiperreatividade brônquica causada por fatores como a atividade física, exposição a alérgenos ou poluentes ambientais, agentes irritantes, mudanças climáticas ou infeções respiratórias (Global Initiative for Asthma, 2015) conduzindo à obstrução progressiva e à excessiva expansão pulmonar (Menoita et al., 2012) manifestando-se por episódios recorrentes de sibilos, dor torácica, dispneia e/ou tosse (Cagliari et al., 2023).

A intensidade e a frequência dos sintomas podem variar significativamente, e os fatores desencadeantes são diversos (Cagliari et al., 2023) e estes podem manifestar-se de forma constante ou intermitente e têm tendência a agravar durante a noite ou pelo amanhecer (Costa et al., 2022).

A asma em idade pediátrica apresenta particularidades clínicas que impõem desafios adicionais à sua abordagem, em virtude da imaturidade dos sistemas imunológico e

respiratório, da evolução natural da doença, da complexidade inerente ao processo diagnóstico e da variabilidade, por vezes imprevisível, na resposta terapêutica. As alterações patológicas, nomeadamente a remodelação das vias aéreas, estão presentes nas vias aéreas das crianças.

O estreitamento dos brônquios pode ser provocado por alérgenos, vírus e agentes irritantes, e resulta em edema, infiltração de células, produção excessiva de muco, contração do músculo liso e descamação do epitélio. Essas alterações são, na maioria das vezes, reversíveis, no entanto, à medida que a doença progride, a broncoconstrição pode tornar-se progressiva e irreversível (Bereda, 2022).

O diagnóstico da asma na criança requer uma avaliação minuciosa dos sintomas, história clínica, exame físico e provas de função respiratória de modo a avaliar a gravidade da obstrução das vias aéreas (Cagliari et al., 2023).

A asma pode ter origem alérgica ou não alérgica. A asma alérgica é desencadeada por substâncias alérgicas como o pólen, poeira, mofo e pelos de animais. Já a asma não alérgica é provocada por fatores como ar seco, stress, clima frio e ansiedade, e envolve múltiplos fatores. Na asma alérgica, a inflamação ocorre devido à sensibilização pela Imunoglobulina E. Quando há uma reação entre antígeno/anticorpo, as células libertam mediadores, como histamina, serotonina, leucotrienos e prostaglandinas, que podem causar contração do músculo liso dos brônquios e inflamação da mucosa respiratória, resultando em broncoespasmo e edema (Bereda, 2022).

Após a realização da anamnese e do exame físico orientados para a identificação de sintomas respiratórios, torna-se igualmente fundamental a análise do histórico familiar, de forma a avaliar a predisposição genética para o desenvolvimento da asma. A confirmação diagnóstica, perante a presença de sintomatologia compatível, assenta na evidência objetiva de variabilidade da limitação do fluxo aéreo. Na asma, observa-se uma obstrução das vias aéreas, refletida na redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1). A espirometria constitui o exame de referência para a avaliação dessa limitação, permitindo também a classificação da gravidade da patologia com base nos valores obtidos do VEF1. Além disso, poderão ser realizados exames adicionais, como a avaliação da hiperreatividade brônquica, que visa determinar a sensibilidade das vias aéreas a estímulos externos capazes de desencadear sintomas de asma (Alves et al., 2022).

Adicionalmente, o *Peak Expiratory Flow* (PFE) constitui um instrumento útil na monitorização da obstrução do fluxo aéreo, permitindo a medição da sua variabilidade através de um equipamento portátil. Este dispositivo, adaptado à população pediátrica, apresenta uma escala graduada entre 60 e 400L/min e permite uma avaliação prática e objetiva, embora os resultados dependam do esforço expiratório e da capacidade pulmonar

da pessoa. Importa, contudo, salientar que o diagnóstico de asma em idade pediátrica, sobretudo em lactentes e crianças em idade pré-escolar, permanece um desafio clínico, uma vez que é essencialmente baseado na observação dos sintomas, os quais nem sempre são específicos. Estima-se que cerca de 50% das crianças manifestem episódios de sibilância nos primeiros anos de vida (Alves et al., 2022).

Para Cagliari et al. (2023), o tratamento da asma na criança envolve uma abordagem individualizada e personalizada, que compreende a administração de terapêutica de alívio rápido, como broncodilatadores que ajudam a aliviar os sintomas agudos, e terapêutica de controlo como corticosteroides inalatórios de modo a reduzir a inflamação e prevenir sintomas futuros.

A prevenção da asma na criança visa reduzir ao máximo a exposição a fatores de risco e garantir uma gestão adequada da mesma (Cagliari et al., 2023), englobando atitudes preventivas de modo a melhorar a qualidade de vida das crianças e evitar as exacerbações (Melo et al., 2023), carecendo assim de um plano de cuidados desenvolvido por profissionais de saúde em conjunto com a criança e pais e/ou cuidadores, definindo ações para o controlo contínuo da doença de modo a estimular o autocuidado (Cagliari et al., 2023).

1.2. A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

O referencial teórico deste relatório assenta na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que é amplamente reconhecida em enfermagem como um modelo para compreender e promover a capacidade do autocuidado.

O autocuidado consiste num conjunto de medidas que o indivíduo realiza por si só, para preservar ou restabelecer a qualidade de vida. Ao praticá-lo, procura-se prevenir problemas de saúde e adotar um estilo de vida mais saudável (Silva et al., 2021). A definição do autocuidado foi elaborada por Dorothea Elizabeth Orem em 1956 e formalmente validada em 1967 através do trabalho realizado pelo *Nursing Development Conference Group* (Petronilho, 2012).

A primeira referência de Dorothea Orem ao conceito de autocuidado surgiu no contexto da sua investigação sobre as razões pelas quais os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. A autora define o autocuidado como o conjunto de práticas intencionais realizadas pelo próprio indivíduo com o objetivo de promover o bem-estar, prevenir doenças ou lidar com situações de saúde (Silva et al., 2021). Trata-se, portanto, de uma capacidade adquirida e complexa, que permite ao ser humano satisfazer as suas próprias necessidades, regular os processos vitais, preservar a integridade física e funcional e, simultaneamente, fomentar o seu desenvolvimento e qualidade de vida (Orem, 2001).

Orem (2001) afirma que a capacidade humana para realizar o autocuidado é uma competência que se desenvolve diariamente, através de um processo de aprendizagem espontâneo. Este processo é estimulado pela curiosidade intelectual, pela orientação e supervisão de terceiros, bem como pela experiência adquirida na prática de ações relacionadas com o autocuidado.

O autocuidado abrange vários domínios: a) o domínio cognitivo, que engloba o conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado (exemplo (ex.) habilidades na tomada de decisão); b) o domínio físico, relacionado à capacidade física para realizar o autocuidado; c) o domínio emocional ou psicossocial, que inclui atitudes, valores, desejos, motivação e percepção de competência na prática do autocuidado; e d) o domínio comportamental, que diz respeito à posse das habilidades necessárias para executar os comportamentos do autocuidado (Petronilho, 2012).

O autocuidado pode ainda ser definido como uma reação aprendida diante dos processos de saúde-doença dos indivíduos – na procura de comportamentos saudáveis, incluindo regimes terapêuticos acordados com os profissionais de saúde, promotores de uma gestão eficaz da doença (especialmente na doença crónica), ao que podemos denominar de gestão do regime terapêutico (*self-management*) (Petronilho, 2012).

Orem destacou que a Teoria do Autocuidado de Enfermagem é uma teoria geral que se encontra dividida em três componentes:

- **Teoria do Autocuidado** – Orem (2001) afirma que todos os indivíduos possuem potencial para exercer o autocuidado, na medida em que dispõem de capacidades, saberes e experiências acumuladas ao longo do ciclo de vida. No entanto, quando as exigências do autocuidado ultrapassam essa capacidade individual, torna-se necessário o apoio externo, seja por parte de pessoas com responsabilidades sociais, seja através da intervenção de profissionais de saúde. A Teoria do Autocuidado, neste enquadramento, explica tanto os motivos que levam os indivíduos a cuidar de si próprios como as formas pelas quais esse cuidado é efetivamente realizado;
- **Teoria do Défice de Autocuidado** – proposta por Orem (2001), visa identificar as situações em que os cuidados de enfermagem se tornam necessários, bem como a forma como os indivíduos podem ser apoiados por meio de intervenções de enfermagem. O défice de autocuidado ocorre quando as necessidades da pessoa excedem a sua capacidade de satisfazê-las autonomamente, estabelecendo-se, assim, uma relação entre a limitação na capacidade de ação e a exigência de cuidados. Este conceito permite ajustar os métodos de ajuda ao



nível da prática clínica, enquanto clarifica o papel dos indivíduos no processo de autocuidado. Através da avaliação desse défice, o enfermeiro pode adaptar a sua intervenção com o intuito de atenuar os seus efeitos. Assim, Orem identifica cinco métodos fundamentais de ajuda: agir ou realizar ações pela pessoa; orientar e guiar; oferecer apoio físico e emocional; assegurar um ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal; e ensinar. Estes métodos são amplamente aplicados na prática da enfermagem de reabilitação, sendo ajustados às necessidades específicas de cada pessoa;

- **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** – procura explicar as interações estabelecidas entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados, orientando a forma como as necessidades de autocuidado devem ser atendidas. Esta teoria parte do princípio de que o sistema de enfermagem se organiza em função das necessidades de autocuidado da pessoa e da sua capacidade efetiva para as satisfazer. Assim, os cuidados de enfermagem tornam-se necessários quando se verifica um défice entre a capacidade individual de realizar ações de autocuidado e as exigências inerentes à manutenção do funcionamento humano desejado. Com base nessa teoria, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE) articula-se com a Teoria do Défice de Autocuidado, ambas constituindo o suporte teórico que orientou a prática desenvolvida ao longo do estágio. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, segundo Orem, define a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem, determinando de que forma os enfermeiros, os próprios indivíduos, ou ambos, respondem às necessidades identificadas, com base numa análise da discrepância entre as ações que a pessoa é capaz de realizar autonomamente e aquelas que são indispensáveis para preservar a sua integridade funcional. Esta mediação do cuidado, enquanto resposta ao défice de autocuidado, é o que fundamenta a intervenção do enfermeiro de reabilitação (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Havendo um défice de autocuidado, Orem categoriza a assistência fornecida pelos enfermeiros, com base nas necessidades individuais de cada pessoa e desta forma identifica três classificações de sistemas de enfermagem, que passo a nomear:

- 1) Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório – indivíduo que não consegue realizar o autocuidado, dependendo de outras pessoas para ajudá-lo nessa ação. O enfermeiro assume todas as ações necessárias para realizar o autocuidado terapêutico da pessoa. O objetivo é compensar completamente a incapacidade da pessoa de cuidar de si mesma e fornecer apoio e proteção;
- 2) Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório – indivíduos que

conseguem realizar o autocuidado, mas necessitam de orientação de enfermagem na realização, apoio e educação naquilo que o indivíduo não é capaz de realizar por si só. O enfermeiro realiza algumas das ações de autocuidado, compensando as limitações da pessoa e ajudando-a conforme necessário. A pessoa também participa realizando algumas atividades de autocuidado, regulando as suas ações e aceitando a colaboração do enfermeiro;

- 3) Sistema de Enfermagem Apoio-Educação – o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, mas requer orientação e supervisão dos enfermeiros durante a execução das atividades (Costa et al., 2022; Queirós et al., 2014; Petronilho et al., 2012). O enfermeiro deve utilizar estratégias como apoio, orientação, e a criação de um ambiente que facilite o desenvolvimento e a aprendizagem. De acordo com as Competências Específicas do EEER, definidas pela OE, este é responsável por implementar programas de reeducação funcional respiratória, bem como por ensinar, demonstrar e treinar técnicas inseridas nos programas definidos, com o objetivo de promover o autocuidado e assegurar a continuidade dos cuidados nos diversos contextos, nomeadamente em internamento, no domicílio e na comunidade (OE, 2019b).

Segundo Orem, o processo de enfermagem é um sistema que possibilita o diagnóstico das necessidades de cuidados, elaborar um plano de cuidados e intervir. Para isso, é necessário determinar quais os requisitos do autocuidado, avaliar a competência para o autocuidado, identificar as necessidades terapêuticas, mobilizar as competências do enfermeiro e planear a assistência nos sistemas de enfermagem. O enfermeiro atende às necessidades da pessoa dentro de um contexto sociocultural com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar por meio de um conjunto de intervenções terapêuticas (Queirós et al., 2014). Orem destaca a participação ativa da pessoa no autocuidado, permitindo que este assuma a responsabilidade no seu próprio tratamento (Silva et al., 2021).

Na criança, a classificação varia de acordo com a idade e o nível de complexidade da aprendizagem, consoante a incapacidade dos pais e/ou cuidadores (Costa et al., 2022).

A Teoria do Autocuidado de Orem enfatiza que as pessoas devem ser responsáveis por cuidar de si mesmas, sempre que possível. Quando enfrentam incapacidades ou limitações, o papel do enfermeiro é intervir (Costa et al., 2022; Petronilho, 2012).

Quando falamos de crianças, esses cuidados são cruciais quando os pais e/ou cuidadores não tem capacidade para intervir no processo (Queirós et al., 2014). A interação constante e intencional entre as pessoas e o ambiente ao seu redor é essencial para o autocuidado e sobrevivência. Neste sentido, Orem propõe uma abordagem orientada para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado, entendidas como um conjunto de ações



realizadas pela própria pessoa, pela família ou pela comunidade, com vista à promoção da saúde e à prevenção da doença. O comportamento de autocuidado é influenciado por múltiplos fatores interrelacionados, entre os quais se destacam as crenças individuais, o contexto sociocultural, as características pessoais e a qualidade das interações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pessoas (Costa et al., 2022).

A dispneia, frequente nas crises asmáticas, é um obstáculo significativo para a vida da criança, pois durante os períodos de internamento hospitalar, estas frequentemente necessitam de se ausentar da escola, o que pode resultar em desafios na aprendizagem e dificuldades na interação social com outras crianças, especialmente nos casos mais graves (Costa et al., 2022).

A associação da criança com asma com a Teoria do Autocuidado é justificada pela interferência dos distúrbios respiratórios nas suas atividades de vida diária (AVD). É crucial identificar os fatores externos que afetam a sua saúde e os cuidados que a própria criança pode realizar para promover o seu bem-estar, como a prática regular de exercício físico, alimentação saudável e o respeito pelos limites do corpo. Motivar a criança a implementar esses cuidados é essencial para o controlo da sua condição de saúde. Para isso é importante que compreenda e se adapte às limitações impostas pela sua idade e patologia (Costa et al., 2022).

A educação em saúde, uma componente fundamental no exercício profissional em enfermagem, desempenha um papel fulcral no estabelecimento de hábitos saudáveis e na promoção do autocuidado adequado para a criança. Estratégias educacionais direcionadas tanto para as crianças, como para os seus cuidadores desempenham um papel vital na redução das crises asmáticas e na melhoria da gestão da doença (Costa et al., 2022; Ng et al., 2021). É essencial considerar os aspetos sociais e culturais específicos da criança ao elaborar um plano de cuidados, incluindo orientações para a prática do autocuidado e o envolvimento dos pais ou cuidadores, visando assim reduzir a morbimortalidade associada à doença (Costa et al., 2022).

Os pais e/ou cuidadores da criança devem adotar comportamentos e rotinas que promovam a saúde da criança, garantindo um ambiente propício ao seu bem-estar. É importante encorajar a autonomia da criança na prática do autocuidado respeitando as suas capacidades de acordo com a sua faixa etária (Costa et al., 2022; Mikhaylova et al., 2023).

A criança, consoante a sua faixa etária, deve aprender a administrar corretamente a sua medicação, nomeadamente no adquirir de competências para a realização de nebulizações com o broncodilatador. Adicionalmente, é importante que os pais e/ou cuidadores estejam bem informados sobre o tratamento e os cuidados necessários na gestão da asma, sendo

capazes de reconhecer os sinais de agudização da asma e adotar medidas para evitar complicações e/ou o agravamento da doença (Costa et al., 2022).

A Teoria de Orem enfatiza a importância de avaliar o nível de habilidade e conhecimento dos pais e/ou cuidadores para promover o autocuidado da criança. Assim, o EEER presta orientação e apoio tanto aos pais como à criança, através da educação para a saúde (Costa et al., 2022).

Na criança, o papel do EEER torna-se essencial para identificar as limitações inerentes ao desenvolvimento, promover a capacitação dos cuidadores e estabelecer um ambiente de cuidado que estimule a autogestão da doença. Além disso, a aplicação desta teoria permite a elaboração de um modelo de cuidado personalizado, no qual cada intervenção é adaptada às necessidades específicas da criança.

A compreensão aprofundada das intervenções realizadas pelo EEER é essencial para assegurar a eficácia dos cuidados prestados a crianças com asma, contribuindo simultaneamente para a prevenção da sobrecarga dos pais e/ou cuidadores e para a promoção da autonomia da criança. Neste âmbito, a enfermagem de reabilitação tem como objetivos fundamentais a preservação da independência funcional, a melhoria da capacidade funcional e a promoção da qualidade de vida, conforme definido pela OE no Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019b).

A intervenção do EEER envolve a avaliação contínua das necessidades da criança, implementação de um plano de cuidados personalizado, educação da família sobre a gestão da asma e técnicas de autocuidado, bem como a prevenção de crises asmáticas. O objetivo é promover a máxima autonomia da criança e melhorar a sua qualidade de vida, ao mesmo tempo em que apoia a família no processo de adaptação e gestão da doença.

O EEER avalia as necessidades de cuidados de uma criança para gerir a doença de forma eficaz, planeia as ações necessárias e executa-as, seguindo o que é conhecido como processo de enfermagem. Posto isto, o enfermeiro pode realizar todos os cuidados necessários quando a criança não pode fazê-los sozinha (sistema totalmente compensatório); ajudar a criança com as atividades que ela não consegue realizar por si só (sistema parcialmente compensatório) e/ou orientar e educar a criança e a sua família (sistema de apoio/educação) (Silva et al., 2021).

Deste modo, é essencial destacar que o enfermeiro deve agir de forma assertiva, utilizando como base da sua intervenção os modelos teóricos de enfermagem. Esses modelos ajudam a promover a reflexão, a avaliação e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

1.3. INTERVENÇÕES DO EEER NA CRIANÇA COM ASMA

A asma na criança pode comprometer significativamente a sua qualidade de vida, com impacto no desempenho escolar e nas relações interpessoais, o que justifica a necessidade de uma abordagem holística e centrada na educação em saúde e na reabilitação (Alves et al., 2022).

A variabilidade dos sintomas e a imprevisibilidade das crises exigem uma avaliação constante e um acompanhamento rigoroso, proporcionando intervenções eficazes. Esta realidade reforça a importância do EEER, que, com base na evidência, desenvolve planos de cuidados personalizados e estratégias de intervenção adaptadas às necessidades específicas de cada criança (Isik et al., 2020). O EEER desempenha um papel crucial na promoção da saúde e bem-estar pediátrico, integrando conhecimentos teóricos e práticos para otimizar a funcionalidade e a qualidade de vida.

As intervenções do EEER têm como objetivo principal melhorar a função respiratória, reduzir a frequência e a intensidade das crises de asma, promover a autonomia e o autocuidado da criança e/ou da sua família através da educação em saúde, e ainda integrar uma abordagem multidisciplinar que envolva a colaboração multidisciplinar, assegurando uma visão holística.

De acordo com a OE (2019b, p. 13565), o papel do EEER na gestão da asma na criança envolve várias responsabilidades. Este é responsável por avaliar e monitorizar a condição respiratória da criança, identificar fatores desencadeantes da asma e desenvolver planos de cuidados personalizados. Além disso, o enfermeiro atua na educação da criança e da família, ensinando técnicas de autocuidado. A promoção de um ambiente seguro e a implementação de estratégias para a prevenção de crises asmáticas também são parte essencial do seu papel.

As intervenções do EEER na criança com asma focam-se em melhorar a função respiratória, controlar sintomas e aumentar a qualidade de vida. Através de um conjunto diversificado de exercícios e técnicas, estas intervenções são planeadas para serem adaptadas às necessidades específicas das crianças com asma.

As intervenções do EEER foram reconhecidas pelas suas contribuições significativas para as crianças com asma. Através da Revisão *Scoping* foram analisados vários estudos que identificaram momentos cruciais e características principais das ações de reabilitação neste contexto.

1.3.1. Exercícios Aeróbios

A incorporação de exercícios aeróbios, como basquetebol, corrida, natação e atividades lúdicas, tem se mostrado eficaz na otimização da capacidade pulmonar e na redução da

frequência e gravidade das crises asmáticas. Por exemplo, o estudo de Basaran et al. (2006) demonstrou que um programa de treino de basquetebol de 8 semanas resultou em melhorias significativas na qualidade de vida e na capacidade de exercício das crianças asmáticas. Além disso, o estudo de Yang et al. (2023) mostrou que a combinação de exercícios aeróbios com treino muscular respiratório promoveu uma melhoria substancial na força dos músculos inspiratórios e no controlo da asma. Esses exercícios promovem a melhoria da resistência física, além de oferecerem benefícios sociais e psicológicos, fundamentais para a adesão ao tratamento.

1.3.2. Treino de Resistência, Força, Equilíbrio e Flexibilidade

O treino de resistência e força muscular, combinado com exercícios de equilíbrio e flexibilidade, é essencial para o fortalecimento dos músculos respiratórios e a melhoria da função pulmonar. Programas que incluam atividades como saltar a corda, jogos com bola, e exercícios em passadeiras e bicicletas estáticas demonstraram ser eficazes na melhoria da capacidade funcional e na redução da inflamação sistémica. Essa abordagem multidimensional não apenas melhora a capacidade física geral das crianças, mas também contribui para um controlo mais eficaz da asma. Estudos como o de Carvalho et al. (2019) reforçam a eficácia dessas intervenções, mostrando melhorias significativas na capacidade funcional e respiratória. O estudo de Ha et al. (2021) também destacou que um programa de reabilitação supervisionado que incorpora exercícios de força, equilíbrio e flexibilidade pode ampliar os benefícios físicos e respiratórios para crianças com asma.

1.3.3. Treino Adaptativo

Os estudos de Abdelbasset et al. (2018), Silva et al. (2006), e Westergren et al. (2019) oferecem perspetivas valiosas sobre a implementação de treinos adaptativos em crianças com asma. Abdelbasset et al. (2018), destacaram que exercícios moderados, como caminhadas e jogos adaptados, podem melhorar significativamente a capacidade aeróbia e a qualidade de vida das crianças. Silva et al. (2006) comparou treinos matinais e vespertinos, concluindo que ambos são benéficos, o que oferece flexibilidade no planeamento das sessões de reabilitação. Westergren et al. (2019) ressaltam que programas de exercícios lúdicos não só aumentam a tolerância ao exercício, mas também contribuem para a autoestima e o bem-estar das crianças.

1.3.4. Técnicas Respiratórias

O treino respiratório, incluindo o treino muscular inspiratório e exercícios respiratórios específicos, mostram melhorias significativas na força muscular respiratória e no pico de

fluxo expiratório. O estudo de Lima et al. (2008) evidenciou que a implementação de um programa de treino respiratório específico resultou em melhorias notáveis na capacidade respiratória das crianças com asma. Técnicas manuais, como a libertação diafragmática e o bombeamento linfático torácico, também contribuem para a melhoria da mobilidade diafragmática e da função pulmonar, conforme demonstrado pelo estudo de Elnaggar et al. (2019). A inclusão dessas técnicas no tratamento padrão da asma é crucial para a redução dos sintomas e a promoção de uma melhor qualidade de vida.

1.3.5. Personalização dos Programas de Reabilitação

A personalização dos programas de reabilitação para responder às necessidades específicas de cada criança é fundamental para maximizar a eficácia do tratamento. Esta abordagem individualizada, que considera as preferências, capacidades e limitações de cada criança, garante não apenas a adesão ao tratamento, mas também a melhoria contínua dos resultados. A adaptação dos programas de exercícios às necessidades e preferências individuais das crianças é essencial para promover um estilo de vida ativo e saudável (Carvalho et al., 2019).

1.3.6. Abordagem Multidisciplinar e Adaptativa

A abordagem multidisciplinar e adaptativa do EEER é essencial na reabilitação de crianças com asma, integrando diferentes práticas para um cuidado mais eficaz. Para além das intervenções diretas, o EEER educa e capacita a criança e a família na autogestão da doença (Ha et al., 2021; Ng et al., 2021). Quando planeadas de forma holística e personalizada, estas intervenções contribuem para a melhoria da função respiratória, controlo dos sintomas e qualidade de vida (Westergren et al., 2019; Elnaggar et al., 2019). A inclusão de exercícios aeróbios, de força, equilíbrio, flexibilidade e treino respiratório tem-se revelado eficazes na redução das agudizações (Yang et al., 2023; Lima et al., 2008). A personalização dos programas de reabilitação, ajustados às capacidades e preferências da criança, garantem maior adesão e melhores resultados (Carvalho et al., 2019; Abdelbasset et al., 2018).

2. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo dedica-se a uma análise detalhada das intervenções desenvolvidas pelo EEER no acompanhamento da criança com asma, evidenciando a sua importância na concretização dos objetivos delineados no presente relatório de estágio, bem como na consolidação das competências fundamentais ao exercício profissional do EEER, tal como preconizado pela OE (OE, 2019a).

Adicionalmente, são analisadas as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2019a), garantindo uma visão global do processo formativo e da prática assistencial desenvolvida. O planeamento das atividades realizadas encontra-se disponível em apêndice 1, onde inclui também documentos que evidenciam a aquisição das competências.

A prática especializada em enfermagem exige uma intervenção profissional alicerçada na evidência científica, com foco na segurança dos cuidados prestados e na melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Neste contexto, o desenvolvimento das competências comuns do EE ocorre de forma progressiva ao longo da formação, sendo imprescindível para que este atue com autonomia, pensamento crítico e capacidade de decisão clínica sustentada (OE, 2019a).

As competências comuns do EE estão estruturadas em quatro grandes domínios que refletem os pilares da prática profissional, são eles a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais – constituem os alicerces da prática especializada, garantindo cuidados integrados e ajustados às necessidades individuais e contextuais (OE, 2019a).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, estas competências foram desenvolvidas e consolidadas através da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, da participação em estratégias de melhoria contínua e da interação com equipas multidisciplinares em unidades como a UCCI, UCC, Ortopedia, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica. A responsabilidade profissional, ética e legal destacou-se na relação terapêutica com a criança com asma e a sua família, assegurando uma abordagem centrada na pessoa, com respeito pelos princípios de autonomia e humanização. A melhoria contínua da qualidade esteve patente na avaliação crítica e na adaptação dos processos de cuidados, favorecendo a implementação de boas práticas clínicas, nomeadamente na administração de terapêutica inalatória em contexto pediátrico e na otimização da monitorização funcional das pessoas em processo de reabilitação.



A gestão dos cuidados revelou-se essencial na coordenação das intervenções de enfermagem e no trabalho em equipa, enquanto o desenvolvimento das aprendizagens foi promovido através da participação em eventos científicos e da criação de materiais educativos orientados para a literacia em saúde.

Por sua vez, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais concretizou-se através da participação em eventos científicos, da capacitação das equipas e das pessoas cuidadas, bem como da elaboração de materiais educativos orientados para a promoção da literacia em saúde.

A experiência adquirida nos diferentes contextos de estágio evidenciou a importância do papel do EE como agente de mudança, capaz de identificar necessidades, propor soluções e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados, mesmo perante desafios institucionais e organizacionais.

Este capítulo apresenta, assim, uma reflexão detalhada sobre a forma como as competências comuns do EE foram desenvolvidas, aplicadas e aperfeiçoadas ao longo do percurso formativo, evidenciando o impacto das intervenções realizadas nos estágios para a qualificação dos cuidados de enfermagem.

Conforme indicado pela OE (2019a), o EE distingue-se pela capacidade de integrar conhecimentos científicos atualizados, habilidades clínicas avançadas e tomada de decisão fundamentada, garantindo uma assistência segura, eficaz e adaptada às necessidades das pessoas cuidadas.

Na enfermagem de reabilitação aplicada à criança com asma, o EE intervém na prevenção de exacerbações, monitorização da função respiratória e capacitação da família para o autocuidado. Participa também no planeamento, execução e avaliação dos cuidados, promovendo boas práticas e a melhoria contínua da profissão (Dardouri et al., 2021; OE, 2019b).

Desta forma, este capítulo visa demonstrar, de forma sistemática e fundamentada, como as atividades desenvolvidas ao longo do estágio contribuíram para a consolidação das competências essenciais do EE, reforçando o seu papel na segurança, humanização e qualificação dos cuidados prestados.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No que diz respeito aos domínios das Competências Comuns do EE, estes englobam áreas como a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Melhoria Contínua da Qualidade; a Gestão dos Cuidados; e o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Embora os profissionais adquiram um conjunto de competências durante a formação académica, estas, são continuamente ajustadas e aprimoradas ao longo da vida

profissional, constituindo um desafio permanente. Essa atualização constante – quando aliada ao conhecimento científico – possibilita o desenvolvimento de habilidades e atitudes que não estavam presentes na formação inicial, enriquecendo assim a prática clínica (Mlambo et al., 2021).

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal (A)

Neste domínio, foram definidos como objetivos a integração progressiva e gradual na equipa multidisciplinar, com vista à compreensão do papel do EEER no contexto da prestação de cuidados, bem como a implementação de uma prática profissional orientada por princípios éticos, deontológicos e legais.

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um pilar fundamental na prática do EEER, regulando a conduta clínica, a tomada de decisão e a relação terapêutica com a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar. Ao longo dos diversos contextos de estágio, esta competência foi transversal, orientando uma prática centrada nos direitos da pessoa, no respeito pela dignidade humana, na justiça, na equidade e na autonomia, conforme estabelecido no Código Deontológico da OE e no Regulamento n.º 392/2019.

Desde o início dos estágios, a integração nas equipas multidisciplinares foi realizada com base numa atitude ética e colaborativa, reconhecendo e respeitando o papel e os limites de atuação de cada profissional. Foi assumida uma postura de escuta ativa, empatia, confidencialidade e compromisso com a pessoa cuidada, evidenciando uma prática responsável e pautada pelos princípios da beneficência e da não-maleficência.

A intervenção do EEER assenta, não apenas na prestação de cuidados, mas também na tomada de decisões fundamentadas, autónomas e legais. Esta compreensão foi particularmente visível na adaptação das intervenções aos direitos, valores e preferências das pessoas, especialmente em contextos vulneráveis, como a reabilitação em internamento e cuidados domiciliários. O processo de consentimento informado foi sistematicamente assegurado, garantindo que a pessoa compreendesse os objetivos, benefícios e riscos das intervenções propostas.

Durante o estágio na UCCI, por exemplo, a observação de sinais de sobrecarga física na equipa motivou a elaboração de um póster sobre ginástica laboral (Apêndice 2).

Embora esta iniciativa se centrasse na melhoria do bem-estar profissional, a decisão de intervir fundamentou-se no princípio ético que orienta o profissional de enfermagem a contribuir para a melhoria das condições de trabalho e para a promoção de um ambiente saudável e seguro. Esta ação teve como propósito indireto assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, reforçando o compromisso do enfermeiro com a saúde da equipa (Conselho Federal de Enfermagem, 2007).

A aplicação do modelo teórico de Dorothea Orem constituiu um contributo relevante para o reforço da responsabilidade ética enquanto profissional de enfermagem, ao evidenciar o papel do enfermeiro como facilitador do autocuidado e promotor da autonomia da pessoa. Esta responsabilidade refletiu-se, na prática, na personalização das intervenções, na adaptação da comunicação à realidade da pessoa e na verificação contínua da sua compreensão, promovendo a participação ativa da pessoa, da família ou do cuidador no processo de reabilitação.

Na UCC, a realização de sessões de educação para a saúde como o “Bingo das Quedas” (Apêndice 3) ou a sessão sobre o uso seguro do medicamento, implicou sensibilidade cultural, ética, comunicacional e responsabilidade pedagógica. Estas intervenções exigiram a adaptação da linguagem ao nível de literacia em saúde da população e o respeito pelos seus valores, reforçando o princípio da acessibilidade e da equidade no acesso à informação e aos cuidados.

A responsabilidade ética do EEER estende-se também à prática interprofissional. A articulação com os diferentes níveis de cuidados e a referenciação atempada foram componentes críticas para garantir a continuidade de cuidados e o cumprimento dos deveres legais e institucionais. Situações como a ausência de transporte para visitas domiciliárias exigiram uma atuação ética e proativa, assegurando soluções alternativas que evitassem interrupções nos cuidados. As alternativas utilizadas passaram por uma reorganização colaborativa do planeamento das visitas domiciliárias, articulando com outros enfermeiros que já se encontravam a realizar visitas na mesma área geográfica. Desta forma, foi possível integrar a visita necessária no percurso previamente definido, otimizando os recursos disponíveis e assegurando a continuidade dos cuidados, mesmo perante a limitação de transporte institucional.

Adicionalmente, em todas as intervenções clínicas foi assegurado o cumprimento das orientações legais aplicáveis, nomeadamente no que se refere à proteção de dados pessoais, ao dever de confidencialidade e ao respeito pela privacidade da pessoa cuidada, conforme previsto no Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015) e na legislação vigente sobre a proteção de dados. O acompanhamento do Sr. F.K. constituiu um exemplo prático desse compromisso, tendo sido garantido o acesso restrito à informação clínica, bem como obtido o consentimento informado para a elaboração do respetivo estudo de caso (Apêndice 4). No estudo de caso da criança Matilde (nome fictício), assegurou-se igualmente o cumprimento dos princípios éticos e legais, com obtenção de consentimento informado junto dos seus representantes legais, e garantindo-se que a criança foi envolvida de forma adequada à sua idade e nível de compreensão (Apêndice 5).

A consolidação desta competência foi também evidenciada pela participação em atividades científicas e pela prática reflexiva sistemática. Através da discussão de casos clínicos com os orientadores de estágio, da partilha em reuniões clínicas e da submissão de trabalhos científicos, foi possível aprofundar a compreensão dos dilemas éticos que surgem na prática clínica e responder-lhes de forma fundamentada.

Em suma, a responsabilidade profissional, ética e legal não se expressou apenas no cumprimento de normas, mas numa atitude constante de respeito pela pessoa, de fundamentação da prática e de compromisso com a excelência dos cuidados.

2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (B)

Para a concretização deste domínio, foram definidos como objetivos integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento e/ou concretização de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à criança com asma; e promover a autonomia funcional e a inclusão social da criança com asma, capacitando-a para alcançar máxima independência e participação social.

A melhoria contínua da qualidade representou um princípio sólido da prática clínica ao longo dos diferentes contextos de estágio, permitindo refletir criticamente sobre as intervenções realizadas, ajustá-las às necessidades reais dos contextos e promover cuidados de saúde mais eficazes, seguros e humanizados. Esta competência transversal expressou-se através da observação atenta, da identificação de oportunidades de mudança, da implementação de estratégias baseadas na evidência e da avaliação sistemática dos resultados obtidos. A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) constituiu a base do enquadramento teórico, sustentando a intervenção e reforçando a importância da promoção da autonomia e da capacitação da pessoa e da família no processo de reabilitação.

Um dos aspetos mais significativos ao longo do percurso formativo foi a consolidação de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade. Este domínio está intrinsecamente ligado à capacidade de analisar criticamente a prática, identificar oportunidades de melhoria e implementar intervenções que promovam a eficácia, segurança e humanização dos cuidados de enfermagem. No estágio realizado na UCCI, houve a oportunidade de desenvolver esta competência ao observar sinais de cansaço físico e emocional entre os profissionais da equipa. Reconhecendo que o bem-estar dos profissionais influencia diretamente a qualidade dos cuidados prestados, e dada a observação dos dados empíricos supracitados, foi elaborado um póster sobre ginástica laboral (Apêndice 2), com sugestões de pausas ativas e alongamentos simples a realizar



durante o turno. Esta intervenção revelou-se uma proposta prática e acessível para promover a saúde ocupacional, prevenir lesões musculoesqueléticas e melhorar o ambiente terapêutico. O póster foi afixado junto da sala de terapêutica, gerando curiosidade e comentários positivos por parte da equipa. Alguns profissionais referiram ter iniciado pequenas pausas para alongamentos ao longo do dia, demonstrando abertura para a adoção de hábitos mais saudáveis. Embora os efeitos não tenham sido mensurados formalmente, observou-se um aumento da sensibilização para o tema do autocuidado no trabalho. Embora não estivesse inicialmente prevista, esta ação demonstrou a capacidade de propor soluções fundamentadas e centradas na melhoria da qualidade dos cuidados, indo ao encontro da visão do EE como agente de mudança dentro da equipa (Hosseini et al., 2022).

Paralelamente, procurou-se aprofundar os conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano associados à reabilitação da criança com asma, com especial atenção à compreensão da patologia, dos fatores desencadeantes, dos dispositivos terapêuticos disponíveis e das estratégias educativas mais adequadas para capacitar a criança e respetiva família, de modo a obter ganhos em saúde. Esta consolidação de saberes ocorreu de forma evidente nos serviços de Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica, onde houve a oportunidade de aplicar e reforçar os conhecimentos adquiridos. A elaboração de um folheto informativo (Apêndice 6) sobre a criança com asma, bem como ensinamentos realizados junto das famílias/cuidadores permitiram a aplicação do conhecimento teórico na prática clínica, contribuindo para o reforço das competências na educação terapêutica e na reabilitação respiratória em idade pediátrica (Lima et al., 2008; GINA, 2023).

A promoção da autonomia funcional e da inclusão social da criança com asma assumiu-se como uma prioridade central no âmbito do desenvolvimento das competências ao longo dos diferentes contextos de estágio.

Para além dos ensinamentos realizados e da promoção da adesão ao regime terapêutico, procurou-se sempre considerar a criança como um ser integrado num contexto familiar, escolar e comunitário. Nesse sentido, foram implementadas intervenções que visaram não apenas o controlo da doença, mas também a valorização da criança enquanto agente do autocuidado (sempre que possível). Essa perspetiva é indissociável do modelo de Orem, que defende que o enfermeiro deve apoiar a pessoa na superação dos seus défices de autocuidado, promovendo a independência funcional e emocional de forma progressiva (Orem, 2001).

A elaboração, implementação e avaliação de planos de reabilitação direcionados para a criança com asma concretizaram-se através de ensinamentos estruturados e adaptados, à

criança, família e/ou cuidador, permitindo uma melhor compreensão da patologia, maior adesão ao plano terapêutico e promoção da autonomia no controlo dos sintomas.

A abordagem adotada foi sempre individualizada, considerando os níveis de literacia, as dinâmicas familiares, as barreiras identificadas e os objetivos da criança e da família. A análise crítica das respostas demonstradas após a realização dos ensinoss possibilitou o reajuste das estratégias previamente delineadas e o reforço dos conteúdos abordados, permitindo a implementação de uma abordagem mais eficaz, individualizada e centrada na pessoa (Fernandes et al., 2020). Esta metodologia traduziu-se em ganhos visíveis, nomeadamente uma melhoria na técnica inalatória, maior autonomia na gestão da sintomatologia por parte da criança/família, aumento da autonomia da criança/família na gestão da agudização na patologia e uma redução na afluência ao serviço de urgência por situações clínicas não urgentes.

Por outro lado, identificaram-se situações clínicas e sociais que exigiam a intervenção do EEER, tendo sido assumido como prioridade o desenvolvimento de intervenções centradas na capacitação da criança com asma e da sua família. Nesse contexto, foi possível aprofundar a capacidade de avaliar criticamente as necessidades da pessoa, através da observação sistematizada, da aplicação de escalas, como a Asthma Knowledge Questionnaire (AKQ) (Lopes et al., 2008), da análise do discurso espontâneo da criança/família, bem como da recolha de dados durante os momentos de ensino e supervisão clínica. Esta abordagem permitiu reconhecer sinais de agudização da doença ou défices de autocuidado e propor intervenções estruturadas que promovessem o *empowerment* da família.

Esta competência revelou-se especialmente relevante durante o estágio da comunidade, onde foi possível planear e dinamizar uma sessão de formação sobre a Demência: Gestão comportamental (Apêndice 7) cujo público-alvo eram os cuidadores formais.

A capacitação dos cuidadores formais constitui uma estratégia essencial para garantir a qualidade, a continuidade e a segurança dos cuidados prestados, contribuindo para a valorização do seu papel na rede de suporte à pessoa em situação de dependência (Bernardino & Rodrigues, 2025).

A formação permitiu melhorar o conhecimento dos participantes sobre estratégias de gestão de comportamentos desafiantes, promover a reflexão sobre práticas previamente adotadas e reforçar a autoconfiança na prestação de cuidados, traduzindo-se numa maior segurança, proatividade e estabilidade na resposta às necessidades da pessoa com demência.

O compromisso com a melhoria contínua da qualidade esteve ainda patente na forma como foram avaliadas criticamente as intervenções realizadas. O recurso ao *feedback* das

equipas, à escuta ativa da pessoa cuidada e à reflexão pessoal permitiu-nos ajustar metodologias, reformular estratégias e aprofundar o uso da evidência científica como suporte da prática. Esta postura foi transversal a todos os estágios, refletindo o compromisso com a excelência dos cuidados e com o crescimento profissional contínuo (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Em síntese, esta competência foi não só desenvolvida como interiorizada, passando a fazer parte da identidade enquanto futura EEER. Cada intervenção foi pensada com um propósito, executada com consciência crítica e avaliada com rigor através da aplicação de instrumentos de colheita de dados, reforçando o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados, com a dignidade da pessoa e com a valorização da profissão.

A consolidação desta competência traduziu-se em ganhos visíveis tanto na prática clínica como no processo de desenvolvimento profissional. Tais ganhos evidenciaram-se através da observação direta de comportamentos, do aumento da interação durante os momentos de ensino, da adesão às orientações por parte dos cuidadores e da aceitação das propostas apresentadas pelas equipas. Destaca-se a melhoria da comunicação com os cuidadores, traduzida na formulação de dúvidas pertinentes e na procura ativa de apoio, bem como a receptividade demonstrada pelas equipas às propostas de melhoria implementadas. Verificou-se, igualmente, um maior envolvimento da criança e da sua família nos processos de autocuidado, observável na execução autónoma de técnicas ensinadas e na verbalização de estratégias para lidar com sintomas. Estes resultados reforçam o papel do EEER enquanto agente de mudança, promotor de cuidados mais eficazes, seguros e humanizados.

2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados (C)

Com o intuito de desenvolver este domínio, foram definidos como objetivos desenvolver competências de gestão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade dos cuidados; elaborar, implementar e avaliar os planos de reabilitação, aplicados à criança com asma tendo em vista a promoção do autocuidado; identificar situações que requeiram intervenção do EEER, potenciando o *empowerment* na criança com asma e sua família; e desenvolver competências na prática de enfermagem de reabilitação, na reeducação funcional da criança com asma, prevenindo a ocorrência de complicações e promovendo a recuperação/readaptação funcional e promoção do autocuidado.

O domínio da gestão dos cuidados constitui uma dimensão essencial na prática do EE, exigindo a capacidade de coordenar, planear, supervisionar e avaliar intervenções de forma



integrada, crítica e personalizada. Ao longo do percurso de estágio, esta competência foi sendo consolidada através da observação clínica, da prática supervisionada, da participação em decisões clínicas e do progressivo crescendo de responsabilidades na gestão dos cuidados prestados à pessoa e à sua família.

A gestão dos cuidados implica uma abordagem holística e dinâmica, centrada na pessoa e respetiva família/cuidador, e articulada com a equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade, coerência e qualidade das intervenções de reabilitação. Esta competência revelou-se fundamental para promover uma prática clínica mais eficaz, adequada às necessidades reais das pessoas, e alinhada com os princípios da autonomia, da funcionalidade e do autocuidado.

Ao longo dos diferentes contextos clínicos, foi sendo desenvolvida a capacidade de planear os cuidados em função dos objetivos terapêuticos previamente definidos, adaptando a intervenção aos recursos disponíveis, às prioridades clínicas e às características da pessoa cuidada. Através do raciocínio clínico e da análise reflexiva, foi sendo adquirida maior autonomia na tomada de decisão relacionada com a priorização das intervenções, na gestão do tempo e na articulação de cuidados com outros profissionais. A aplicação da teoria de Dorothea Orem foi um suporte importante neste processo, tornando possível o reconhecimento dos défices de autocuidado, estruturar respostas ajustadas e promover a capacitação da pessoa, num processo progressivo de responsabilização e independência (Orem, 2001).

Neste contexto, destaco os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao Sr. F.K., uma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), internado numa UCCI. A gestão dos cuidados centrou-se na manutenção da funcionalidade preservada, prevenção de complicações e promoção da máxima autonomia possível. Foram implementadas estratégias de reabilitação motora (através de mobilizações ativas e assistidas de todos os segmentos, treino de equilíbrio) e reeducação funcional respiratória como o ensino e execução de técnicas de descanso e relaxamento; consciencialização e controlo da respiração; e reeducação diafragmática.

Todas as intervenções foram adaptadas à evolução clínica da pessoa, com base na avaliação funcional (nomeadamente Escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), Medida de Independência Funcional (MIF) (Granger et al., 1986) e de Escala Equilíbrio de Berg (EEB) (Berg et al., 1992), e integradas num plano de cuidados individualizado.

A gestão dos cuidados abrangeu também a capacitação do Sr. F.K. nas atividades em que mantinha alguma participação, nomeadamente na alimentação, na higiene pessoal, no vestir metade superior e inferior, realização de transferências (leito, cadeira, banheira, sanitário), bem como a interação social, avaliados através da escala MIF (Granger et al.,

1986). As intervenções realizadas respeitaram o seu ritmo e nível de esforço, promovendo a continuidade do movimento, o reforço muscular e a preservação da autonomia funcional preservada, ainda que limitada.

Esta experiência possibilitou a aplicação dos princípios do modelo parcialmente compensatório de Orem, assumindo o papel de agente terapêutico de autocuidado e adaptando constantemente as intervenções às necessidades reais, ao prognóstico e às metas possíveis de alcançar.

A gestão dos cuidados exigiu também competências de liderança por parte do EE, nomeadamente na organização de rotinas, na dinamização de reuniões de equipa, na proposta de melhorias e na supervisão da implementação de intervenções específicas. Este envolvimento ativo na dinâmica das equipas reforçou a compreensão sobre a importância da colaboração interdisciplinar, da partilha de informação e da definição de objetivos comuns. A prática da gestão não se traduziu apenas na coordenação de tarefas, mas na criação de um plano terapêutico coeso, centrado nas reais necessidades da pessoa, e sustentado numa visão holística e humanizada dos cuidados (Masood et al., 2025; Papadimitriou et al., 2024).

Ao longo dos estágios, foi progressivamente desenvolvida a capacidade de reconhecer lacunas nos circuitos de cuidados e de apresentar propostas fundamentadas com vista à sua melhoria. Este processo valorizou a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, assegurando uma transição segura da pessoa entre contextos distintos. Esta competência revelou-se fundamental para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, reduzir potenciais riscos e potenciar ganhos efetivos em saúde.

A gestão dos cuidados também se relacionou com a necessidade de adaptar intervenções aos contextos reais, enfrentando limitações estruturais, dificuldades organizacionais e necessidades emergentes. Nestes momentos, a capacidade de tomar decisões ponderadas, mobilizar recursos de forma eficiente e manter o foco na segurança e bem-estar da pessoa foram competências que contribuíram significativamente para o crescimento e desenvolvimento profissional.

Em vários momentos do estágio, verificou-se o envolvimento ativo na reorganização dos cuidados de enfermagem em função da evolução clínica da pessoa, garantindo a articulação entre profissionais. Foi promovida a melhoria da comunicação entre os elementos da equipa, promovendo a uniformização de procedimentos e a definição clara de responsabilidades. Através da análise de registos e reuniões clínicas, houve uma intervenção na reformulação de planos de cuidados que careciam de alinhamento com os

objetivos terapêuticos previamente estabelecidos, reforçando o papel do EE como elemento central na gestão integrada do processo de reabilitação.

Em algumas situações, foi desempenhado um papel ativo na organização da alta clínica, colaborando na articulação com cuidadores informais e UCCI. Ao longo dos estágios, consolidaram-se competências na identificação precoce de fatores de risco para a descontinuação dos cuidados, bem como na planificação de estratégias preventivas, promovendo uma abordagem contínua e coordenada da gestão dos cuidados.

A prática reflexiva, sustentada pela utilização de evidência científica na tomada de decisão e pela integração dos princípios éticos e deontológicos da profissão, contribuiu para o desenvolvimento de uma abordagem mais estratégica, eficaz e centrada na individualidade da pessoa no processo de gestão dos cuidados.

Conforme estabelecido pela OE (2010), no domínio da gestão dos cuidados, compete ao EE organizar, coordenar e supervisionar as intervenções de enfermagem, promovendo a eficácia da resposta da equipa e assegurando a articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Esta dimensão reforça o papel do enfermeiro não apenas enquanto prestador direto de cuidados, mas também como gestor do processo de cuidar.

Em suma, a competência no domínio da gestão dos cuidados foi-se consolidando de forma transversal e contínua ao longo dos estágios, expressando-se na capacidade de articular conhecimento teórico e prático, gerir situações complexas e promover cuidados de enfermagem mais seguros, coordenados, funcionais e centrados na pessoa e na família.

Os ganhos decorrentes da consolidação desta competência evidenciaram-se em diferentes níveis. A nível individual, observou-se uma maior adesão da pessoa aos planos terapêuticos e uma participação mais ativa nas decisões relativas ao seu processo de reabilitação. No contexto da equipa, a implementação de estratégias coordenadas e adaptadas às necessidades clínicas permitiu uma atuação mais coesa e eficiente, contribuindo para assegurar a continuidade e a excelência dos cuidados. No plano organizacional, a articulação otimizada entre contextos favoreceu a transição segura da pessoa, reduzindo o risco de descontinuidade dos cuidados. Estes resultados reforçam o valor estratégico do EE na gestão integrada dos cuidados e na promoção de ganhos em saúde mensuráveis e sustentáveis.

2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume um papel central no percurso de formação do EEER, uma vez que integra as dimensões do autoconhecimento, da reflexão crítica, da integração de saberes e da responsabilização



progressiva pela prática profissional. Este domínio foi sendo consolidado ao longo dos diferentes contextos de estágio através da mobilização de conhecimentos teóricos, da aplicação de competências clínicas, da adaptação às exigências do contexto real e da valorização do *feedback* recebido pelos pares, orientadores e utentes.

Com o intuito de desenvolver este domínio foram delineados como objetivos ampliar conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à criança com asma; elaborar, implementar e avaliar os planos de reabilitação, aplicados à criança com asma tendo em vista a promoção do autocuidado; e capacitar a criança com asma para o autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades física, mental e cognitiva por meio do treino de exercício e reeducação funcional respiratória.

Estes objetivos orientaram as intervenções e aprendizagens realizadas, permitindo um foco contínuo na aquisição de competências específicas que sustentassem uma prática autónoma, fundamentada e centrada na pessoa.

Durante este percurso, foi assumido progressivamente um papel de maior autonomia e ativo na construção das aprendizagens, reconhecendo limitações, identificando oportunidades de melhoria e investindo na atualização contínua. A prática supervisionada foi essencial para sustentar este processo, pois possibilitou a realização de intervenções, a tomada de decisões e a reflexão sobre os resultados, sempre com base numa análise crítica e dialogada. A proximidade com os orientadores de estágio e a articulação com as equipas clínicas proporcionaram momentos de aprendizagem rica, quer ao nível técnico, quer ao nível relacional, ético e comunicacional.

Nos diferentes estágios, o contacto com realidades institucionais distintas contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de adaptação a diferentes estilos de organização, culturas profissionais e perfis populacionais. Este confronto com a diversidade impulsionou a maturação profissional, ao exigir o ajuste das intervenções, formas de comunicação e metodologias de ensino às características específicas de cada pessoa e contexto. Essa plasticidade demonstrou ser uma competência essencial ao EEER, cuja prática deve ser sensível às diferenças individuais, socioculturais e organizacionais.

A aplicação da teoria de Dorothea Orem foi também um eixo crucial no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A identificação de défices de autocuidado e a construção de respostas adequadas exigiram não só conhecimento técnico, mas também capacidade de análise e planeamento. Esta abordagem promoveu a autonomia na gestão de casos, no estabelecimento de prioridades e na definição de metas centradas na funcionalidade e na autonomia da pessoa.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi também potenciado pela participação em atividades de formação contínua e em momentos de partilha com outros

estudantes e profissionais. A troca de experiências em contexto de equipa, as apresentações de casos clínicos e os momentos de supervisão pedagógica foram oportunidades valiosas para questionar práticas, fundamentar decisões e aprofundar o raciocínio clínico. Nestes momentos, ficou reforçada a importância da prática baseada na evidência como suporte para uma intervenção segura, crítica e eficaz.

Ao longo dos estágios, foram também desenvolvidas competências ao nível da gestão emocional da prática, reconhecendo o impacto das experiências clínicas na formação contínua. Situações de complexidade clínica, de comunicação difícil com utentes ou cuidadores, ou de exposição a contextos de fragilidade humana, exigiram não apenas competências técnicas, mas também empatia, ética, resiliência e autocontrolo emocional. Estes aspetos, muitas vezes pouco valorizados na formação formal, foram determinantes no fortalecimento da identidade enquanto enfermeira e futura especialista.

Outro aspeto que marcou o desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi a crescente capacidade de identificar situações de melhoria na prática clínica e propor mudanças fundamentadas. Esta postura crítica e proativa, que ultrapassa a execução de tarefas, é uma das marcas do profissionalismo na enfermagem especializada e reflete um compromisso com a excelência dos cuidados e com o crescimento pessoal e profissional contínuo (Rostami et al., 2025).

Ao longo dos estágios, os estudos de caso (apêndices 4 e 5) analisados emergiram de situações reais da prática de cuidados, tendo sido discutidos em profundidade com os orientadores de estágio e com a professora orientadora. Tais momentos de reflexão e confronto de perspetivas foram essenciais para o desenvolvimento do raciocínio clínico, bem como para a consolidação das aprendizagens adquiridas no âmbito da formação especializada.

A necessidade de fundamentar as decisões clínicas com base na melhor evidência disponível impulsionou a familiarização com a pesquisa em bases de dados científicas. O recurso à literatura atualizada revelou-se fundamental para sustentar propostas de intervenção e justificar escolhas clínicas, promovendo uma prática mais segura, eficaz e fundamentada.

A prática baseada na evidência constitui uma abordagem que articula a evidência científica mais atualizada com a experiência clínica do profissional e com as preferências da pessoa, tendo como finalidade potenciar a efetividade das intervenções e apoiar a tomada de decisão em contextos de cuidados (Schneider et al., 2020).

Neste sentido, a pesquisa sistematizada e orientada para a resolução de problemas clínicos tornou-se parte integrante do processo de aprendizagem. Esta prática não só reforçou a qualidade das intervenções, como também contribuiu para o desenvolvimento da

autonomia profissional, preparando o confronto para situações futuras de maior complexidade.

A partilha de conhecimento foi igualmente valorizada ao longo do estágio. A participação nas Jornadas de Enfermagem Egas Moniz, com um póster que se encontra para consulta em apêndice 8 e nas I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos, com uma comunicação livre, estando a apresentação em apêndice 9, constituíram uma oportunidade enriquecedora, permitindo divulgar o trabalho desenvolvido e contactar com diferentes realidades clínicas e académicas. O póster apresentado — “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na criança asmática – Revisão *Scoping*” (apêndice 8) — foi construído a partir de uma revisão *scoping* da literatura realizada no âmbito do projeto de estágio e serviu de ponto de partida para a reflexão que deu origem a este relatório.

A possibilidade de comunicar de forma estruturada e científica as intervenções do EEER reforçou o compromisso com uma prática baseada na evidência e com a atualização constante de conhecimentos. Esta experiência contribuiu para a consolidação da identidade profissional e para o desenvolvimento de competências de análise, síntese e comunicação, essenciais ao exercício autónomo e responsável da Enfermagem de Reabilitação.

Em síntese, as competências desenvolvidas neste domínio foram o reflexo de um percurso de aprendizagem construído com intencionalidade, reflexão e abertura ao *feedback*. A capacidade de transformar experiências em conhecimento, de reconhecer limites e de agir com responsabilidade foi sendo construída em cada estágio, em cada interação, em cada momento de decisão clínica. Este domínio constitui, assim, uma base sólida para o exercício autónomo, ético e crítico da enfermagem de reabilitação, e será, sem dúvida, um pilar da prática futura enquanto profissional comprometida com o saber, com a pessoa e com a melhoria contínua dos cuidados.

2.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo a OE (2023), o desenvolvimento da enfermagem de reabilitação em Portugal é um reflexo de um caminho que valoriza cada vez mais a especialização e a resposta às necessidades funcionais da população. A área surgiu como resposta a contextos clínicos que se tornaram mais exigentes, onde limitações físicas, motoras, sensoriais ou respiratórias passaram a exigir uma intervenção de enfermagem especializada. O foco está na promoção da funcionalidade, autonomia e inclusão social.

A enfermagem de reabilitação destaca-se por uma prática clínica diferenciada, centrada na pessoa e direcionada para maximizar o seu potencial funcional através de uma abordagem

multidimensional, procurando ir além da recuperação física e abrangendo também os aspetos emocionais, cognitivos e sociais, tudo com o objetivo de reintegrar a pessoa no seu quotidiano.

O EEER atua de forma autónoma e em colaboração com equipas multidisciplinares, desempenhando um papel crucial na elaboração, implementação e avaliação de planos de cuidados centrados na pessoa (Masood et al., 2025).

No contexto da criança com asma, o papel do EEER torna-se ainda mais relevante. A complexidade da patologia, a frequência das agudizações da doença e o impacto na qualidade de vida exigem intervenções estruturadas, contínuas e baseadas na evidência. A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que constitui o referencial teórico deste relatório, assume-se como um modelo organizado para orientar a prática do EEER na capacitação da criança e da respetiva família. O modelo de Orem destaca a importância de diagnosticar défices de autocuidado e implementar sistemas de apoio que se ajustem às capacidades da pessoa, promovendo o seu desenvolvimento funcional e autonomia progressiva (Orem, 2001).

A prática clínica desenvolvida ao longo dos diferentes estágios permitiu articular os objetivos definidos com os domínios de competência do EEER, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 392/2019). As intervenções realizadas foram planeadas e executadas com base nos pressupostos da teoria de Orem, tendo em vista a promoção do autocuidado na criança com asma, a capacitação da família e a reabilitação respiratória funcional. Este percurso formativo traduziu-se na consolidação de uma prática baseada na evidência, refletida, crítica e orientada para ganhos em saúde mensuráveis.

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

Este domínio, estabelece que o EEER deve possuir competências específicas para cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em qualquer contexto da prática de cuidados. Esta competência pressupõe uma intervenção diferenciada, centrada na pessoa, que valoriza a singularidade, a dignidade humana e a promoção da funcionalidade, adaptando as intervenções às necessidades biopsicossociais e ao contexto de vida da pessoa (OE, 2019b).

A prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais exige, por parte do EEER, uma intervenção que vai além da aplicação técnica ou protocolada, requerendo a integração de conhecimentos especializados, valores éticos e competências relacionais que



possibilitem à pessoa atingir o seu máximo potencial de funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Esta prática fundamenta-se numa avaliação holística e na compreensão das interações entre fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais, orientando-se pela construção de planos de cuidados individualizados e sustentados na melhor evidência científica. Trata-se de uma abordagem diferenciada, sensível e transversal a todos os contextos da prática clínica, aplicável ao longo de todo o ciclo de vida. De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, é responsabilidade do EEER cuidar de pessoas com necessidades especiais em qualquer etapa da vida e em múltiplos contextos, o que implica o planeamento e a implementação de estratégias clínicas e terapêuticas adaptadas às especificidades individuais (Sousa et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Ao longo dos diferentes estágios realizados, foi possível operacionalizar esta competência em diversos contextos e faixas etárias, consolidando uma prática clínica sustentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) e na evidência científica mais recente. A intervenção do EEER assume um caráter transversal ao ciclo de vida e aos diversos níveis de complexidade dos cuidados, requerendo raciocínio clínico, análise contextualizada das necessidades e condições da pessoa e a implementação de intervenções que promovam o bem-estar, a segurança e o alívio da vulnerabilidade, adequando os cuidados às necessidades específicas de cada situação. No decorrer dos estágios, foram identificadas necessidades específicas em diferentes populações, sendo que a abordagem terapêutica foi sempre ajustada ao estado funcional, cognitivo e emocional da pessoa.

A criança com asma constituiu uma área de intervenção prioritária, na qual o foco esteve centrado na promoção do autocuidado, na melhoria da função respiratória e na capacitação da família/cuidador.

De acordo com Alves et al. (2022), a asma é responsável por elevados índices de absentismo escolar, restrições na prática de atividade física e impacto emocional significativo.

A intervenção na criança, cuja situação clínica foi objeto de estudo de acordo com o apêndice 5, consistiu em aplicar técnicas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR): executar cinesiterapia respiratória (abertura costal global, abertura costal seletiva à direita, abertura costal seletiva à esquerda, exercício de rotação da escapulo-umeral, expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa, técnica de drenagem postural clássica, técnica de drenagem postural modificada, técnica de percussão torácica, técnica de vibração torácica, técnica de compressão torácica, técnica de vibrocompressão torácica); Executar inaloterapia através de inalador e realizar ensinamentos sobre a técnica, quer à criança, quer à família/cuidador; Avaliar conhecimento sobre técnica da tosse e realizar

ensinos sobre a mesma; Executar técnica da tosse (técnica de tosse dirigida, técnica de tosse assistida, técnica da expiração forçada).

No decorrer do estágio no serviço de pediatria internamento/urgência pediátrica, foi elaborado um estudo de caso sendo alvo de estudo a criança com asma, que se encontra para consulta em apêndice 5. Na avaliação da mesma, foram identificadas diversas necessidades de intervenção. A criança apresentava dificuldade em adormecer associada ao desconforto respiratório, neste sentido também houve a oportunidade de aplicar técnicas de RFR antes de dormir, como exercícios de respiração diafragmática e com lábios semicerrados, para melhorar a ventilação e o relaxamento e prevenir a acumulação de secreções.

Para aliviar a ansiedade na criança associada ao meio hospitalar, procurou-se criar um ambiente acolhedor e seguro, explicando o plano de tratamento de forma clara e adaptada à sua idade. Foram utilizadas técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática e diversos exercícios lúdicos que facilitaram a descontração da criança como brincadeiras que utilizavam sopros de penas, serpentinas ou bolas de sabão.

Como resultado das intervenções realizadas, observaram-se ganhos clínicos relevantes, nomeadamente a melhoria do padrão respiratório, evidenciada pela diminuição do esforço ventilatório e maior eficácia da tosse, após a aplicação das técnicas de RFR. Verificou-se, ainda, uma melhoria do padrão de sono, uma vez que, após a aplicação de técnicas de relaxamento respiratório antes de dormir, a criança referiu menor desconforto e conseguiu adormecer com maior facilidade. Ao nível emocional, foi notada uma redução da ansiedade relacionada com o ambiente hospitalar, traduzida por maior receptividade às intervenções e participação ativa nas atividades terapêuticas propostas.

A abordagem adotada foi com base na Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, que estabelece que os cuidados de enfermagem são necessários sempre que as exigências do autocuidado superam as capacidades da pessoa (Orem, 2001).

A intervenção junto da criança/família/cuidador foi complementada pela dinamização de sessões educativas, elucidadas através de um folheto informativo disponível em apêndice 6, com o intuito de promover a literacia em saúde, garantir a continuidade dos cuidados e reduzir o número de reinternamentos/vindas ao serviço de urgência. De acordo com Guo et al. (2025), a capacitação dos cuidadores é determinante para o sucesso das intervenções de reabilitação em idade pediátrica, dado que os pais ou familiares desempenham um papel ativo no apoio à adesão ao plano terapêutico, ao controlo ambiental e à monitorização precoce dos sinais de exacerbação da doença.

Estes ganhos reforçam a importância da intervenção do EEER na promoção da funcionalidade respiratória, do conforto e da segurança da criança, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

No extremo oposto do ciclo de vida, as intervenções com adultos em situação de incapacidade funcional decorrente de eventos agudos – como acidentes vasculares cerebrais e traumatismos ortopédicos – exigiram uma atuação centrada na recuperação das capacidades perdidas e na readaptação funcional.

No contexto de internamento em unidade de ortopedia, a intervenção incidiu na promoção da mobilidade precoce, na reeducação ao esforço, na prevenção de complicações secundárias à imobilidade e no treino das AVD, em articulação com a restante equipa multidisciplinar. Esta intervenção permitiu ganhos significativos, nomeadamente a recuperação gradual da autonomia nas transferências e na marcha com apoio, a melhoria da tolerância ao esforço, a prevenção de úlceras por pressão e a redução do risco de quedas. Verificou-se, ainda, uma maior adesão ao plano terapêutico e uma participação mais ativa da pessoa no processo de reabilitação.

Em contexto de UCCI, foram prestados cuidados a pessoas com limitações decorrentes de doenças neurodegenerativas, sequelas de internamento prolongado ou necessidades paliativas. Nestes cenários, a intervenção exigiu competências acrescidas na comunicação terapêutica, gestão da dor, adaptação dos contextos físicos e capacitação dos cuidadores informais. A promoção da capacidade funcional residual e o conforto foram prioritários, respeitando as vontades e preferências da pessoa, numa lógica de cuidado centrado na dignidade e na qualidade de vida. Esta abordagem traduziu-se em ganhos relevantes, tais como a melhoria da adaptação à sua condição clínica, a diminuição de episódios de agitação ou dor descontrolada e o *empowerment* dos cuidadores.

Tal como afirma Bernardes et al. (2023), a abordagem do EEER em contexto de cuidados continuados deve integrar estratégias de *empowerment* da pessoa e da sua rede de suporte, com vista à construção de um plano de vida possível, ajustado às limitações presentes, mas focado nas capacidades preservadas.

Já em contexto domiciliário, a prestação de cuidados assentou na adaptação dos espaços às condições de mobilidade da pessoa, na orientação dos cuidadores para a administração correta da terapêutica, treino de AVD e técnicas de posicionamento, traduzindo-se numa redução nas lesões por pressão, no reforço da adesão ao regime terapêutico instituído e na promoção de uma maior autonomia funcional.

De acordo com Dardouri et al. (2021), a intervenção do EEER o domicílio é essencial para garantir a continuidade dos cuidados, reforçar os ensinamentos adquiridos no internamento e

promover a funcionalidade no ambiente da pessoa. Esta dimensão da prática exigiu uma elevada capacidade de avaliação do ambiente e sensibilidade às dinâmicas familiares.

A especificidade da intervenção do EEER passa, ainda, pela articulação entre as dimensões física, cognitiva, emocional e social da pessoa. Esta integração de saberes está alinhada com os descritores de Dublin, que defendem que o segundo ciclo de ensino superior deve preparar os profissionais para lidar com questões complexas e promover soluções criativas em contextos imprevisíveis (Joint Quality Initiative, 2004). No caso da enfermagem de reabilitação, esta complexidade reflete-se na necessidade de tomar decisões clínicas fundamentadas, de integrar os princípios éticos e legais da profissão e de promover o *empowerment* da pessoa com necessidades especiais.

Durante o estágio, foi possível integrar esta visão holística e complexa do cuidado, articulando os diferentes domínios de competência com as situações clínicas vivenciadas. A prática baseada na evidência esteve sempre presente, com recurso a artigos científicos atualizados, protocolos institucionais e recomendações de boas práticas. Foram desenvolvidas intervenções sustentadas em *guidelines* internacionais – como as emitidas pela Global Initiative for Asthma (GINA, 2023) – e instrumentos normativos da OE, nomeadamente no que respeita à avaliação da funcionalidade, à implementação de programas de reeducação respiratória e ao ensino para a autogestão da doença.

Esta competência foi, também, desenvolvida através da participação em momentos de formação, reuniões, sessões educativas e supervisão de práticas, que fomentaram a aprendizagem contínua e a reflexão crítica. A articulação com os diferentes profissionais das equipas multidisciplinares permitiu compreender as distintas visões sobre o processo de reabilitação e integrar contributos na elaboração dos planos de cuidados. Como referem Doornebosch et al. (2022) e Wei et al. (2022) a abordagem colaborativa em reabilitação potencia ganhos em saúde, reforça a qualidade dos cuidados prestados e promove a satisfação da pessoa cuidada e da sua família.

A operacionalização deste domínio, conforme experienciado ao longo dos estágios, traduziu-se numa intervenção que respeita a singularidade da pessoa, valoriza a autodeterminação e considera os determinantes sociais de saúde na formulação dos planos de cuidados. Uma abordagem centrada na pessoa, permitiu reforçar a importância de práticas equitativas e sensíveis à diversidade sociocultural, especialmente no contacto com populações vulneráveis, como crianças com doença crónica, idosos institucionalizados e pessoas com défice de suporte social.

Adicionalmente, este domínio exige que o EEER possua uma visão estruturada da reabilitação, articulando as suas intervenções com os diferentes níveis de cuidados de saúde e os contextos familiares, sociais e comunitários da pessoa. Tal exigência foi

particularmente evidente nas intervenções domiciliárias na UCC, onde a adaptação dos ambientes físicos, a capacitação dos cuidadores e a promoção da funcionalidade no espaço domiciliário revelaram-se fundamentais para assegurar a continuidade dos cuidados e a reintegração da pessoa na sua vida quotidiana.

A literatura recente reforça esta dimensão da prática do EEER, apontando a necessidade de integrar componentes terapêuticas, pedagógicas e relacionais para maximizar os ganhos em saúde e a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação (Melnik & Fineout-Overholt, 2023; Schneider et al., 2020). Como tal, o domínio J1 não se limita à execução de técnicas ou ao cumprimento de protocolos clínicos; exige, também, uma abordagem reflexiva, autónoma e baseada na evidência, capaz de responder a necessidades complexas e multidimensionais.

Assim, esta competência foi desenvolvida de forma transversal ao longo dos estágios, articulando-se com os restantes domínios e evidenciando uma prática diferenciada, eticamente envolvida e tecnicamente sustentada. Este percurso permitiu consolidar uma identidade profissional enquanto EEER, apta a cuidar de pessoas com necessidades especiais, em qualquer fase do ciclo de vida e em diferentes contextos clínicos e comunitários, promovendo a funcionalidade, a dignidade e a qualidade de vida da pessoa cuidada.

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

Este domínio representa uma das expressões mais complexas e abrangentes da prática clínica especializada. Esta competência impulsiona o EEER a promover a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, através de um processo sistemático e integrado, que privilegia a promoção da autonomia, da inclusão social e do exercício pleno da cidadania, ajustado às especificidades de cada pessoa e ao seu contexto de vida, independentemente do ciclo de vida ou do contexto clínico.

A concretização desta competência exige que o EEER reconheça as múltiplas dimensões do processo de reabilitação, valorizando a história de vida da pessoa, as dinâmicas familiares, as redes de apoio e os fatores sociais que, muitas vezes, condicionam o seu percurso de recuperação (Pereira et al., 2024).

Neste domínio, o EEER intervém com o propósito de minimizar os impactos das limitações funcionais, promover o autocuidado, restaurar a funcionalidade e favorecer a participação da pessoa na comunidade. Para tal, deve aliar conhecimento técnico-científico,

sensibilidade ética, competência comunicacional e um olhar clínico apurado que considere o contexto de vida, a estrutura familiar e as redes de suporte disponíveis para cada pessoa. Deste modo, a intervenção do EEER estrutura-se numa abordagem multidimensional, que combina competências técnicas com dimensões pedagógicas, sociais e relacionais, assegurando uma reabilitação humanizada e centrada na pessoa (Masood et al., 2025).

Ao longo dos diferentes estágios realizados, e em particular nos que decorreram em contexto domiciliário e comunitário, a intervenção do EEER assentou numa avaliação holística da pessoa e do seu contexto, permitindo desenhar planos de cuidados realistas e personalizados. Esta abordagem revelou-se essencial para identificar barreiras físicas e sociais que comprometiam a funcionalidade e a participação da pessoa na comunidade (Pereira et al., 2024). As estratégias implementadas procuraram não apenas recuperar a funcionalidade, mas também potenciar a autonomia e a inclusão, respeitando a vontade da pessoa e promovendo a sua autodeterminação.

Durante o estágio realizado em UCC, foi possível intervir diretamente com pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, proporcionando cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário, com o propósito de favorecer a reintegração social e o exercício pleno da cidadania. Esta vivência foi particularmente enriquecedora para o desenvolvimento das competências específicas do EEER, uma vez que permitiu avaliar a pessoa no seu ambiente natural, identificando, de forma sistematizada, as barreiras físicas, sociais e emocionais que comprometiam a funcionalidade e a participação social.

Ao mesmo tempo, este contexto permitiu compreender a importância da corresponsabilização da pessoa e da família enquanto agentes ativos no processo de mudança e adaptação à limitação funcional, reforçando o papel do EEER como facilitador e mediador de processos de transição e inclusão (Pedrosa et al., 2022; Shirozhan et al., 2022).

O contacto direto com as pessoas no contexto domiciliário revelou-se essencial para uma compreensão holística das limitações decorrentes das suas condições de saúde como a diminuição na mobilidade e a dificuldade na realização de transferências, possibilitando simultaneamente, a identificação dos recursos disponíveis, quer individuais, quer familiares ou comunitários.

A partir desta avaliação, foi possível planear e implementar intervenções individualizadas, ajustadas às condições ambientais e às especificidades da pessoa e da família, tendo como principal objetivo minimizar os fatores de risco relacionados com as alterações da funcionalidade. As intervenções realizadas foram abrangentes, atuando ao nível das dimensões motora, sensorial, cognitiva, respiratória, cardíaca, da alimentação e da



eliminação, reconhecendo a pessoa como um ser holístico e considerando as suas necessidades físicas, emocionais e sociais.

Esta abordagem integrada permitiu ainda reconhecer a importância de identificar precocemente fatores psicossociais e culturais que poderiam limitar ou potenciar o sucesso da reabilitação, tais como crenças familiares sobre a doença, perceções de dependência, ou mesmo questões de literacia em saúde, que, quando abordadas desde o início, facilitaram a adesão ao plano de cuidados (Dias et al., 2022).

Além disso, o contacto direto com as pessoas e famílias no domicílio demonstrou que o processo de capacitação vai além da simples transmissão de conhecimentos, sendo essencial criar uma relação terapêutica de confiança, escuta ativa e validação das emoções, aspetos frequentemente identificados na literatura como preditores de sucesso no processo de reabilitação (Bradshaw et al., 2022).

A realização dos cuidados no domicílio permitiu, ainda, otimizar o impacto das intervenções propostas, uma vez que a adaptação das estratégias às rotinas e dinâmicas familiares aumentou significativamente a adesão e a eficácia das mesmas. Esta abordagem possibilitou não só ganhos evidentes ao nível da funcionalidade e autonomia, mas também promoveu a segurança e o *empowerment* da pessoa e da família, fomentando a continuidade dos cuidados e a manutenção dos ganhos obtidos no contexto da reabilitação. Esta experiência reforçou a importância do papel do EEER na conceção de ambientes facilitadores e na capacitação da pessoa para uma vida mais autónoma e participativa, valorizando sempre a sua dignidade e qualidade de vida.

De forma transversal, esta experiência mostrou que a adaptação do plano de cuidados às rotinas familiares não só promove a autonomia da pessoa, como também contribui para a redução da ansiedade do cuidador, fator frequentemente associado ao insucesso de programas de reabilitação domiciliária (Jammal et al., 2024).

A promoção de ambientes facilitadores estendeu-se ainda ao incentivo à utilização de recursos comunitários, como equipamentos sociais e redes formais de apoio, com o objetivo de reforçar a capacidade da pessoa e da família para manter a funcionalidade e a participação social a longo prazo (Faria et al., 2020). São exemplo, equipamentos de exercício motor disponibilizados pelo município.

Um dos aspetos fulcrais desta prática foi a identificação de barreiras arquitetónicas e ambientais que comprometiam a funcionalidade e a segurança da pessoa, potenciando o risco de quedas e outros acidentes no domicílio. Durante as visitas domiciliárias realizadas, foram identificados frequentemente diversos obstáculos, como escadas sem corrimão, degraus sem marcação visual, corredores com iluminação insuficiente e instalações sanitárias desadequadas, nomeadamente casas de banho com banheiras que dificultavam

o acesso e comprometiam a segurança. Para além da identificação das barreiras físicas, foi igualmente realizada uma avaliação global do ambiente, considerando aspetos como a disposição dos móveis, a acessibilidade aos equipamentos de apoio e a adequação do espaço às necessidades da pessoa. Perante estas situações, foram implementadas orientações específicas para a eliminação ou redução dos fatores de risco, sempre respeitando princípios ergonómicos e as necessidades individuais da pessoa e da família. Entre as medidas propostas, destacaram-se a instalação de corrimões, a sinalização dos degraus através de fitas antiderrapantes contrastantes, a reorganização dos espaços para facilitar a mobilidade e a remoção de obstáculos como tapetes soltos ou mobiliário inadequado. Adicionalmente, foram sugeridas outras adaptações, como a substituição da banheira por bases de duche, a colocação de barras de apoio nas instalações sanitárias, o reforço da iluminação em zonas de passagem e de risco, bem como a instalação de camas articuladas e colchões adequados para a prevenção de úlceras por pressão.

A literatura recente reforça que a adequação do espaço habitacional às necessidades da pessoa tem impacto direto na prevenção de complicações, na melhoria da mobilidade e na diminuição da dependência funcional, contribuindo para o prolongamento da permanência segura da pessoa no domicílio (Cha, 2025).

Importa destacar que esta intervenção, embora frequentemente focada em aspetos físicos e arquitetónicos, assume também uma componente pedagógica e emocional importante, pois capacitar a pessoa e a família para compreenderem a utilidade destas alterações torna-se determinante para garantir a sua aceitação e adesão (Pedrosa et al., 2022).

Esta avaliação permitiu formular recomendações concretas que, ao serem implementadas, contribuíram significativamente para a segurança, a funcionalidade e a autonomia da pessoa no seu contexto de vida. Estas adaptações ambientais permitiram não só reduzir o risco de acidentes, mas também promover o envolvimento ativo da pessoa nas AVD, reforçando a sua autoconfiança e qualidade de vida, assim como a dos seus cuidadores/família.

A realização desta avaliação ambiental revelou-se fundamental para prevenir a ocorrência de eventos adversos, nomeadamente quedas, frequentemente apontadas como um dos principais motivos de institucionalização precoce de pessoas em situação de dependência (Lektip et al., 2023).

Adicionalmente, a adaptação dos espaços e a promoção de ambientes seguros favoreceram a autodeterminação e a capacidade de gestão da pessoa sobre as suas rotinas diárias, aspetos fundamentais para o reforço da autoestima e da motivação na realização das AVD (Oliveira et al., 2022).

Paralelamente às intervenções de carácter físico e ambiental, a prática no âmbito da UCC permitiu consolidar competências fundamentais na promoção de ambientes seguros e facilitadores da autonomia. Foram realizadas sessões de ensino e treino com a pessoa e os cuidadores, abordando a correta utilização dos produtos de apoio prescritos, estratégias de conservação de energia e exercícios de fortalecimento muscular, sempre adaptados às limitações e potencialidades de cada pessoa. Destacaram-se ainda os treinos específicos de AVD, como higiene pessoal, vestuário, mobilidade funcional e transferências seguras, sempre adequados ao ambiente natural do domicílio e às condições físicas e cognitivas da pessoa.

De acordo com Dardouri et al. (2022), a prática no contexto domiciliário, aliada ao acompanhamento contínuo da pessoa e da família, permite identificar precocemente dificuldades emergentes e reajustar o plano de cuidados, promovendo uma abordagem centrada e adaptada às necessidades individuais.

Esta experiência foi particularmente relevante para o desenvolvimento deste domínio do EEER, uma vez que possibilitou uma abordagem holística, centrada não apenas nas necessidades clínicas da pessoa, mas também nas condições reais do ambiente em que vive e nos desafios concretos que enfrenta diariamente. A prática no contexto domiciliário revelou-se fundamental para a elaboração e implementação de planos de intervenção personalizados, ajustados ao contexto familiar e ambiental, assegurando a promoção da autonomia, a melhoria da segurança e o reforço da capacidade da pessoa para a realização das AVD de forma segura, confiante e independente.

Adicionalmente, a integração da pessoa e da família no processo de definição de objetivos terapêuticos tem sido identificada como fundamental para fortalecer a autogestão e responsabilização no percurso de cuidados (Dardouri et al., 2022).

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário permitiu uma abordagem diferenciada e adaptada às necessidades individuais. Foram identificadas situações distintas, desde pessoas com potencial de recuperação funcional total ou parcial, pessoas com dependência definitiva e necessidade de cuidados de reabilitação e manutenção, a pessoas com condições flutuantes ou de progressão gradual da limitação funcional.

Esta tipificação revelou-se essencial para o planeamento e priorização das intervenções, permitindo ajustar as estratégias de capacitação e reabilitação às necessidades individuais e ao prognóstico da pessoa (Dardouri et al., 2022).

Importa referir que a correta identificação da limitação funcional facilitou igualmente a gestão de expectativas da pessoa e da família, promovendo uma visão partilhada, realista e adaptada sobre as possibilidades de recuperação e adaptação — aspeto amplamente

valorizado pela literatura como determinante para o sucesso dos programas de reabilitação domiciliária (Pedrosa et al., 2022).

Relativamente às pessoas com potencial de recuperação funcional total ou parcial, a intervenção do EEER centra-se na capacitação da pessoa e da família, através de ensino, treino e supervisão de estratégias que assegurem a continuidade e a eficácia do plano de cuidados no quotidiano, potenciando a recuperação funcional e a promoção da autonomia (Pedrosa et al., 2022).

A capacitação, enquanto processo da intervenção, tem como finalidade dotar a pessoa e a sua rede de cuidadores de competências específicas que lhes permitam retomar, de forma progressiva e sustentável, a autonomia nas AVD, minimizando a dependência prolongada de cuidados formais (Alves & Oliveira, 2024).

A educação para o autocuidado e o treino de competências foram, assim, cuidadosamente ajustados às características individuais da pessoa, ao seu contexto familiar e às necessidades identificadas durante a avaliação, permitindo uma recuperação funcional segura e sustentada, facilitando a participação nas atividades familiares, sociais e, sempre que pertinente, profissionais.

Esta abordagem personalizada mostrou-se determinante para a eficácia da intervenção, uma vez que a pessoa passou a colaborar de forma mais ativa durante as sessões de reabilitação respiratória, executando corretamente os exercícios propostos, e a família demonstrou maior segurança na administração da terapêutica inalatória e na aplicação das técnicas ensinadas. Estes indicadores evidenciaram uma adesão mais efetiva ao plano de cuidados, promovendo ganhos significativos em autonomia e qualidade de vida.

Relativamente às pessoas cuja condição clínica, devido a doenças crónicas e/ou incuráveis, possuem limitações severas e permanentes, impossibilitando a recuperação funcional e exigindo reabilitação de manutenção. Nestes casos, a intervenção do EEER é orientada para a prevenção de complicações, tais como úlceras por pressão, contraturas, alterações do foro respiratório ou declínio funcional exacerbado, assegurando a manutenção das capacidades preservadas e o bem-estar global da pessoa (Alves & Oliveira, 2024). A gestão de expectativas torna-se essencial, não apenas para a pessoa, mas também para os cuidadores, especialmente quando múltiplas comorbilidades limitam a evolução favorável da reabilitação física e cognitiva.

Neste caso, a capacitação da pessoa e dos cuidadores assume um papel crucial, já que o objetivo não se centra na recuperação, mas na adaptação à nova condição de saúde e na preservação da qualidade de vida (Alves & Oliveira, 2024).

As intervenções foram orientadas para o treino de técnicas de posicionamento, prevenção de complicações respiratórias e de mobilidade, bem como para o fortalecimento das

capacidades emocionais e sociais da pessoa e da sua rede de apoio, permitindo enfrentar de forma mais ajustada e digna o processo de evolução da doença (Ribeiro et al., 2023). No que diz respeito às pessoas com condições de saúde instáveis ou de progressão lenta, como em casos de doenças neurodegenerativas ou insuficiências orgânicas avançadas, a reabilitação centra-se na adaptação às alterações progressivas e à flutuação das capacidades funcionais, promovendo o controlo de sintomas e a participação nas AVD (Chen, 2025).

A intervenção deve, nestes casos, estar focada na manutenção da máxima funcionalidade possível, na adaptação do ambiente e na capacitação contínua da rede de suporte.

A gestão dos períodos de instabilidade ou de declínio funcional nestes contextos revelou-se um desafio importante, exigindo do EEER uma vigilância contínua e uma capacidade de adaptar sucessivamente o plano de cuidados, de acordo com a evolução da doença (Matos & Simões, 2020).

A colaboração interprofissional estabelecida entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar revelou-se fundamental para garantir uma abordagem integrada e centrada na pessoa, especialmente em contextos complexos como o domicílio. Esta articulação permite responder de forma mais eficaz às necessidades biopsicossociais da pessoa e da sua família, promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados (Sekanina et al., 2024).

A avaliação de natureza holística, realizada pelo EEER, contempla uma análise abrangente das dimensões física, emocional, social, ambiental e do suporte familiar existente. Esta abordagem sistematizada permite a construção de planos de intervenção individualizados e ajustados às reais necessidades da pessoa, promovendo, simultaneamente, processos de decisão partilhada que respeitam os valores, preferências e expectativas da família (Papadimitriou et al., 2024).

O envolvimento da pessoa e da família na definição do plano de transição revelou-se essencial para minimizar sentimentos de insegurança e ansiedade, frequentemente associados às mudanças de contexto ou à progressão da doença (Pedrosa et al., 2022).

Neste contexto, a capacitação de cuidadores formais e informais assumiu-se como uma intervenção prioritária ao longo dos estágios, sendo essenciais as sessões de ensino, treino de técnicas de mobilização, posicionamentos e treino respiratório, ajustadas ao contexto familiar e à dinâmica do domicílio.

O treino foi cuidadosamente adaptado ao perfil funcional da pessoa e à capacidade de aprendizagem dos cuidadores, recorrendo a metodologias ativas, nomeadamente a demonstração prática e a supervisão direta, as quais se revelaram eficazes na consolidação das competências e na promoção da segurança na execução dos cuidados.

No decurso da prática clínica em diferentes contextos, foi possível operacionalizar esta abordagem em situações concretas, adaptando as intervenções às necessidades específicas de cada pessoa e respetiva rede de apoio.

No caso do Sr. F.K., com diagnóstico de ELA e internado numa UCCI, foi necessário desenvolver um plano de intervenção centrado na capacitação para a realização de AVD, tendo em conta as limitações progressivas impostas pela patologia. A intervenção do EEER orientou-se para a manutenção das capacidades preservadas, retardando, na medida do possível, o declínio funcional e capacitando a rede de cuidadores informais para a prestação de cuidados de forma segura e eficaz. Foram realizadas sessões de treino de posicionamento, técnicas de prevenção de úlceras por pressão, mobilização passiva e ativa assistida e técnicas de gestão do esforço, sempre ajustadas à evolução da doença. Como ganhos clínicos, observou-se melhoria do conforto, ausência de úlceras por pressão ao longo do internamento, maior tolerância ao esforço durante os cuidados de higiene e alimentação, e participação ativa nas mobilizações assistidas. Paralelamente, o envolvimento da rede de cuidadores resultou em maior segurança na execução das técnicas ensinadas e redução da ansiedade demonstrada. Simultaneamente, reconhecendo o impacto emocional associado à vivência da doença, foi promovido apoio psicológico e momentos de escuta ativa, facilitando a adaptação à nova realidade e mitigando sentimentos de ansiedade e sobrecarga.

Outro exemplo relevante foi o acompanhamento da Matilde (nome fictício), no serviço de Urgência Pediátrica/Pediatria Internamento, uma criança com 7 anos de idade, com o diagnóstico de asma desde os 5 anos de idade. As intervenções realizadas centraram-se na capacitação da criança e da família para a gestão da doença, através de técnicas de RFR como exercícios de respiração diafragmática e com lábios semicerrados, abertura costal global, técnicas de posicionamento e ensino sobre a tosse (dirigida e assistida) para melhorar a ventilação e o relaxamento e prevenir a acumulação de secreções. A intervenção nesta criança passou ainda pela promoção da participação nas atividades lúdicas, fundamentais para o desenvolvimento psicossocial.

A intervenção centrada na criança e nos pais, promoveu a autonomia, a confiança e a participação ativa da criança nas atividades de vida. A capacitação dos pais revelou-se determinante para a continuidade dos ganhos obtidos no internamento, permitindo que a criança, após a alta, regressasse ao seu ambiente escolar e social com maior segurança e autonomia (Ng et al., 2021).

Em contexto domiciliário, no âmbito da UCC, foi possível intervir junto de pessoas idosas em situação de dependência parcial, promovendo a capacitação para a realização das AVD e a adaptação do ambiente, minimizando os fatores de risco associados a quedas e outras

complicações. Um exemplo foi o caso da Sra. Rosa (nome fictício), uma senhora de 82 anos de idade, com insuficiência cardíaca e osteoartrose, com limitação importante na realização de atividades de autocuidado e elevado risco de institucionalização. Após avaliação, foi possível delinear um plano de intervenção baseado na capacitação da utente e da sua cuidadora informal, promovendo o treino de marcha, o fortalecimento muscular e o ensino de estratégias de conservação de energia e adaptação do espaço físico. Como ganhos em saúde, destacam-se a melhoria do equilíbrio e da mobilidade funcional, a redução do número de episódios de dispneia relacionada com o esforço e a ausência de quedas no período de acompanhamento, o que permitiu manter a utente no seu domicílio de forma segura, com maior autonomia e melhoria da qualidade de vida.

Neste contexto, revelou-se essencial garantir que o plano de cuidados fosse ajustado ao ritmo, às preferências e às expectativas da Sra. Rosa (nome fictício), respeitando a sua individualidade e promovendo uma adaptação gradual e realista às intervenções propostas. Esta abordagem mostrou-se determinante para otimizar a adesão e a eficácia do processo de reabilitação, tendo em conta as especificidades associadas à pessoa idosa em situação de dependência.

As intervenções realizadas, ajustadas à especificidade de cada situação e sempre centradas na pessoa, permitiram ganhos efetivos em saúde e qualidade de vida, reforçando a importância da abordagem integrada e colaborativa entre a pessoa, a família e a equipa de reabilitação.

A prática de enfermagem de reabilitação realizada ao longo dos diversos contextos de estágio permitiu consolidar a relevância deste domínio na promoção da autonomia, participação social e cidadania da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação. A experiência demonstrou que a capacitação da pessoa e da sua rede de apoio constitui um elemento central na intervenção do EEER, uma vez que permite não só potenciar a funcionalidade, mas também facilitar a reintegração da pessoa no seu contexto familiar, social e comunitário (Jammal et al., 2024). O desenvolvimento de estratégias de ensino, treino e capacitação demonstrou ser essencial para garantir que as pessoas adquiram competências que lhes permitam, com o apoio de cuidadores formais ou informais, manter ou melhorar a sua participação nas AVD e na sociedade, sempre que possível.

As intervenções realizadas demonstraram também a importância de ajustar o plano de cuidados às necessidades específicas e em constante evolução de cada pessoa, especialmente nos casos de doenças crónicas e degenerativas. Nestes contextos, a intervenção não se limita à tentativa de recuperação funcional, mas foca-se, também, na manutenção das capacidades preservadas, na prevenção de complicações e na adaptação

progressiva às novas realidades vividas pela pessoa e pela sua família (Tanlaka et al., 2023). A avaliação holística realizada pelo EEER permitiu considerar não apenas os aspetos físicos, mas também as dimensões emocionais, sociais e ambientais da pessoa, sendo reconhecida pela literatura como fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e para a adaptação positiva à situação de saúde (Pereira et al., 2024).

A capacitação dos cuidadores formais e informais assumiu-se como um elemento-chave para o sucesso das intervenções e para a continuidade dos cuidados. O envolvimento ativo do cuidador, aliado a estratégias de ensino adaptadas, contribuiu para a redução da ansiedade, do sentimento de sobrecarga e para o fortalecimento das competências necessárias à prestação de cuidados de forma segura e eficaz (Almeida et al., 2022).

A literatura tem evidenciado que programas de capacitação bem estruturados, orientados pela equipa de reabilitação, promovem melhores resultados clínicos, melhor adaptação psicossocial e favorecem a permanência da pessoa no seu ambiente natural, evitando hospitalizações e institucionalizações precoces (Allen et al., 2021; Fosse et al., 2021). As experiências vivenciadas ao longo do estágio reforçaram, assim, a importância de uma prática centrada na pessoa e na sua rede de apoio, promovendo a autonomia, a reintegração e o exercício da cidadania de forma efetiva e sustentável.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3)

O EEER assume um papel fundamental na maximização da funcionalidade da pessoa ao longo do ciclo de vida, intervindo de forma diferenciada e adaptada às necessidades individuais, tendo como principal objetivo interagir com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal. Representa uma dimensão essencial e transversal à prática especializada, estruturando-se uma abordagem centrada na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com limitações funcionais. Esta competência visa a intervenção direta nas capacidades preservadas da pessoa, recorrendo a estratégias específicas que, para além de prevenirem a deterioração do estado funcional, procuram otimizar as suas capacidades motoras, respiratórias, cognitivas e cardiorrespiratórias, contribuindo para o seu desempenho nas AVD, participação social e inclusão.

Esta competência centra-se na capacidade de conceber, implementar, avaliar e reajustar programas de treino motor e cardiorrespiratório, tendo como principal finalidade maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciar o seu desempenho e promover o desenvolvimento pessoal (OE, 2019b). A operacionalização desta competência implica o

planeamento de estratégias de intervenção centradas na pessoa, adaptadas às suas necessidades, aos seus objetivos e à sua realidade sociocultural, de modo a permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando a sua autonomia e qualidade de vida.

A intervenção do EEER no âmbito desta competência transcende a execução de exercícios ou técnicas, mas também a integração de conhecimentos aprofundados acerca das funções cardiorrespiratórias e motoras, capacidade de ensino e treino de técnicas ajustadas, e a construção de sessões de treino alinhadas com os objetivos da pessoa (Pedrosa et al., 2022). O desenvolvimento de programas de reabilitação motora e cardiorrespiratória deve, assim, assegurar a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a melhoria da capacidade funcional e a maximização da participação da pessoa na sua vida quotidiana (Ferreira et al., 2024).

Durante os estágios, a implementação desta competência revelou-se transversal aos diferentes contextos, destacando-se na intervenção a pessoas em situação de reabilitação ortopédica, respiratória e neurológica, tanto em ambiente hospitalar como em cuidados continuados e domiciliários. Esta diversidade de contextos possibilitou a aplicação prática dos pressupostos teóricos do domínio J3, permitindo desenvolver, de forma progressiva, programas de treino adaptados às necessidades e potencialidades específicas de cada pessoa, monitorizando sistematicamente os ganhos em saúde e ajustando as intervenções sempre que necessário (Faria et al., 2023).

No âmbito da intervenção do EEER na pessoa com patologia ortopédica foi possível instituir um programa de reabilitação à Sra. AF, de 82 anos de idade, que estava internada no contexto de uma fratura diafisária subtrocanterica do fémur esquerdo. Como antecedentes pessoais de saúde tinha hipertensão arterial e dislipidemia, sendo previamente independente e com um suporte familiar bastante robusto.

O programa de reabilitação após fratura diafisária do fémur deve contemplar mobilizações precoces, treino de força muscular, equilíbrio e marcha, sendo essencial para promover a recuperação funcional, reduzir o risco de complicações e prevenir a institucionalização, tal como defendem Ahmed et al. (2023).

Ainda na fase pré-operatória, foi considerado fundamental iniciar um programa de reabilitação dirigido à otimização da capacidade cardiorrespiratória e ao fortalecimento muscular global, com o objetivo de melhorar a condição funcional da Sra. AF, e assim, favorecer uma melhor recuperação no período pós-operatório.

O plano de reabilitação delineado para a Sra. AF, permitiu aplicar de forma concreta esta competência. Com base numa avaliação holística e sistemática, durante o internamento, as intervenções foram organizadas de modo a conservar as capacidades preservadas e

potenciar o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório, prevenindo complicações associadas à imobilização prolongada. A intervenção inicial centrou-se na vigilância do padrão respiratório e na implementação de técnicas de treino respiratório, nomeadamente a respiração diafragmática, respiração com lábios semicerrados, ciclo ativo da respiração e treino da tosse eficaz, com o objetivo de otimizar a função respiratória e prevenir complicações, potenciando uma melhor tolerância ao esforço e preparando a pessoa para o pós-operatório. Estas técnicas permitiram ganhos efetivos, evidenciados na manutenção de uma ventilação eficaz, ausência de infeções respiratórias e melhoria da tolerância ao esforço, facilitando a transição para a mobilização precoce no pós-operatório.

Simultaneamente, foi realizado o treino de força muscular, através de exercícios isométricos de grandes grupos musculares nomeadamente glúteos, quadríceps e abdominais, mobilizações ativas dos membros superiores e do membro inferior contralateral, bem como mobilização articular do tornozelo do membro afetado, com o objetivo de preservar a amplitude de movimentos, integrando estratégias de conservação das capacidades motoras e prevenção de complicações como rigidez articular, atrofia muscular ou úlceras por pressão. A mobilização precoce após a cirurgia, de forma segura e progressiva, foi orientada para o treino de transferências, treino de equilíbrio e treino de marcha, recorrendo ao uso de auxiliares de marcha como o andarilho numa fase mais precoce e posteriormente canadiana, garantindo a reeducação da marcha, a aquisição de segurança nas deslocações e o retorno progressivo à funcionalidade. Foi ainda efetuado treino de subir e descer escadas. As intervenções supracitadas resultaram numa maior autonomia para as AVD e na redução do risco de queda.

A capacitação para o autocuidado foi um elemento central do plano de cuidados, incluindo o ensino da realização de AVD de forma adaptada e segura. Foram integradas estratégias de treino muscular, treino de marcha e treino funcional adaptados às limitações da pessoa, garantindo a promoção da autonomia e da segurança na realização das atividades quotidianas.

O desenvolvimento desta competência foi ainda evidenciado pela adaptação contínua do plano de cuidados às necessidades da pessoa e à sua evolução clínica, permitindo ajustar as intervenções de forma progressiva e realista. A educação para o autocuidado e a capacitação da pessoa para a realização das AVD foram incorporadas desde a fase inicial, promovendo a autonomia, a autoestima e a participação ativa da pessoa na sua recuperação.

Ao longo de todo o processo, a utilização de instrumentos de avaliação padronizados, nomeadamente a MIF (Granger et al., 1986), a EEQ (Berg et al., 1992) e a Escala de



Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), possibilitaram a monitorização da evolução clínica, a identificação de ganhos em saúde e a necessidade de reajustes no plano de reabilitação. Entre os principais ganhos em saúde identificados, destacaram-se a melhoria do equilíbrio postural, com evolução de apoio total para marcha supervisionada com andarilho, e posteriormente com canadiana. Verificou-se também um aumento da pontuação na Escala de Barthel, nomeadamente nas dimensões relacionadas com a mobilidade, higiene pessoal e vestuário, refletindo uma maior autonomia nas AVD. Na MIF, observou-se evolução no domínio da locomoção e transferências, evidenciando a recuperação progressiva da funcionalidade e da independência. Estes ganhos permitiram à Sra. AF recuperar grande parte da sua autonomia prévia, reduzindo o risco de institucionalização e promovendo uma reintegração segura no seu ambiente domiciliário.

A experiência prática permitiu compreender que a maximização da funcionalidade requer uma abordagem integrada e holística, capaz de articular as dimensões motora, respiratória, emocional e social, criando as condições necessárias para a promoção da autonomia, da segurança e da qualidade de vida da pessoa em processo de reabilitação.



3. AVALIAÇÃO GLOBAL DAS APRENDIZAGENS

O percurso realizado desde a conceção até à concretização do relatório de estágio refletiu-se num processo de crescimento pessoal, profissional e académico, marcado pelo desenvolvimento progressivo das competências exigidas ao EEER. A prática supervisionada e os diferentes contextos clínicos permitiram a integração crítica entre conhecimentos teóricos e experiência prática, orientando as decisões pela melhor evidência científica disponível, pelos valores da pessoa cuidada e pela reflexão ética.

Ao longo deste percurso, foram aprofundadas competências essenciais no domínio da avaliação funcional, da elaboração de planos de cuidados personalizados e da implementação de intervenções centradas na pessoa e nos seus objetivos. A aplicação sistemática de instrumentos de avaliação e a utilização da prática baseada na evidência permitiram ganhos mensuráveis em funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas cuidadas.

Destaca-se ainda o envolvimento na elaboração de materiais científicos e na dinamização de momentos de ensino, que refletiram o compromisso com a divulgação do saber e com a promoção da literacia em saúde. A capacidade de adaptação, a intervenção em equipa multidisciplinar e a gestão de situações complexas evidenciaram uma maior maturidade do raciocínio clínico, da autonomia e da responsabilidade profissional.

Em síntese, este percurso formativo possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências fundamentais, que sustentam a capacitação para enfrentar os desafios da prática em enfermagem de reabilitação de forma eficaz, ética, responsável e adaptativa, contribuindo para o exercício de uma prática especializada centrada na pessoa, na evidência e na excelência dos cuidados.



CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio constituiu uma etapa fundamental no percurso de formação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, traduzindo-se numa vivência profundamente enriquecedora e transformadora, que permitiu o desenvolvimento de competências avançadas, alicerçadas na integração de conhecimento teórico e prático, na reflexão crítica e na responsabilidade ética e profissional.

A experiência adquirida ao longo dos diferentes contextos clínicos proporcionou uma perspetiva abrangente sobre as múltiplas dimensões da intervenção do EEER. A especificidade da intervenção junto da criança com asma permitiu aprofundar estratégias de promoção da autonomia funcional e de capacitação da família, numa lógica de continuidade de cuidados e de melhoria dos resultados em saúde.

A descrição dessas atividades reflete o desenvolvimento de conhecimentos e capacidade de compreensão, aplicação e reflexão sobre os mesmos, bem como a capacidade de tomar decisões em situações complexas. Essas competências são consistentes com os padrões estabelecidos pelos descritores de Dublin para a obtenção do grau de Mestre.

A aplicação da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem revelou-se primordial para a prática, orientando a avaliação das necessidades, a definição dos sistemas de enfermagem e a implementação de intervenções ajustadas às particularidades de cada pessoa. A realização de uma revisão *scoping*, associada à produção de materiais de divulgação científica, como um poster e uma comunicação livre, evidencia o compromisso com a investigação, a disseminação do conhecimento e a consolidação de uma prática fundamentada na evidência.

A participação ativa na avaliação clínica, na elaboração de planos de cuidados personalizados, na implementação de estratégias de ensino terapêutico e na comunicação eficaz com equipas multidisciplinares, pessoas cuidadas e respetivas famílias, contribuiu para o reforço das competências técnico-científicas e relacionais indispensáveis à intervenção autónoma e especializada do EEER.

Este percurso formativo permitiu, assim, alcançar de forma efetiva os objetivos definidos para o estágio, promovendo o crescimento pessoal e profissional e afirmando uma identidade profissional pautada pela responsabilidade, pelo rigor científico e pela humanização dos cuidados. O compromisso com a melhoria contínua, com a reflexão sobre a prática e com a atualização constante traduz-se numa preparação sólida para o exercício especializado, sustentado nos referenciais éticos e científicos da profissão.

Conclui-se, portanto, que este relatório de estágio contribuiu de forma decisiva para a construção de uma prática especializada competente, autónoma e reflexiva, centrada na

pessoa, orientada para a funcionalidade e promotora da qualidade de vida, em conformidade com os princípios que regem a enfermagem de reabilitação e com os critérios de qualificação para o grau de Mestre.

BIBLIOGRAFIA

- Abdelbasset, W. K., Tantawy, S. A., Kamel, D. M., Alqahtani, B. A., & Soliman, G. S. (2018). A randomized controlled trial on the effectiveness of 8-week, high-intensity inspiratory muscle training (IMT) with a training device on the improvement of the inflammatory profile, pulmonary functions, and functional capacity in children with Down syndrome. *Journal of Asthma and Allergy*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.2147/JAA.S159622>
- Ahmed, G. H., Ismael, M. A. E.-F., Sayed, S. Y., Abozeid, H. A. A., & Labieb, M. M. (2023). Intramedullary nailing of femoral shaft fractures patients: Impact of nursing rehabilitation protocol on complications and lower extremity function. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(4), 1110–1123. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.33898>
- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2021). User experience and transitions of care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06850-w>
- Almeida, F., Martins, R. & Martins, C. (2022). Capacitação do Cuidador Informal: estudo das dificuldades e das variáveis preditivas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 24, 1-9. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.ccie>
- Alves, A. K. S., Abreu, V. S. M., Veras, A. L. C. G., Carvalho, S. S., Rodrigues, H. B. V., Freitas, B. B., Nascimento, A. S., Oliveira, R. A., Lima, R. B. S., & Barbosa, L. P. (2022). Manejo da asma infantil: Uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(11), e11169.
- Alves, L. T., & Oliveira, M. E. R. de. (2024). Enfermagem e cuidados paliativos em doenças neurodegenerativas: uma abordagem centrada no paciente e na dignidade. *Revista Contemporânea*, 4(12), e7025. <https://doi.org/10.56083/RCV4N12-191>
- Assembleia da República. (2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série, n.º 180.
- Basaran, S., Guler-Uysal, F., Ergen, N., Seydaoglu, G., Bingol-Karakoc, G., & Altintas, D. U. (2006). Effects of physical exercise on quality of life, exercise capacity and pulmonary function in children with asthma. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(2), 130–135. <https://doi.org/10.1080/16501970500476142>
- Bereda, G. (2022). Bronchial Asthma: Etiology, Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Austin J Pulm Respir Med*, 9(1), 1085. [Bronchial Asthma: Etiology, Pathophysiology, Diagnosis and Management](https://doi.org/10.1007/978-981-15-3734-9_2)
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Suppl 2), S7–S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument
- Bernardes, R. A., Moreira, L. B., & Oliveira, F. R. (2023). Intervenção do enfermeiro de reabilitação na continuidade dos cuidados em contexto de unidade de internamento. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 45–51. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.v6.n1.07.8374>
- Bernardino, L., & Rodrigues, V. (2025). Cuidador (in)formal no envelhecimento em Portugal: Scoping review. *Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 7(1), 42–58.
- Bhat, J. A., Dar, J. A., & Bhat, W. W. (2020). *Asthma: Pathophysiology, Current Status, and Therapeutics*. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-15-3734-9_2
- Boulet, L. P., Reddel, H. K., Bateman, E. D., Pedersen, S., FitzGerald, J. M., & O'Byrne, P. M. (2019). The Global Initiative for Asthma (GINA) 2019 report: Global

- strategy for asthma management and prevention. *European Respiratory Journal*, 54(2), 1900997. <https://doi.org/10.1183/13993003.00997-2019>
- Bradshaw, J., Siddiqui, N., Greenfield, D., & Sharma, A. (2022). Kindness, Listening, and Connection: Patient and Clinician Key Requirements for Emotional Support in Chronic and Complex Care. *Journal of patient experience*, 9, 23743735221092627. <https://doi.org/10.1177/23743735221092627>
 - Cagliari, L. L., Funaro, C. M., Makhoul, J. G., Dias, L. C., Chaves, L. P., Martins, M. F. M., de Miranda, M. F. G. P., Nascimento, R. R. de O., Pereira, T. C., & Santos, T. P. (2023). *Asma infantil - uma revisão abrangente sobre a etiologia e fisiopatologia, fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, plano de gerenciamento, nutrição e estilo de vida, prevenção e perspectivas futuras*. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 20252–20268. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-071>
 - Carvalho, R. C., Gonçalves, B. S., Rocha, C. B. J., Marino, L. S., & Borges, J. B. C. (2019). Effects of a ludic pulmonary rehabilitation program on children with asthma. *ASSOBRAFIR Ciência*, 10(2), 13–23. <https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2019.0008>
 - Cha, S. (2025). A Systematic Review of Home Modifications for Aging in Place in Older Adults. *Healthcare*, 13(752), 1–39. https://www.mdpi.com/2227-9032/13/7/752?utm_source=chatgpt.com
 - Chen, L. (2025). Eficácia da intervenção de enfermagem baseada no modelo de adaptação de Roy na melhoria dos resultados fisiológicos, psicológicos e sociais em pacientes com doença de Parkinson. *BMC Neurol* 25(219). <https://doi.org/10.1186/s12883-025-04232-2>
 - Conselho Federal de Enfermagem. (2007). *Resolução COFEN n.º 311/2007: Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Diário Oficial da União.
 - Costa, M., Silva, M., Lima, M., Berenguer, M., Melo, M., Costa, M., & Costa, V. (2022). Vivência discente na elaboração de um plano de cuidados para criança com asma e pneumonia. *Revista Ciência e Saúde*, 7, 1–9.
 - Dardouri, M., Bouguila, J., Sahli, J., Ajmi, T., Ali, M., Zedini, C., & Mallouli, M. (2021). Assessing the impact of a Family empowerment program on asthma control and medication use in children with asthma: A randomized controlled trial. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 26(17), 1–9. https://www.researchgate.net/publication/348515727_Assessing_the_impact_of_a_family_empowerment_program_on_asthma_control_and_medication_use_in_children_with_asthma_A_randomized_controlled_trial
 - Dias, M. R. J., Faria, A. C. A., Ferreira, M. S. M., Faleiros, F., Novo, A., Gonçalves, M. N., Rocha, C. G., Teles, P. J. F. C., Ribeiro, M. P., Silva, J. M. A. V., & Ribeiro, O. M. P. (2022). From Health Literacy to Self-Care: Contributions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7767), 1–11. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9265364/pdf/ijerph-19-07767.pdf>
 - Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A., & Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *JAMDA*, 23, 764–777. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(21\)01102-6/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(21)01102-6/fulltext)
 - Elnaggar, R. K., Shendy, M. A., & Mahmoud, M. Z. (2019). Prospective effects of manual diaphragmatic release and thoracic lymphatic pumping in childhood asthma. *Respiratory Care*, 64(11), 1422–1432. <https://doi.org/10.4187/respcare.06716>
 - Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., Gomes, B. P., & Fernandes, C. S. N. N. (2020). Idosos residentes na comunidade: conhecer para sustentar um programada de enfermagem de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), 1–8.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/mr7wBtNkBF9QRBqgnXhF7DH/?format=pdf&lang=pt>

- Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., Ventura-Silva, J. M. A., Fonseca, E. F., Ferreira, L. J. M., & Laredo-Aguilera, J. A. (2023). Effect of the Active Aging-in-Place-Rehabilitation Nursing Program: A randomized controlled trial. *Healthcare*, 11(2), 276. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020276>
- Fernandes, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 57–63.
- Ferreira, R., Pedrosa, A. R., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B., & Baixinho, C. L. (2024). Transitional care for older persons with need of geriatric rehabilitation nursing interventions. *BMC Nursing*, 23, 376. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>
- Fosse, R. M., Ambugo, E. A., Moger, T. A., & Hagen, T. P. (2021). Does rehabilitation setting influence risk of institutionalization? A register-based study of hip fracture patients in Oslo, Norway. *BMC Health Services Research*, 21, 678. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06703-x>
- Global Initiative for Asthma. (2023). *Global strategy for asthma management and prevention* (2023 update). <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-2023-Full-Report-2023-WMS.pdf>
- Gandhi, M. (2001). *The Essential Gandhi: An Anthology of His Writings on His Life, Work, and Ideas* (L. Fischer, Ed.). Vintage Books.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3), 59–74.
- Guo, Y., Li, X., Jia, G., Zhan, J., He, Z., Yuan, G., Liu, C., & Lai, Y. (2025). Knowledge, attitude and practice of rehabilitation management of the caregivers of pediatric patients with hemiplegia. *Scientific Reports*, 15(18756). <https://www.nature.com/articles/s41598-025-03223-0>
- Ha, H., Hong, Y., Chen, Y., Yang, G., & Zhou, J. (2021). Evaluation of a nurse-supervised rehabilitation programme on clinical features and systemic inflammation in Chinese children with asthma: A propensity score-matched analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 27(6), e13013. <https://doi.org/10.1111/ijn.13013>
- Hosseini, E., Sharifian, R., Bashiri, A., & Daneshmandi, H. (2022). Effect of a Developed Nursing Stretch Break Application on Work-Related Musculoskeletal Complications and Fatigue among Nurses: Na Interventional Study. *Pain Research and Management*, 1, 1-10. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1155/2022/7870177>
- Isik, E., Fredland, N. M., Young, A., & Schultz, R. J. (2020). Uma intervenção de asma liderada por enfermeiras escolares para crianças em idade escolar: um estudo de controle randomizado para melhorar o autogerenciamento. *O Jornal de Enfermagem Escolar*, 37(6), 480-490. DOI: [10.1177/1059840520902511](https://doi.org/10.1177/1059840520902511)
- Jammal, M., Kolt, G. S., Liu, K. P. Y., Guagliano, J. M., Dennaoui, N., & George, E. S. (2024). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials to reduce burden, stress, and strain in informal stroke caregivers. *Clinical Rehabilitation*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/02692155241271047>
- Joint Quality Initiative. (2004). Dublin descriptors for the second cycle of education [Relatório]. Joint Quality Initiative.
- Lektip, C., Chaovalit, S., Wattanapisit, A., Lapmanee, S., Nawarat, J., & Yaemrattanakul, W. (2023). Home hazard modification programs for reducing falls

- in older adults: A systematic review and meta-analysis. *PeerJ*, 11, e15699. <https://doi.org/10.7717/peerj.15699>
- Lima, E. V. N. C. L., Lima, W. L., Nobre, A., dos Santos, A. M., Brito, L. M. O., & Costa, M. R. S. R. (2008). Inspiratory muscle training and respiratory exercises in children with asthma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(8), 552–558. <https://doi.org/10.1590/s1806-37132008000800003>
 - Lopes, I., Delgado, L., & Ferreira, P. L. (2008b). Asthma Knowledge Questionnaire. <https://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/AKQ>
 - Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
 - Masood, M., Guitar, N. A., Connelly, D. M., & Nguyen, A. (2025). Nurses' descriptions of interdisciplinary interactions in stroke and geriatric rehabilitation units: A case example of the registered practical nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 81(5), 2586–2603. <https://doi.org/10.1111/jan.16501>
 - Matos, M. F. G., & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
 - Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (5th ed.). Wolters Kluwer.
 - Melo, J. T. S., Gusmão, T. L. A., Silva, P. F. V., Medeiros, R. T. C. A., Santos, E. N. H, Pereira, B. L. G., & Dutra, G. S. (2023). Contribuições Da Semiologia Respiratória Realizada Por Enfermeiros Em Pacientes Com Asma: Uma Revisão De Literatura. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas E Tecnologia*, 11(2), 2055–2060. DOI: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e1.a2023.pp2055-2060>
 - Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
 - Mikhaylova, O., Bochkor, A., Osipova, P., Popov, D., Chepeleva, M., & Rybakova, E. (2023). Child self-care autonomy in health (scale for parents): Development, internal structure, and sex/age correlates. *Frontiers in Psychology*, 14, 1243400. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1243400>
 - Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C. (2021). Aprendizagem ao longo da vida e desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, uma metassíntese da literatura. *BMC Nurs* 20(62), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
 - Ng, J. S. K., Chau, J. P. C., Chan, A. W. K., Lui, J. K. C., Cheng, J. W. C. H. (2021). A Nurse-Led Web-Based Home Asthma Education Program for Children and their Families: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, 158-163. <https://www.pediatricnursing.org/action/showPdf?pii=S0882-5963%2821%2900119-6>
 - Organização Mundial da Saúde. (2024, 6 de maio). *Asthma fact sheet*. World Health Organization.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Enquadramento da Gestão dos Cuidados de Enfermagem – documento orientador*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 25.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 125.



- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Documento das áreas de investigação para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6.^a ed.). Mosby.
- Papadimitriou, C., Clayman, M. L., Mallinson, T., Weaver, J. A., Guernon, A., Meehan, A. J., Kot, T., Ford, P., Ideishi, R., Prather, C. & Van der Wees, P. (2024), A New Process Model for Relationship-Centred Shared Decision-Making in Physical Medicine and Rehabilitation Settings. *Health Expectations*, 27: e14162. <https://doi.org/10.1111/hex.14162>
- Pedrosa, A. R. C., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. S. L. (2022). *Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5), e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
- Pereira, R. S. S., Cruz, V. V., Lourenço, M. C. G., Machado, W. C. A., Schoeller, S. D., & Martins, M. M. (2024). People with acquired physical disabilities: From activities of living to rehabilitation nursing care. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 33, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0362en>
- Petronilho, F. (2012). A teoria de Orem na prática de enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 45–52.
- Queirós, P., Passos, M., & Dias, A. (2014). Aplicação da Teoria do Autocuidado na prática clínica em contexto pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 35–41.
- Ribeiro, R., Oliveira, H., Goes, M., Gonçalves, C., Dias, A., & Fonseca, C. (2023). The Effectiveness of Nursing Rehabilitation Interventions on Self-Care for Older Adults with Respiratory Disorders: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6422. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146422>
- Rostami, V., Hatam, N., Bahrami, M. A., Rakhshan, M., & Shokri, A. (2025). Transforming nursing practices: A comprehensive review of performance improvement strategies. *Health Science Reports*, 8(5), e70804. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70804>
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), 1-18. scielo.br/j/physis/a/kq66hywGnfmM4JtrftJM4ys/?format=pdf
- Sekanina, U., Tetzlaff, B., Mazur, A., Huckle, T., Kühn, A., Dano, R., Höckelmann, C., Scherer, M., Balzer, K., Köpke, S., Hummers, E., & Müller, C. (2024). Interprofessional collaboration in the home care setting: perspectives of people receiving home care, relatives, nurses, general practitioners, and therapists—results of a qualitative analysis. *BMC Prim. Care*, 25(79). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02313-8>
- Serviço Nacional de Saúde (2022, maio, 3). *Dia Mundial da Asma*. [Dia Mundial da Asma – SNS](https://www.sns.gov.pt/dia-mundial-da-asma)
- Shirozhan, S., Aarsalani, N., Maddah, S. S. B., & Mohammadi-Shahboulaghi, F. (2022). Barriers and facilitators of rehabilitation nursing care for patients with disability in the rehabilitation hospital: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.931287/full>
- Silva, C. S., Torres, L. A. G. M. M., Rahal, A., Terra Filho, J., & Vianna, E. O. (2006). Comparison of morning and afternoon exercise training for asthmatic children. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 39(1), 71–78. <https://doi.org/10.1590/s0100-879x2006000100008>
- Silva, K. P. S., Silva, A. C., Santos, A. M. S., Cordeiro, C. F., Soares, D. Á. M.,

- Santos, F. F., Silva, M. A., & Oliveira, B. K. F. (2021). *Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira*. Brazilian Journal of Development, 7 (4), 34043-34060. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-047>
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2022, abril, 28). *Dia Mundial da Asma | SPP alerta para a importância do controlo da asma junto da população mais jovem*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia - SPP (sppneumologia.pt)
 - Sousa, L. M. M., 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), 38–45. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
 - Tanlaka, E. F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A., & Snobelen, N. (2023). The role and contributions of nurses in stroke rehabilitation units: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(8), 764–776. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>
 - Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 735–749. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>
 - Westergren, T., Fegran, L., Nilsen, T., Haraldstad, K., & Kittang, O. B. (2019). Effects of physical training on schoolchildren's health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 9–19. <https://doi.org/10.1177/1403494818817418>
 - Yang, S., Zhang, Z. Liu, Y., Liu, E., & Luo, Z. (2023). The effects of combined respiratory muscle and exercise training in children with asthma: A systematic review. *Journal of Asthma and Allergy*, 16, 248–260. <https://doi.org/10.2147/JAA.S398108>



APÊNDICES



Apêndice 1 – Plano de Atividades

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1º Ano - 2º Semestre

Estágio

PLANO DE ATIVIDADES

Discente:

Rita Rodrigues n. º112316

Docente:

Mestre Dina Peças

Monte de Caparica
junho de 2024

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO	6
COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR NO ESTÁGIO	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
APÊNDICES.....	34
APÊNDICE I – CRONOGRAMA	35

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação é uma área de especialidade essencial para a promoção da recuperação funcional e da qualidade de vida de pessoas com incapacidades físicas, mentais ou sensoriais. Este plano de atividades e competências, desenvolvido no âmbito do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Egas Moniz School of Health & Science, visa integrar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso, aplicando-os de forma efetiva no contexto clínico, com ênfase na gestão da asma na criança.

A Asma é uma condição inflamatória crónica das vias aéreas, caracterizada por restrição variável e recorrente do fluxo aéreo, hiperreatividade brônquica, broncoconstrição, vasodilatação, edema das vias aéreas e ativação de terminações nervosas sensoriais (Bhat et al., 2020) manifestando-se por episódios recorrentes de sibilos, dor torácica, dispneia e/ou tosse (Cagliari et al., 2023).

A gestão eficaz da asma envolve uma abordagem multidisciplinar, incluindo educação, monitorização e tratamento farmacológico e não farmacológico (Global Initiative for Asthma, 2023). Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenha um papel crucial na implementação de intervenções que visam não apenas o controlo dos sintomas, mas também a melhoria da capacidade funcional e a promoção do autocuidado.

A prática de Enfermagem de Reabilitação é fundamentada em princípios éticos, deontológicos e legais, que orientam a conduta profissional e asseguram a qualidade dos cuidados prestados. Segundo Silva (2021), a integração do enfermeiro na equipa multidisciplinar é essencial para a construção de um cuidado centrado no doente, que respeite as suas necessidades, valores e crenças.

A Teoria do Autocuidado de Orem (2021) é particularmente relevante na gestão de doenças crónicas como a asma, destacando a importância de capacitar os doentes e as suas famílias com conhecimentos e técnicas necessárias para a gestão da condição de saúde. No contexto específico da asma estas técnicas incluem o treino de exercício físico bem como técnicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR).

O desenvolvimento de protocolos e práticas baseadas em evidências é fundamental para garantir um ambiente terapêutico seguro, onde os doentes possam alcançar a máxima independência funcional.

As competências a serem desenvolvidas durante o estágio incluem a responsabilidade profissional ética e legal, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais. A literatura destaca a necessidade de um enfermeiro especializado ser um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, promovendo a atualização constante do conhecimento (Benner, 2020). A prática reflexiva, como proposta por Schön (2020), é uma ferramenta importante para o desenvolvimento profissional,

permitindo aos enfermeiros analisar criticamente as suas ações no sentido da melhoria contínua dos cuidados.

Este plano de atividades visa não apenas a aquisição de competências técnicas e científicas, mas também o desenvolvimento de uma prática profissional ética e de qualidade. Através da integração na equipa multidisciplinar, da aplicação de intervenções baseadas na maior evidência e da promoção do autocuidado, o EEER contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das crianças com asma, preparando-se para enfrentar os desafios da prática clínica com competência e responsabilidade.

PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Objetivo Geral:

1. Desenvolver competências de EEER na gestão da asma na criança.

Objetivos Específicos do EEER:

1. Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER no contexto da prática de cuidados.
2. Implementar uma prática profissional baseada em princípios éticos, deontológicos e legais.
3. Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento e/ou concretização de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à criança com asma.
4. Desenvolver competências de gestão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade dos cuidados.
5. Ampliar conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à criança com asma.
6. Promover a autonomia funcional e a inclusão social da criança com asma, capacitando-a para alcançar máxima independência e participação social.
7. Elaborar, implementar e avaliar os planos de reabilitação, aplicados à criança com asma tendo em vista a promoção do autocuidado.
8. Capacitar a criança com asma para o autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades física, mental e cognitiva por meio do treino de exercício e reeducação funcional respiratória.
9. Identificar situações que requeiram intervenção do EEER, potenciando o *empowerment* na criança com asma e sua família
10. Desenvolver competências na prática de enfermagem de reabilitação, na reeducação funcional da criança com asma, prevenindo a ocorrência de complicações e promovendo a recuperação/readaptação funcional e promoção do autocuidado.

COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR NO ESTÁGIO

Neste capítulo, serão descritas as atividades a desenvolver durante o estágio para atingir as competências individuais propostas e os indicadores de avaliação.

Domínios e Competências

A – Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B – Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

C – Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação
1. Integrar de forma progressiva e gradual a	☆ Apresentação aos elementos da equipa multidisciplinar;	☆ Conhece os elementos que compõem a equipa multidisciplinar; ☆ Efetua visita guiada nos locais de estágio;

equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER no contexto da prática de cuidados.	☆ Realização de uma visita guiada, em cada um dos locais de estágio; ☆ Realização de reuniões informais e/ou formais com elementos da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar; ☆ Realização de consulta de documentos como protocolos, normas, manuais e instrumentos de avaliação utilizados nos locais de estágio; ☆ Observação e compreensão da intervenção dos EEER e a sua dinâmica na Equipa Multidisciplinar; ☆ Conhecer o espaço físico do serviço e materiais existentes, para a prática de exercícios terapêuticos no âmbito da enfermagem de reabilitação.	☆ Realiza reuniões informais e/ou formais com os elementos da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar; ☆ Consulta documentos como protocolos, normas, manuais e instrumentos de avaliação utilizados nos locais de estágio; ☆ Demonstra conhecimento do papel do EEER, nos diferentes contextos de cuidados; ☆ Demonstra conhecimento relativo à organização e recursos disponíveis nos locais de estágio.
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Pessoa, Criança, família e/ ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento	

	das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Temporais: Ver cronograma em apêndice.
--	---

Domínios e Competências A – Responsabilidade Profissional, Ética e legal A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.		
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação

2. Implementar uma prática profissional baseada em princípios éticos, deontológicos e legais.	☆ Desenvolvimento do exercício profissional de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais; ☆ Prestação de cuidados à pessoa e/ou família, respeitando a sua privacidade, os seus valores, costumes e crenças pessoais e religiosas; ☆ Participação de forma ativa e adequada na tomada de decisão, com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão em parceria com a equipa multidisciplinar; ☆ Informação à pessoa/família sobre todos os procedimentos de enfermagem, obtendo o seu consentimento e participação na tomada de decisão.	☆ Desenvolve uma prática de cuidados de enfermagem de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais da profissão; ☆ Presta cuidados à pessoa e/ou família respeitando a sua privacidade, os seus valores, costumes e crenças pessoais e religiosas; ☆ Demonstra capacidade de reflexão e participação ativa na tomada de decisão em parceria com a equipa multidisciplinar; ☆ Demonstra capacidade de transmitir informação à pessoa sobre todos os procedimentos de enfermagem.
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Pessoa, Criança, família e/ ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento	

	das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Temporais: Ver cronograma em apêndice.
--	---

Domínios e Competências

B – Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

C – Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.

D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**J1.1** – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Crítérios de Avaliação
3. Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento e/ou concretização de estratégias ou programa de reabilitação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à criança com asma.	☆ Apresentação aos enfermeiros orientadores e à restante equipa multidisciplinar; ☆ Consulta de documentos como protocolos, normas, manuais e instrumentos de avaliação utilizados nos locais de estágio; ☆ Conhecer o espaço físico do serviço e materiais existentes, para a prática de exercícios terapêuticos no âmbito da enfermagem de reabilitação; ☆ Conhecimento das dinâmicas de funcionamento e organização do serviço/unidade de cuidados; ☆ Apresentação do projeto de estágio à equipa multidisciplinar; ☆ Observação do processo de articulação com outros profissionais de saúde na resposta multidisciplinar na situação de cuidados; ☆ Observação de situações de delegação de cuidados e articulação com os restantes	☆ Realiza entrevista aos enfermeiros responsáveis pela autorização do Estágio; ☆ Conhece regulamentos e protocolos formais e estratégias informais de funcionamento e articulação; ☆ Conhece os elementos que compõem a equipa multidisciplinar e entidades da gestão dos serviços; ☆ Reconhece o seu papel na dinâmica organizacional; ☆ Apresenta o projeto de estágio à equipa multidisciplinar; ☆ Avalia a situação sobre a relevância da intervenção de outros profissionais e da delegação de cuidados; ☆ Adquire conhecimentos teóricos e práticos baseados na evidência, relativos à criança com alteração do foro respiratório, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados;

	enfermeiros da equipa e equipa multidisciplinar; ☆ Desenvolvimento de conhecimentos científicos relativos às limitações na criança com asma; ☆ Realização de ensinios à criança, família e/ou cuidador de acordo com as necessidades sentidas; ☆ Promoção de um ambiente terapêutico calmo e seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação; ☆ Elaboração e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.	☆ Realiza ensinios à criança, família e/ou cuidador perante as necessidades identificadas; ☆ Promove um ambiente calmo e seguro para a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação; ☆ Participa em programas de melhoria contínua da qualidade.
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.	

	Temporais: Ver cronograma em apêndice.
--	---

Domínios e Competências

B – Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

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

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

J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação
4. Desenvolver competências de gestão de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, otimizando a resposta da equipa	☆ Desenvolvimento de conhecimentos científicos relativos às limitações na criança com asma; ☆ Realização de ensinios à criança, família e/ou cuidador de acordo com as necessidades sentidas.	☆ Adquire conhecimentos teóricos e práticos baseados na evidência, relativos à asma, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

multidisciplinar, garantindo a qualidade dos cuidados.	☆ Promoção de um ambiente terapêutico e seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. ☆ Participação e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.	☆ Realiza ensinamentos, instruiu a criança, família e/ou cuidador perante as necessidades identificadas. ☆ Promove um ambiente calmo e seguro para a prática de cuidados de reabilitação. ☆ Participa em programas de melhoria contínua da qualidade.
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Temporais: Ver cronograma em apêndice.	

Domínios e Competências

B – Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.

D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	CrITÉrios de Avaliação
5. Ampliar conhecimentos nos domínios científico, técnico e humano na área da reabilitação à criança com asma.	☆ Aquisição de conhecimentos teóricos sobre as complicações decorrentes da asma; ☆ Desenvolvimento de conhecimentos teóricos e técnicos sobre o treino de exercício e reeducação funcional respiratória; ☆ Aprofundamento de conhecimentos e competências na área relacional, trabalho em equipa, educação para crianças, estratégias motivacionais e gestão do risco em saúde.	☆ Pesquisa evidência relevante para a área de Reabilitação em situação crítica; ☆ Adquire conhecimentos científicos no âmbito do problema da criança com afecção do foro respiratório, complicações, segurança, intervenções e avaliação de resultados; ☆ Aperfeiçoa conhecimentos teóricos e técnicos do treino de exercício reeducação funcional respiratória; ☆ Integra-se em equipa multidisciplinar e na relação com a criança, família e/ou cuidador.

Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Temporais: Ver cronograma em apêndice.
-----------------------------------	---

Domínios e Competências

B – Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

B1.2 – Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas.

B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.

B2.3 – Lidera programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

B3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

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

J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas.

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

J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação
6. Promover a autonomia funcional e a inclusão social da criança com asma, capacitando-a para alcançar máxima independência e participação social.	☆ Entrevistar a criança e/ou a família para identificar as suas necessidades, preocupações e receios no domicílio; ☆ Articulação na comunidade sobre os recursos disponíveis, para a continuidade dos cuidados, promovendo a funcionalidade, acessibilidade e participação social da criança/família;	☆ Realiza entrevista à criança/família para identificar as suas necessidades, preocupações e receios no domicílio. ☆ Realiza articulação com a comunidade para a continuidade de cuidados. ☆ Realiza ensino e capacitação à criança, família e/ou cuidador de técnicas para a maximização da autonomia, bem-estar e qualidade de vida.

	☆ Capacitação e ensino à criança/ família de técnicas de autocuidado que contribuam para a maximização da autonomia e qualidade de vida;	
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Temporais: Ver cronograma em apêndice.	

Domínios e Competências

A – Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B – Melhoria Contínua da Qualidade

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas.

B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.

B2.3 – Lidera programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

B3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

C – Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.2 – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.

D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

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

J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas.

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

J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor e cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação
7. Elaborar, implementar e avaliar os planos de reabilitação, aplicados à criança asmática tendo em vista a promoção do autocuidado.	☆ Avaliação do défice de autocuidado; ☆ Avaliação da capacidade de autocuidado da criança; ☆ Identificação dos requisitos de autocuidado alterados; ☆ Instrução, prática e treino relativamente aos produtos de apoio e técnicas específicas, à criança/ família, no âmbito da reeducação motora, reeducação funcional respiratória e promoção do autocuidado;	☆ Identifica o défice de autocuidado, a capacidade de autocuidado e os requisitos de autocuidado alterados; ☆ Realiza um plano de cuidados de reabilitação; ☆ Identifica e adequa os produtos de apoio necessários de acordo com a funcionalidade da criança/família; ☆ Estabelece um plano de reabilitação; ☆ Reformula os planos de reabilitação com o propósito de promover o autocuidado;

	☆ Conhecimento sobre os apoios à criança/família com doença crónica, com recurso à legislação em vigor; ☆ Sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas; ☆ Realização de pesquisa bibliográfica no âmbito das intervenções de RFR; ☆ Elaboração, implementação e monitorização de planos de intervenção, baseando-os nos problemas potenciais e/ou reais e no risco/benefício; ☆ Planeamento de intervenções personalizadas de RFR com vista a prevenção e/ ou melhoria da limitação da função respiratória, tendo em consideração a patologia e o estadio de desenvolvimento da criança; ☆ Ensino de técnicas de RFR à criança/família com vista o autocuidado, a maximização das capacidades e a minimização das exacerbações da doença crónica; ☆ Validação dos ensinios realizados à criança/família;	☆ Ter conhecimento sobre a legislação relativa aos apoios à criança/família com doença crónica; ☆ Sensibiliza a comunidade para a adoção de práticas inclusivas; ☆ Desenvolve competências na área da RFR; ☆ Elabora e implementa planos de intervenção baseando-se nos problemas potenciais e/ou reais e no risco/benefício; ☆ Planeia e implementa intervenções de RFR adaptadas às características da criança e adequado às limitações da função respiratória; ☆ Realiza ensinios, à criança/família, de técnicas de RFR que possibilitem o autocuidado, a minimização das exacerbações da doença crónica e a maximização das capacidades; ☆ Valida a aquisição de conhecimentos por parte da criança/família; ☆ Avalia os resultados obtidos com as intervenções e reformula o plano de cuidados em conformidade; ☆ Integra o programa de reabilitação e articula-se com a equipa multidisciplinar;
--	--	---

	☆ Reformulação do plano de cuidados tendo em consideração os resultados esperados e sempre que se justifique; ☆ Transmissão da informação, oral e escrita, acerca da evolução clínica e atualização do plano de intervenção; ☆ Realização de registos de EEER; ☆ Aplicação da melhor evidência, adequando-a às necessidades de cada criança; ☆ Colaboração com a equipa multidisciplinar na continuidade do programa de reabilitação para a resposta às necessidades de reabilitação da criança;	☆ Realiza registos de EEER adequados; ☆ Aplica a melhor evidência adequando-a às necessidades de cada criança; ☆ Acompanha o Enf. Orientador na prestação de cuidados; ☆ Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados individualizados;
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.	

	Temporais: Ver cronograma em apêndice.
--	---

Domínios e Competências

A – Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

C – Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.

D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

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

J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas.

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

J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor e cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação
8. Capacitar a criança com asma para o autocuidado, desenvolvendo com ela as suas capacidades física, mental e cognitiva por meio do treino de exercício e reeducação funcional respiratória.	☆ Avaliação do défice de autocuidado e da capacidade de autocuidado da criança; ☆ Instrução, prática e treino relativamente aos produtos de apoio e técnicas específicas, à criança/ família, no âmbito da reeducação motora, reeducação funcional respiratória e promoção do autocuidado; ☆ Conhecimento sobre os apoios à criança/família com doença crónica, com recurso à legislação em vigor; ☆ Sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas; ☆ Realização de pesquisa bibliográfica no âmbito das intervenções de RFR;	☆ Identifica o défice de autocuidado, a capacidade de autocuidado e os requisitos de autocuidado alterados; ☆ Identifica e adequa os produtos de apoio necessários de acordo com a funcionalidade da criança/família; ☆ Conhece os apoios à criança/família com doença crónica tendo por base a legislação em vigor; ☆ Sensibiliza a comunidade para a adoção de práticas inclusivas; ☆ Desenvolve competências na área da RFR; ☆ Elabora e implementa planos de intervenção baseando-se nos problemas potenciais ou reais e no risco/benefício; ☆ Planeia e implementa intervenções de RFR adaptadas às características da criança e

	☆ Planeamento de intervenções personalizadas de RFR com vista a prevenção e/ ou melhoria da limitação da função respiratória, tendo em consideração a patologia e o estadio de desenvolvimento da criança; ☆ Ensino de técnicas de RFR à criança/família com vista o autocuidado, a maximização das capacidades e a minimização das exacerbações da doença crónica; ☆ Validação dos ensinios realizados à criança/ família; ☆ Reformulação do plano de cuidados tendo em consideração os resultados esperados e sempre que se justifique; ☆ Realização de registos de EEER.	adequado às limitações da função respiratória; ☆ Realiza ensinios, à criança/família, de técnicas de RFR que possibilitem o autocuidado, a minimização das exacerbações da doença crónica e a maximização das capacidades; ☆ Valida a aquisição de conhecimentos por parte da criança/ família; ☆ Avalia os resultados obtidos com as intervenções e reformula o plano de cuidados em conformidade; ☆ Realiza registos de EEER adequados.
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento	

	das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Temporais: Ver cronograma em apêndice.
--	---

Domínios e Competências

A – Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B – Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

C – Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.

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

J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

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

J2.2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor e cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação
9. Identificar situações que requeiram intervenção do EEER, potenciando o <i>empowerment</i> na criança com asma e sua família	☆ Identificar situações que requeiram intervenção do EEER, potenciando o <i>empowerment</i> na criança com asma e/ou família; ☆ Realização de ensinios à criança e/ou família de técnicas para o autocuidado; ☆ Uso de estratégias facilitadoras da aprendizagem para crianças; ☆ Articulação com os recursos da comunidade de modo a promover a continuidade de cuidados; ☆ Procurar na comunidade os recursos disponíveis, promovendo a	☆ Identifica situações que requeiram intervenção do EEER, potenciando o <i>empowerment</i> na criança com asma e/ou família; ☆ Realiza ensinios à criança e/ou família acerca de técnicas para o autocuidado; ☆ Utiliza estratégias facilitadoras da aprendizagem na criança; ☆ Articula com os recursos da comunidade de modo a promover a continuidade de cuidados; ☆ Procura na comunidade recursos disponíveis de modo a promover a

	funcionalidade, a acessibilidade e a participação social da criança/família; ☆ Desenvolver planos de cuidados de reabilitação individualizados e focados no <i>empowerment</i> da criança e/ou família; ☆ Realização de sessões de educação para a saúde sobre a gestão da asma e prevenção de sibilância; ☆ Colaboração com a equipa multidisciplinar na continuidade do programa de reabilitação para a resposta às necessidades de reabilitação da criança; ☆ Adequação do método de ajuda ao défice de autocuidado identificado;	funcionalidade, a acessibilidade e a participação social da criança/família; ☆ Desenvolve planos de cuidados de reabilitação individualizados com enfoque no <i>empowerment</i> da criança e/ou família; ☆ Realiza sessões de educação para a saúde sobre a gestão da asma e prevenção de sibilância; ☆ Colabora com a equipa multidisciplinar na continuidade do programa de reabilitação para a resposta às necessidades de reabilitação da criança; ☆ Adequa o método de ajuda ao défice de autocuidado identificado;
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.	

	Temporais: Ver cronograma em apêndice.
--	---

Domínios e Competências

C – Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

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

J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor e cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	CrITÉrios de Avaliação
10. Desenvolver competências na prática de enfermagem de reabilitação, na reeducação funcional da criança com alteração do	☆ Realizar avaliação da função respiratória da criança; ☆ Elaboração de planos de cuidados de reabilitação;	☆ Realiza a avaliação da função respiratória da criança; ☆ Elabora planos de cuidados de reabilitação; ☆ Educa e capacita a criança e/ou família;

foro respiratório, prevenindo a ocorrência de complicações e promovendo a recuperação/readaptação funcional e promoção do autocuidado.	☆ Educação e capacitação da criança e/ou família; ☆ Realização de sessões educativas para a criança e/ou família sobre a gestão da afeção respiratória e técnicas de autocuidado; ☆ Elaboração de materiais educativos como folhetos sobre exercícios respiratórios e técnicas de limpeza das vias aéreas; ☆ Realização de técnicas de RFR; ☆ Avaliação da eficácia das intervenções planeadas e ajustar o plano de cuidados sempre que necessário; ☆ Promoção de um ambiente terapêutico calmo e seguro; ☆ Realizar ensinios à criança/família acerca das medidas de prevenção de infeções respiratórias.	☆ Realiza sessões educativas para a criança e/ou família sobre a gestão da afeção respiratória e técnicas de autocuidado; ☆ Elabora materiais educativos sobre exercícios respiratórios e técnicas de limpeza das vias áereas; ☆ Realiza técnicas de RFR; ☆ Avalia a eficácia das intervenções planeadas e ajusta o plano de cuidados sempre que necessário; ☆ Promove um ambiente terapêutico calmo e seguro; ☆ Realiza ensinios à criança/família acerca das medidas de prevenção de infeções respiratórias.
Recursos Utilizados	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Criança, família e/ou cuidador. Físicos: Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Unidade de Cuidados na Comunidade Palmela, Unidade Local de Saúde Arrábida – Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Ortopedia. Materiais: Normas, projetos e protocolos do serviço, instrumentos de registo, processo clínico, bibliografia de conteúdos científicos de Enfermagem de Reabilitação, Carta dos direitos e deveres do	

	Doente, Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Temporais: Ver cronograma em apêndice.
--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2020). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Bhat, J. (2020). *Asthma: Pathophysiology, Current Status, and Therapeutics*. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-15-3734-9_2

Cagliari, L. (2023). *Asma infantil - uma revisão abrangente sobre a etiologia e fisiopatologia, fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, plano de gerenciamento, nutrição e estilo de vida, prevenção e perspectivas futuras*. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 20252–20268. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-071>

Global Initiative for Asthma. (2015). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Global Initiative for Asthma.

Orem, D. E. (2021). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby.

Schön, D. A. (2020). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Silva, R. A. (2021). Ética e deontologia na prática da enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 14(1), 80-88.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA

Cronograma de Atividades

														2024												2025							
MESES		MAIO JUNHO			JUNHO JULHO				JULHO						SETEMBRO OUTUBRO				OUTUBRO NOVEMBRO				NOVEMBRO DEZEMBRO				DEZEMBRO JANEIRO						
LOCAL		UCC			UCC/UCCI				UCCI						Pediatria								Ortopedia				Comunidade						
SEMANAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
OBJETIVO GERAL	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			



Apêndice 2 – Póster: Ginástica Laboral

CUIDAR DE QUEM CUIDA

GINÁSTICA LABORAL



PREPARATÓRIA OU AQUECIMENTO

10 A 12Min

No início da jornada de trabalho.
Exercícios de coordenação, equilíbrio,
concentração, flexibilidade e resistência
muscular.

COMPENSATÓRIA

5 A 10Min

Exercícios de alongamento e
flexibilidade, respiratórios e
posturais.



RELAXAMENTO

10 A 12Min

Musicoterapia,
comunicação,
socialização e formação.



AS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS ESTÃO, NA MAIORIA, RELACIONADAS COM PROFISSÕES NA ÁREA DA SAÚDE. A GINÁSTICA LABORAL PREVINE ESTAS LESÕES E PROMOVE O BEM-ESTAR DOS PROFISSIONAIS.



Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação João Sardinha
Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Rita Rodrigues
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Joana Costa



Apêndice 3 – “Bingo das Quedas”

BINGO! PREVENÇÃO DE QUEDAS

			
CALÇADO ADEQUADO	CORRETA ILUMINAÇÃO	PRÁTICA DE EXERCÍCIO REGULAR	UTILIZAR O TELEMÓVEL NO BOLSO
			
VERIFICAR A TENSÃO ARTERIAL REGULARMENTE	REMOÇÃO DE TAPETES OU UTILIZAÇÃO DE TAPETES COM BASES ANTIDERRAPANTES	ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	VESTUÁRIO ADEQUADO
			
TÉCNICAS DE LEVANTAR CORRETAMENTE	UTILIZAR APOIOS PARA ANDAR	VERIFICAR REGULARMENTE A MEDICAÇÃO	USO DE BARRAS DE APOIO
			
USO DE TAPETES ANTIDERRAPANTES NO DUCHE	COLOCAR OS ÓCULOS	FALE COM O SEU ENFERMEIRO	EVITAR PISOS ESCORREGADIOS
			
CAMINHO LIVRE DE OBSTÁCULOS	BEBER ÁGUA REGULARMENTE	MANTER UMA BOA POSTURA	BOTÕES DE EMERGÊNCIA

**Apêndice 4 – Estudo de Caso: Desafios e Estratégias de
Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Esclerose
Lateral Amiotrófica**

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1.º Ano – 2.º Semestre

ESTUDO CASO

Desafios e Estratégias de Enfermagem de Reabilitação na
Pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica

Rita Isabel Sobralinho Rodrigues

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1.º Ano – 2.º Semestre

ESTUDO CASO

Desafios e Estratégias de Enfermagem de Reabilitação na
Pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica

Discente:

Rita Rodrigues, n.º 112316

Docente Orientadora:

Mestre Dina Peças

Monte de Caparica
julho 2024

Lista de Abreviaturas e Siglas

- **AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- **AVD** – Atividades de Vida Diária
- **Bpm** – Batimentos por minuto;
- **CIPE** – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem;
- **Cpm** – Ciclos por minuto;
- **ECG** – Eletrocardiograma;
- **EEB** – Escala de Equilíbrio de Berg;
- **EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- **ELA** – Esclerose Lateral Amiotrófica
- **EQM** – Escala de Quedas de Morse;
- **Mg** – Miligrama;
- **MIF** – Escala de Medida de Independência Funcional;
- **MmHg** – Milímetros de mercúrio;
- **MRC** – Medical Research Council;
- **RM CE** – Ressonância Magnética Crânio-encefálica;
- **RX Tórax** – Radiografia do Tórax;
- **SpO₂** – Saturações Periféricas de oxigênio;
- **Sr.** – Senhor;
- **TAC CE** – Tomografia computadorizada Crânio-encefálica;
- **TSE** – Teoria dos Sistemas de Enfermagem;
- **UCCI** – Unidade de Cuidados Continuados Integrados;

Índice

INTRODUÇÃO.....	6
1. COLHEITA DE DADOS	8
2. EXAME FÍSICO	11
3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	12
4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA.....	13
4.1 Estado Mental	13
4.2 Pares Cranianos	13
5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE	17
5.1 Força muscular	17
5.2 Tônus Muscular.....	18
5.3 Coordenação Motora	19
5.4 Sensibilidade.....	20
5.5 Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda	20
5.6 Avaliação da Marcha	23
6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	24
7. PLANO DE CUIDADOS	28
7.1 Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem.....	28
7.2 Plano de Cuidados do Senhor F.K.....	30
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICES.....	42
Apêndice 1- Escala de Borg modificada	43
Apêndice 2- Escala de Coma de Glasgow	43
Apêndice 3- Escala de Força Muscular MRC	44
Apêndice 4- Escala Modificada de Ashworth	44
Apêndice 5- Escala de Equilíbrio de Berg	45
Apêndice 6- Escala de Quedas de Morse	45
Apêndice 7- Categorias Funcionais de Marcha	46
Apêndice 8- Índice de Barthel	47
Apêndice 9- Escala de MIF.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Dados Antropométricos	11
Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória	12
Tabela 3- Avaliação do Estado Mental	13
Tabela 4- Avaliação dos Pares Cranianos	16
Tabela 5- Avaliação da Força Muscular	18
Tabela 6- Avaliação do Tonus Muscular	19
Tabela 7- Avaliação da Coordenação Motora	19
Tabela 8- Avaliação da Sensibilidade.....	20
Tabela 9- Avaliação do Equilíbrio associado ao Risco de Queda	21
Tabela 10- Escala de Equilíbrio de Berg	22
Tabela 11- Escala de Quedas de Morse.....	23
Tabela 12- Categorias Funcionais de Marcha	23
Tabela 13- Avaliação do Índice de Barthel	26
Tabela 14- Avaliação da Escala de MIF	27
Tabela 15 - Plano de Cuidados	38

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio do 1º ano 2º semestre, do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Egas Moniz School of Health & Science, foi proposto a elaboração de estudo de caso que refletisse as competências exigidas e ambicionadas pelo estudante (expressas em projeto de estágio), no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, decorrentes da sua experiência e prática reflexiva acerca de situações complexas de Cuidados de Enfermagem.

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (Regulamento n.º 392/2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O 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 n.º 392/2019).

O presente estudo de caso aborda a situação do utente F.K. a quem tive oportunidade de exercer cuidados de enfermagem de reabilitação durante o estágio. Através deste estudo de caso, pretendo refletir sobre as competências adquiridas e aplicadas durante o estágio, abordando intervenções específicas de enfermagem de reabilitação que visam minimizar as comorbilidades da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) através da avaliação de necessidades do senhor F.K. e do desenvolvimento do plano de cuidados de reabilitação baseado na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem.

O plano de cuidados de reabilitação é elaborado mediante a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Durante o processo de colheita de informações clínicas foram aplicados os princípios éticos e legais da profissão, garantindo a privacidade do senhor F.K. Foi realizado um acompanhamento diário dos cuidados de enfermagem e consultado o processo clínico de modo a permitir o desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação baseado nas necessidades reais do senhor F.K.

O foco será na avaliação contínua das necessidades do utente, implementação de um plano de cuidados individualizado e avaliação dos resultados das intervenções,

com o objetivo de promover a máxima autonomia possível e melhora a qualidade de vida.

Este estudo é um exemplo prático de como os conhecimentos teóricos e as competências práticas adquiridas no curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação podem ser aplicados de forma eficaz em contextos clínicos complexos, contribuindo para a formação de profissionais de saúde capazes de enfrentar desafios e promover cuidados de excelência.

1. COLHEITA DE DADOS

Identificação e história de Vida:

F.K. do sexo masculino de 57 anos de idade, nascido a 19/06/1967, solteiro, natural do Gana, de onde saiu por volta de 1993 para o Brasil e daí para a Venezuela. Por volta de 1998 veio para Portugal onde viveu cerca de 20 anos numa habitação na Amadora e terá depois emigrado durante 6 anos para a Alemanha. Regressou em setembro de 2023 para Portugal, estando a residir sozinho desde então num quarto alugado num apartamento perto da estação de Santa Apolónia, com apoio dos vizinhos para a alimentação e restantes despesas. Desempregado. Tem 3 irmãos no Gana. Fé protestante (pertence à igreja Pentecostal). Refere ser dextro. Refere ser previamente autónomo nas atividades de vida diária (AVD).

Condições habitacionais:

Residia sozinho num quarto alugado;

Apartamento, com escadas, eletricidade e saneamento disponível.

Antecedentes pessoais:

- Suspeita de evento cerebral isquémico no passado - referido episódio de "*queda por trombose*" (sic) há cerca de 7 anos - refere que quando foi para a Alemanha terá conseguido voltar a trabalhar "*normalmente*";
- Hipertensão arterial, não medicada;

Medicação habitual:

Nega medicação habitual.

Alergias:

Desconhece alergias medicamentosas e/ou outras.

História familiar:

Antecedentes familiares de referida hipertensão arterial. Nega conhecimento de outros.

Motivo de ida ao serviço de urgência:

Aparentemente no seu estado de saúde habitual até há cerca de cinco meses, quando iniciou quadro de fraqueza muscular do membro superior direito, com progressão para o membro inferior direito, seguido do membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo. Nega alterações da sensibilidade, dificuldade na deglutição ou

episódios de engasgamento com sólidos e líquidos, incontinência de esfínteres, retenção urinária, obstipação, ou outra sintomatologia. Na manhã de dia 18/01/2024, ao levantar-se da cama refere sensação de fraqueza e tremor dos membros inferiores com mal-estar associado, sem outra sintomatologia, tendo pedido ajuda a vizinha. Neste contexto, foi trazido ao Serviço de Urgência do Hospital de São José. Na triagem, por aparente hemiparesia direita, foi contactada a Via Verde de AVC. À observação, com disartria, ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita, atrofia dos interósseos das mãos bilateralmente e tetraparésia espástica dos quatro membros, pior nos membros superiores e à direita; sem alterações grosseiras da sensibilidade termoálgica; hiperreflexia generalizada, com área reflexogénea aumentada; reflexo cutâneo-plantar extensor à direita e indiferente à esquerda. Realizou tomografia computadorizada crânioencefálica com angio-TC e ressonância magnética crânioencefálica e sagital cervical, apenas com evidência de leucoencefalopatia subcortical vascular microangiopática crónica e alterações degenerativas disco-vertebrais, a que se associam complexos discosteoligamentares posteriores de maior expressão em C5-C6, a condicionar redução do espaço subaracnoideu anterior e moldagem da vertente anterior da medula e a merecer reavaliação por estudo eletivo dirigido.

Foi pedida colaboração da Neurologia, que, perante suspeita de doença de neurónio motor, foi proposto internamento para estudo no Serviço de Neurologia do Hospital de São José.

Evolução do internamento no Hospital de São José:

O internamento decorreu sem intercorrências major. Por perfil hipertensivo, com pressão arterial sistólica máxima de 180 milímetros de mercúrio (mmHg) e diastólica de 100mmHg, iniciou terapêutica com ramipril 5miligrama (mg) e amodipina 10mg, com posterior necessidade de introdução de hidroclorotiazida 25mg.

Do ponto de vista neurológico, verificou-se dificuldade progressiva na marcha, com restante clínica neurológica sobreponível.

Realizou ressonância magnética do neuroeixo (24/01), que evidenciou discreto hipersinal em T2 e T2/FLAIR a envolver o trato cortico-espinhal, bilateralmente, particularmente nos braços posteriores das cápsulas internas e no trajeto mesencefálico, e hipossinal em SWI do córtex pré-central (sinal da banda motora), também bilateralmente, sugestivos de esclerose lateral amiotrófica; evidencia também mielopatia compressiva ao nível de C5-C6. Realizou eletromiograma (26/01) com evidência de lesão a nível pré-ganglionar sinais de desnervação ativa, incluindo fasciculações, e sinais de reinervação crónica em miótomos cervicais e sinais de

desnervação ativa em miótomos dorsais, lombo-sagrados e bulbares, apoiando, neste contexto clínico, a suspeita diagnóstica de doença do neurónio motor/esclerose lateral amiotrófica.

Perante exclusão de outras causas que justificassem o quadro clínico atual com sinais de primeiro e segundo neurónio motor generalizados, admite-se diagnóstico de doença do neurónio motor - Esclerose Lateral Amiotrófica. Perante este diagnóstico, iniciou-se medicação com riluzol 50mg 12/12h e pediu-se colaboração dos Cuidados Paliativos e da Psicologia.

Para avaliação de disfagia, foi observado pela terapeuta da fala (23/01), que considerou não haver disfagia, a tolerar ainda dieta com sólidos e líquidos sem evidência de engasgamentos admitindo-se proteção da via aérea.

Do ponto de vista respiratório, manteve-se com boas saturações periféricas em ar ambiente e sem sinais de dificuldade respiratória; realizou provas de função respiratória (24/01), sem evidência de alterações ventilatórias significativas, com moderada diminuição da pressão inspiratória máxima.

Do ponto de vista social, foi feita candidatura à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (unidade de longa duração), tendo surgido vaga na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de São Roque, tendo sido transferido a 24/06/2024.

2. EXAME FÍSICO

Dados antropométricos	Sexo: Masculino Peso: 60 Kg Altura: 170 cm
Exame físico sumário (27-06-2024)	Eupneico em ar ambiente, com Frequência Respiratória de 15 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigênio (SpO2) de 99%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude. Tensão arterial: 131/64mmHg; Frequência cardíaca: 79 batimentos por minuto (bpm); Apirético com temperatura timpânica de 36,5°C. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem lesões visíveis. Tronco e membros de características normais.

Tabela 1- Dados Antropométricos

3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Para avaliar a função respiratória do Sr. F.K., foi aplicada a Escala de Borg modificada, que mede o grau de dispneia apresentado (Borg, 1982).

Função Respiratória (27/06/2024)	
Inspeção	Eupneico, respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
Palpação	Hemotórax esquerdo e direito sem alterações.
Percussão	Presença de som claro pulmonar.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
Tosse	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
Escala de Dispneia de Borg modificada	Nenhuma dispneia (0).

Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória

4. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Para avaliar o estado mental do Sr. F.K., foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974).

4.1 Estado Mental

Estado mental (27/06/2024)	
Estado de Consciência	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de <i>Glasgow</i> (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal (5), cumpre ordens (6)).
Orientação	Orientado, auto e alo psiquicamente.
Atenção	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
Memória	A memória sensorial, imediata, recente e remota, não apresentam alterações.
Linguagem	Compreensão, nomeação, repetição, leitura sem alterações. Apresenta disartria.
Capacidades práxicas	Não tem capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icônicos transitivos (ex: beber água pela garrafa) mas tem capacidade de efetuar gestos icônicos intransitivos (ex: assobiar).
Negligência hemiespacial unilateral	Não apresenta neglet.

Tabela 3- Avaliação do Estado Mental

4.2 Pares Cranianos

Pares Cranianos (27/06/2024)					
N.º	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Pessoa com olhos fechados. Avaliado bilateralmente. Coloquei objetos com odor facilmente identificável junto da narina como por exemplo café e perfume.	Sem alterações.
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Olho fechado alternadamente.	Sem alterações.

				Avaliado bilateralmente. <u>Acuidade visual:</u> Pedi a contagem de dedos junto do olho, a 3 e 6 metros de distância. <u>Campo de visão:</u> Pedi para que o Sr. F.K. acompanhasse o meu dedo indicador enquanto o deslocava da periferia para o centro visual, solicitei que indicasse quando o deixasse de ver.	
III	Oculomotor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Foram avaliados em conjunto o III, IV e VI pares cranianos. Avaliação efetuada com ambiente escurecido. Incidi a luz da lanterna, do canto externo para o interno de cada olho. Detetei a reação, tamanho e forma das pupilas. Fiz movimentos simples em forma de H e pedi à pessoa que seguisse o percurso do dedo.	Sem alterações. Ambas as pupilas isoreativas e isocóricas. Sem nistagmo ou ptose palpebral.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho			
VI	Abducente	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho			
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Pedi-se à pessoa para fechar os olhos. Foi testada a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na divisão oftálmica, maxilar e mandibular, bilateralmente. Foi testado o reflexo córneo-palpebral com algodão.	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo. Reflexo córneo-palpebral mantido no olho direito e esquerdo (existe

				Avaliada a capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria dos movimentos de mastigação.	lacrimejo e pestanejo). Capacidade para encerrar e mover a mandíbula mantido no lado esquerdo e direito. Movimentos de mastigação mantidos simetricamente.
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais – mimica facial (ramo motor) Perceção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a presença dos movimentos e expressão facial (sorrir, franzir o sobrolho com encerramento firme das pálpebras). Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Sem dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Sem alterações. Conseguiu franzir a sobrancelha e encerrar ambas as pálpebras. Reconheceu todos os sabores sem dificuldades.
VIII	Estato-acústico	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição.	Sensitivo	<u>Divisão coclear:</u> Avaliado bilateralmente. Utilizei um relógio com som dos ponteiros e pedi que identificasse o som a várias distâncias. <u>Divisão vestibular:</u> Testado o equilíbrio dinâmico e estático	Sem alterações na divisão coclear. Equilíbrio diminuído tanto na posição de sentado como na posição ortostática. Teste de

				sentado e em ortostatismo.	Rinne e Weber inocente.
IX	Glossofaríngeo	Perceção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e motor	Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e Abdominais.	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vômito. Verificado se apresentava alteração no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou odinofagia.	Sem alterações.
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleido-mastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Motor	Avaliada a capacidade de elevação dos ombros e lateralizar a cabeça bilateralmente, contra a resistência das minhas mãos.	Apresenta controlo motor da musculatura cervical.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras).	Motor	Avaliados os movimentos da língua com e sem resistência da espátula.	Sem alterações.

Tabela 4- Avaliação dos Pares Cranianos

5. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

5.1 Força muscular

Com o objetivo de avaliar a força muscular do Sr. F.K., utilizou-se a Escala de Força Muscular MRC (Medical Research Council, 1976).

Segmentos	Movimentos	Força Muscular		Força Muscular		Força Muscular	
		27/06/2024		01/07/2024		09/07/2024	
		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Inclinação direita	5	5	5	5	5	5
	Inclinação esquerda	5	5	5	5	5	5
	Rotação	5	5	5	5	5	5
Escapulo umeral	Flexão	3	3	3	3	4	4
	Extensão	3	3	3	3	4	4
	Adução	3	3	3	3	4	4
	Abdução	3	3	3	3	4	4
	Rotação interna	3	3	3	3	4	4
	Rotação externa	3	3	3	3	4	4
Cotovelo	Flexão	2	2	3	3	3	3
	Extensão	2	2	3	3	3	3
Antebraço	Pronação	0	0	0	0	0	0
	Supinação	0	0	0	0	0	0
Punho	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0	0	0
	Desvio radial	0	0	0	0	0	0
Dedos da mão	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Oponência	0	0	0	0	0	0

Coxo-femoral	Flexão	3	3	3	3	3	3
	Extensão	3	3	3	3	3	3
	Adução	3	3	3	3	3	3
	Abdução	3	3	3	3	3	3
	Rotação interna	3	3	3	3	3	3
	Rotação externa	3	3	3	3	3	3
Joelho	Flexão	3	3	3	3	3	3
	Extensão	3	3	3	3	3	3
Tibiotársica	Flexão	2	2	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2	2	2
	Inversão	2	2	2	2	2	2
	Eversão	2	2	2	2	2	2
Dedos dos pés	Flexão	2	2	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2	2	2
	Adução	2	2	2	2	2	2
	Abdução	2	2	2	2	2	2

Tabela 5- Avaliação da Força Muscular

5.2 Tónus Muscular

Para avaliar o tônus muscular do Sr. F.K., utilizou-se a Escala de *Ashworth* Modificada (Bohannon & Smith, 1987).

Segmentos	Movimentos	Tónus Muscular		Tónus Muscular	
		27/06/2024		01/07 e 09/07	
		Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Inclinação direita	0	0	0	0
	Inclinação esquerda	0	0	0	0
	Rotação	0	0	0	0
Escapulo-umeral	Flexão	1	1	0	0
	Extensão	1	1	0	0
	Adução	1	1	0	0
	Abdução	1	1	0	0
	Rotação interna	1	1	0	0
	Rotação externa	1	1	0	0
Cotovelo	Flexão	2	2	1	1
	Extensão	2	2	1	1
Antebraço	Pronação	3	3	3	3
	Supinação	3	3	3	3

Punho	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Desvio cubital	4	4	4	4
	Desvio radial	4	4	4	4
Dedos da mão	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4
	Oponência	4	4	4	4
Coxo-femoral	Flexão	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2
	Adução	2	2	2	2
	Abdução	2	2	2	2
	Rotação interna	2	2	2	2
	Rotação externa	2	2	2	2
Joelho	Flexão	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2
Tibiotársica	Flexão	1	1	1	1
	Extensão	1	1	1	1
	Inversão	1	1	1	1
	Eversão	1	1	1	1
Dedos dos pés	Flexão	1	1	1	1
	Extensão	1	1	1	1
	Adução	1	1	1	1
	Abdução	1	1	1	1

Tabela 6- Avaliação do Tonus Muscular

5.3 Coordenação Motora

Para avaliar a evolução motora do senhor F.K., realizaram-se os testes Índice-nariz e Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012).

Coordenação Motora	
Prova Índice-Nariz	
27/06/2024	Na prova Index-nariz, o Sr. F.K. apresenta hipometria dos membros superiores.
01/07/2024	
09/07/2024	
Prova Calcanhar-joelho	
27/06/2024	Na prova Calcanhar-joelho, o Sr. F.K. apresenta hipometria dos membros inferiores.
01/07/2024	
09/07/2024	

Tabela 7- Avaliação da Coordenação Motora

5.4 Sensibilidade

Conforme descrito por Menoita (2012), em 27/06/2024 e 09/07/2024, a sensibilidade corporal do senhor F.K. foi avaliada.

Sensibilidade 27/06/2024 – 09/07/2024		Face		Tronco	Membros Superiores		Membros Inferiores	
		Lado direito	Lado esquerdo		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
Superficial	Tátil	P	P	P	P	P	P	P
	Térmica	P	P	P	P	P	P	P
	Dolorosa	P	P	P	P	P	P	P
Profunda	Sentido de Pressão ou Barestesia	P	P	P	P	P	P	P
	Vibratória ou Palestesia	P	P	P	P	P	P	P
	Postural ou cinético postural	D	D	D	D	D	D	D
Legenda: P (presente); D (diminuído).								

Tabela 8- Avaliação da Sensibilidade

5.5 Equilíbrio Corporal associado ao Risco de Queda

Para avaliar o equilíbrio corporal do Sr. F.K., utilizou-se a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) (Berg et al., 1992), que mede o equilíbrio funcional, estático e sonoro e estima o risco de queda. O risco associado foi avaliado por meio da Escala de Quedas de Morse (EQM) (Norma n.º 008/2019, pp. 1-17).

Equilíbrio funcional	27/06/2024		01/07/2024		09/07/2024	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico

	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.	Presente na posição de sentado. Ausente na posição ortostática.
--	--	--	--	--	--	--

Tabela 9- Avaliação do Equilíbrio associado ao Risco de Queda

Escala de Equilíbrio de Berg			
Descrição dos itens	27/06/2024	01/07/2024	09/07/2024
1) Posição sentada para posição em pé.	0	1	1
2) Permanecer em pé sem apoio.	0	1	1
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.	0	0	0
4) Posição em pé para posição sentada.	1	2	2
5) Transferências.	0	1	1
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	0	0	0
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	0	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	0	0
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	0	0
11) Girar 360 graus.	0	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.	0	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.	0	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna.	0	0	0
TOTAL	1	5	5

CONCLUSÃO	Elevado Risco de Queda / equilíbrio diminuído	Elevado Risco de Queda / equilíbrio diminuído	Elevado Risco de Queda / equilíbrio diminuído
INTERPRETAÇÃO DA ANÁLISE:	41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 = risco de queda médio / equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

Tabela 10- Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Queda de Morse			
Item	27/06/2024	01/07/2024	09/07/2024
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0	0	0
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	0	0	0
4. Terapia intravenosa Não Sim	0	0	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	20	20	20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	15	0	0

TOTAL	50	35	35
CONCLUSÃO	Médio Risco de Queda	Baixo Risco de Queda	Baixo Risco de Queda

Tabela 11-Escala de Quedas de Morse

5.6 Avaliação da Marcha

Para avaliar a marcha do Sr. F.K., utilizou-se o método das Categorias Funcionais de Marcha (Holden et al., 1986), que detalha o suporte físico necessário para indivíduos durante a execução da marcha.

Categorias Funcionais de Marcha				
Definição	Categoria	27/06/2024	01/07/2024	09/07/2024
O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas	0	X		
O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio	1		X	X
O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação	2			
O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal	3			
O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares	4			
O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar	5			

Tabela 12- Categorias Funcionais de Marcha

6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Para avaliar o grau de dependência no autocuidado do Sr. F.K., utilizou-se o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Granger et al., 1986).

Índice de Barthel		27/06/2024	01/07/2024	09/07/2024
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	0	0	0
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.	0	5	5
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	0	0
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	0	0	0

Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0	0
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	0	0	0
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	0	0	0
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	0	0	0
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	0	0	0

Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)	0	0	0
Interpretação do Resultados	100 pontos - totalmente independente 99 a 76 pontos - dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos - dependência severa 25 e menos pontos - dependência total	0	5	5

Tabela 13-Avaliação do Índice de Barthel

Escala de MIF			
	27/06/2024	01/07/2024	09/07/2024
Autocuidado			
A – Alimentação	2	2	2
B – Higiene pessoal	2	2	2
C – Banho (lavar corpo)	1	1	1
D – Vestir metade superior	2	2	2
E – Vestir metade inferior	2	2	2
F – Utilização da sanita	1	1	1
Controlo de Esfíncteres			
G – Vesical	1	1	1
H – Intestinal	1	1	1
Transferências			
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas	2	2	2
J – Sanitário	2	2	2
K – Banheira, duche	2	2	2
Locomoção			
L – Marcha, cadeira de rodas	1	1	1

M – Escadas	N/A	N/A	N/A
Comunicação			
N – Compreensão	7	7	7
O – Expressão	6	6	6
Cognição Social			
P – Interação social	6	6	6
Q – Resolução de problemas	2	2	2
R – Memória	7	7	7
TOTAL	48	48	48
NÍVEIS	7 Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA	
	<u>Dependência Modificada</u> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥50%) <u>Dependência Completa</u> 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥25%) 1 Ajuda total (indivíduo ≥0%)	AJUDA	
CLASSIFICAÇÃO:			
100 – Independência Total; 99-76 – Dependência Leve; 75-51 – Dependência Moderada; 50-26 – Dependência Grave; ≤25 – Dependência Total			

Tabela 14- Avaliação da Escala de MIF

7. PLANO DE CUIDADOS

7.1 Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem

Orem (2001) define autocuidado como a execução de atividades necessárias para proteger, manter e promover o bem-estar pessoal. O autocuidado é realizado quando a pessoa aprende, adapta-se e desenvolve estratégias que lhe permitam cuidar de si mesma. Nesse contexto, a pessoa é chamada de agente de autocuidado. Quando a pessoa é incapaz de cuidar de si mesma e precisa que outras pessoas assumam essa responsabilidade, ela é chamada de agente dependente de cuidados. Quando esses cuidados são prestados por pelo enfermeiro, este é referido como agente terapêutico de autocuidado (Orem, 2001).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, Orem (2001) argumenta que a enfermagem é uma ação humana. Isso significa que os sistemas de enfermagem são criados pelos enfermeiros através da sua prática profissional para ajudar pessoas que têm limitações ou dependem de ajuda para realizar o autocuidado devido a problemas de saúde.

O enfermeiro tem a autonomia para diagnosticar, prescrever e ajustar os sistemas de cuidados necessários à pessoa de quem cuida. Em 1995, Orem expandiu a sua teoria desenvolvendo três sistemas básicos de enfermagem:

- Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório – o enfermeiro assume todas as ações necessárias para realizar o autocuidado terapêutico da pessoa. O objetivo é compensar completamente a incapacidade da pessoa de cuidar de si mesma e fornecer apoio e proteção;
- Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório – o enfermeiro realiza algumas das ações de autocuidado, compensando as limitações da pessoa e ajudando-a conforme necessário. A pessoa também participa realizando algumas atividades de autocuidado, regulando as suas ações e aceitando a colaboração do enfermeiro;
- Sistema de Enfermagem Apoio-educação – a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, mas requer orientação e supervisão do enfermeiro durante execução das atividades (Costa et al., 2022; Queirós et al., 2014).

Tendo por base a avaliação previamente realizada sobre o senhor F.K., pode-se nomear os seguintes objetivos para o plano de cuidados de reabilitação:

- Desenvolver a prática de reeducação funcional respiratória e motora adequada ao Sr. F.K;
- Manter e melhorar a mobilidade através de exercícios passivos e ativos assistidos;
- Prevenir a rigidez articular através de programa de exercícios bem como utilização de dispositivos de apoio, como almofadas e rolos, para manter a posição funcional das articulações;
- Desenvolver o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática;
- Realizar exercícios que aumentem a coordenação motora;
- Reduzir o risco de queda existente.

7.2 Plano de Cuidados do Senhor F.K.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
Transferir-se comprometido: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>	Transferir-se comprometido: Melhorar conhecimento sobre a técnica de adaptação para transferir-se; Promover a transferência autónoma e em segurança.	Avaliar a capacidade de transferência da cama para cadeirão/cadeira de rodas/cadeira sanitária ou vice-versa; Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; Ensinar, instruir e treinar a técnica de transferência autónoma e em segurança.	27/06/2024 Não conseguiu transferir-se sozinho da cama para cadeira sanitária, bem como da cadeira sanitária para o cadeirão, precisou de ajuda bilateral no ato da transferência; 01/07/2024 e 09/07/2024 Necessitou de ajuda unilateral para a transferência da cama para o cadeirão, cadeira sanitária e vice-versa.
Equilíbrio corporal comprometido: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Equilíbrio corporal comprometido: Melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal, através da Escala de Berg (equilíbrio estático sentado e ortostático, equilíbrio dinâmico sentado e ortostático, se apresenta posições viciosas, deformidades da	27/06/2024 O Sr. F.K. não tem capacidade para manter posição ortostática, sem manutenção de postura adequada; sem equilíbrio estático e equilíbrio

Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal; Equilíbrio corporal comprometido relacionado com diminuição da força muscular em todos os segmentos. <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Totalmente</u> <u>Compensatório</u>	Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho, se suporta peso corporal em diferentes posições); Avaliar o conhecimento da pessoa sobre técnica de equilíbrio corporal; Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal; Executar técnica de treino de equilíbrio corporal (alternância de carga nos membros superiores e inferiores, exercícios de coordenação motora); Estimular o equilíbrio corporal através da correção postural diariamente; Ensinar, instruir e treinar a pessoa para a execução autónoma da técnica de treino de equilíbrio corporal, em segurança, utilizando roupa e calçado	dinâmico na posição ortostática (score 1 na Escala de Berg); Apresentou descoordenação motora, com hipometria na avaliação dedo/nariz do lado direito, dismetria calcanhar/joelho do lado direito; Não demonstrou conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal, mas demonstra interesse e motivação para aprender, executar e melhorar o equilíbrio corporal, dispõe de roupa e calçado adequado. 01/07/2024 e 09/07/2024 O Sr. F.K. não tem capacidade para manter posição ortostática, sem manutenção de postura adequada; sem equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico na posição ortostática (score 6 na Escala de Berg);
---	--	---	--

		adequado.	Apresentou descoordenação motora, com hipometria na avaliação dedo/nariz do lado direito, dismetria calcânhar/joelho do lado direito; Demonstrou conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal e interesse e motivação para aprender, executar e melhorar o equilíbrio corporal, dispõe de roupa e calçado adequado.
Risco de Rigidez Articular: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de rigidez muscular;	Risco de Rigidez Articular: Avaliar conhecimento sobre condições de risco para a rigidez articular; Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;	Avaliar movimento articular; Executar técnica de posicionamento (correção postural); Realizar exercícios de mobilização passiva em todas as articulações, tais como a flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa e interna da articulação escapulo-	27/06/2024 O Sr. F.K. não tem conhecimento sobre as condições de risco para a rigidez articular nem sobre técnicas de exercício muscular e articular; O Sr. F.K. é capaz de realizar movimentos ativos da articulação escapulo-umeral. Nas restantes articulações foram realizados

Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>	Ensinar sobre condições de risco para rigidez articular; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; Providenciar material educativo; Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; Treinar técnicas de exercício muscular e articular; Prevenir a rigidez articular e muscular;	umeral; flexão/extensão do cotovelo; pronação/supinação do antebraço; flexão/extensão e desvio cubital/radial do punho; flexão/extensão, adução/abdução e oponência dos dedos das mãos; flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa e interna da articulação coxo-femoral; flexão/extensão do joelho e flexão da tibiotársica, pelo menos 10 repetições de cada movimento; Reposicionar o utente a cada duas horas para evitar consequências da imobilidade; Utilizar dispositivos de apoio, como almofadas e rolos, para manter a posição funcional das articulações.	exercícios de mobilização passiva sempre tendo em conta a colaboração do Sr. F.K. e avaliando a dor. 01/07/2024 e 09/07/2024 O Sr. F.K. tem conhecimento sobre as condições de risco para a rigidez articular e sobre técnicas de exercício muscular e articular; O Sr. F.K. é capaz de realizar movimentos ativos da articulação escapulo-umeral e do cotovelo. Nas restantes articulações foram realizados exercícios de mobilização passiva sempre tendo em conta a colaboração do Sr. F.K. e avaliando a dor.
---	---	---	--

	Manter a amplitude de movimento das articulações; Promover o conforto e prevenir complicações decorrentes da imobilidade.		
Défice no autocuidado: Alimentar-se, Higiene e Vestir-se R/C força, coordenação e resistência muscular diminuídas e/ou ausentes, manifestado por incapacidade de lavar o corpo, vestir e despir e incapacidade em preparar as refeições <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Totalmente Compensatório</u>	Estimular a independência funcional para o autocuidado e a autonomia de decisão.	Avaliar grau de dependência do utente através da escala de Barthel e MIF; Realizar a higiene do utente estimulando a proprioceção; Garantir o conforto e bem-estar do utente prevenindo complicações associadas à imobilidade; Manter a integridade da pele; Explicar todos os procedimentos realizados ao utente de forma a que este possa colaborar minimamente;	27/06/2024 Barthel: 0 MIF: 48 O utente não participa nas atividades de autocuidado e todas as ações são realizadas pelo enfermeiro; Alimenta-se sentado, com uma postura adequada assegurada pelo uso de tabuleiro em cadeira de rodas, no entanto não consegue preparar a refeição nem alimentar-se autonomamente devido à imobilidade dos membros superiores;

		Preparar e administrar todas as refeições ao utente de modo a assegurar uma dieta equilibrada e adequada às suas necessidades nutricionais.	Os cuidados de higiene são realizados no leito. 01/07/2024 e 09/07/2024 Barthel: 5 MIF: 48 O utente não participa nas atividades de autocuidado e todas as ações são realizadas pelo enfermeiro; Alimenta-se sentado, com uma postura adequada assegurada pelo uso de tabuleiro em cadeira de rodas, no entanto não consegue preparar a refeição nem alimentar-se autonomamente devido à imobilidade dos membros superiores; Os cuidados de higiene são realizados no leito, em maca-banho ou no duche através de cadeira adequada.
--	--	--	---

Diminuição da força muscular nos membros superiores e inferiores <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Totalmente</u> <u>Compensatório</u>	Promover a recuperação e arranjar estratégias de autonomia e autocuidado; Aumentar a força muscular nos membros superiores e inferiores; Adesão ao plano de exercícios definidos.	Planear os exercícios tendo em conta as comorbilidades do Sr. F.K.; Avaliar e monitorizar sinais vitais; Realizar os exercícios isotónicos ativos nos membros superiores e inferiores - 10 repetições de 2 séries; Avaliar a força muscular através da escala MRC; Promover a adesão ao plano instituído.	27/06/2024 Realizados exercícios isotónicos ativos dos membros superiores e inferiores; Avaliada a escala MRC; Necessita de ajuda total para as AVD. 01/07/2024 e 09/07/2024 Realizados exercícios do plano proposto; Mantém a necessidade de ajuda total para as AVD.
Risco de queda em grau moderado <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Totalmente Compensatório</u>	Diminuir o risco de queda; Promover o ambiente segura para a prática dos cuidados de reabilitação; Evitar ocorrência de quedas.	Avaliar o risco de queda, utilizando a EQM e a EEB; Identificar os fatores de risco que levam a ocorrência de quedas: alteração do campo visual; alteração do equilíbrio corporal; dificuldades no	27/06/2024 EQM - 50; EEB - 1 Identificaram-se os fatores de risco que levam às quedas: diminuição do equilíbrio;

		autocuidado higiene em segurança; alteração do padrão normal da marcha; Otimizar o ambiente físico da pessoa, colocando a campainha e objetos pessoais facilmente acessíveis a esta, chão limpo e seco; Manter o plano da cama baixo ao mínimo, cama travada e cadeirão/cadeira de rodas travados de forma a reduzir o risco de queda; Desobstruir os locais de passagem da pessoa; Auxiliar a pessoa no levantar, transferência e no andar; Incentivar a pessoa ao levantar, transferência e andar autónomos, em	Foi estabelecido o plano de cuidados de reabilitação mediante as necessidades pessoais, de forma simples e seguro; O espaço da pessoa manteve-se organizado e arrumado, limpo, chão seco. 01/07/2024 e 09/07/2024 EQM - 35; EEB - 5 Foram disponibilizados equipamentos de apoio para o autocuidado (cadeira sanitária, cadeira de rodas, barras de apoio no duche); Auxiliado no levantar e transferência em segurança, com roupa e calçado adequado.
--	--	---	--

		segurança; Incentivar à utilização de calçado prático, fechado e antiderrapante, bem como roupa ajustada ao corpo que permita movimentar-se livremente; Incentivar a utilização de equipamentos/materiais de apoio para o autocuidado (barras de apoio, cadeira de rodas).	
--	--	---	--

Tabela 15 - Plano de Cuidados

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo de caso permitiu uma análise detalhada e prática das competências de enfermagem de reabilitação aplicadas à pessoa com ELA. A ELA, sendo uma doença neurodegenerativa progressiva, apresenta desafios significativos para os enfermeiros de reabilitação, particularmente na manutenção da funcionalidade e qualidade de vida.

Ao longo do estudo, foi possível identificar e abordar as necessidades específicas do senhor F.K. através de uma avaliação contínua e detalhada, implementação de um plano de cuidados individualizado e monitorização dos resultados das intervenções. As intervenções centraram-se em promover a mobilidade, prevenir a rigidez articular, gerir a função respiratória, e fornecer suporte psicológico e emocional.

Os objetivos estabelecidos foram alcançados em grande parte graças à aplicação dos princípios da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, que permitiram estruturar um sistema de cuidados que varia entre o totalmente compensatório e o parcialmente compensatório, conforme a evolução das capacidades do senhor F.K. A utilização de ferramentas como a CIPE e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação garantiram a consistência e a qualidade do plano de cuidados.

A experiência adquirida durante o estágio clínico e a elaboração deste estudo de caso sublinham a importância da prática reflexiva e do desenvolvimento contínuo das competências profissionais. Este estudo de caso não apenas demonstrou a aplicação eficaz dos conhecimentos teóricos adquiridos no curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, mas também destacou a capacidade de adaptação e inovação necessária para enfrentar as complexidades associadas ao cuidado de pacientes com doenças crónicas e progressivas.

Por fim, este estudo contribuiu para a formação de uma profissional de enfermagem de reabilitação mais capacitada por forma a oferecer cuidados de excelência, promover a autonomia da pessoa e melhorar a qualidade de vida daqueles que enfrentam condições como a ELA.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7-S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377-381. https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.1.2.aspx

Costa, M. S. B., Silva, M. M. L. C., Lima, M. R. S., Berenguer, M. L. R., Melo, M. G., Costa, M. M., & Costa, V. C. (2022). Vivência discente na elaboração de um plano de cuidados para criança com asma e pneumonia, 7:01-09. DOI: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20220032>

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>

Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.

Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*, 6th edition; St. Louis, MO: Mosby

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3): 157-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 – II Série. (2019). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet* (London, England), 2(7872), 81– 84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

APÊNDICES

Apêndice 1 – Escala de Borg modificada

Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Apêndice 2 – Escala de Coma de Glasgow

Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Apêndice 3 – Escala de Força Muscular MRC

Escala de Força Muscular MRC	
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

Apêndice 4 – Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth	
0	Tônus normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento)
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)

Apêndice 5 – Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg		
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
1) 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 ou num banquinho		
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 da 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 no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio		
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente		
14) Permanecer em pé sobre uma perna		
TOTAL		
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.		
Legenda: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

Apêndice 6 – Escala de Quedas de Morse

Escala de Quedas de Morse	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não	0

Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	

Apêndice 7 – Categorias Funcionais de Marcha

Categorias Funcionais de Marcha	
Categoria	Definição
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

Apêndice 8 – Índice de Barthel

Índice de Barthel	
Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas.
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)
Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

Apêndice 9 – Escala de MIF

Escala de MIF		
Autocuidado		Data de avaliação
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G - Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 – Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda
	Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 – Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 – Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 – Ajuda total (indivíduo < 25 %)	Ajuda



**Apêndice 5 – Estudo de Caso: Intervenções do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
(EEER) na criança com asma**

Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2024/2025

2.º Ano – 1.º Semestre

ESTUDO CASO

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação (EEER) na criança com asma

Rita Isabel Sobralinho Rodrigues



Mestrado Em Enfermagem De Reabilitação

Ano letivo 2024/2025

2.º Ano – 1.º Semestre

ESTUDO CASO

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação (EEER) na criança com asma

Discente:

Rita Rodrigues, n.º 112316

Docente Orientadora:

Mestre Dina Peças

Monte de Caparica
janeiro 2025

Lista de Abreviaturas e Siglas

- **AKQ** – Asthma Knowledge Questionnaire
- **Bpm** – Batimentos por minuto
- **CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- **Cm** – Centímetros
- **CMAS-R** – Children's Manifest Anxiety Scale – Revised
- **Cpm** – Ciclos por minuto
- **DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- **EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- **FR** – Frequência Respiratória
- **GINA** – Global Initiative for Asthma
- **Kg** – Quilograma
- **L/min** – Litros por minuto
- **MFS** – Máscara Facial Simples
- **MmHg** – Milímetros de mercúrio
- **MRC** – Medical Research Council
- **PO** – Per Os (via oral)
- **SO** – Serviço de Observação
- **SpO₂** – Saturação Periférica de Oxigênio
- **SUP** – Serviço de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	7
2.	COLHEITA DE DADOS	8
3.	EXAME FÍSICO	10
4.	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	11
5.	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA.....	11
6.	AVALIAÇÃO DA DOR	12
7.	AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA	12
8.	AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE.....	13
9.	AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR	13
10.	AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PAIS	14
11.	PLANO DE CUIDADOS	15
11.1.	Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem .	15
11.2.	Plano de Cuidados da Matilde.....	18
12.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
13.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
	APÊNDICES.....	38
	Apêndice 1 – Escala KIDDY preenchida	39
	Apêndice 2 – CMAS-R preenchida	42
	Apêndice 3 – AKQ preenchida	43
	Apêndice 4 – Folheto Asma na criança	45
	Apêndice 5 – Folheto Câmara Expansora	46
	ANEXOS	47
	Anexo 1 – Escala de Borg modificada	48
	Anexo 2 – Escala de Coma de Glasgow	48
	Anexo 3 – Escala de Faces Wong-Baker	49
	Anexo 4 – Escala KIDDY.....	49
	Anexo 5 – Escala CMAS-R	51
	Anexo 6 – Escala de Força Muscular MRC	52
	Anexo 7 – Escala AKQ.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Radiografía Tórax.....	9
-----------------------------------	---

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Exame Físico.....	11
Tabela 2 - Avaliação da Função Respiratória.....	11
Tabela 3 - Avaliação do Estado Mental.....	12
Tabela 4 - Avaliação da Dor	12
Tabela 5 - Avaliação da Força Muscular	14
Tabela 6 - Plano de Cuidados	33

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio do 2.º ano, 1.º semestre, do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Egas Moniz School of Health & Science, foi proposto o desenvolvimento de um estudo de caso que refletisse as competências adquiridas e aplicadas pelo estudante no contexto da Enfermagem de Reabilitação, com base na prática reflexiva e na abordagem de situações complexas de cuidados.

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto área especializada, integra conhecimentos e práticas avançadas que promovem a função, autonomia e qualidade de vida de pessoas com condições de saúde agudas ou crónicas, reconhecendo a singularidade de cada situação e adaptando os cuidados às necessidades da pessoa.

A promoção da saúde e a gestão eficaz de doenças crónicas são amplamente reconhecidas como pilares essenciais para garantir o bem-estar da população e reduzir o impacto de condições incapacitantes.

O Código Deontológico do Enfermeiro (2015) destaca ainda a importância da humanização dos cuidados, assegurando a individualidade, a privacidade e a dignidade da pessoa cuidada. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenha um papel crucial na identificação de necessidades, no planeamento e na implementação de intervenções terapêuticas direcionadas para prevenir complicações, maximizar o potencial funcional e promover a inclusão social, especialmente em populações vulneráveis, como crianças com doenças crónicas.

O EEER, conforme definido no *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* (Ordem dos Enfermeiros, 2018), é um profissional com competências técnico-científicas para desenvolver intervenções de reabilitação que promovam a funcionalidade, autonomia e qualidade de vida de pessoas com alterações de saúde. No contexto pediátrico e respiratório, o EEER desempenha um papel central na prevenção, avaliação e intervenção direcionada à otimização da função respiratória, com impacto direto na redução das limitações impostas pela asma (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente estudo de caso centra-se na Matilde, uma criança com asma, acompanhada durante o estágio. Este trabalho reflete as competências adquiridas e aplicadas no desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, orientado pela Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem e baseado nos princípios da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O objetivo central foi minimizar o impacto da doença, promovendo a função respiratória, a autonomia e a adaptação emocional da criança e da sua família.

Foram aplicados os princípios éticos e legais da profissão, garantindo o respeito pela privacidade e individualidade da Matilde. Este estudo demonstra como o conhecimento teórico e as competências práticas adquiridas no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação podem ser aplicados em contextos pediátricos desafiantes, contribuindo para a formação de profissionais de saúde que promovam cuidados humanizados e de excelência.

2. COLHEITA DE DADOS

Identificação e História de Vida

Matilde Silva (nome fictício), 7 anos de idade, género feminino, reside no Barreiro. A Matilde nasceu de termo (39 semanas de gestação), com um peso de 3,100 kg, parto vaginal, sem complicações. A gestação foi acompanhada sem intercorrências significativas, com os devidos cuidados pré-natais realizados no centro de saúde.

A Matilde é descrita como uma criança alegre e extrovertida, frequenta atualmente o 2º ano da escola primária onde mostrava bom desempenho escolar, embora tivesse algumas faltas ocasionais devido à sibilância.

Aos 5 anos, foi diagnosticada com asma persistente moderada.

Condições Habitacionais

A Matilde reside com os pais e uma irmã mais nova num apartamento no centro do Barreiro. O apartamento é pequeno, com dois quartos e boa ventilação, mas a exposição a ácaros é elevada devido à presença de cortinas grossas, tapetes e um sofá antigo. A família possui um gato, que dorme na sala, o que também contribui para potenciais desencadeantes alérgicos. Apartamento, com escadas, eletricidade e saneamento disponível.

História Familiar

Gestação e parto sem intercorrências. Mãe com rinite alérgica. Pai com histórico de asma na infância. Avô paterno com histórico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Antecedentes Pessoais

Desde os 2 anos, a Matilde apresenta episódios recorrentes de sibilância e tosse seca, sobretudo durante infeções respiratórias sazonais. Foi diagnosticada com asma persistente moderada aos 5 anos, com crises frequentes, especialmente no inverno e na primavera e após atividades físicas intensas. Rinite Alérgica, seguida em consulta de Imunoalergologia. Plano Nacional de Vacinação atualizado.

Medicação Habitual

Medicada habitualmente com Montelukaste 5mg, Seretaide (Fluticasona + Salmeterol) 1 inalação duas vezes ao dia e Avamys uma vez ao dia à noite (suspendeu no verão, agora em SOS).

Alergias

A Matilde apresenta rinite alérgica, exacerbada durante o inverno e primavera. Desconhece alergias alimentares e/ou medicamentosas.

Motivo de Ida ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Matilde Silva, criança de 7 anos, foi trazida ao SUP do Hospital do Barreiro acompanhada pelos pais por quadro respiratório com evolução de 2-3 semanas de tosse seca, que nas últimas 72 horas se agravou, tornando-se tosse produtiva. Iniciou medicação com montelukaste + seretaide + avamys, sem melhoria.

Durante a madrugada de 10/10, desenvolveu dificuldade respiratória e dor torácica na face anterior do tronco, associada a acessos de tosse e inspiração profunda. Nega febre, recusa alimentar, alterações urinárias ou gastrointestinais. Contacto com a irmã e sobrinho com sintomas respiratórios.

Na triagem, a Matilde foi classificada como urgente. Apresentava dificuldade respiratória significativa, uso de musculatura acessória e retrações intercostais. A frequência respiratória era de 35 ciclos respiratórios por minuto (cpm), e a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) era de 92%. Ao exame físico, foram auscultados sibilos difusos bilaterais e uma tosse produtiva.

Meios Complementares de Diagnóstico:

- Radiografia Torácica: Sem sinais de pneumonia ou pneumotórax, mas com hiperinsuflação pulmonar compatível com possível exacerbação asmática ou infeção viral respiratória;

Figura 1 - Radiografia Tórax



- Gasimetria Arterial: alcalose respiratória;
- Hemograma: Sem alterações significativas.

Foi iniciada oxigenoterapia por máscara facial simples (MFS) a 2 litros por minuto (L/min), para manter a saturação de oxigénio acima de 95%, e foram realizados 2 ciclos de salbutamol, brometo de ipatrópio e prednisolona 60mg Per Os (PO). Embora tenha apresentado alguma melhoria clínica inicial, devido à continuidade dos

sintomas respiratórios e ao desconforto persistente, foi decidido o internamento para vigilância.

Evolução do Internamento no Hospital do Barreiro

A Matilde permaneceu internada no Serviço de Observação (SO) do SUP. Durante este período, cumpriu oxigenoterapia e terapêutica com broncodilatadores, associada a corticoterapia PO, o que permitiu estabilizar a sua condição respiratória ao fim de três dias de internamento.

Após a estabilização inicial, o foco passou para a recuperação funcional e a educação para a gestão da doença.

Ao longo do internamento, a Matilde mostrou uma evolução positiva, conseguindo retomar gradualmente as atividades de vida diárias. Após três de internamento, a Matilde teve alta clinicamente melhorada, com orientações específicas para o seguimento ambulatorial, incluindo consultas regulares de reabilitação respiratória e acompanhamento no pediatra.

3. EXAME FÍSICO

Dados antropométricos	Sexo: Feminino Peso: 22,400 quilogramas (Kg) Altura: 115 centímetros (cm)
Exame físico sumário (10-10-2024)	Polipneica em ar ambiente, com FR de 35cpm e SpO₂ 92%. O padrão respiratório é misto, com uso de musculatura acessória, e retrações intercostais. • Tensão arterial: 115/72 milímetros de mercúrio (mmHg) • Frequência cardíaca: 142 batimentos por minuto (bpm). • Temperatura timpânica: 36,9°C. • Estado geral: Pele e mucosas ligeiramente cianóticas nas extremidades, mas hidratadas. • Constituição corporal: Tronco e membros normais, sem deformidades.
Exame físico sumário (13-10-2024)	Eupneica em ar ambiente, com FR de 18cpm e SpO₂ de 99%. O padrão respiratório é misto, simétrico e regular, com amplitude moderada. • Tensão arterial: 112/67 mmHg • Frequência cardíaca: 85 bpm • Temperatura timpânica: 36,7 °C • Estado geral: Pele e mucosas coradas e hidratadas,

	sem lesões visíveis.
	• Constituição corporal: Tronco e membros com características normais, sem deformidades ou edemas aparentes.

Tabela 1 - Exame Físico

4. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Para avaliar a função respiratória da Matilde, foi aplicada a Escala de Borg modificada, que mede o grau de dispneia apresentado (Borg, 1982).

	Função Respiratória (10/10/2024)	Função Respiratória (13/10/2024)
Inspeção	Polipneica em repouso, uso da musculatura acessória (tiragem supraesternal e intercostal). A respiração é de alta amplitude, com ritmo irregular e um padrão respiratório misto.	Eupneica, respiração de média amplitude, padrão misto, ritmo regular, simétrico.
Palpação	Hemitórax esquerdo e direito sem alterações. Observou-se uma sensação de tensão no tórax.	Hemitórax esquerdo e direito sem alterações.
Percussão	Presença de som hiper ressonante bilateralmente. Sem áreas de macicez ou som submaciço sugestivos de complicações adicionais.	Presença de som claro pulmonar.
Auscultação	Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente ao nível das bases. Ruído adventício com sibilos difusos.	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
Tosse	Presença de tosse produtiva, ineficaz.	Presença de tosse eficaz, sem secreções.
Escala de Dispneia de Borg modificada	Dispneia intensa (5).	Nenhuma dispneia (0).

Tabela 2 - Avaliação da Função Respiratória

5. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Para avaliar o estado mental da Matilde, foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974), uma ferramenta útil para avaliar o nível de consciência durante o internamento, especialmente após episódios de dificuldade respiratória que possam afetar o sistema neurológico.

Estado mental (10/10/2024)

Estado de Consciência	Vígil, score de 15 na Escala de Coma de <i>Glasgow</i> (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal (5), cumpre ordens (6)).
Orientação	Orientada, auto e alo psiquicamente.
Atenção	A capacidade de vigilância, tenacidade e concentração encontram-se mantidas.
Memória	A memória sensorial, imediata, recente e remota, não apresentam alterações.
Linguagem	Compreensão, nomeação, repetição, leitura sem alterações.
Capacidades práticas	Tem capacidade para efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), icónicos transitivos (ex: beber água pela garrafa) e icónicos intransitivos (ex: assobiar).
Negligência hemiespacial unilateral	Não apresenta neglet.

Tabela 3 - Avaliação do Estado Mental

6. AVALIAÇÃO DA DOR

Para avaliar a dor da Matilde foi utilizada a escala de faces Wong-Baker (Wong & Baker, 1988).

10/10/2024	13/10/2024
A Matilde escolheu a face 2.	A Matilde escolheu a face 0.
	
2	0

Tabela 4 - Avaliação da Dor

7. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA

Para avaliar a qualidade de vida da Matilde, foi utilizada a escala Kiddy-KINDL, adaptada e validada para a população portuguesa por Ferreira et al. (2006).

Os resultados evidenciaram que a asma tem um impacto significativo, sobretudo nas dimensões física, emocional e escolar, permitindo-me reforçar intervenções direcionadas para a gestão emocional bem como a capacitação familiar e escolar para melhor adaptação à doença.

Os resultados completos da avaliação encontram-se sistematizados no Apêndice 1 para uma análise mais detalhada.

8. AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

A ansiedade da Matilde foi avaliada através da Children's Manifest Anxiety Scale – Revised (CMAS-R), um instrumento desenvolvido por Reynolds e Richmond (1985).

A avaliação realizada através da CMAS-R permitiu identificar que a ansiedade da Matilde está intimamente relacionada com o medo das crises asmáticas e o contexto hospitalar. Assim, é recomendada a implementação de técnicas de relaxamento e estratégias de *coping*.

Os resultados detalhados da aplicação da CMAS-R encontram-se incluídos no Apêndice 2 para consulta adicional.

9. AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Com o objetivo de avaliar a força muscular da Matilde, utilizou-se a Escala de Força Muscular MRC (Medical Research Council, 1976).

Segmentos	Movimentos	Força Muscular		Força Muscular	
		10/10/2024		13/10/2024	
		Lado direito	Lado esquerdo	Lado direito	Lado esquerdo
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Inclinação direita	5	5	5	5
	Inclinação esquerda	5	5	5	5
	Rotação	5	5	5	5
Escapulo-Umeral	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5
	Rotação interna	5	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5	5	5
	Flexão	5	5	5	5
Antebraço	Pronação	5	5	5	5

	Supinação	5	5	5	5
Punho	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Desvio cubital	5	5	5	5
	Desvio radial	5	5	5	5
Dedos da mão	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5
	Oponência	5	5	5	5
Coxo-femoral	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5
	Rotação interna	5	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5	5
Joelho	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
Tibiotársica	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Inversão	5	5	5	5
	Eversão	5	5	5	5
Dedos dos pés	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5

Tabela 5 - Avaliação da Força Muscular

10. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PAIS

Para avaliar o conhecimento dos pais relativamente à asma e a sua gestão, foi aplicada a escala Asthma Knowledge Questionnaire (AKQ) (Lopes et al., 2008). Os resultados fornecem um retrato claro de áreas fortes e lacunas no conhecimento, que impactam diretamente na gestão da doença e na capacidade de resposta dos pais.

A análise da AKQ mostrou que os pais da Matilde têm um conhecimento básico, mas existem lacunas críticas em áreas relacionadas com a gestão da asma e ao uso correto da medicação. Recomenda-se a realização de sessões educativas práticas

para uso de inaladores e câmaras expansoras bem como o fornecimento de material informativo acessível, com foco na identificação precoce de crises e no papel dos fatores emocionais.

Os resultados detalhados da aplicação da AKQ foram incluídos no Apêndice 3, para consulta e análise mais aprofundada.

11. PLANO DE CUIDADOS

11.1. Análise de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem, focada no autocuidado, destaca a necessidade do autocuidado como uma prática organizada. O autocuidado é visto nas palavras de Orem (2001) como um grupo de ações planejadas para visar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de uma pessoa. A teoria sugere que, mesmo que as pessoas tenham um talento natural para o autocuidado, existem momentos em que essa capacidade pode ser menor, como em casos de problemas de saúde graves ou durante momentos vulneráveis, como na infância. Nesses casos, o enfermeiro tem um papel-chave na identificação das falhas no autocuidado e na implementação de ações específicas para supri-las com o objetivo da promoção a autonomia e funcionalidade do paciente (Sousa et al., 2021).

O modelo teórico de Orem é composto por três subteorias interligadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve as práticas necessárias para atender às requisições de saúde; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que identifica as lacunas nas capacidades individuais; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que detalha as formas de intervenção do enfermeiro. Esta última subteoria é dividida em três sistemas: totalmente compensatório, em que o enfermeiro assume integralmente o cuidado; parcialmente compensatório, quando há uma partilha de responsabilidades entre o enfermeiro e o paciente; e de apoio-educação, no qual o enfermeiro atua como guia, capacitando o indivíduo a realizar o autocuidado de forma independente (Sousa et al., 2021; Lopes et al., 2022).

Essa teoria é particularmente relevante no caso da Matilde, uma criança com asma persistente moderada, que enfrenta desafios na adesão à terapêutica e na gestão de fatores ambientais. O papel do EEER é essencial para capacitar a criança e a família, promovendo o desenvolvimento do autocuidado em alinhamento com os princípios de Orem.

Sistema Totalmente Compensatório

No início do internamento, a Matilde apresentava incapacidade para o autocuidado, devido ao agravamento asmático, além de carecer de intervenções diretas para estabilização respiratória, as quais consideravam:

- Oxigenoterapia e administração de terapêutica broncodilatadora e corticosteroide: Monitorização contínua da saturação de oxigénio (SpO₂) e da frequência respiratória, para garantir alívio de sintomas agudos (GINA, 2023).
- Técnicas de reexpansão pulmonar: incluem a implementação de exercícios respiratórios para melhorar a ventilação pulmonar e mobilizar secreções (Lopes et al., 2022).
- Gestão de crises: A Matilde foi acompanhada diariamente para prevenir o agravamento da crise asmática e proporcionar-lhe conforto físico e emocional durante a exacerbação (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Sistema Parcialmente Compensatório

Após a estabilização clínica, a Matilde tornou-se capaz de realizar parte do autocuidado com apoio do EEER e dos seus cuidadores. Nesta fase, as intervenções focaram-se em:

- **Educação sobre a doença:** Explicação lúdica sobre a fisiopatologia da asma para facilitar a compreensão e adesão ao tratamento, ajudando a Matilde e os pais a perceber a importância das rotinas terapêuticas. Foi elaborado um folheto informativo que se encontra em APÊNDICE 4.
- **Capacitação no uso de dispositivos inalatórios:** Treino supervisionado da Matilde e dos pais, enfatizando o uso correto da câmara expansora e da medicação prescrita (Liu et al., 2023). Para tal, foi elaborado um folheto informativo que se encontra em APÊNDICE 5.
- **Adaptação ambiental:** Identificação de fatores desencadeantes no ambiente doméstico, como ácaros e poeira, e orientação para alterações necessárias (GINA, 2023).

Sistema de Apoio-Educação

A educação para o autocuidado tem maior importância no caso de doenças crónicas, como a asma. A Matilde e os pais beneficiaram de intervenções educativas dirigidas para a autonomia progressiva:

- Plano de Ação Personalizado: construção de um plano dinâmico, que envolveu o reconhecimento precoce de sinais de alerta, as estratégias de gestão da crise asmática, bem como as medidas preventivas antes de atividades físicas extenuantes.

- Promoção da adesão terapêutica: sessões educativas com os pais para aumentar o conhecimento sobre os benefícios dos corticosteroides inalatórios no controlo a longo prazo, diminuindo exacerbações (Fong et al., 2021).
- Suporte emocional: promovendo a confiança e reduzindo a ansiedade da Matilde (Borel et al., 2023).

Os resultados esperados incluíram maior autonomia da Matilde na gestão da asma, redução da frequência de exacerbações e melhoria da qualidade de vida, evidenciando a eficácia das intervenções baseadas na Teoria dos Sistemas de Orem.

11.2. Plano de Cuidados da Matilde

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DO EEER	AVALIAÇÃO
Risco de padrão de sono ineficaz <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>	Promover um padrão de sono regular e restaurador.	Avaliar o padrão respiratório da criança durante o sono, monitorizando a FR, SpO₂ e sinais de esforço respiratório; Aplicar técnicas de RFR antes de dormir, como exercícios de respiração diafragmática e com lábios semicerrados, para melhorar a ventilação e o relaxamento e prevenir a acumulação de secreções; Instruir os pais sobre o uso correto da terapêutica inalatória antes de dormir para otimizar a função respiratória no período noturno; Reforçar a necessidade de um ambiente de sono adequado;	10/10/2024 A Matilde apresentou dificuldade em adormecer e múltiplos despertares noturnos associados a desconforto respiratório. Os pais relataram desconhecimento sobre a posição ideal para aliviar o esforço respiratório. 13/10/2024 A Matilde passou a dormir por períodos prolongados, sem sinais de desconforto significativo. Os pais administraram a terapêutica inalatória corretamente e executaram as orientações sobre o correto posicionamento, resultando em maior conforto respiratório noturno. A FR estabilizou-se em 20 cpm e a SpO₂ manteve-se em 98%

		Monitorizar a evolução do padrão de sono ao longo das intervenções, ajustando a abordagem com base nos <i>feedbacks</i> dos pais e nos sinais observados.	durante o sono, sem necessidade de oxigenoterapia. Matilde referiu-se ao momento de dormir como mais relaxante, indicando melhoria global no padrão de sono.
Ansiedade devido ao medo de crises asmáticas e hospitalização <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Apoio-Educacional</u>	Reduzir a ansiedade da criança e dos pais, promovendo estratégias de <i>coping</i> eficazes para lidar com o medo das crises asmáticas e o ambiente hospitalar; Reduzir o medo e a ansiedade associados ao uso do inalador; Promover o bem-estar emocional; Melhorar o envolvimento da criança e da família no processo terapêutico.	Efetuar uma avaliação inicial do grau de ansiedade da Matilde, usando escalas específicas, como a CMAS-R; Utilizar técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática e diversos exercícios lúdicos que facilitem a descontração (brincadeiras que utilizavam sopros de penas ou bolas de sabão); Criar um ambiente acolhedor e seguro, explicando o plano de tratamento de forma clara e adaptada à sua idade de modo a diminuir o medo;	10/10/2024 A Matilde apresentava-se muito ansiosa, expressando medo constante de novas crises asmáticas e do ambiente hospitalar. Chorava frequentemente e recusava interações com a equipa multidisciplinar. Os pais mostraram-se inseguros quanto à gestão da doença em casa. Após a primeira sessão de técnicas de relaxamento e brincadeiras respiratórias, a Matilde demonstrou leve redução do desconforto, mas ainda se manteve apreensiva. 13/10/2024

		Proporcionar momentos de interação e descontração entre a criança e a equipa multidisciplinar, favorecendo a confiança e minimizando os sentimentos de medo associados ao hospital; Monitorizar, continuamente, o nível de ansiedade ao longo das intervenções, adequando as intervenções perante a resposta emocional e comportamental da criança.	Após 3 dias de intervenções, a Matilde demonstrou melhorias significativas. Relatou menor medo das crises e colaborou com os cuidados, interagindo positivamente com a equipa. Os pais participaram ativamente nas sessões educativas e relataram maior confiança para lidar com situações futuras. A criança realizou exercícios de relaxamento de forma autónoma e mostrou-se mais tranquila durante os procedimentos, indicando redução evidente da ansiedade.
Conhecimento dos pais insuficiente relacionado com a gestão de crises asmáticas e prevenção de fatores desencadeantes <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>	Capacitar os pais a reconhecer sinais precoces de crises asmáticas; Garantir que adotem medidas preventivas adequadas no ambiente domiciliar e escolar;	Realizar uma avaliação inicial do nível de conhecimento dos pais sobre a asma, utilizando questionário (AKQ) e diálogo direto, identificando lacunas e perceções incorretas; Implementar sessões educativas interativas com demonstrações	10/10/2024 Os pais da Matilde demonstraram conhecimento limitado sobre os sinais de alerta de crises asmáticas e medidas preventivas. Relataram dificuldade em usar corretamente os inaladores. Durante a primeira sessão educativa, revelaram

	Promover maior segurança e autonomia na gestão da condição da criança.	práticas sobre: identificação de sinais de alerta de crises asmáticas e uso correto de dispositivos inalatórios; Fornecer material educativo sobre a prevenção de fatores desencadeantes; Monitorizar a compreensão dos pais ao longo das sessões por meio de <i>feedback</i> ativo e reavaliação com perguntas direcionadas; Observar o envolvimento dos pais durante a demonstração de técnicas; Demonstrar a técnica correta para o uso de inaladores.	ansiedade. 13/10/2024 Após 3 sessões de ensino e simulações, os pais demonstraram maior confiança e aplicaram corretamente as técnicas ensinadas, como o uso de inaladores com câmara expansora. Conseguiram identificar corretamente sinais precoces de crise e descreveram medidas preventivas adequadas. Referiram maior segurança para lidar com situações de agudização da Matilde e demonstraram comprometimento em implementar mudanças no ambiente doméstico, como a redução de alérgenos.
Expetorar ineficaz em grau reduzido:	Melhorar o conhecimento sobre a técnica respiratória;	Avaliar reflexo de tosse; Assistir a tossir;	10/10/2024 A Matilde apresentava tosse pouco eficaz, com secreções espessas acumuladas, resultando em

Potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica respiratória;	Melhorar o conhecimento sobre a técnica de tosse;	Estimular reflexo de tosse;	dificuldade respiratória moderada.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica de tosse;	Melhorar o conhecimento sobre a técnica de tosse;	Executar cinesiterapia respiratória (abertura costal global, abertura costal seletiva à direita, abertura costal seletiva à esquerda, exercício de rotação da escapulo-umeral, expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa, técnica de drenagem postural clássica, técnica de drenagem postural modificada, técnica de percussão torácica, técnica de vibração torácica, técnica de compressão torácica, técnica de vibrocompressão torácica);	Relatou desconforto torácico ao tentar tossir, associado a cansaço. Durante a avaliação, apresentava SpO ₂ 94% sob oxigenoterapia a 2 L/min, e a FR era de 33 cpm. Foram realizadas 2 sessões de drenagem postural em decúbito lateral direito, associadas a vibração torácica, permitindo a eliminação parcial das secreções. A técnica de tosse assistida foi iniciada, mas a eficácia inicial foi limitada devido à fraqueza muscular abdominal.
Potencial para melhorar capacidade para usar inaloterapia;	Melhorar a capacidade para usar inaloterapia;		
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica respiratória;	Melhorar a capacidade para usar técnica respiratória;		
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de tosse;	Melhorar a capacidade para usar técnica de tosse;	Executar inaloterapia através de inalador;	13/10/2024 Após 3 dias de intervenções, observou-se uma evolução positiva. A Matilde conseguiu realizar a técnica de tosse dirigida de forma autónoma e eficaz. A SpO ₂ estabilizou-se em 99% sem necessidade de
	Melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para assistir no expetorar.	Executar técnica de posicionamento; Incentivar a tossir;	

Potencial para melhorar conhecimento da mãe e(ou) do pai para assistir no expetorar. <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>		Incentivar ingestão de líquidos; Incentivar a expetorar; Vigiar expetoração; Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória; Avaliar conhecimento sobre técnica da tosse; Ensinar sobre técnica respiratória; Ensinar sobre técnica da tosse (técnica de tosse dirigida, técnica de tosse assistida, técnica da expiração forçada); Providenciar material educativo;	oxigenoterapia, e a FR reduziu para 18 cpm. A criança referiu alívio no desconforto torácico e respiratório. Os pais demonstraram confiança para replicar as técnicas no domicílio, promovendo a continuidade dos cuidados.
---	--	---	--

		Avaliar capacidade para usar técnica respiratória Avaliar capacidade para usar técnica de tosse Instruir sobre inaloterapia e treinar o uso; Instruir sobre técnica respiratória; Instruir sobre técnica de tosse; Treinar técnica respiratória; Treinar técnica de tosse; Avaliar capacidade da mãe e(ou) pai para assistir no expetorar; Instruir mãe e(ou) pai sobre assistir no expetorar;	
--	--	---	--

		Treinar mãe e(ou) pai a assistir no expetorar.	
Intolerância à Atividade: Potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de exercício <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>	Melhorar conhecimento sobre hábitos de exercício; Promover a tolerância progressiva à atividade, reduzindo a fadiga, melhorando a função respiratória e aumentando a capacidade funcional.	Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício; Ensinar sobre hábitos de exercício; Providenciar material educativo; Realizar uma avaliação inicial para identificar o nível de dispneia da Matilde, utilizando escalas como a Borg modificada; Introduzir técnicas de RFR, como respiração diafragmática e exercícios de lábios semicerrados, para reduzir o esforço respiratório;	10/10/2024 A Matilde apresentava cansaço significativo durante atividades simples, como caminhar até à casa de banho, e dificuldade em participar em brincadeiras leves. A FR estava elevada (33 cpm) e a SpO₂ mantinha-se em 94% sob oxigenoterapia. Iniciaram-se caminhadas curtas com pausas frequentes, associadas a exercícios lúdicos alternados com respiração diafragmática. Embora demonstrasse interesse, referia desconforto respiratório após pequenos esforços. 13/10/2024 Após 3 dias de intervenções, a Matilde caminhava cerca de 15

		Realizar exercícios lúdicos adaptados à idade, como soprar bolas de sabão e soprar num apito, promovendo o controle respiratório; Implementar caminhadas curtas e pausadas, monitorizando a FR, SpO₂ e sinais de desconforto; Educar os pais para apoiar a Matilde durante as atividades, reforçando estratégias de descanso ativo e monitorização do esforço; Ajustar o plano terapêutico com base no progresso diário e no nível de cansaço reportado pela criança e observado durante as intervenções.	metros sem pausas e conseguia participar em brincadeiras leves com os pais. A FR reduziu para 20 crpm durante o esforço, com SpO₂ estabilizada em 98% sem necessidade de oxigenoterapia. Demonstrou entusiasmo em realizar atividades e maior autonomia. Os pais demonstraram confiança no acompanhamento dessas atividades em casa. A evolução clínica indica uma melhoria clara da tolerância ao esforço, alinhada com os objetivos do plano de cuidados.
Limpeza das vias aéreas ineficaz <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Totalmente Compensatório</u>	Promover a limpeza eficaz das vias aéreas, facilitando a mobilização e eliminação de secreções, reduzindo o esforço	Avaliar reflexo de tosse; Executar cinesiterapia respiratória (abertura costal global, abertura costal	10/10/2024 A Matilde apresentou padrão respiratório misto, com uso visível de musculatura acessória e tiragem

	respiratório e otimizando a ventilação alveolar.	seletiva à direita, abertura costal seletiva à esquerda, exercício de rotação da escapulo-umeral, expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa, técnica de drenagem postural clássica, técnica de drenagem postural modificada, técnica de percussão torácica, técnica de compressão torácica, técnica de vibrocompressão torácica, técnica de vibração torácica); Executar terapêutica inalatória através de inalador; Executar técnica de posicionamento; Vigiar expectoração; Supervisionar ventilação;	intercostal. A tosse era ineficaz e as secreções eram espessas. Durante 2 sessões de drenagem postural associadas a vibração torácica, observou-se a eliminação parcial de secreções. A técnica de tosse assistida foi introduzida, mas inicialmente limitada devido à fraqueza abdominal. A respiração manteve-se superficial, com FR 33 cpm e SpO₂ 94% com oxigenoterapia a 2L/min por MFS. Relatou cansaço e desconforto respiratório significativo. 13/10/2024 Após 3 sessões de RFR, a Matilde apresentou melhorias significativas. O padrão respiratório tornou-se regular, sem uso de musculatura acessória, e a tosse tornou-se produtiva, com eliminação eficaz de secreções. A SpO₂ estabilizou-se em
--	---	--	--

		Realizar uma avaliação inicial detalhada do padrão respiratório, incluindo frequência respiratória (FR), saturação periférica de oxigênio (SpO₂), presença de secreções e uso de musculatura acessória; Implementar técnicas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) como respiração diafragmática e lábios semicerrados para aumentar a amplitude respiratória e reduzir a FR; Executar drenagem postural em posições como decúbito lateral direito, associada a percussão e vibração torácica, promovendo a mobilização das secreções para jusante; Demonstrar e treinar a técnica da tosse assistida;	99% sem necessidade de oxigenoterapia, e a FR reduziu para 18crpm. A técnica de tosse assistida foi realizada com autonomia e eficácia. Os pais foram capacitados para replicar exercícios respiratórios e cuidados no domicílio. A Matilde referiu grande alívio no desconforto respiratório, com melhora evidente na ventilação alveolar.
--	--	--	--

		Incorporar incentivos respiratórios como o uso de flutter e/ou espirometria de incentivo; Capacitar os pais para apoiar e realizar cuidados em domicílio, incluindo a adequação do ambiente e a importância da hidratação para fluidificar secreções; Monitorizar continuamente o progresso através de parâmetros clínicos e ajustando as intervenções conforme necessário.	
Movimento muscular mantido: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; Potencial para melhorar capacidade para executar	Melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; Melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; Providenciar material educativo;	10/10/2024 Foi realizada avaliação da força muscular utilizando a escala MRC. Os resultados indicaram força muscular mantida (grau 5 em todos os movimentos). Foi realizada demonstração e prática de exercícios de fortalecimento isotônicos, como

técnicas de exercício muscular e articular. <u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>		Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular; Treinar técnicas de exercício muscular e articular.	flexão e extensão dos cotovelos e joelhos, realizados em posição sentada. Utilizada estratégia de brincar com uma bola de espuma para estimular a realização de movimentos ativos dos membros superiores. Foi explicado o objetivo dos exercícios aos pais e fornecidas orientações para replicar os movimentos, com base na tolerância da criança. 13/10/2024 A Matilde manteve o grau 5 na Escala MRC em todos os movimentos. Apresentou maior disposição e autonomia para realizar os exercícios sugeridos. Introduzidos movimentos ativos resistidos dos membros superiores, utilizando pesos de 500gr. Foi ainda utilizado recurso a brincadeiras como lançar e apanhar
--	--	--	--

			uma bola para promover a mobilidade articular e coordenação motora.
Ventilação comprometida: Potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrole do padrão respiratório; Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar de ventilação; Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento; Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória;	Melhorar conhecimento sobre autocontrole do padrão respiratório; Melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar de ventilação; Melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento; Melhorar conhecimento sobre técnica respiratória;	Avaliar capacidade para o autocontrole do padrão respiratório; Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar de ventilação; Avaliar capacidade para usar técnica de posicionamento para otimizar ventilação; Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação; Instruir sobre autocontrole do padrão respiratório; Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar de ventilação;	10/10/2024 Padrão respiratório misto, com uso de musculatura acessória e tiragem intercostal. Polipneica (FR: 33crpm), SpO₂: 94% com MFS a 2L/min. Relata cansaço e desconforto respiratório. Pais ansiosos, mas com interesse na aprendizagem. 13/10/2024 Padrão ventilatório regular e simétrico, sem uso de musculatura acessória. Eupneica (FR: 18 cpm), SpO₂: 99% em ar ambiente. É capaz de realizar autonomamente técnicas de descanso e relaxamento. Realiza consciencialização e controlo da respiração. Executa respiração diafragmática com mínima

Potencial para melhorar capacidade para autocontrole do padrão respiratório;	Melhorar capacidade para autocontrole do padrão respiratório;	Instruir sobre técnica respiratória para otimizar ventilação (inspirações profundas, técnica de relaxamento, posições de descanso, respiração com ou sem apneia pós inspiratória, respiração com expirações curtas, inspirações intermitentes, dissociação dos tempos respiratórios, padrão respiratório, aumento do fluxo expiratório, respiração abomino-diafragmática)	supervisão. Pais revelaram ter conhecimentos adquiridos através dos ensinios.
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar de ventilação;	Melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar de ventilação;		
Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias;	Melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias;		
Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de posicionamento;	Melhorar capacidade para usar técnicas de posicionamento;	Instruir sobre técnica de posicionamento para otimizar ventilação (correção postural, posição de descanso e relaxamento, terapêutica de posição)	
Potencial para melhorar capacidade da mãe e(ou) do pai para executar técnica de posicionamento;	Melhorar capacidade da mãe e(ou) do pai para executar técnica de posicionamento;	Treinar o autocontrole do padrão respiratório;	

<u>Sistema de Enfermagem</u> <u>Parcialmente Compensatório</u>		Treinar uso de dispositivo auxiliar de ventilação; Treinar técnica de posicionamento; Treinar técnica respiratória para otimizar ventilação; Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para executar técnica de posicionamento; Instruir mãe e(ou) pai sobre a execução de técnica de posicionamento; Treinar mãe e(ou) pai a executar técnica de posicionamento;	
---	--	--	--

Tabela 6 - Plano de Cuidados

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo de caso permitiu uma análise detalhada e a colocação em prática das competências de enfermagem de reabilitação aplicadas à criança com asma. A asma, sendo uma doença crônica com potencial de exacerbações, apresenta desafios significativos para os enfermeiros de reabilitação, particularmente na promoção da funcionalidade e qualidade de vida. A situação clínica da Matilde apresentou desafios não só na função respiratória, mas também no desenvolvimento global da criança, influenciando o seu bem-estar físico, emocional e social.

Nessa perspectiva, foi possível determinar e abordar as necessidades específicas da Matilde através de uma avaliação contínua e detalhada, da implementação de um plano de cuidados individualizado e da monitorização dos resultados das intervenções.

As intervenções centraram-se na otimização da função respiratória, na promoção da autonomia e participação ativa no autocuidado, na minimização de complicações e no fornecimento de suporte emocional e educativo à criança e à família.

Os objetivos definidos foram amplamente cumpridos, principalmente devido à adoção dos princípios da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, que permitiram organizar um sistema de cuidados adaptados às necessidades específicas da Matilde. Este sistema variou entre o totalmente compensatório em momentos de maior limitação respiratória e o parcialmente compensatório, à medida que se promoveu a sua adaptação e capacitação.

A adoção de ferramentas como a CIPE e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da especialidade de Enfermagem de Reabilitação foram fatores de consistência, qualidade e eficácia das intervenções desenvolvidas, traduzindo uma abordagem de cuidados integrais centrada na promoção da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar, da Matilde e da sua família.

A experiência adquirida durante o estágio e a realização deste estudo de caso reforçam a importância da prática reflexiva e do desenvolvimento contínuo das competências profissionais na área da enfermagem de reabilitação. Este estudo possibilitou aplicar na prática os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do mestrado, demonstrando a capacidade de identificar as necessidades mais pertinentes, planear intervenções específicas e realizar a monitorização dos resultados obtidos.

A abordagem utilizada, focada na promoção da função respiratória, gestão das emoções e capacitação da família, foi fundamental para lidar com as mais complexas valências que a asma poderia acarretar na área pediátrica. A adaptação das

intervenções, com base nas especificidades da Matilde e com o envolvimento da família, possibilitaram a construção de um plano de cuidados organizado e eficaz, capaz de promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida da criança.

Em suma, o presente estudo de caso foi fundamental para desenvolver uma prática de enfermagem de reabilitação holística, inovadora e centrada na pessoa, promovendo cuidados de excelência e reforçando a importância do papel do EEER na gestão de condições crônicas em pediatria.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borel, J. C., Pison, C., & Dias-Domingos, J. (2023). Pediatric respiratory rehabilitation: Principles and practice. *Journal of Respiratory Medicine*, 67(4), 301–315. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2023.02.007>
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377–381. https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.1_2.aspx
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIEPE): Versão 2019*. <https://www.icn.ch>
- Fonseca, A. C. (1992). *O que penso e sinto: Adaptação portuguesa da Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*. Universidade do Minho.
- Fong, K. C., Rappaport, A. I., & Valerio, M. A. (2021). Pediatric asthma care: Enhancing outcomes through education and intervention. *Journal of Asthma*, 58(6), 689–699. <https://doi.org/10.1080/02770903.2020.1770912>
- Global Initiative for Asthma. (2023). *Global strategy for asthma management and prevention*. <https://www.ginasthma.org>
- Liu, X., Wang, T., & Zhang, Z. (2023). Rehabilitation strategies for pediatric asthma: Focus on family-centered care. *Pediatric Pulmonology*, 58(4), 894–905. <https://doi.org/10.1002/ppul.25934>
- Lopes, I., Delgado, L., & Ferreira, P. L. (2008b). *Asthma Knowledge Questionnaire*. <https://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/AKQ>
- Lopes, J. A., Almeida, M. F., & Santos, T. (2022). Reabilitação respiratória em pediatria: Enfoque nas doenças crónicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 45–52.
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7)*. London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6839/5-regulamento_comptc_especificaseer_aprovado_alteracoes12052018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6^a ed.). Mosby.

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scales (RCMAS)*. Western Psychological Services.

Sousa, P. A., Silva, D., & Moreira, T. (2021). Aplicação prática da teoria de Orem no cuidado pediátrico: Estratégias para a capacitação dos cuidadores. *Enfermagem em Foco*, 12(3), 123–131. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-eef.v12n3>

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet (London, England, 2)*(7872), 81–84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

Wong, D. L., & Baker, C. M. (1988). Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14(1), 9–17.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Escala KIDDY preenchida

Bem-estar físico					
Na última semana...	Nunca ₁	Raramente ₂	Às vezes ₃	Frequentemente ₄	Sempre ₅
... senti-me doente			X		
... tive dores de cabeça ou de barriga			X		
... andei cansado/a e esgotado/a			X		
... senti-me forte e cheio/a de energia	X				
Bem-estar emocional					
Na última semana...	Nunca ₁	Raramente ₂	Às vezes ₃	Frequentemente ₄	Sempre ₅
... diverti-me e ri-me imenso		X			
... andei aborrecido/a		X			
... senti-me só		X			
... tive medo				X	
Autoestima					
Na última semana...	Nunca ₁	Raramente ₂	Às vezes ₃	Frequentemente ₄	Sempre ₅
... tive orgulho de mim próprio/a		X			
... senti-me o/a maior		X			
... senti-me satisfeito/a comigo próprio/a		X			
... tive montes de boas ideias		X			
Família					
Na última semana...	Nunca ₁	Raramente ₂	Às vezes ₃	Frequentemente ₄	Sempre ₅
... dei-me bem com os meus pais			X		
... senti-me bem em casa			X		
... discutimos em casa		X			
... os meus pais não me			X		

deixaram fazer algumas coisas					
Amigos					
Na última semana...	Nunca₁	Raramente₂	Às vezes₃	Frequentemente₄	Sempre₅
... brinquei com os meus amigos			X		
... os outros miúdos gostaram de mim			X		
... dei-me bem com os meus amigos			X		
... senti-me diferente das outras crianças					X
Escola					
Na última semana...	Nunca₁	Raramente₂	Às vezes₃	Frequentemente₄	Sempre₅
... foi fácil fazer as atividades na escola		X			
... gostei das aulas			X		
... andei ansioso/a pelas semanas seguintes				X	
... tive medo de ter más notas				X	
Doença					
Na última semana...	Nunca₁	Raramente₂	Às vezes₃	Frequentemente₄	Sempre₅
... andei com medo que a minha doença pudesse piorar					X
... andei triste por causa da minha doença				X	
... consegui lidar bem com a minha doença		X			
... os meus pais trataram-me como um bebé por causa da minha doença			X		
... fiz o possível para que os outros não se					X

apercebessem da minha doença					
... atrasei-me na escola por causa da minha doença				X	

Apêndice 2 – CMAS-R preenchida

1	Tenho dificuldade em me decidir.	Sim	Não
2	Fico nervoso(a) quando as coisas não correm da melhor forma para mim.	Sim	Não
3	Os outros parecem conseguir fazer as coisas mais facilmente do que eu.	Sim	Não
4	Gosto de todas as pessoas que conheço.	Sim	Não
5	Tenho muitas vezes dificuldade em respirar.	Sim	Não
6	Preocupo-me muitas vezes.	Sim	Não
7	Tenho medo de muitas coisas.	Sim	Não
8	Sou sempre amável.	Sim	Não
9	Fico furioso(a) com facilidade.	Sim	Não
10	Preocupo-me com o que os meus pais me irão dizer.	Sim	Não
11	Sinto que os outros não gostam da maneira como faço as coisas.	Sim	Não
12	Sou sempre bem-educado(a).	Sim	Não
13	É difícil para mim adormecer à noite.	Sim	Não
14	Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim.	Sim	Não
15	Sinto-me sozinho(a), mesmo quando há pessoas comigo.	Sim	Não
16	Sou sempre bom(boa).	Sim	Não
17	Muitas vezes sinto um mal-estar no estômago.	Sim	Não
18	Os meus sentimentos são feridos com facilidade.	Sim	Não
19	Sinto as mãos suadas.	Sim	Não
20	Sou sempre simpático(a) com as outras pessoas.	Sim	Não
21	Canso-me muito.	Sim	Não
22	Preocupo-me com o que vai acontecer.	Sim	Não
23	As outras pessoas são mais felizes do que eu.	Sim	Não
24	Digo sempre a verdade.	Sim	Não
25	Tenho pesadelos.	Sim	Não
26	Os meus sentimentos são feridos facilmente quando se "metem comigo"	Sim	Não
27	Sinto que alguém me vai dizer que faço as coisas de forma errada.	Sim	Não
28	Nunca sinto raiva.	Sim	Não
29	Às vezes acordo assustado(a).	Sim	Não
30	Preocupo-me quando vou para a cama de noite.	Sim	Não
31	É difícil para mim concentrar-me nos meus trabalhos da escola.	Sim	Não
32	Nunca digo coisas que não devo.	Sim	Não
33	Mexo-me muitas vezes na cadeira.	Sim	Não
34	Sou nervoso(a).	Sim	Não
35	Muitas pessoas estão contra mim.	Sim	Não
36	Nunca minto.	Sim	Não
37	Preocupo-me muitas vezes que me possam acontecer coisas más.	Sim	Não

Apêndice 3 – AKQ preenchida

Nº da questão	Questão	Resposta Dada	Resposta Correta
1	A tosse não é um sintoma da asma.	F	F
2	A asma é devida a uma inflamação dos pulmões.	V	V
3	Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança.	V	V
4	Os ataques de asma podem surgir quando se cheira tinta, gasolina, fumo ou poluição.	V	V
5	Só um médico consegue evitar um ataque de asma.	F	F
6	No início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira (gatinhos ou chiadeira).	V	V
7	Usa-se um registo de DEMI (Débito Expirómetro Máximo Instantâneo) para ter a certeza que os seios perinasais estão abertos (teste do sopro para detectar se há sinusite).	F	F
8	Uma criança deixa de ser asmática se, durante vários anos, deixar de ter sintomas como o aperto no peito ou pieira.	F	F
9	A asma é uma doença emocional ou psicológica	F	F
10	A maioria das crianças asmáticas tem de ir ao hospital quando tem um ataque de asma.	V	F
11	Nalgumas pessoas a asma pode melhorar com a idade.	V	V
12	Os médicos não sabem bem porque certas pessoas têm asma, mas sabem o que pode desencadear um ataque.	V	V
13	Com um tratamento adequado, a maioria das crianças asmáticas pode levar uma vida normal sem qualquer limitação das actividades.	F	V
14	Ficar enervado/a, chorar ou rir pode desencadear um ataque de asma.	F	V
15	Quem não tem asma até aos 40 anos, já não vem a ter.	F	F
16	As crianças com asma não devem praticar desportos em que tenham que correr muito.	F	F
17	Em crianças mais novas, a asma surge por vezes após uma doença respiratória provocada por um vírus.	V	V
18	Um alergénico é o anticorpo que falta aos asmáticos.	F	F
19	Uma pessoa pode piorar da asma sem se aperceber de qualquer alteração na respiração.	V	V
20	Fazer exercício em tempo frio pode desencadear um ataque de asma	F	V
21	Tanto os peixes como os pássaros são bons animais de estimação para uma criança com asma.	F	F
22	Usa-se um inalador de alívio (broncodilatador ou “bomba”) para reduzir a inflamação dos pulmões	V	F
23	Alguns remédios para a asma só fazem efeito se se tomarem todos os dias.	F	V

24	Não é preciso agitar antes de usar a maioria dos inaladores para a asma.	V	F
25	Há menos pessoas com asma hoje do que há 10 anos.	F	F

Apêndice 4 – Folheto Asma na criança

Asma na criança

O que é a asma?

A asma é uma doença crónica das vias respiratórias que causa dificuldade em respirar devido à inflamação e estreitamento dos brônquios.



Sinais de Alerta para uma Crise de Asma

- Falta de ar, respiração rápida e/ou chiado ao respirar;
- “Covinha” no pescoço e/ou nas costelas;
- Tosse persistente, especialmente à noite;
- Aperto no peito ou desconforto;
- Dificuldade para se alimentar, falar ou realizar atividades diárias.

Como Usar o Inalador Corretamente

- Agitar o inalador antes de usar e em cada inalação;
- Utilizar a câmara expansora e aguardar 10 segundos até o medicamento ser totalmente inalado;
- Aguardar mais 10 segundos pelo restabelecimento da respiração;
- Voltar a repetir o procedimento consoante o número de inalações prescritas pelo médico.

Prevenção de Crises de Asma

- Identificar e evitar gatilhos como pó, poeiras, pólen, mudanças bruscas de temperatura e fumo de tabaco. Manter o ambiente limpo;
- Acompanhar regularmente a função respiratória da criança;
- Seguir o plano de tratamento recomendado pelo médico.

A Asma e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)

Exercícios físicos supervisionados: promovem melhora na capacidade respiratória e força muscular, de acordo com as intervenções do EEER.

- Exercícios aeróbios
- Exercícios de força e flexibilidade
- Treino respiratório



Educação em saúde: acompanhamento da criança e da família para garantir o autocuidado e correta gestão da asma.

Quando Procurar Ajuda

- Se a criança não melhorar após usar o inalador de SOS;
- Se houver dificuldade extrema em se alimentar, respirar e/ou falar;
- Se os sintomas piorarem rapidamente ou persistirem por mais de um dia.

Rita Rodrigues^a, Maria Conceição Cacheira^b, Dina Peças^c

(a) Estudante do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Egas Moniz School of Health & Science, Monte de Caparica, Portugal

(b) Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade Local de Saúde Arco do Ribeirinho

(c) Orientadora Pedagógica

Apêndice 5 – Folheto Câmara Expansora

CÂMARA EXPANSORA

O que é?

A câmara expansora serve de extensão ao inalador pressurizado, permitindo a administração do fármaco diretamente nas vias aéreas.

Inalador pressurizado:

- Mantenha o inalador à temperatura ambiente;
- Agite sempre antes de utilizar;
- Lave semanalmente a tampa e o bocal do inalador com água morna e detergente.

Câmara expansora:

- Lavar mensalmente;
- Água (1 litro) com detergente da loiça (2 gotas), deixe submerso de 15 minutos a 1 hora;
- Deixe secar ao ar na posição vertical.

Como usar?

A criança deve estar calma sem chorar. Pode estar a dormir.

1. Mantenha a criança sentada/de pé com a câmara na posição horizontal;
2. Agite o inalador e retire a tampa, adaptando-a à câmara expansora na posição vertical (em “L” com a parte metálica virada para cima);
3. Adapte a máscara à face da criança, cobrindo o nariz e a boca;
4. Pressione o inalador, libertando um “puff”;
5. Mantenha a máscara bem adaptada à boca do nariz da criança contando calmamente até 10 (20-30 segundos). Verifique que a válvula se movimenta durante a respiração;
6. Afaste a câmara expansora da face.



Faça uma pausa de 30 segundos entre cada “puff”. Repita os passos, de acordo com o número de “puffs” prescritos.



Rita Rodrigues , Maria Conceição Cacheira , Dina Peças
(a) Estudante do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Egas Moniz School of Health & Science, Monte de Caparica, Portugal
(b) Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade Local de Saúde Arco do Ribeirinho
(c) Orientadora Pedagógica

ANEXOS

Anexo 1 – Escala de Borg modificada

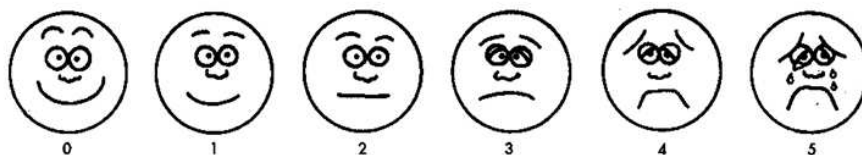
Escala de Borg modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo 2 – Escala de Coma de Glasgow

Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Anexo 3 – Escala de Faces Wong-Baker

ESCALA DE FACES WONG-BAKER



Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

Anexo 4 – Escala KIDDY

Questionário para Crianças



Olá!

Gostávamos de saber como tens andado na última semana, por isso pensámos numas perguntas que gostávamos que respondesses.

- Lê cada pergunta com atenção.
- Pensa como te têm corrido as coisas na última semana.
- Escolhe a resposta que melhor se adequa e põe um cruz no quadrado que está por baixo.

Não há respostas certas ou erradas. O que tu pensas é que interessa.

Por exemplo: ✍	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
Na última semana apeteceu-me comer um gelado				X	

Data do preenchimento: ____/____/____ (dia, mês, ano)

Diz-nos umas coisas sobre ti.

Sou ☐ rapariga ☐ rapaz

Idade: ____ anos

Quantos irmãos tens? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ 5 ☐ mais de 5



Que tipo de escola frequentas? _____

Estou no ____º ano.

1. Primeiro que tudo, gostávamos de saber umas coisas sobre a tua saúde física ...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... senti-me doente					
2. ... tive dores de cabeça ou de barriga					
3. ... andei cansado/a e esgotado/a					
4. ... senti-me forte e cheio/a de energia					

2. ... depois algumas coisas sobre como te tens sentido em geral ...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... diverti-me e ri-me imenso					
2. ... andei aborrecido/a					
3. ... senti-me só					
4. ... tive medo					

3. ... e o que tens sentido sobre ti próprio.

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... tive orgulho em mim próprio/a					
2. ... senti-me o/a maior					
3. ... senti-me satisfeito/a comigo próprio/a					
4. ... tive montes de boas ideias					

4. As perguntas seguintes são sobre a tua família ...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... dei-me bem com os meus pais					
2. ... senti-me bem em casa					
3. ... discutimos em casa					
4. ... os meus pais não me deixaram fazer algumas coisas					

5. ... e depois sobre os teus amigos...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... brinquei com os meus amigos					
2. ... os outros miúdos gostaram de mim					
3. ... dei-me bem com os meus amigos					
4. ... senti-me diferente das outras crianças					

6. ... Por último, gostávamos de saber qualquer coisa sobre a escola.

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... foi fácil fazer as actividades na escola					
2. ... gostei das aulas					
3. ... andei ansioso/a pelas semanas seguintes					
4. ... tive medo de ter más notas					

7. Estás agora no hospital ou tens alguma doença prolongada?

☐ Sim

☐ Não

responde às 6 perguntas
que se seguem

o questionário está acabado

Na última semana...	nunca,	raramente,	às vezes,	frequentemente,	sempre,
1. ... andei com medo que a minha doença pudesse piorar					
2. ... andei triste por causa da minha doença					
3. ... consegui lidar bem com a minha doença					
4. ... os meus pais trataram-me como um bebé por causa da minha doença					
5. ... fiz o possível para que os outros não se apercebessem da minha doença					
6. ... atrasei-me na escola por causa da minha doença					

Obrigado por nos ajudares!



Anexo 5 – Escala CMAS-R

1	Tenho dificuldade em me decidir.	Sim	Não
2	Fico nervoso(a) quando as coisas não correm da melhor forma para mim.	Sim	Não
3	Os outros parecem conseguir fazer as coisas mais facilmente do que eu.	Sim	Não
4	Gosto de todas as pessoas que conheço.	Sim	Não
5	Tenho muitas vezes dificuldade em respirar.	Sim	Não
6	Preocupo-me muitas vezes.	Sim	Não
7	Tenho medo de muitas coisas.	Sim	Não
8	Sou sempre amável.	Sim	Não
9	Fico furioso(a) com facilidade.	Sim	Não
10	Preocupo-me com o que os meus pais me irão dizer.	Sim	Não
11	Sinto que os outros não gostam da maneira como faço as coisas.	Sim	Não
12	Sou sempre bem-educado(a).	Sim	Não
13	É difícil para mim adormecer à noite.	Sim	Não
14	Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim.	Sim	Não
15	Sinto-me sozinho(a), mesmo quando há pessoas comigo.	Sim	Não
16	Sou sempre bom(boa).	Sim	Não
17	Muitas vezes sinto um mal-estar no estômago.	Sim	Não
18	Os meus sentimentos são feridos com facilidade.	Sim	Não
19	Sinto as mãos suadas.	Sim	Não
20	Sou sempre simpático(a) com as outras pessoas.	Sim	Não
21	Canso-me muito.	Sim	Não
22	Preocupo-me com o que vai acontecer.	Sim	Não
23	As outras pessoas são mais felizes do que eu.	Sim	Não
24	Digo sempre a verdade.	Sim	Não
25	Tenho pesadelos.	Sim	Não

26	Os meus sentimentos são feridos facilmente quando se "metem comigo"	Sim	Não
27	Sinto que alguém me vai dizer que faço as coisas de forma errada.	Sim	Não
28	Nunca sinto raiva.	Sim	Não
29	Às vezes acordo assustado(a).	Sim	Não
30	Preocupo-me quando vou para a cama de noite.	Sim	Não
31	É difícil para mim concentrar-me nos meus trabalhos da escola.	Sim	Não
32	Nunca digo coisas que não devo.	Sim	Não
33	Mexo-me muitas vezes na cadeira.	Sim	Não
34	Sou nervoso(a).	Sim	Não
35	Muitas pessoas estão contra mim.	Sim	Não
36	Nunca minto.	Sim	Não
37	Preocupo-me muitas vezes que me possam acontecer coisas más.	Sim	Não

Anexo 6 – Escala de Força Muscular MRC

Escala de Força Muscular MRC	
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

Anexo 7 – Escala AKQ

Nº da questão	Questão	Resposta Correta
1	A tosse não é um sintoma da asma.	F
2	A asma é devida a uma inflamação dos pulmões.	V
3	Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança.	V
4	Os ataques de asma podem surgir quando se cheira tinta, gasolina, fumo ou poluição.	V
5	Só um médico consegue evitar um ataque de asma.	F
6	No início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira (gatinhos ou chiadeira).	V
7	Usa-se um registo de DEMI (Débito Expirómetro Máximo Instantâneo) para ter a certeza que os seios perinasais estão abertos (teste do sopro para detectar se há sinusite).	F
8	Uma criança deixa de ser asmática se, durante vários anos, deixar de ter sintomas como o aperto no peito ou pieira.	F
9	A asma é uma doença emocional ou psicológica	F

10	A maioria das crianças asmáticas tem de ir ao hospital quando tem um ataque de asma.	F
11	Nalgumas pessoas a asma pode melhorar com a idade.	V
12	Os médicos não sabem bem porque certas pessoas têm asma, mas sabem o que pode desencadear um ataque.	V
13	Com um tratamento adequado, a maioria das crianças asmáticas pode levar uma vida normal sem qualquer limitação das actividades.	V
14	Ficar enervado/a, chorar ou rir pode desencadear um ataque de asma.	V
15	Quem não tem asma até aos 40 anos, já não vem a ter.	F
16	As crianças com asma não devem praticar desportos em que tenham que correr muito.	F
17	Em crianças mais novas, a asma surge por vezes após uma doença respiratória provocada por um vírus.	V
18	Um alergénico é o anticorpo que falta aos asmáticos.	F
19	Uma pessoa pode piorar da asma sem se aperceber de qualquer alteração na respiração.	V
20	Fazer exercício em tempo frio pode desencadear um ataque de asma	V
21	Tanto os peixes como os pássaros são bons animais de estimação para uma criança com asma.	F
22	Usa-se um inalador de alívio (broncodilatador ou "bomba") para reduzir a inflamação dos pulmões	F
23	Alguns remédios para a asma só fazem efeito se se tomarem todos os dias.	V
24	Não é preciso agitar antes de usar a maioria dos inaladores para a asma.	F
25	Há menos pessoas com asma hoje do que há 10 anos.	F

Apêndice 6 – Folheto informativo: criança com asma

Asma na criança

O que é a asma?

A asma é uma doença crónica das vias respiratórias que causa dificuldade em respirar devido à inflamação e estreitamento dos brônquios.



Sinais de Alerta para uma Crise de Asma

- Falta de ar, respiração rápida e/ou chiado ao respirar;
- “Covinha” no pescoço e/ou nas costelas;
- Tosse persistente, especialmente à noite;
- Aperto no peito ou desconforto;
- Dificuldade para se alimentar, falar ou realizar atividades diárias.

Como Usar o Inalador Corretamente

- Agitar o inalador antes de usar e em cada inalação;
- Utilizar a câmara expansora e aguardar 10 segundos até o medicamento ser totalmente inalado;
- Aguardar mais 10 segundos pelo restabelecimento da respiração;
- Voltar a repetir o procedimento consoante o número de inalações prescritas pelo médico.

Prevenção de Crises de Asma

- Identificar e evitar gatilhos como pó, poeiras, pólen, mudanças bruscas de temperatura e fumo de tabaco. Manter o ambiente limpo;
- Acompanhar regularmente a função respiratória da criança;
- Seguir o plano de tratamento recomendado pelo médico.

A Asma e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)

Exercícios físicos supervisionados: promovem melhora na capacidade respiratória e força muscular, de acordo com as intervenções do EEER.

- Exercícios aeróbios
- Exercícios de força e flexibilidade
- Treino respiratório



Educação em saúde: acompanhamento da criança e da família para garantir o autocuidado e correta gestão da asma.

Quando Procurar Ajuda

- Se a criança não melhorar após usar o inalador de resgate;
- Se houver dificuldade extrema em se alimentar, respirar e/ou falar;
- Se os sintomas piorarem rapidamente ou persistirem por mais de um dia.



Apêndice 7 – Demência: Gestão comportamental

CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA



The background of the slide is a close-up photograph of several hands of different skin tones (light, medium, and dark) being clasped together in a supportive grip. The hands are wearing light-colored, ribbed sweater sleeves. The image is slightly blurred, creating a soft, empathetic atmosphere.

MÓDULO 3 – GESTÃO COMPORTAMENTAL

GESTÃO COMPORTAMENTAL

Sumário:

- Entender os comportamentos desafiadores;
- Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação;
- Desenvolver um ambiente seguro e acolhedor;
- Estimulação cognitiva e atividades terapêuticas.

Comportamentos desafiadores

Os **Sintomas Comportamentais e Psiquiátricos da Demência** (SCPD) são reconhecidos como uma **manifestação** importante da **demência**. Estes sintomas são frequentemente a maior causa de **alteração no funcionamento** da pessoa com demência e de marcado **desgaste** nos cuidadores. Assim, o **tratamento** dos sintomas comportamentais é **fundamental**.

Sintomas da demência



Comportamentos desafiadores

- Desenvolvimento ou agravamento de outras doenças;
- Uso de determinados medicamentos;
- Fatores relacionados com a personalidade pré-mórbida;
- Fatores ambientais e sociais.



O reconhecimento dos sintomas comportamentais pelos familiares ou cuidadores é fundamental.

Comportamentos desafiadores

Causa

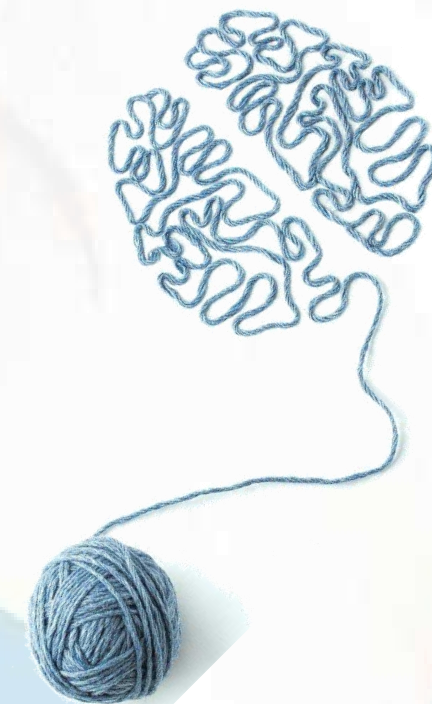
- Identificar o fator desencadeante;
- Eliminar o fator;

Objetivo

- Incapacidade de transmitir o que quer ou precisa (necessidade de se sentir útil ou ocupada);
- Perceber o que estará a tentar conseguir com o comportamento e tentar ir ao encontro dessa necessidade;

Doença

- Doença cerebral que conduz a um comportamento diferente do habitual;
- Confrontar não é uma solução eficaz; Distrair pode ser a solução.



Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Apatia



Está presente em cerca de metade das pessoas com demência nos estádios iniciais e caracteriza-se por falta de interesse nas atividades diárias, diminuição da interação social, diminuição das respostas emocionais e da iniciativa.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Ansiedade



Manifesta-se por sintomas físicos como desconforto torácico, tensão muscular, palpitações e dificuldade em respirar e/ou por sintomas psíquicos como preocupação excessiva e antecipação excessiva do futuro.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Depressão



Caracteriza-se por tristeza e/ou falta de interesse pelas atividades habituais, que ocorre na maior parte dos dias, diminuição da vontade e da capacidade de experienciar o prazer, alterações do sono e do apetite, pensamento de morte, entre outros.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Deambulação



Vaguear sem objetivo ou destino definido; tentativas repetidas de sair de casa acabando por se perder.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Agitação psicomotora/agressividade

Mais frequente nas fases mais avançadas da demência.



Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Desinibição e impulsividade



A pessoa comporta-se de forma impulsiva e inapropriada, manifestando também dificuldade em comportar-se de acordo com as normas sociais (ex. intrometer-se nas conversas dos outros, não esperar pela sua vez, deixar alguém a falar sozinho porque ouviu um barulho na rua); pode também apresentar desinibição social ou sexual, com comportamentos sexuais dirigidos a si mesmo ou a outros.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Reações catastróficas



A pessoa reage de forma abrupta com raiva, ansiedade intensa, agressão verbal e física a experiências adversas, vivenciadas com frustração; geralmente breves e autolimitadas.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Alucinações



A pessoa percebe um objeto que não existe, ou seja, pode ver, ouvir, cheirar, degustar ou sentir algo que não existe.

São frequentemente visuais, por vezes auditivas e mais raramente tácteis ou relacionadas com cheiros.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

**Síndromes de identificação delirante / falsos
reconhecimentos**



A pessoa identifica incorretamente estímulos externos e elabora-os e forma delirante. São exemplo a identificação alterada da própria pessoa (não reconhece a própria imagem refletida no espelho) e a identificação alterada de outras pessoas, como familiares, amigos ou cuidadores.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Ideias delirantes



São crenças falsas que não cedem à argumentação e que não estão em concordância com ambiente social e cultural da pessoa e podem associar-se a episódios de agressividade.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Insónias



Dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, acordando várias vezes durante a noite, acordar muito cedo ou ter a sensação de sono não reparador.

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Sundowning



Consiste no agravamento dos SCPD ao final do dia (ex., a pessoa pode ficar mais inquieta, agitada ou confusa no final da tarde e início da noite).

Comportamentos desafiadores

1. Qual o comportamento mais desafiante para si na pessoa com demência?
2. Que estratégia(s) utilizou para gerir esse comportamento?
3. Sente dificuldade em gerir os comportamentos da pessoa com demência?



Acede a [menti.com](https://www.menti.com) | e usa o código **4347 5585**

Comportamentos desafiadores



**Handling Veteran
Distress**

(música)

Alcort M03FCC

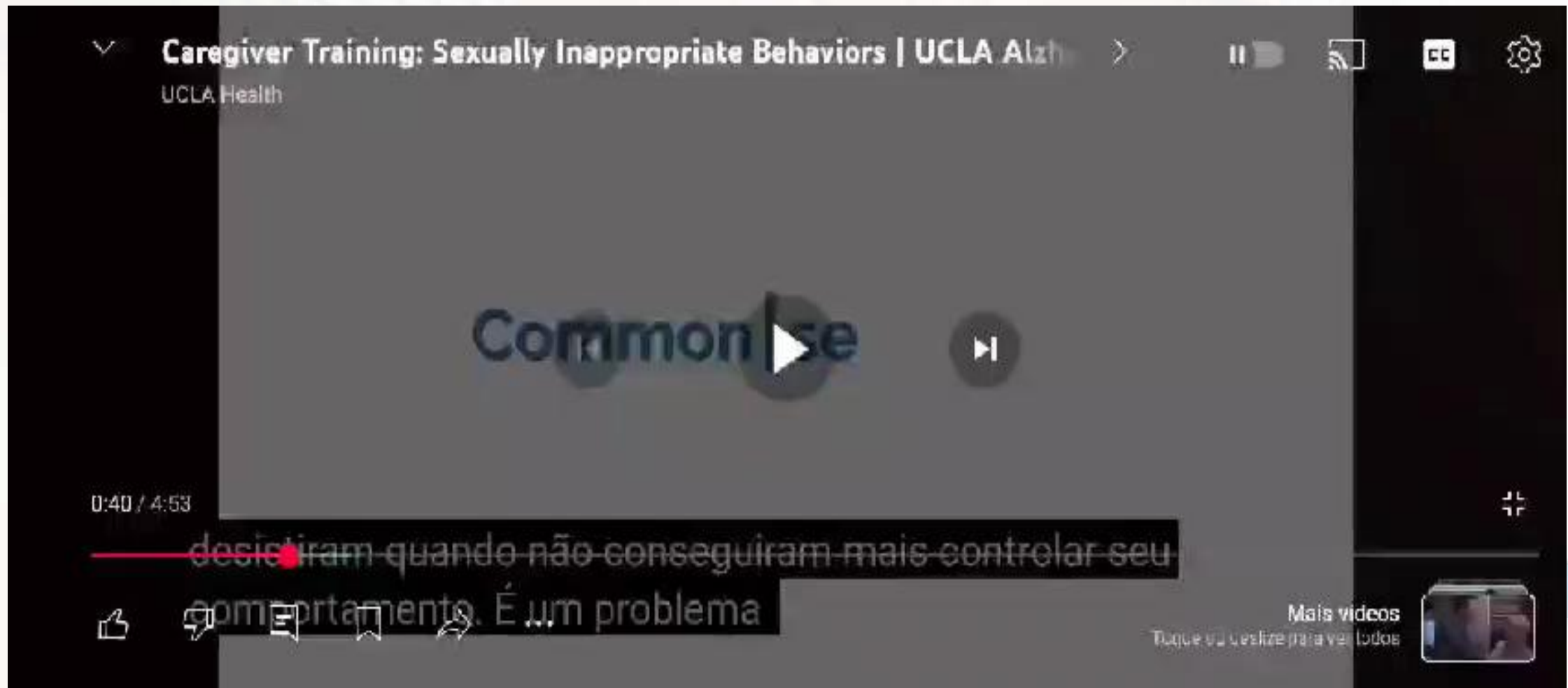
Comportamentos desafiadores

Handling Veteran Distress

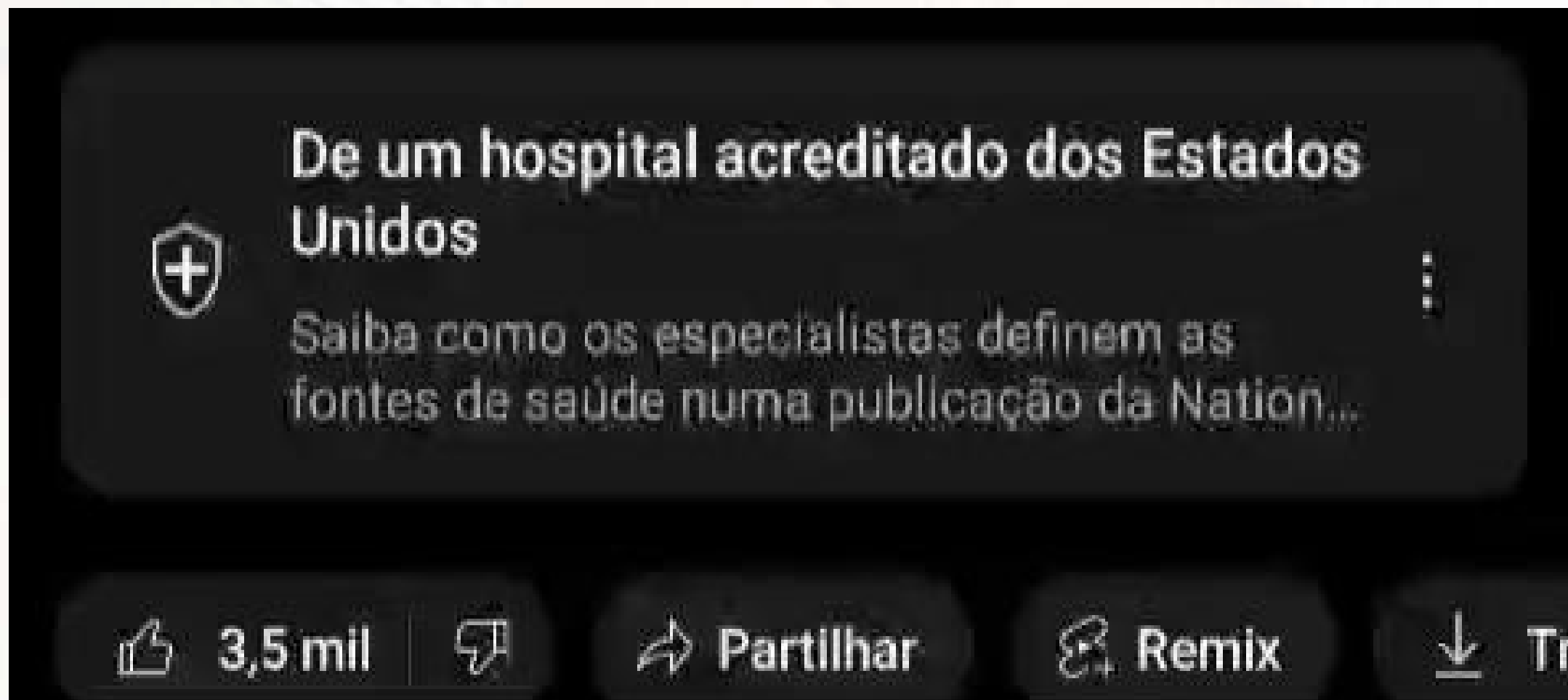
Positive Approach

(música)

Comportamentos desafiadores



Comportamentos desafiadores



Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação



- Evitar confrontos e não valorizar os défices;
 - Não contrariar se não houver perigo;
 - Não elevar o tom de voz;
- Repetir a informação sempre que necessário;
- Evitar o excesso de informação para não estimular demasiado;
- Evitar ambientes com muita confusão e ruído;
- Explicar todos os procedimentos previamente, tranquilizando a pessoa;

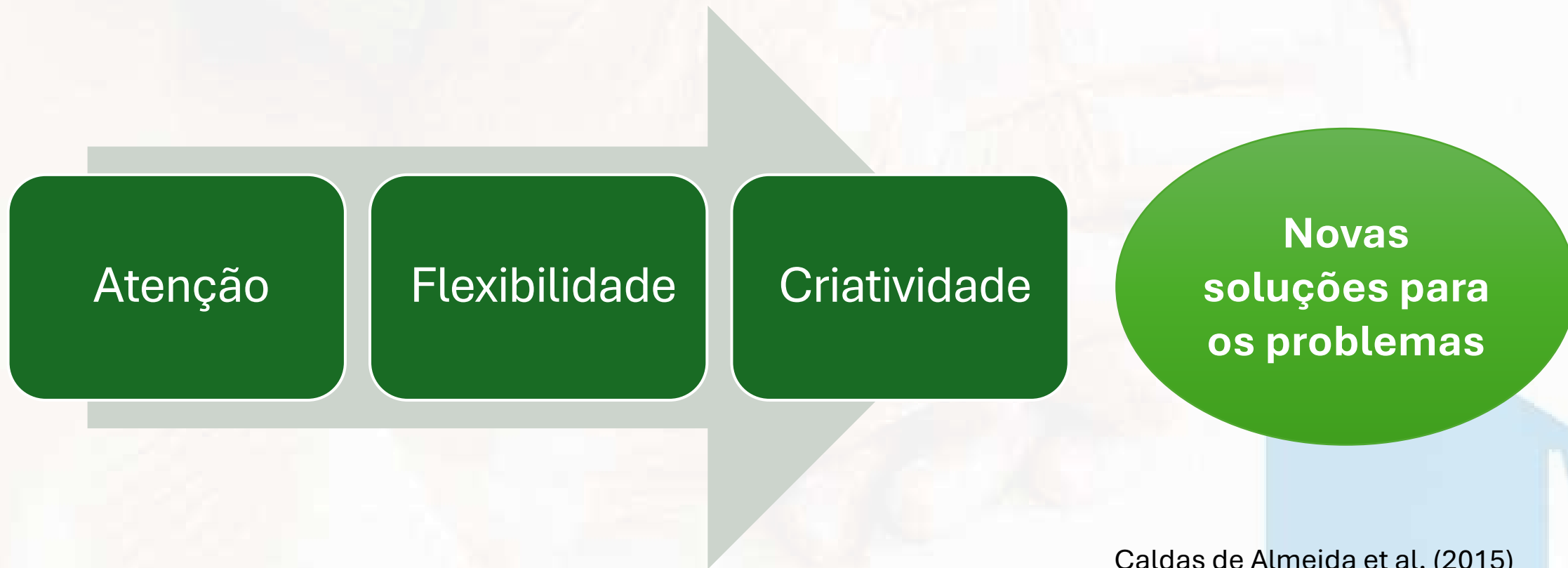
Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação

- Planear o dia, sendo as atividades mais exigentes de manhã e à tarde as atividades relaxantes e estruturadas;
- Realizar atividades de estimulação cognitiva e jogos do gosto da pessoa;
- Realizar exercício físico e passeios;
- Motivar com reforços positivos;
- Permitir que a pessoa tome decisões simples;
- Recordar familiares e momentos importantes, mostrando fotografias;
- Evitar fazer perguntas que podem causar confusão e angústia (ex: quem sou eu?)



Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação

"O que funcionou ontem pode não funcionar amanhã."



Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação

**Estratégias Não
Farmacológicas
Ineficazes**



**Estratégias
Farmacológicas**



**Registrar os episódios
de alteração
comportamental**



Frequência

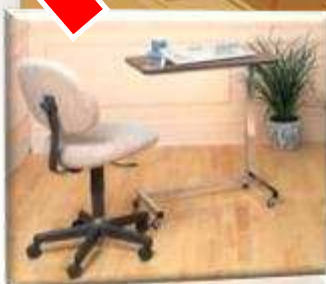


Intensidade



Impacto

Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor



Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor

- Ligar uma luz de presença durante a noite;
- Fechar portas e janelas;
- Evitar colocar espelhos;
- Preferir as bases de duche com chão antiderrapante;
- Colocar corrimão nas escadas;



Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor



- Colocar os medicamentos, objetos corto-perfurantes e produtos de limpeza fora do alcance da pessoa;

- Identificar as gavetas dos armários, os objetos pessoais e as portas das diversas divisões;



- Colocar relógios e calendários em diversos espaços para promover a orientação temporal;

Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor

**Fase Avançada
da Demência**



Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor

**Fase Avançada
da Demência**



Estimulação Cognitiva

Treino
Cognitivo



Estimulação especializada e personalizada das funções cognitivas, como a capacidade de **orientação, atenção, memória, linguagem, cálculo e funções executivas.**

PARA QUE SERVE?

- ✓ Estimulação das funções cognitivas afetadas;
- ✓ Identificação e reconhecimento das áreas cognitivas preservadas.

OBJETIVOS

- ✓ Capacitar a pessoa para gerir as limitações e capacidades, de acordo com o seu potencial cognitivo e emocional.

Estimulação Cognitiva



- ✓ Adaptar os exercícios a eventuais limitações que influenciam o desempenho (dificuldades de audição, visão);
- ✓ Estar atento ao estado de alerta e de conforto (nível de sonolência, cansaço, postura correta) e escolher um local calmo, com poucas distrações;
- ✓ Dar tempo para que a pessoa compreenda o que se está a dizer e o que pretende expressar;
- ✓ Identificar sinais de cansaço ou frustração, não insistir na atividade e continuar noutro dia.

Estimulação Cognitiva

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR



✓ Manter rotinas;

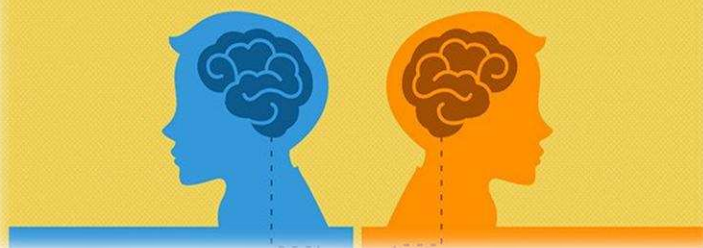


✓ Criar um calendário ou agenda;



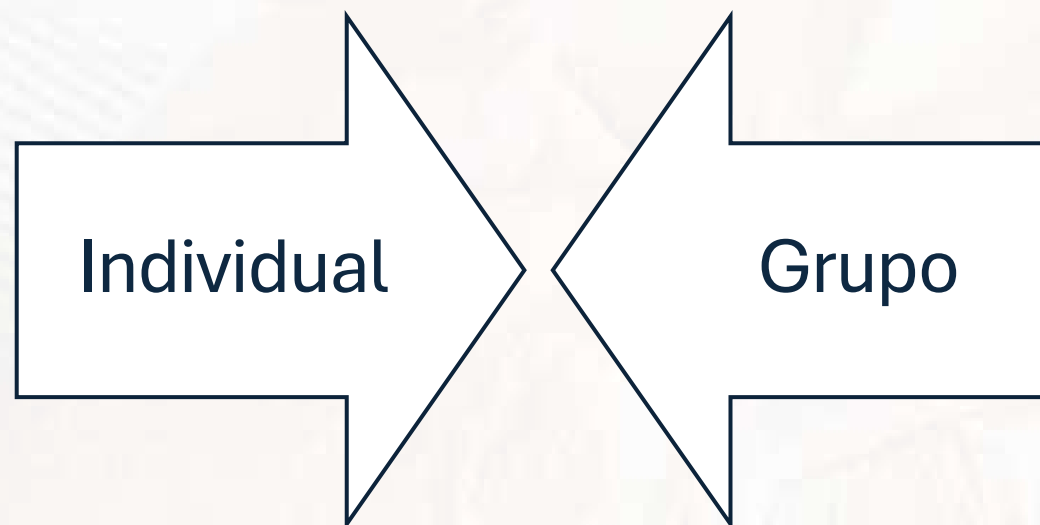
✓ Ambiente calmo e tranquilo;

O Poder do Elogio



- ✓ Usar frases simples e curtas;
- ✓ Elogiar o esforço e o empenho nas atividades;
- ✓ Incentivar atividades que sejam prazerosas;
- ✓ Incentivar o poder de escolha, providenciando 2 ou 3 opções.

Estimulação Cognitiva



Capacidade
Cognitiva
Reminiscente

Orientação

Interação Social

Readaptação
comportamental

Funcionalidade

Autonomia

Bem-estar

Qualidade de
Vida

Estimulação Cognitiva

- Muito importante a avaliação da função cognitiva da pessoa com demência

Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)
- Dia do mês (1 ponto)
- Mês (1 ponto)
- Ano (1 ponto)
- Hora aproximada (1 ponto)
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)
- Cidade (1 ponto)
- Estado (1 ponto)

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

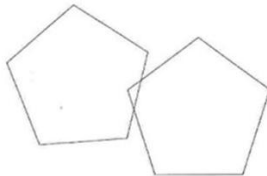
- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)
- Escrever uma frase (1 ponto)
- Copiar um desenho (1 ponto)



ESCORE: (___/30)

Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA)

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)		Pontos			
[]		[]		Contorno [] Números [] Ponteiros []		5			
NOMEAÇÃO							3		
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras. O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta (1 tentativa por palavra)		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação
		1ª tentativa							
		2ª tentativa							
ATENÇÃO		Leia a sequência de números (1 número por segundo)		O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [] 2 1 8 5 4		O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [] 7 4 2		2	
		Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B						1	
		Subtração de 7 começando pelo 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 pontos				3	
LINGUAGEM		Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. []		O gato sempre se esconde embaixo do sofá quando o cachorro está na sala. []				2	
		Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [] (N ≥ 11 palavras)						1	
ABSTRAÇÃO		Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta []		trem - bicicleta []		relógio - régua []		2	
EVOCAÇÃO TARDIA		Deve recordar as palavras SEM PISTAS []		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
									5
OPCIONAL		Pista de categoria []							
		Pista de múltipla escolha []							
ORIENTAÇÃO		[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana []		Lugar []		Cidade []		6	

Atividades Terapêuticas



Atividades Terapêuticas



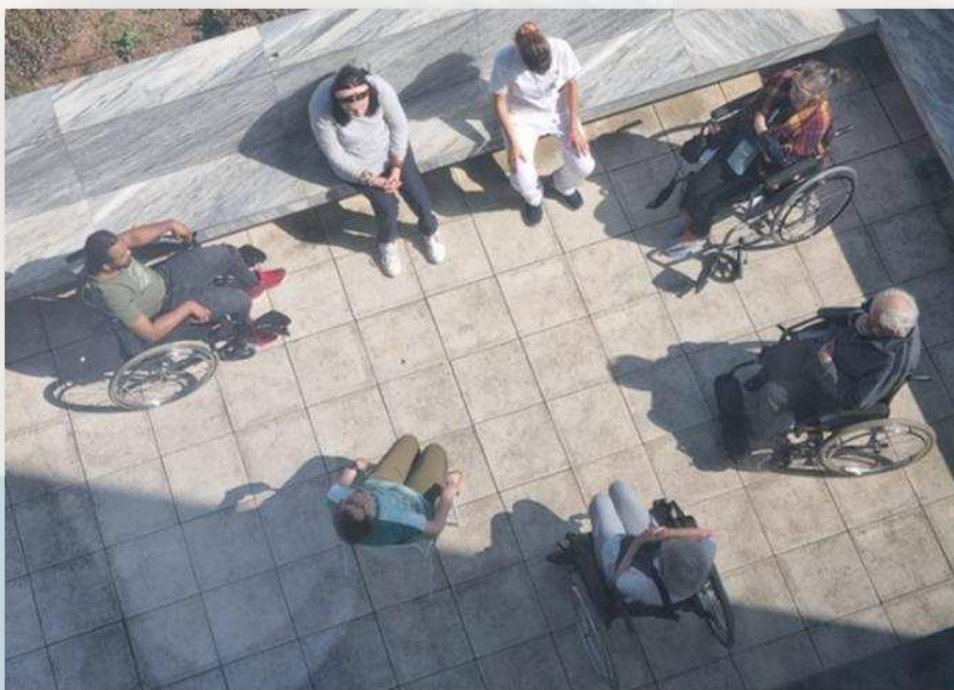
Terapia Snoezelen



Musicoterapia

Atividades Terapêuticas

Classe de Grupo de Mobilidade



Exercício
Físico

Música
Ambiente

Interação
Social

Contacto
com o
exterior

Atividades Terapêuticas



Atividades Terapêuticas

A ROBOTERAPIA

- Qual o impacto na pessoa com demência?



Atividades Terapêuticas

PARO - O ROBÔ TERAPÊUTICO



Atividades Terapêuticas

PARO - O ROBÔ TERAPÊUTICO



- **Terapia não farmacológica com ganhos muito positivos**

Gestão
comportamental

Incentivo à
Comunicação
Verbal e Não-
Verbal

Promoção da
Interação Social

Obrigado.

Dúvidas





BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M. C., Bárrios, H. S., Pereira, C., Santos, A. C., Pinto, V., Costa, S., Conde, A., Pedrosa, H. (2015). Manual de Boas Práticas: Demência. União das Misericórdias Portuguesas. https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf
- Nóbrega, C., Morgado, J., Vitorino, M. L., & Ferreira, Joaquim. (2022). *Manual do cuidador da pessoa com demência*. Torres Vedras: CNS | Campus Neurológico. ISBN: 978-989-54757-2-8
- Nóbrega, M. D. P. S. D. S., Freitas, C. M., Jesus, B. G. S. D., Santos, J. C. D., & Silva, M. S. G. O. D. (2022). PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA PERSONAS MAYORES CON O SIN SÍNDROMES DE DEMENCIA SUPERVISADOS O APLICADOS POR ENFERMERAS: REVISIÓN INTEGRADORA. *Cogitare Enfermagem*, 27, e78943.
- Silva, R. (2021). *Intervenções não farmacológicas como a roboterapia em pessoas com demência*. In III Congresso Internacional de Educação e Saúde da Universidade de Marília (p. 53).



**Apêndice 8 – Póster: Intervenções do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação na criança
asmática – Revisão *Scoping***

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na criança asmática – Revisão Scoping

Rita Rodrigues^a, Júlio Fernandes^b, Dina Peças^b

^(a) Enfermeira na Unidade Local de Saúde Arco do Ribeirinho

^(b) Egas Moniz School of Health & Science, Monte de Caparica, Portugal.

INTRODUÇÃO

A Asma é uma condição inflamatória crónica das vias respiratórias, caracterizada por restrição variável e recorrente do fluxo aéreo, hiperreatividade brônquica, broncoconstricção, vasodilatação, edema das vias áreas e ativação de terminações nervosas sensoriais¹.

As exacerbações estão relacionadas com a hiperreatividade brônquica causada por fatores como a atividade física, exposição a alergénios ou poluentes ambientais, irritantes, alterações climáticas ou infeções respiratórias² conduzindo à obstrução progressiva e à excessiva expansão pulmonar³ manifestando-se por episódios recorrentes de sibilos, dor torácica, dispneia e/ou tosse⁴.

A prevenção da asma na criança visa reduzir ao máximo a exposição a fatores de risco e garantir uma gestão adequada da mesma⁴ de modo a melhorar a qualidade de vida das crianças e evitar as exacerbações⁵, carecendo assim de um plano de cuidados desenvolvido por profissionais de saúde definindo ações para o controlo contínuo da doença de modo a estimular o autocuidado⁴.



Objetivo do estudo: Mapear na evidência científica quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação eficazes na gestão da asma na criança.

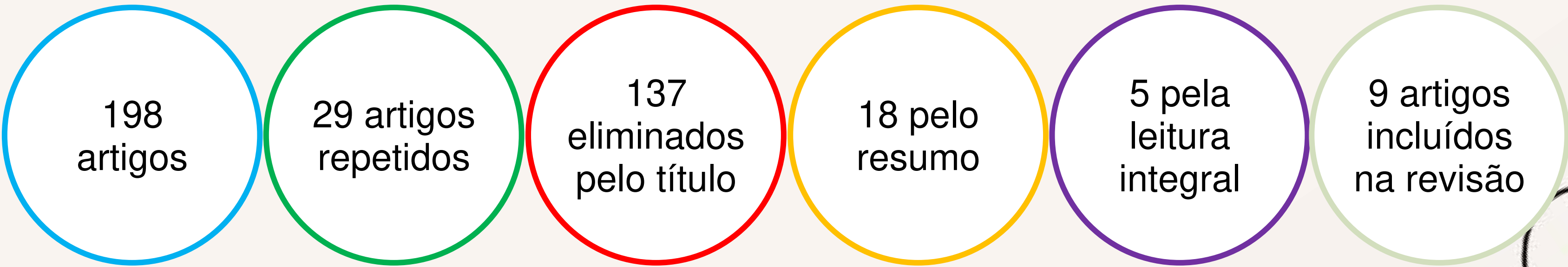
METODOLOGIA

Questão de Investigação: Quais são as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na gestão da asma na criança?

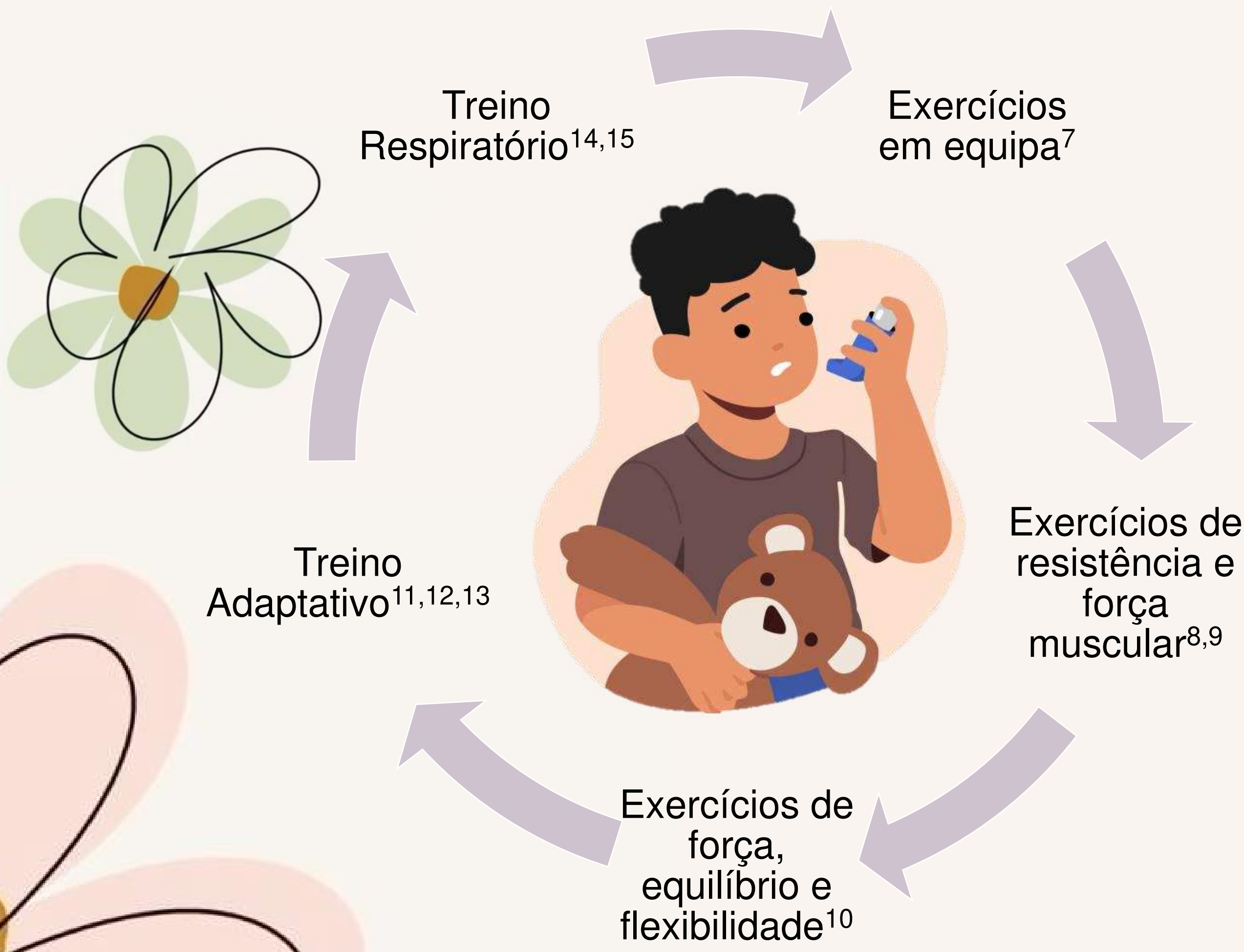
Palavras-Chave: Asma, Criança, Intervenções, Reabilitação, Enfermagem

Bases de Dados Utilizadas: Library, Information Science & Technology Abstracts (n=1); Cochrane Database of Systematic Reviews (n=1); Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n=16); Cochrane Central Register of Controlled Trials (n=29); CINAHL (n=48) e MEDLINE (n=131).

Limitadores: Período de publicação entre 2004 e 2024. Sem restrição de idioma



INTERVENÇÕES DO EEER



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A presente revisão evidenciou a importância fundamental das intervenções de enfermagem de reabilitação na gestão da asma pediátrica, salientando a necessidade de abordagens integradas e personalizadas que promovam melhorias significativas na qualidade de vida e no controlo da doença.
- Os estudos analisados demonstram que programas estruturados que combinam exercício físico, treino respiratório e educação em saúde podem resultar em benefícios substanciais tanto para a função respiratória quanto para o bem-estar psicossocial das crianças. Tais intervenções são vitais não apenas para o controlo efetivo da asma, mas também para a promoção de um estilo de vida ativo e saudável, minimizando as limitações impostas pela doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS





Apêndice 9 – Comunicação Livre



Apoio Científico



Associação
Portuguesa dos
Enfermeiros de
Reabilitação

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

9 Maio, Lisboa

MedProof

INTERSURGICAL
COMPLETE RESPIRATORY SYSTEMS



teprel



I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na criança asmática – Revisão *Scoping*

Rita Rodrigues^a , Júlio Fernandes^b , Dina Peças^b

(a) Enfermeira na Unidade Local de Saúde Arco do Ribeirinho

(b) Egas Moniz School of Health & Science, Monte de Caparica,
Portugal.

Maio 2025

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

INTRODUÇÃO

- A asma é a doença crónica mais comum na infância;
- Em Portugal, afeta cerca de 175 mil crianças e adolescentes (8,4% das crianças);
- 51% das crianças não têm a asma controlada;
- A gestão eficaz passa por intervenções multidisciplinares, incluindo **reabilitação**.

(Bhat et al., 2020; Serviço Nacional de Saúde, 2022; Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2022)



I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

PAPEL DO EEER

- Promoção da funcionalidade, autocuidado e gestão da patologia;
- Intervenção em equipa multidisciplinar com especial foco nos ganhos em saúde;
- Intervenção centrada na criança, adaptada às suas capacidades e contexto.



I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

OBJETIVO DO ESTUDO

Mapear na evidência científica quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação eficazes na gestão da asma na criança.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

METODOLOGIA

Quais são as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na gestão da asma na criança?

- Palavras-Chave: Asma, Criança, Intervenções, Reabilitação, Enfermagem.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Idade Pediátrica	Adultos e Adolescentes
Conceito	Reabilitação	Outras intervenções não promotoras da reabilitação
Contexto	Asma	Outras patologias respiratórias

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

METODOLOGIA

- Bases de Dados Utilizadas: Library, Information Science & Technology Abstracts (n=1); Cochrane Database of Systematic Reviews (n=1); Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (n=16); Cochrane Central Register of Controlled Trials (n=29); CINAHL (n=48) e MEDLINE (n=131);
- Limitadores: Período de publicação entre 2004 e 2024. Sem restrição de idioma.



I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

INTERVENÇÕES DO EEER

CATEGORIAS IDENTIFICADAS:

- Exercícios aeróbios em equipa;
- Exercícios de resistência e força muscular;
- Exercícios de equilíbrio e flexibilidade;
- Treino adaptativo;
- Treino respiratório (incluindo técnicas manuais).

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

EXERCÍCIOS AERÓBIOS EM EQUIPA

- Melhoria da qualidade de vida e da capacidade de exercício;
- Integração de atividades lúdicas e motivadoras;
- Importância da adaptação às limitações da criança;
- Exemplo: Treino de basquetebol durante 8 semanas.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

EXERCÍCIOS DE RESISTÊNCIA E FORÇA MUSCULAR

- Atividades como corrida, natação e jogos com bola;
- Foco em exercícios contínuos de intensidade moderada a alta;
- Aumento da força muscular inspiratória e controlo da asma;
- Adaptação progressiva da carga conforme evolução da criança.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO E FLEXIBILIDADE

- Incluem treino em passadeira, bicicleta, exercícios de flexibilidade;
- Visam melhorar a capacidade respiratória e o equilíbrio corporal;
- Demonstraram redução na inflamação sistémica;
- Individualização conforme as necessidades da criança.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

TREINO ADAPTATIVO

- Jogos adaptados, caminhadas e atividades ajustadas às preferências;
- Visam melhorar a capacidade aeróbia, autoestima e qualidade de vida;
- Eficácia independente do horário (manhã/tarde);
- Estímulo à adesão pela natureza lúdica das intervenções.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

TREINO RESPIRATÓRIO

- Inclui treino muscular inspiratório e técnicas manuais;
- Melhoria no pico de fluxo expiratório e força respiratória;
- Técnicas como libertação diafragmática com benefícios comprovados;
- Complementar à medicação, promovendo o controlo da asma.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

RESULTADOS RELEVANTES

- Melhoria da função pulmonar e controlo da asma;
- Aumento da qualidade de vida e capacidade de exercício;
- Intervenções adaptadas aumentam a adesão e o bem-estar;
- Programas supervisionados por enfermeiros especialistas mostram maior eficácia.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Intervenções do EEER são eficazes na melhoria da qualidade de vida;
- Quando estruturadas, personalizadas e baseadas na evidência, promovem o autocuidado e estilo de vida saudável nas crianças com asma.

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Pediátricos

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

