



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação à Pessoa/Família com Neoplasia do  
Pulmão na Promoção do Autocuidado**

**Liliana Sofia Santos Gaspar Heleno**

---

**Lisboa  
2021**

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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação à Pessoa/Família com Neoplasia do  
Pulmão na Promoção do Autocuidado**

**Liliana Sofia Santos Gaspar Heleno**

---

Orientador: Professora Doutora M<sup>a</sup> do Céu Sá

---

**Lisboa  
2021**

## **AGRADECIMENTOS**

À Senhora Professora Doutora Maria do Céu Sá, por me ter permitido fazer o meu próprio caminho, guiando-me com a serenidade e sabedoria que a perícia lhe confere. Grata pela sua constante motivação, otimismo e confiança nas minhas capacidades.

Às Senhoras Enfermeiras Elisabete Amaral e Natacha Sousa, pela disponibilidade que sempre tiveram em partilhar os seus conhecimentos.

A todas as pessoas e famílias com quem intervimos, sem as quais este percurso não teria sido possível.

À minha mãe, eternamente crente nas minhas capacidades, incansavelmente disponível para todos.

À minha filha, sempre para ela, sempre por ela.

Ao meu marido, pela sua inabalável tranquilidade, pilar da minha estabilidade emocional.

À minha irmã, enfermeira, amiga e, acima de tudo, tia, tão importante neste caminho.

Aos meus amigos, à Carolina e ao Henrique, aos colegas de especialidade, aos colegas de equipa, pelo seu apoio e companheirismo.

A todos os que contribuíram para a concretização deste percurso, o meu profundo agradecimento, reconhecendo as ausências, os momentos de maior cansaço e de menor disponibilidade, com a certeza de que tudo valeu a pena.

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

NPNP - Neoplasia do Pulmão de Não Pequenas Células

NPPC - Neoplasia do Pulmão de Pequenas Células

PTA – Prótese Total da Anca

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

UCIR – Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

## RESUMO

Para a obtenção do grau de Mestre e do título de EEER pressupõem-se o desenvolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências específicas e comuns, através dum percurso formativo que culmina com a realização dum relatório onde se comprova o desenvolvimento das aprendizagens preconizadas e a aquisição das referidas competências.

Este percurso teve início com a elaboração dum projeto de estágio, onde foram identificadas as atividades a realizar, para alcançar os objetivos gerais e específicos estabelecidos. A área temática selecionada foi a intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado.

A neoplasia do pulmão é, atualmente, o segundo tipo de neoplasia mais frequente a nível mundial. A pessoa com este diagnóstico depara-se frequentemente com limitações e incapacidades, decorrentes da sintomatologia associada à doença e ao tratamento, que têm consequências diretas no desempenho das diferentes atividades do autocuidado, com repercussões na condição de vida do próprio e da sua família. Vários avanços têm sido desenvolvidos nos últimos anos, sendo inegável o impacto positivo nas taxas de sobrevivência. A incidência e prevalência desta doença justificam a atenção do EEER cuja intervenção permitirá a promoção do autocuidado e bem-estar destas pessoas e suas famílias.

Este relatório de estágio tem como finalidade comprovar o desenvolvimento de competências comuns e específicas definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, através da descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em contexto de estágio. Em articulação, visa ainda comprovar o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de Mestre.

O Quadro de Referencia escolhido para nortear o percurso realizado foi o modelo conceptual de Dorothea Orem, na medida em que a conceção dos cuidados adotada teve como perspetiva a intervenção do EEER enquanto agente de autocuidado, na promoção do autocuidado e do bem-estar da pessoa, maximizando as suas capacidades, promovendo a recuperação da funcionalidade e a prevenção de complicações.

**Palavras-chave:** enfermagem de reabilitação; pessoa com neoplasia do pulmão; autocuidado.

## **ABSTRACT**

The completion of the Master's degree and Rehabilitation Nurse's qualification require the development of a specific skill set within this nursing speciality, meeting the competencies defined by the Portuguese Nursing Council as inherent to this role. The knowledge obtained throughout the educational path is summarised in a final report, which aims to describe and critically analyse the capabilities gained during this process. The final report is also expected to provide evidence of the competencies established by the 'Dublin descriptors' for the Master's level. The activities to be performed and the objectives (generic and specific) to be achieved were firstly defined in the placement project, which subject was the intervention of the Rehabilitation Nurse with lung cancer patients/family in the promotion of self-care.

Lung cancer is currently the second most common malignancy worldwide. Those who suffer with this condition frequently face limitations and disabilities, secondary to its symptoms and treatments. As such, difficulties in performing activities of daily living associated with self-care are often experienced, having a direct impact in ones' lives and families. The innovative treatments developed over the last few years have significantly improved the survival rates. Given lung cancer's incidence and prevalence, the Rehabilitation Nurse may have a relevant role in promoting self-care and the wellbeing of these patients/families.

Dorothea Orem's conceptual model was therefore chosen to guide the trajectory of the author's progress and practice. In view of Orem's theory that self-care may ease patients' recovery, the Rehabilitation Nurse may intervene to maximize their ability to look after themselves, to promote their function and to prevent complications.

**Key-words:** rehabilitation nursing; lung cancer patient; self-care.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	7
1. ENQUANDRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA.....	12
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISES DAS ATIVIDADES.....	18
2.1. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	18
2.2. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.....	34
3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS .....	44
3.1. <i>Strengths</i> .....	44
3.2. <i>Weaknesses</i> .....	45
3.3. <i>Opportunities</i> .....	46
3.4. <i>Threats</i> .....	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	52

### APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Aprendizagem

Apêndice II – Estudo de caso: A intervenção do EEER na pessoa com derrame pleural submetida a toracotomia

Apêndice III – Sessão de formação *Prevenção de Quedas*

Apêndice IV – Sessão de formação *Educação Postural*

Apêndice V – Sessão de formação *Inaloterapia e ventilação não invasiva*

Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem

Apêndice VI – Póster apresentado no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação de 2019 da APER

## INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório de Estágio surge enquanto componente de avaliação da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do X Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Teve como ponto de partida a realização do Projeto de Estágio (Apêndice I) no âmbito da Unidade Curricular Opção II, onde foi estabelecida a área de estudo a operacionalizar no 3º semestre, em contexto de Estágio, bem como a identificação das competências específicas e comuns a serem desenvolvidas para a aquisição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) em articulação com as competências que permitem a aquisição do grau de Mestre. Neste sentido, através da descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio damos continuidade ao percurso já realizado.

Este relatório tem como finalidade comprovar um nível de intervenção que seja representativo do emprego de conhecimentos e capacidades que justifiquem o desenvolvimento das referidas competências estabelecidas, respetivamente, para o 2º ciclo de estudos segundo os descritores de Dublin e estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Segundo a OE (Regulamento nº 140/2019, 2019), o Enfermeiro Especialista (EE) detém competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados, competências que aqui se entendem como aquelas que advieram da interligação entre a base educacional e a experiência prática, tal como é defendido no modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001). O EE é, assim, aquele cujo nível de eficácia da sua intervenção reflete a perícia na apreciação de cada situação, no estabelecimento de intervenções, na avaliação e reestruturação da sua intervenção, de forma individualizada e com elevado nível de complexidade.

Com base nestes pressupostos, o tema do presente relatório é a Intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado. A escolha desta aérea temática deveu-se a uma identificação pessoal e profissional com a mesma. A proximidade profissional com as pessoas e suas famílias, nomeadamente aquando do diagnóstico inaugural de neoplasia do pulmão, ou pelas consequências diretas das opções de tratamento que inevitavelmente levam ao seu

internamento, bem como a progressão e desfecho da própria doença, permite-nos uma visão muito concreta da realidade por que passam, caracterizada frequentemente pela insegurança e descrença em incluir estas pessoas em programas de reabilitação.

Assegurando-se a exigência, do ponto de vista científico, deste percurso e, conseqüentemente, de forma a sustentar a nossa intervenção tendo em conta a área temática escolhida, foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Pretendendo reunir conhecimento sobre o tema, de forma a clarificar e a caracterizar o objeto de estudo, partimos da pergunta de pesquisa *Quais as intervenções do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão, na promoção do autocuidado?* Tendo em conta o acrónimo PI(c)O, a nossa pesquisa teve como População pessoas de ambos os géneros, com o diagnóstico de neoplasia do pulmão e/ou sua família; como Intervenção qualquer intervenção do EEER na pessoa/família com diagnóstico de neoplasia do pulmão e como Outcomes a promoção do seu autocuidado.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINHAHL e MEDLINE, via Ebscohost e na base PEDro, de acesso livre. Foram utilizados os descritores "nurs\*"; MM "Nursing Interventions"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Rehabilitation, Pulmonary"; MM "Rehabilitation, Cancer" via ebscohost, e "Lung"; "Oncology"; "Rehabilitation"; "Self Care" na base PEDro, com os operadores booleanos AND e OR e os delimitadores Full-Text, resumo disponível, idioma português, espanhol e inglês e limite temporal 2013-2019. Foram considerados elegíveis para a pesquisa 20 artigos cujos achados traduzem os benefícios da reabilitação em pessoas/famílias com neoplasia do pulmão que integram programadas de reabilitação, maioritariamente com incidência nas áreas cardiorrespiratória e motora, e com ganhos quer na sua condição pós-operatória, quer na gestão de sintomas decorrentes da doença e das opções de tratamento. Estes achados são alvo duma exposição e análise mais pormenorizada, no capítulo seguinte deste relatório.

Tendo sido já considerada uma doença rara, a neoplasia do pulmão é, hoje em dia, um problema de saúde pública, na medida em que a sua incidência aumenta drasticamente a cada ano que passa. É o segundo tipo de neoplasia mais frequente no mundo e a principal causa de morte por doença oncológica a nível mundial (WHO, 2018). No nosso país o seu impacto é também muito significativo. Em 2018, 5248 pessoas foram diagnosticadas com neoplasia do pulmão, sendo que no mesmo ano 4671 óbitos foram devidos a esta doença (Ferlay et al., 2018). Apesar

destes números, são inúmeros os avanços verificados ao nível das opções de tratamento nos últimos anos, cuja consequência direta é o aumento da taxa de sobrevivência, atualmente de 24,5% (Ferlay et al., 2018).

Inevitavelmente, estas pessoas vivem mais tempo e, como consequência direta, convivem durante mais tempo com um conjunto de limitações e consequências da doença e das opções de tratamento. A fadiga, dispneia, tosse, depressão, alterações do padrão de sono e redução progressiva da mobilidade (Chen et al., 2015; Hoffman & Brintnall, 2017), entre outros sintomas, coexistem muitas vezes com condições de saúde pré-existentes, representando um problema ainda maior quando associados à ansiedade e depressão, também frequentemente presentes. Antevendo-se o compromisso da independência no autocuidado, estes quadros sintomáticos têm consequências diretas, limitando a capacidade funcional e prejudicando a qualidade de vida das pessoas com neoplasia do pulmão (Chen et al., 2015),

Neste sentido, a reabilitação da pessoa com neoplasia do pulmão pode assumir uma abordagem preventiva, restauradora, de suporte e/ou paliativa, orientada para a saúde e que promova o melhor funcionamento, com benefícios diretos na sua qualidade de vida, particularmente nos indicadores relacionados com o autocuidado (McCollom, 2011). Sendo adequado afirmar que a reabilitação traz benefícios à pessoa com neoplasia do pulmão (Wang, et al., 2016) e, tendo em conta o descrito anteriormente, compreende-se a importância da intervenção do EEER junto da pessoa/família com neoplasia do pulmão, pela importância que este terá na capacitação e promoção do autocuidado, não só através da maximização do seu bem-estar, como também da suplementação/complementação das atividades em que é dependente (OE, 2018).

Por outro lado, consideramos pertinente que o desenvolvimento de competências especializadas nesta área temática implica que a intervenção incida sobre a díade pessoa/família, na medida em que a otimização da intervenção de enfermagem acontece quando toda a unidade familiar é alvo do processo de cuidados (OE, 2018). Adicionalmente, sabe-se ainda que os ganhos são também visíveis, no caso particular das pessoas com neoplasia do pulmão, quando a família é incluída na definição de objetivos e estratégias de ação (Chan, et al., 2016; Rivas-Perez, & Nana-Sinka, 2015), assim como na realização de ensinamentos (Jeong & Yoo, 2015).

Compreendida a pertinência da área temática escolhida, importa identificar quais os objetivos gerais delineados para o estágio, que procuraram responder diretamente ao intuito deste percurso, nomeadamente:

**- Desenvolver competências de intervenção de EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade,**

**- Desenvolver competências de intervenção de EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado,**

**- Desenvolver competências comuns de EE no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

Como quadro de referência para o desenvolvimento de todo este percurso, escolhemos o Modelo Conceptual de Dorathea Orem. A Teoria Geral do Autocuidado de Orem permite perspetivar a intervenção do EEER enquanto agente terapêutico do autocuidado, na identificação das necessidades de autocuidado das pessoas e suas famílias (Orem, 2001), planeando estratégias individualizadas, tendo em conta as suas potencialidades. Concretamente, em situações onde se verifique compromisso ao nível dos requisitos de autocuidado, a existência de um desequilíbrio entre as necessidades de autocuidado e as suas capacidades no desempenho de atividades de autocuidado conduz a pessoa a uma necessidade terapêutica de autocuidado (Orem, 2001), justificando-se a necessidade de intervenção profissional.

A apropriação deste modelo, enquanto agente estruturante do pensamento e da linguagem, permitiu criar uma conceção da intervenção do EEER enquanto agente terapêutico de autocuidado e, a partir daí, realizar um percurso onde, em função do equilíbrio entre a ação de autocuidado e a necessidade de autocuidado identificadas, a nossa intervenção procurou responder às limitações dos requisitos de autocuidado de cada pessoa e família, através da promoção de capacidades adaptativas às limitações e incapacidades com vista à sua capacitação para o autocuidado e à sua maximização funcional (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Relativamente aos locais de estágio, tivemos a oportunidade de intervir em dois contextos diferentes. De 24 de setembro a 22 de novembro de 2019 o estágio decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) numa Unidade de Cuidados na Comunidade em Lisboa e de 25 de novembro de 2019 a 8 de fevereiro de 2020 num Serviço de Pneumologia dum Centro Hospitalar de Lisboa.

Quanto à sua estrutura, este relatório divide-se em quatro partes. A primeira corresponde a esta introdução, na qual se identifica e justifica a área temática sobre a qual se pretendia incidir no âmbito do desenvolvimento de competências, assim como a opção pelo modelo teórico. Segue-se uma segunda parte onde se realiza um enquadramento conceptual à temática da neoplasia do pulmão, nomeadamente diagnóstico e opções de tratamento, bem como as atuais linhas orientadoras e respetivos ganhos que advêm da evidência científica relativamente à reabilitação da pessoa com neoplasia do pulmão.

Posteriormente, é realizada uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas no estágio, apresentadas separadamente, de acordo com o seu contributo para o desenvolvimento de competências específicas ou comuns de EEER, de acordo com os objetivos específicos criados para cada uma das competências e que são também aí apresentados.

Por último, na avaliação das aprendizagens é realizada uma apreciação global do percurso e uma sistematização das aprendizagens, incluindo-se considerações sobre os principais contributos de todo este percurso, dificuldades experienciadas, oportunidades e ameaças a todo o percurso, finalizando-se com a conclusão do documento.

## 1. ENQUANDRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

Apesar de previamente justificado o interesse pela área temática da intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado, consideramos relevante trazer para este documento um enquadramento do tema, relativamente ao que mais recentemente se produziu sobre o mesmo em termos científicos. Desta forma, segue-se uma pequena atualização epidemiológica, bem como os conhecimentos já cimentados sobre a etiologia da doença, aspetos particulares das abordagens terapêuticas que têm interesse relativamente à intervenção do EEER, assim como, o que a evidência científica nos diz, relativamente à intervenção no âmbito da reabilitação das pessoas com neoplasia do pulmão.

O termo neoplasia diz respeito a uma condição de doença que se verifica quando ocorre uma rápida e anormal divisão celular, para além dos seus limites habituais (NCI, 2019; WHO, 2018). Inicialmente esta divisão restringe-se a um local mas facilmente invade outras zonas do corpo, metastizando, sendo este processo responsável pela maioria das mortes por neoplasia (WHO, 2018).

De acordo com a sua localização primária, a neoplasia apresenta diferentes designações nomeadamente carcinoma (pele, tecidos e órgãos); sarcoma (osso, cartilagem, gordura, músculo ou vasos sanguíneos); leucemia (tecido formador de sangue, medula óssea); linfoma e mieloma (células do sistema imunológico); tumores do sistema nervoso central (cérebro e medula espinal); tumores das células germinativas; tumores neuroendócrinos e tumores carcinoides (NCI, 2019).

A neoplasia mais comumente diagnosticada é a neoplasia do pulmão a par da da mama sendo que, num total de 9,6 milhões diagnósticos de neoplasia, cada uma das neoplasias referidas foi diagnosticada 2,09 milhões de vezes em todo o mundo em 2018 (WHO, 2018). No caso do nosso país, só em 2018 foram realizados 5248 novos diagnósticos de neoplasia de neoplasia do pulmão (Ferlay et al., 2018).

O seu impacto em termos de morbilidade e mortalidade é também extremamente significativo. Não só é a neoplasia que mais mortes causa mundialmente (1,76 milhões de óbitos), como também a diferença no número de óbitos, comparativamente para a segunda neoplasia mais mortífera, a colorretal (862 mil óbitos) permite compreender a severidade da doença relativamente à sobrevivência após o diagnóstico (WHO, 2018). Em Portugal, no ano de 2018, morreram 4671 pessoas devido a neoplasia do pulmão e, apesar da taxa de

sobrevivência nos últimos 5 anos apresentar variações significativas em termos percentuais, de acordo com o estadio da doença aquando do diagnóstico, esta situa-se atualmente nos 24, 5% (NCI, 2019).

O diagnóstico de neoplasia do pulmão aparece inevitavelmente associado ao fumo do tabaco (NCI, 2019b; ONDR, 2018), no entanto existem outros fatores de risco comumente associados ao desenvolvimento desta doença, nomeadamente a exposição ocupacional a outros carcinogénicos pulmonares (exposição profissional/poluição ambiental), bem como história familiar de neoplasia do pulmão e diagnóstico de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana. Existem, ainda, outros fatores descritos como de associação incerta, tais como o tipo de dieta, nomeadamente o consumo de vegetais e fruta e a atividade física (NCI, 2019b).

A neoplasia do pulmão pode ser dividida em duas categorias principais, a neoplasia do pulmão de não pequenas células (NPNPC) e a neoplasia do pulmão de pequenas células (NPPC). A NPNPC divide-se de acordo com o tipo de células cancerígenas, que crescem e se disseminam de formas diferentes, sendo os mais comuns o carcinoma epidermoide, o carcinoma de grandes células e o adenocarcinoma (NIC, 2019). No caso da NPPC, esta divide-se em dois tipos, nomeadamente o carcinoma de pequenas células e o carcinoma de pequenas células combinado (NIC, 2019).

A suspeição do diagnóstico acontece não só pela presença de sintomas mas também, frequentemente, de forma acidental, aquando da realização de exames complementares de diagnóstico, sendo posteriormente confirmada através da realização de biópsias percutâneas ou broncoscópicas (ONDR, 2018).

Verifica-se, atualmente, uma fase de grande evolução relativamente às opções terapêuticas, pela disponibilização cada vez mais frequente de terapêutica personalizada, decidida interdisciplinarmente, tais como a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a imunoterapia e novas terapêuticas biológicas (ONDR, 2018). As opções terapêuticas são ainda dependentes de fatores como o tipo de neoplasia, o estadio da doença, a existência de metastização e o estado geral da pessoa (NCI, 2019). No caso da quimioterapia, enquanto parte da abordagem do tratamento multidisciplinar, esta tem vindo a revelar-se promissora no que toca ao aumento da longevidade e qualidade de vida das pessoas com neoplasia (McCollom, 2011). Esta é frequentemente coadjuvada de radioterapia que pode ainda ser utilizada de forma individual ou em associação com as abordagens cirúrgicas, para redução de massas (Chen et al., 2015). Relativamente à opção cirúrgica, verifica-se também uma

evolução a par dos avanços do conhecimento científico, clínico e da técnica cirúrgica (Félix & Alvoeiro, 2017). Realizam-se atualmente abordagens menos invasivas, quer do ponto de vista da dimensão das incisões, quer do compromisso muscular decorrente das disseções cirúrgicas, sendo exemplo disso mesmo a cirurgia assistida por videotoracoscopia, enquanto técnica minimamente invasiva e com redução da morbidade associada ao procedimento (Félix & Alvoeiro, 2017). A decisão sobre o tipo de abordagem e de recessão a realizar irá depender das características da lesão pulmonar e da componente cardiorrespiratória de cada pessoa (Felix & Alvoeiro (2017).

Os sinais e sintomas apresentados pelas pessoas com neoplasia do pulmão podem resultar da localização da invasão local primária ou da compressão de estruturas torácicas adjacentes, dos locais de metastização ou de síndromes paraneoplásicas desenvolvidos (NCI, 2019). Os sintomas mais comuns associados são a tosse ou dor no peito, sendo também frequente a manifestação de dispneia, perda ponderal, disfonia, mal-estar e hemoptises (NCI, 2019c). Por outro lado, inerente ao tratamento, as pessoas relatam sintomas como fadiga, alterações do padrão do sono e sensação de boca seca (Chen et al., 2015), náusea, dor, obstipação, dispneia, tosse e descondicionamento (Hoffman & Brintnall, 2017). Esse descondicionamento é ainda mais agravado com diminuição da capacidade para o exercício, se o tratamento passar pela opção de realizar quimioterapia e/ou radioterapia em concomitância com a cirurgia (Hoffman & Brintnall, 2017).

Os avanços verificados nos tratamentos disponíveis para a neoplasia tiveram um impacto positivo nas taxas de sobrevivência, no controlo de alguns sintomas e na própria qualidade de vida das pessoas com neoplasia do pulmão. No entanto, permanecem por resolver muitos problemas funcionais e psicossociais que se manifestam a curto e longo prazo nestas pessoas (Akin & Kas Guner, 2019). Segundo Akin & Kas Guner (2019) a gestão eficaz dos efeitos secundários dos tratamentos e a própria autogestão da doença são vitais para a obtenção de melhores resultados de tratamento, menores taxas de morbidade e para melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Dado o número cada vez maior de pessoas que sobrevivem com neoplasia do pulmão e que têm de lidar com os sintomas, anteriormente descritos, da doença e decorrentes das opções de tratamento a que foram, são e serão sujeitas, as intervenções de enfermagem de reabilitação ganham especial importância na abordagem terapêutica a estas pessoas (McCollom, 2011). No entanto, apesar de se

verificar uma escassez relativamente a *guidelines* baseadas em evidência no que diz respeito às intervenções de reabilitação nas pessoas/família com neoplasia do pulmão (Hoffman e Brintnall, 2017), a evidência científica permite inferir que o benefício da reabilitação pode ser direcionado a estas pessoas (Wang, et al., 2016).

Independentemente da perspetiva (preventiva, restauradora, de suporte e/ou paliativa) a reabilitação da pessoa com neoplasia do pulmão deve ser orientada para a saúde e para a promoção dum melhor funcionamento, sendo que os resultados obtidos com a sua intervenção verificam-se ao nível da qualidade de vida, com destaque particular para a melhoria dos resultados que se relacionam com o autocuidado (McCollom, 2011).

Decorrente da revisão narrativa realizada na fase inicial do desenvolvimento do Projeto de Estágio, verificou-se que incentivar estas pessoas na realização do autocuidado e na gestão dos efeitos secundários do tratamento pode ter um grande impacto na sua funcionalidade e qualidade de vida (Akin & Kas Guner, 2019). Efetivamente, verificámos que, em relação à gestão de sintomas, a intervenção no âmbito da reabilitação respiratória permitiu a redução da ansiedade, depressão e outros sintomas (Chen et al., 2015). A gestão da fadiga foi também validada qualitativamente (Hoffman & Brintnall, 2017) assim como a sua redução (Quist et al., 2018), e a diminuição da dispneia e a melhoria da qualidade de vida de pessoas sob quimioterapia e em fase avançada da doença (Jastrzębski et al., 2015). Por outro lado, sabe-se ainda que em estados avançados da doença, as pessoas manifestam desejo e demonstram capacidade de aprender comportamentos que lhes permitam gerir a fadiga (Chan, Yates & McCarthy, 2016)

Num ensaio clínico randomizado Wangnum et al., (2013) verificaram que os níveis de fadiga das pessoas com neoplasia do pulmão sob quimioterapia diminuem com as intervenções dirigidas para o autocuidado. Neste sentido, melhorar a confiança destas pessoas para o desempenho do autocuidado pode ter um impacto positivo no desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais de controlo sintomas (Akin & Kas Guner, 2019).

Ainda decorrente da revisão narrativa realizada, importa-nos referir que os estudos analisados permitiram inferir que os programas de reabilitação trazem ganhos para as pessoas/família com neoplasia do pulmão, quer em contexto de internamento (Lai et al., 2017; Zhou et al., 2017; Jastrzębski et al., 2015), quer em ambulatório (Hoffman & Brintnall, 2017; Maeda et al., 2016; Chen et al., 2015). Neles verificámos ainda que as intervenções de reabilitação à pessoa com neoplasia do

pulmão incidiram preferencialmente no âmbito da reeducação funcional respiratória e do treino de exercício (Wang et al., 2019; Quist et al., 2018; Yang et al., 2018; Hoffman & Brintnall, 2017; Lai et al., 2017; Saito et al., 2017; Zhou et al., 2017; Maeda et al., 2016; Mainini et al., 2016; Wang et al., 2016; Jastrzębski et al., 2015; Jeong & Yoo, 2015; Rivas-Perez, & Nana-Sinka, 2015; Harada et al., 2013; Morano et al., 2013; Wangnum et al., 2013) De uma forma geral, as intervenções incluíram o treino de exercício (marcha e treino de equilíbrio, o exercício aeróbico e de resistência, o treino de fortalecimento dos músculos respiratórios e exercícios de alongamento) e a reeducação funcional respiratória (com destaque para os exercícios de relaxamento, controlo da respiração, exercícios de expansão torácica e mobilização da cintura escapular, de utilização de espirómetro de incentivo, a correção postural, o ensino da tosse, tosse com contenção e do ciclo ativo das técnicas respiratórias, técnicas de controlo de dispneia, entre outros), estando amplamente condicionadas pelo tipo de sintomatologia apresentada por estas pessoas, assim como pelos tratamentos a que estão a ser sujeitas no momento da investigação.

Um número significativo de estudos ocupou-se de participantes cuja opção de tratamento seria ou teria sido a cirurgia. Nestes casos particulares verificámos que a reabilitação das pessoas com neoplasia do pulmão tem especial relevância pelo seu papel na melhoria ou manutenção do estado geral e da função respiratória no pré-operatório destas, com ganhos ao nível da redução da morbilidade e das complicações pós-operatórias, particularmente no caso de pessoas que apresentem más condições pré-operatórias (Harada et al., 2013). A efetividade da reabilitação respiratória em contexto pré-operatório tem vindo a ser verificada, nomeadamente na melhoria da capacidade funcional das pessoas antes da cirurgia (Morano et al., 2013), bem como na redução de complicações pós-cirúrgicas (Wang et al., 2019; Yang et al., 2018; Saito et al., 2017; Zhou et al., 2017; Harada et al., 2013; Morano et al., 2013), na melhoria da capacidade pulmonar (Wang et al., 2019; Saito et al., 2017; Harada et al., 2013) e na redução do tempo de internamento (Wang et al., 2019; Zhou et al., 2017; Morano et al., 2013). No entanto, seria importante o desenvolvimento de programas de reabilitação pré-operatória de curto prazo (Saito et al., 2017; Harada et al., 2013), que fossem ao encontro da urgência muitas vezes verificada em realizar a cirurgia o mais rapidamente possível e que condiciona a implementação de programas de reabilitação respiratória pré-operatória (Sommer et al., 2016). No contexto pós-cirúrgico, a reabilitação respiratória permite também

resultados efetivos para as pessoas com neoplasia do pulmão (Sommer et al., 2016; Pasqua, et al., 2015), nomeadamente na diminuição do tempo de recuperação após a cirurgia, permitindo um regresso mais rápido às atividades de vida (Pasqua et al., 2015), assim como na melhoria da capacidade para a atividade física (Maeda et al., 2016).

## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISES DAS ATIVIDADES**

A realização deste relatório de estágio assume-se como um exercício prospetivo e de reflexão sobre o percurso realizado, nomeadamente ao nível das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas. Neste sentido, de forma a orientar a aquisição de competências específicas de EEER e comuns de EE no âmbito do estágio delineámos previamente objetivos, gerais e específicos, de acordo com os Regulamentos nº n.º 392/2019 (2019) e nº 140/2019 (2019) e os descritores de Dublin, suportando o percurso de aprendizagem para a obtenção do grau de Mestre.

Tendo sido previamente apresentados os objetivos gerais, seguir-se-ão os objetivos específicos que foram estabelecidos para ambos os contextos de estágio, enquadrados nos respetivos domínios de competências que estes permitem abranger, refletindo-se sobre algumas das atividades que foram realizadas e que permitiram a sua consecução e a conseqüente aquisição das competências específicas e comuns de EE.

### **2.1. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Para além das competências comuns a todos os EE, a necessidade de diferenciação dos cuidados implica uma especificidade de conhecimentos técnicos e científicos que se concretizam numa natural especialização da profissão de enfermagem, pressupondo o desenvolvimento de competências específicas próprias de cada área de intervenção.

Segundo o regulamento n.º 392/2019 (2019), a intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação permite

assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (p.13565).

Neste sentido, as competências específicas alocadas no referido regulamento conduziram-nos ao planeamento de três objetivos, sendo que as atividades planeadas para a concretização destes não se verificaram específicas para cada um deles. Respondendo em vários momentos da nossa intervenção a mais do que um objetivo, foram por isso atividades frequentemente comuns às três competências específicas de EEER.

Para adquirir a competência específica **J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados** delineámos os objetivos

**Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão e**

**Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.**

Para adquirir esta competência foi dada particular importância à avaliação inicial, enquanto fase preponderante do processo de enfermagem e preditiva da qualidade dos programas de reabilitação. Para cada situação de cuidados houve a responsabilidade de conhecer cada pessoa/família, nomeadamente o seu contexto sócio/familiar, recursos internos, condições habitacionais/acessibilidade e conhecimento que detinham da sua situação de saúde ou doença. A colheita de dados realizada procurou obter a melhor compreensão possível da pessoa e, assim, planejar e adequar os cuidados à mesma (Phaneuf, 2005), na busca de entendimento sobre de que forma a capacidade de autocuidado desta díade se encontrava comprometida, e quais os fatores internos e externos que determinaram a incapacidade de responder às suas necessidades de autocuidado (Orem, 2001).

Percebendo que as limitações no autocuidado surgem diretamente interligadas às alterações da funcionalidade que, por sua vez, condicionam

incapacidades, procurámos realizar uma avaliação da capacidade funcional e do potencial de reabilitação utilizando instrumentos de avaliação adequados a cada situação. Desta forma garantimos que a tomada de decisão para a intervenção fosse guiada pela identificação do compromisso dos requisitos de autocuidado, nomeadamente dos compromissos funcionais, e dos fatores facilitadores e inibidores da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado da pessoa/família.

A título exemplificativo, o destaque para o caso duma senhora de 36 anos, a Sra. M., integrada em programa de reabilitação na ECCI após uma osteossíntese a uma fratura do colo do fémur. Do ponto de vista do compromisso dos requisitos de autocuidado, esta mulher apresentava uma situação algo complexa. Expetavelmente, verificámos compromisso dos requisitos universais de autocuidado *manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso, manutenção de equilíbrio entre solidão e a interação social, prevenção de perigos à vida humana e promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal*. No entanto, as necessidades especiais de cuidados desta mulher adensaram as intervenções.

A nossa avaliação permitiu verificar a existência de compromisso dos *requisitos de desenvolvimento e de desvio de saúde*, na medida em que a sua condição de saúde, associada à fase em que se encontrava no seu ciclo de vida, às suas responsabilidades profissionais, à necessidade de viver temporariamente em casa dum familiar (pelas limitações de acessibilidade do seu domicílio) e de todos os constrangimentos inerentes à situação e a própria aceitação das suas limitações e do compromisso da sua independência, obrigaram a uma intervenção de apoio-educativa bastante relevante.

Por outro lado, a complexidade da situação implicou a articulação com outros profissionais (assistente social e psicóloga) de modo a otimizar as intervenções planeadas, experienciando o papel de EEER enquanto gestor de caso, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, enquanto metodologia de qualidade (OE, 2015).

O conhecimento aprofundado destes requisitos e a sua integração no programa delineado para esta senhora traduziu-se na compreensão da experiência vivida por aquela mulher, garantindo a sua participação efetiva no desenho do programa. Intencionalmente, a pessoa/família foi englobada neste processo, quer na definição de objetivos e no estabelecimento de prioridades de intervenção, como também na identificação dos resultados esperados, procurando que o

desenvolvimento do autocuidado incidisse sobre a pessoa, enquanto fator influenciador do processo de reabilitação (Santos, 2017).

O recurso a instrumentos de avaliação validados e adequados a cada situação financiam indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação que, por sua vez, determinam a existência de ganhos em saúde com a nossa intervenção. Neste caso particular, os instrumentos de avaliação que foram mobilizados encontram-se validados para Portugal e são considerados adequados à avaliação das áreas ou funções habitualmente comprometidas em pessoas com fratura do colo do fémur (Sousa e Carvalho, 2017), nomeadamente o índice de Barthel (grau de dependência), o teste de Tinetti (equilíbrio), a goniometria (amplitude articular), a escala do MRC para a força muscular (força muscular), a escala visual analógica (Dor), e a WHOQOL-*breaf* (escala da Qualidade de Vida da OMS abreviada).

Identificadas as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função, a promoção do autocuidado foi concretizada de acordo com os Sistemas de Enfermagem preconizados por Orem, ou seja, a necessidade verificada de um Sistema Parcialmente Compensatório e/ou de um Sistema de Apoio-educativo dirigiu a tipologia das intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem estabelecidos (Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha, Movimento Muscular Diminuído nos Membros Inferiores, Equilíbrio Corporal Comprometido<sup>1</sup>, entre outros, a título de exemplo), facilitando ainda a avaliação da evolução e a necessidade de reajuste do programa em si.

Subsidiados por intervenções como as anteriormente referidas, foram desenvolvidos outros programas de reabilitação que permitiram incidir as aprendizagens em diversas áreas de intervenção de enfermagem de reabilitação. As intervenções que deles fizeram parte foram monitorizadas quanto à sua eficácia, tendo sido otimizadas em função dos resultados esperados e obtidos. Destacamos aqui a particular importância dos registos realizados, em ambos os contextos de estágio, que procuraram demonstrar de forma esclarecedora e precisa a intervenção desenvolvida, garantindo a continuidade dos cuidados.

---

<sup>1</sup> Diagnósticos formulados de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da EER da OE (2015b), cuja formulação teve por base os padrões de qualidade dos cuidados de ER, as competências específicas do EEER de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) e os sistemas de informação em enfermagem.

Implementámos e/ou demos continuidade a programas de reabilitação a pessoas com compromissos funcionais múltiplos. Ao nível da função cardiorrespiratória, pelo contexto de estágio hospitalar ter sido um serviço de internamento de pneumologia, a intervenção foi rica deste ponto de vista. Diagnosticaram-se alterações da funcionalidade, identificaram-se necessidades de reeducação e conceberam-se e implementaram-se programas de reeducação funcional respiratória, em parceria com a equipa interdisciplinar, nomeadamente em pessoas com diagnóstico de DPOC agudizada, Pneumonia, Fibrose Quística e Derrame Pleural parapneumónico ou paraneoplásico e que é exemplo disso mesmo o plano de cuidados incluído no estudo de caso em apêndice neste relatório (Apêndice II). O caso aqui destacado diz respeito a um homem, o Sr. R., com diagnóstico de derrame pleural parapneumónico submetido a toracotomia. O programa de reabilitação delineado para o Sr. R. pretendia promover a drenagem do seu derrame, melhorar o seu padrão ventilatório, incentivar a expansão pulmonar, melhorar a mobilidade torácica, potenciar a mobilização e a eliminação de secreções brônquicas, assegurar a manutenção duma postura corporal correta evitando posturas antiálgicas e prevenindo a formação de aderências pleurais e potenciar a reeducação ao esforço (OE, 2018b). Como tal, da nossa intervenção fizeram parte:

- a terapêutica de posição, associada a respiração diafragmática (na medida em que a pressão exercida sobre o líquido potencia a sua reabsorção; o posicionamento em decúbito lateral sobre o lado sã, permite a “libertação” do pulmão afetado e permitir a expansão toraco-pulmonar; e o decúbito semiventral e semidorsal contralateral ao lado afetado impedem a formação de aderências;

- a reeducação diafragmática e costal com posterior introdução de resistência;
- as técnicas de reexpansão pulmonar (aumentam o volume de ar alveolar, diminuindo a hipoventilação, aumentam a expansão pulmonar e promovem a absorção/eliminação do líquido pleural, sendo importante neste caso a presença de drenagem torácica);

- os exercícios de fluxo inspiratório controlado, com recurso a espirómetro de incentivo, associados a reeducação costal global e seletiva (promovem a expansão pulmonar, com melhoria da função pulmonar. Por outro lado, a mobilização da grelha costal associada ao ciclo ventilatório, permite o deslizamento entre os folhetos e a absorção do líquido);

- os exercícios de correção postural e técnicas de relaxamento (evitam a adoção de posições antiálgicas);

- e exercícios de reeducação ao esforço (que foram realizados progressivamente, tais como marcha e posteriormente o treino de subir e descer escadas, para melhorar a resistência cardiopulmonar).

Pela particularidade da situação, este caso acabou também por ser uma situação rica em termos de aprendizagem, na medida em que permitiu desenvolver competências na intervenção junto de pessoas submetidas a intervenção cirúrgica, nomeadamente no contexto pré e pós-operatório. Consideramos também relevante este caso pela proximidade com a vivência que muitas pessoas com neoplasia do pulmão têm, quando a sua opção de tratamento passa pela recessão cirúrgica. Esta situação foi também rica deste ponto de vista, pois permitiu estabelecer um paralelismo com aquilo que verificámos em termos de revisão narrativa e que tivemos a oportunidade de treinar junto desta pessoa.

Treinámos a abordagem em contexto pré-operatório mobilizando as intervenções anteriormente descritas, destacando-se também a avaliação do conhecimento que o doente tinha sobre a sua situação e sobre a cirurgia e o esclarecimento sobre os objetivos e o procedimento cirúrgico, bem como sobre o programa de reabilitação. Demos ainda especial atenção ao ensino da tosse com contenção de sutura e aos exercícios de mobilização da articulação escapulo-umeral (Heitor, 1988). Na fase pós-operatória do Sr. R. destacámos a importância do controlo da dor. A dor é, nesta fase, o principal problema destas pessoas, sendo a sua gestão uma intervenção preponderante, na medida em que pessoas com dor vão ver a sua capacidade de respirar profundamente e de tossir com eficácia prejudicadas, levando a situações de redução do volume pulmonar, retenção de secreções, atelectasias e/ou pneumonias (Ahmad, 2018). Para além disso, a dor pode ainda restringir a realização de movimentos articulares, nomeadamente a abdução da articulação escapulo-umeral do lado operado, conduzindo também a situações de compromisso da amplitude articular.

Após a cirurgia torácica, a forma mais eficaz de aumentar a capacidade funcional e prevenir a atelectasia pulmonar é a realização de posicionamento adequado precoce, melhorando a ventilação e a progressão de secreções (Ahmad, 2018). Particularizamos aqui o posicionamento sob o lado não operado, para além dos outros posicionamentos realizados, na medida em que impediu que o Sr. R. desenvolvesse novas aderências, obrigando à expansão do pulmão operado e favorecendo a evolução do coto brônquico (Ahmad, 2018).

Após a cirurgia torácica o volume e a capacidade pulmonar encontram-se reduzidos devido à anestesia, à dor na parede torácica e / ou ao decúbito dorsal, podendo levar ao desenvolvimento de atelectasias pulmonares. Desta forma, algumas das intervenções anteriormente realizadas adquiriram, nesta fase, um outro intuito, decorrente da sua condição pós-operatória. Como tal, para melhorar a sua expansão pulmonar e aumentar o volume e a sua capacidade pulmonar, instruímos, treinámos e executámos exercícios de reexpansão torácica e de treino da musculatura inspiratória. A título de exemplo, no caso dos exercícios de reexpansão torácica, procurámos melhorar a ventilação das regiões pulmonares mais afetadas pela cirurgia (Ahmad, 2018). O recurso à espirometria de incentivo permitiu-nos ainda fornecer um feedback visual, que incentivou e motivou o Sr. R. a realizar inspirações profundas, com pausa final de 3 segundos, permitindo a abertura de alvéolos atelectásicos, promovendo a expansão pulmonar, com melhoria da função pulmonar e do fluxo respiratório (Ahmad, 2018; OE, 2018b).

Por outro lado, ensinámos, instruímos e treinámos técnicas de limpeza das vias aéreas com destaque particular para a tosse com contenção de sutura e ainda exercícios de correção postural (doentes pós-toracotomia tendem a fletir lateralmente o tronco para o lado da toracotomia enquanto posição antiálgica, devendo ser ensinados e encorajados a manter os ombros nivelados e o tronco reto enquanto sentados e de pé) e exercícios de mobilização da cintura escapular (Ahmad, 2018; OE, 2018b).

Ainda em contexto de internamento, damos particular relevo à possibilidade que tivemos de acompanhar um doente transferido da UCIR (Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios) com o diagnóstico médico de miopatia dos cuidados intensivos, no sentido de dar continuidade a um programa de reabilitação previamente iniciado na referida unidade. Tratou-se de um homem de 48 anos, trabalhador da construção civil, que vinha já com um internamento longo de cerca de um mês, cujo motivo inicial de internamento tinha sido uma queda, da qual resultou um traumatismo crânio-encefálico, seguindo-se uma pneumonia bilateral com necessidade de entubação orotraquel e ventilação mecânica, com várias intercorrências que culminaram no desenvolvimento do diagnóstico acima referido.

A miopatia dos cuidados intensivos é diagnosticada na presença de diminuição da força muscular generalizada, normalmente simétrica, sem doença neuromuscular subjacente à situação crítica. O repouso no leito e a inatividade destes doentes leva ao desenvolvimento de quadros de diminuição da força, atrofia

muscular, diminuição da coordenação e do equilíbrio e diminuição da funcionalidade (Júnior, Martinez e Neto, 2014; Appleton e Kinsella, 2012) – quadro em tudo semelhante ao apresentado pelo doente em questão.

Do ponto de vista das estratégias de reabilitação, tivemos a oportunidade de estudar a existência duma variedade de opções que têm vindo a ser descritas, no âmbito da reabilitação sensoriomotora (Hopkins, et al., 2016), sendo que independentemente das opções, os ganhos verificam-se ao nível do aumento da funcionalidade e autonomia e, conseqüente, da melhoria da qualidade de vida do doente e família (Appleton e Kinsella, 2012). O destaque para esta situação em particular prende-se essencialmente com a riqueza da experiência de aprendizagem e que coincidiu com a evolução favorável do estado geral do doente.

Sempre de acordo com a sua tolerância e avaliação prévia e constante, tivemos a oportunidade de treinar a avaliação neurológica e sensoriomotora do doente, com destaque particular para a importância da avaliação minuciosa do tónus e da força nos diferentes segmentos corporais, assim como da amplitude articular, coordenação motora, do equilíbrio e também da deglutição, com o intuito de permitir estabelecer um plano estruturado e personalizado de acordo com as alterações identificadas.

O seu programa compreendeu uma intervenção no âmbito da maximização da sua funcionalidade, nomeadamente a nível sensoriomotor, com o objetivo de restaurar, melhorar e desenvolver o funcionamento, revertendo o estado de atrofia muscular, com objetivo de manter o tónus, a força e a função musculoesquelética. A título de exemplo destacamos a realização de mobilizações passivas, ativas-assistidas, que progrediram para ativas com posterior introdução de resistência, dos diferentes segmentos corporais, respeitando a amplitude máxima articular, os planos e o tipo de movimento, bem como a tolerância à dor e o cansaço apresentado; o treino de equilíbrio, inicialmente sentado e depois de pé (estático/dinâmico), a realização de levante inicialmente com elevador e depois com realização de carga e recurso a andarilho e o treino de marcha em redor da cama; e o treino do movimento fino, da coordenação motora e estimulação sensorial, através da seleção tampas de plástico, de diferentes tamanhos e cores que teve, no caso particular deste doente, relevância do ponto de vista da sua motivação, pois permitiu que este se tornasse independente na utilização do telemóvel, o que facilitou o seu envolvimento rápido com algumas das suas responsabilidades profissionais, acabando por torná-lo mais empenhado no seu processo de recuperação.

Um destaque particular neste caso para a alteração da deglutição neste doente, onde tivemos a oportunidade de, seguindo o protocolo do serviço, realizar a avaliação dos pares cranianos que participam no processo de deglutição, assim como a aplicação a escala Guss<sup>2</sup> para o rastreio de disfagia, avaliando sinais de disfagia e o efeito das diferentes consistências na sua deglutição (Braga, 2017). Seguiu-se o estabelecimento de uma estratégia de intervenção, de acordo com os resultados apresentados pelo senhor, nomeadamente na decisão da consistência da dieta e da necessidade de se utilizar espessante para assegurar a hidratação oral, associada a técnicas posturais de deglutição e de exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, nomeadamente dos lábios e língua, com o intuito de melhorar a eficiência da deglutição (Braga, 2017) e a decisão de se extubar nasogastricamente o doente.

Outro compromisso que este senhor apresentava diz respeito à função da eliminação, nomeadamente vesical. Tratando-se de uma situação de aparente incontinência funcional<sup>3</sup>, particularizamos este aspeto não pela complexidade das estratégias dirigidas para a reeducação desta função, mas exatamente pela eficiência de intervenções simples, mas que implicaram a mobilização dos restantes elementos da equipa. Neste caso procurámos que o treino vesical permitisse ao doente distinguir entre a consciência da necessidade de urinar e o ato de urinar (Rocha e Redol, 2017). Assim, procurou-se restringir o horário de ingestão hídrica, bem como incentivar ao adiamento consciente da micção e a utilização de dispositivo urinário, progredindo para a deslocação à casa de banho, num horário regular e previamente estabelecido, fomentando o treino de hábito (Gray & Moore, 2012; Rocha e Redol, 2017). Também neste ponto foi fundamental informar a equipa das necessidades do senhor e da sua evolução, garantindo que todos contribuíssem para a implementação do programa de reabilitação.

Consideramos ainda importante destacar as inúmeras oportunidades de aprendizagem experienciadas em contexto de ECCI e que tão largamente contribuíssem para a aquisição da competência aqui em questão. No caso particular dum senhor com diagnóstico de AVC, com compromisso funcional sensoriomotor

---

<sup>2</sup> Escala que permite a avaliação da deglutição, o despiste de disfagia e fornece indicações sobre a dieta recomendada. Inicialmente é realizada uma avaliação indireta da deglutição onde se avalia o estado de consciência, a tosse, a capacidade de deglutição da saliva). Mediante um resultado favorável, avança-se para a avaliação direta da deglutição onde se inicia o teste avaliando a deglutição de semi-sólidos (consistência pudim), progredindo para líquidos e terminando com consistência sólida (OE, 2016)

<sup>3</sup> A Incontinência Funcional diz respeito a situações onde existe compromisso da capacidade de utilizar dispositivos urinários ou a casa de banho, podendo dever-se a compromisso neurológico, da mobilidade, défice cognitivo, condicionantes físicas e do ambiente, entre outros (Gray & Moore, 2012).

(hemiparesia direita), que encontramos já em programa de reabilitação e com o qual tivemos a oportunidade de ensinar, instruir e treinar diferentes técnicas, nomeadamente a facilitação cruzada, o posicionamento terapêutico, para além de outras já anteriormente referidas. Desenvolvemos ainda atividades terapêuticas como rolar, a ponte com a rotação controlada da anca e automobilizações. Ainda sobre este contexto de estágio encontramos pessoas cuja multiplicidade de diagnósticos, nomeadamente AVC, esclerose múltipla, fibrose pulmonar, doença de Parkinson, entre outros, contribuíram para que estes apresentassem concomitantemente compromissos osteoarticulares, neuromusculares e sensoriomotores que obrigaram a uma intervenção complexa e multidisciplinar.

Relativamente à competência **J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, elencamos os seguintes objetivos

**Elaborar e implementar programas de treino de atividades, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão e**

**Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família.**

Para o desenvolvimento e aquisição desta competência específica procurámos compreender a problemática da deficiência e da limitação da capacidade funcional, o impacto destas na independência da pessoa e da sua participação social e as conseqüentes repercussões no seu bem-estar e qualidade de vida.

Como exemplo da nossa intervenção ao nível da capacitação da pessoa com limitação da atividade e da maximização da sua autonomia para a reinserção e exercício da sua cidadania, destacamos o caso dum senhor de 73 anos, o Sr M. que acompanhámos em ECCI com o diagnóstico prévio doença de Parkinson,

encaminhado para dar continuidade ao seu processo de recuperação, agora na comunidade, após uma artoplastia total da anca devido a uma fratura subcapital do fêmur direito.

Para esta situação foi importante aprofundar conhecimentos relativamente à doença de Parkinson e às implicações que a sua doença poderia ter, nomeadamente nas limitações à atividade e incapacidade funcional previamente existentes. Por outro lado, relacionar essas mesmas limitações com aquelas agora instaladas, decorrentes da fratura, do procedimento cirúrgico e das consequências da imobilidade na sua doença de Parkinson.

A doença de Parkinson é responsável por um quadro sintomático que a caracteriza, nomeadamente bradicinesia, rigidez, tremor em repouso e/ou alterações posturais e da marcha (Massano, 2011; Silva, 2017). A marcha, a estabilidade postural e o discurso são áreas francamente afetadas nesta doença (Campos, Pinheiro, Branco e Figueiredo, 2009). Desta forma, compreende-se a importância do controlo sintomático, nomeadamente da gestão dos sintomas motores, sendo que os programas de reabilitação devem incluir intervenções para melhorar a amplitude de movimento, a resistência física, a força muscular, a postura, o desempenho funcional, o padrão de marcha e o equilíbrio, existindo evidência de benefícios nos programas cujos exercícios contemplem treino de força dos membros inferiores, treino de equilíbrio, treino de marcha e o exercício físico global (Campos, Pinheiro, Branco e Figueiredo, 2009; Silva, 2017). No entanto, a intervenção junto destas pessoas não se esgota no que anteriormente foi referido, sendo ainda particularmente relevante a intervenção de EEER nas situações de disfagia (reduzindo situações de aspiração e/ou de desnutrição) bem como na obstipação (causada normalmente pela hipoatividade ou dissinergia) (Silva, 2017), entre outros.

O impacto na qualidade de vida destas pessoas é significativo, particularmente por causar incapacidade considerável (Massano, 2011). Desta forma, os programas de reabilitação desenhados para pessoas com este diagnóstico deverão ter uma abordagem global, privilegiando o ensino e a motivação, direcionados para as necessidades específicas de cada pessoa, com o objetivo da redução das limitações funcionais e das complicações, inevitavelmente apresentadas, promovendo a atividade, participação e independência (Campos, Pinheiro, Branco e Figueiredo, 2009), mantendo um ambiente seguro (Silva, 2017).

Associado a esta evidência tivemos também em conta que a presença de distúrbios neurológicos e/ou neuromusculares, como a demência, a doença de

Parkinson ou outras situações que conduzam a alterações do tônus e da propriocepção, aumentam o risco de luxação da prótese total da anca (PTA). Estes distúrbios têm particular importância no caso das luxações tardias (5 anos) na medida em que condicionam problemas cognitivos e/ou motores (Pato, Lucas e Judas, 2015).

Reconhecendo que as luxações e sub-luxações resultam de posicionamentos ou movimentos incorretos, estas podem ser evitadas se as pessoas/família souberem quais os posicionamentos e movimentos a evitar (Rocha, Antunes, Silva e Farinha, 2016). Por outro lado, o risco de luxação pode ser reduzido com a introdução de produtos de apoio que permitam evitar movimentos prejudiciais durante a realização de ações comuns do dia-a-dia, como é o caso de alteadores de sanita, almofadas de abdução, esponjas de cabo longo e alcançadores de objetos (Bettencourt, Afonso e Gonçalves, 2014).

Atualmente é consensual a necessidade duma intervenção precoce no âmbito da reabilitação para promover a independência destas pessoas e prevenir a instalação de complicações (Judd et al., 2014), pelo que a atenção deverá incidir na prevenção de movimentos luxantes, no ensino, instrução e treino da marcha, no ensino, instrução e treino de subir e descer escadas com auxiliar de marcha e no ensino, instrução e treino de outras estratégias que permitam a independência no autocuidado (levantar da cama, sentar e levantar da cadeira, uso do sanitário, apanhar objetos, entrar e sair do carro entre outros (Sousa e Carvalho, 2017). Assim, de um programa de reabilitação para pessoas com PTA devem constar ensinamentos acerca da prevenção da luxação da prótese, tendo especial atenção na realização das atividades de vida diária (AVD).

Neste sentido, delineámos um programa de treino de atividades que procurou responder às limitações dos requisitos de autocuidado apresentadas pelo Sr. M. concretizadas no compromisso do seu equilíbrio corporal, na diminuição do movimento muscular e articular e da necessidade de evitar movimentos luxantes ao nível da articulação coxofemoral direita.

Desta forma, contemplámos o ensino de técnicas específicas de autocuidado, realizando treinos específicos de AVD, nomeadamente ao nível da higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário, vestuário, alimentação, locomoção, transferências, assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico que permitissem a autonomia nas referidas atividades de autocuidado.

Procurando uma adaptação eficaz às suas limitações, identificámos a necessidade de incrementar a sua função com produtos de apoio, sendo esta uma intervenção reconhecida como autónoma do EEER (Despacho nº7197/2016, 2016). Seleccionámos, prescrevemos, ensinámos, instruímos e treinámos a utilização de dispositivos auxiliares para o autocuidado ao nível da higiene, ir ao sanitário, vestuário e alimentação. Ensinámos e supervisionámos a utilização da escova com cabo extensível, a cadeira sanitária, o alteador sanitário e a calçadeira, sempre de acordo com as limitações identificadas e a necessidade de evitar a realização de movimentos luxantes da articulação coxo-femural direita. Desta forma, procurámos potenciar a sua capacidade de realizar as atividades de autocuidado o mais independentemente possível através do treino das capacidades remanescentes em concomitância com o recurso a estratégias adaptativas (OE, 2011).

Para a aquisição desta competência concorreram ainda o desenvolvimento de intervenções que procuraram a promoção de ambientes seguros, através da diminuição de fatores de risco ambientais, relacionados com os compromissos funcionais apresentados pela pessoa em questão. À data da avaliação inicial verificámos que o Sr. M. apresentava elevado risco de queda com compromisso do seu equilíbrio, pelo que a necessidade de adequar o seu domicílio às suas limitações, reduzindo riscos, foi efetivada através da identificação de situações potenciadoras de perigo e da sugestão de estratégias solucionadoras, quer pela remoção de tapetes ou mudança de alguns móveis da casa, quer pela identificação e seleção de calçado adequado à sua condição atual.

Ainda dentro da promoção de ambientes seguros consideramos relevante mencionar as sessões de educação para a saúde que tivemos oportunidade de realizar durante o estágio na ECCI, inseridas em projetos desenvolvidos em parceria com outros parceiros da comunidade, nomeadamente a Junta de Freguesia e a Associação de Reformados, a utentes de Centro de Dia, no âmbito da prevenção de quedas (Apêndice III).

Numa revisão sistemática da literatura com meta-análise realizada por Thomas et al. (2019) verificou-se que a atividade física tem vindo a mostrar-se eficaz na redução do compromisso do equilíbrio nas pessoas idosas, nomeadamente o treino de equilíbrio, o treino de resistência, os exercícios de proprioceção, o treino adaptado com recurso a bola, entre outros, sendo que estas atividades produzem concomitantemente um aumento na força muscular. Ainda segundo Thomas et al. (2019), mais do que a atividade, a inatividade tem efeitos nefastos na força e

equilíbrio das pessoas idosas. Por outro lado, segundo a DGS (s/d) a diminuição da massa muscular, a osteoporose, a diminuição da visão e da audição, assim como a falta de condições de segurança da casa e do jardim aumentam a probabilidade de cair.

A construção das sessões foi possível através da mobilização da evidência científica tal como a anteriormente referida, com a identificação dos conteúdos adequados às necessidades da população-alvo. A título de exemplo, a inclusão de conteúdos que destacavam a importância da identificação e/ou redução de fatores de risco ambientais nas diferentes divisões dos domicílios, ou a identificação de condições de acessibilidade (por ex. escadas) que requeiram a adequação da sua utilização à alteração da funcionalidade contribuíram para a minimização de eventos adversos (quedas ou acidentes domésticos). Por outro lado, destacámos ainda a importância da realização de atividade física e de exercício físico, intervenção que potencia a funcionalidade e maximiza a independência no autocuidado em pessoas potencialmente com restrição da participação, fomentando-se a reinserção e o exercício da sua cidadania.

Quanto à competência **J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**, definimos o objetivo

**Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.**

Para a aquisição desta competência consideramos relevante referir que contribuíram vários momentos da nossa intervenção, alguns dos quais já anteriormente mencionados neste relatório, ainda que para comprovar outras competências. Importa destacar o raciocínio estabelecido relativamente ao paralelismo entre o compromisso duma função e a necessidade de desenvolver capacidades na pessoa que minimizem ou suprimem as suas limitações. Para tal, compreendemos o papel fulcral da capacidade funcional e para o exercício enquanto condição *sine qua non* da qualidade da intervenção especializada de ER na maximização da funcionalidade.

Ao longo do estágio foram algumas as situações onde tivemos a oportunidade de intervir no sentido de melhorar as capacidades apresentadas, incrementando a funcionalidade através do ensino, instrução e treino de exercícios de fortalecimento muscular, de equilíbrio corporal, de marcha, com particular destaque para o treino de AVD e de reeducação ao esforço. E é exatamente neste ponto que pretendemos debruçar-nos relativamente ao seu contributo para a aquisição da competência aqui em questão.

Independentemente do diagnóstico médico que levou a uma condição de saúde que condicionou a limitações funcionais, deparámo-nos, em ambos os contextos, com a necessidade de intervir no âmbito da maximização funcional cardiorrespiratória e motora que, em última análise, iam quase sempre ao encontro da necessidade de reeducação ao esforço ou da necessidade do treino de AVD, que permitissem o desenvolvimento de capacidades remanescentes que suplantassem as limitações.

No caso da patologia respiratória, sabe-se que a avaliação da capacidade funcional ou da capacidade para o exercício permite não só determinar a gravidade da doença e, conseqüentemente o seu prognóstico, como também verificar a eficácia das intervenções (Spruit et al., 2013). Neste sentido, damos particular destaque para o caso dum senhor que acompanhámos em contexto de internamento, internado com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar em contexto de neoplasia do pulmão, cuja intervenção passou também por procurar responder aos seus objetivos. Procurámos melhorar a sua tolerância ao esforço com o ensino, instrução e treino de posições de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação respiratória, técnicas de correção postural e exercícios de mobilização osteoarticular, treino dos músculos respiratórios e técnicas de conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2012; Heitor et al., 1988), progredindo com a realização de treino de marcha e posterior treino de subir e descer escadas. No caso do doente acompanhado no período de pós-operatório, e que já anteriormente foi referido neste relatório, tivemos também a oportunidade de implementar um treino cardiorrespiratório e motor que permitiu melhorar as suas capacidades, maximizando a sua funcionalidade. Tratando-se de um homem profissionalmente ativo e residente num 3º andar sem elevador, a nossa intervenção passou por atingir uma condição final que pudesse garantir que este conseguisse regressar a casa e subir os degraus das escadas, não só tolerando o esforço, como também transmitindo aos seus familiares segurança no seu processo de

recuperação e mantendo, desta forma, o seu papel de patriarca. Neste sentido, a mobilização precoce, que inclui o levantar, aconteceu no primeiro dia do pós-operatório, mediante estabilidade clínica, cardiovascular e cardiopulmonar, tendo sido a estabilidade hemodinâmica, a dor e a tolerância ao esforço a condicionarem a sua progressão no programa. A deambulação foi iniciada no 2º dia, progredindo por curtos períodos (3 a 5 minutos), mais frequentes (2 a 3 vezes dia) com baixa intensidade (Ahmad, 2018), avaliada pela sua percepção ao esforço, com recurso à Escala de Borg modificada enquanto alternativa segura na aferição do exercício físico (OE, 2018b). Oito dias depois da cirurgia tolerava o treino de marcha no corredor (4 corredores), com necessidade de aporte suplementar de oxigénio a 1 l/min e com saturações periféricas de oxigénio de 95%. Dez dias depois da cirurgia encontrava-se a subir e descer o equivalente a um 2º andar, sem necessidade de aporte adicional de oxigénio, saturações periféricas de oxigénio de 95% (Grau 3 escala de Borg).

Destacamos, ainda, o acompanhamento dum jovem com Fibrose Quística acompanhada em estágio, no serviço de pneumologia, onde a nossa intervenção passou não só por supervisionar o seu programa de reabilitação funcional respiratória, sobre o qual já demonstrava um elevado nível de conhecimento técnico e empenho, mas salientar e garantir a segurança da jovem durante o treino de exercício. Para além da vigilância do seu estado hemodinâmico, de sinais e sintomas de dificuldade respiratória e da sua percepção ao esforço, demos especial atenção também a aspetos mais específicos e que aqui estacamos. O seu plano incluía o treino de resistência (treino aeróbio em bicicleta ergonómica) e o treino de força (treino anaeróbico) com o objetivo de retardar ou diminuir a sua disfunção muscular e reduzir a sua intolerância ao esforço (OE, 2018b). Relativamente à segurança do treino, destacamos a importância de garantir que eram cumpridas as fases de aquecimento, carga e relaxamento, assim como durante a realização dos exercícios de treino resistido dos membros superiores, a manutenção da amplitude e plano do movimento articular e postura corporal (OE, 2018b).

A promoção do autocuidado está efetivamente dependente do ensino, instrução e treino de técnicas que permitam à pessoa a sua independência na realização de atividades de autocuidado. Como tal, foi também importante a intervenção por nós levada a cabo junto dum senhor com diagnóstico de neoplasia do pulmão, relativamente ao ensino e treino realizados à pessoa/família, em contexto de ECCI. Este encontrava-se já num estadio avançado da sua doença que

condicionava a presença de dispneia e fadiga em vários momentos do seu dia-a-dia. Tendo em conta a competência aqui em questão, consideramos ter agido indo ao encontro desta quando capacitámos a pessoa/família de conhecimentos e capacidades para a realização de determinadas atividades de autocuidado (higiene e alimentação, particularmente) através do ensino, instrução e treino de técnicas de conservação de energia, procurando o menor dispêndio de energia e de consumo de oxigénio (OE, 2018b). Particularmente, estratégias como a alteração da consistência da dieta, reduzindo o cansaço associado à mastigação e a consequente diminuição na ingestão de alimentos, ou o desfasamento e alternância das diferentes etapas da higiene pessoal, são exemplo de estratégias levada a cabo e que melhoraram a capacidade dessa pessoa e família para o desempenho de determinadas funções. Assim, consideramos que também estas intervenções, cuja importância foi justificada pelo seu impacto na melhoria da realização das atividades de vida (OE, 2018b), maximizaram a capacidade para o autocuidado desta pessoa/família com neoplasia do pulmão.

## **2.2. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista**

A complexidade dos cuidados de saúde exige uma prática profissional progressivamente mais especializada e diferenciada que, aos enfermeiros, obriga a uma natural evolução no âmbito das suas competências, comuns a todos os contextos da prestação de cuidados (regulamento nº 140/2019, 2019).

Para adquirir as competências referentes ao **Domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal** delineámos o objetivo

**Desenvolver uma prática profissional especializada, de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão, suportados pela melhor evidência científica.**

As atividades desenvolvidas que permitiram alcançar este objetivo e, conseqüentemente, adquirir as competências que a ele dizem respeito foram atividades que revelaram não só o nível de complexidade que a intervenção dum

enfermeiro especialista pressupõe, como também obrigaram a um esforço constante em termos temporais, para que a sua consecução fosse possível.

Em ambos os contextos do estágio consideramos que a premissa de que a enfermagem, enquanto profissão, está integrada num quadro de referências legais e deontológicas, esteve sempre presente, assegurando-se o cumprimento da legislação referente ao exercício profissional, enquanto dever geral do enfermeiro (Lei nº 156/2015, 2015). Neste sentido, a intervenção foi suportada e regulada pelo enunciado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e no Código Deontológico do Enfermeiro, enquanto documentos reguladores da prática profissional de enfermagem (OE, 2015c).

As relações estabelecidas com as pessoas com as quais intervimos foram pautadas por aqueles que são definidos como os valores universais a serem verificados na relação profissional, nomeadamente a igualdade, a liberdade e capacidade de escolha, a verdade e justiça, o altruísmo e a solidariedade, e a competência e o aperfeiçoamento profissional (Lei nº 156/2015, 2015).

Foram construídas estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família, garantindo o respeito pelo seu direito à escolha e autodeterminação, onde se procurou que os planos de cuidados criados tivessem por base o estabelecimento em parceria de objetivos/metas realistas, sempre com a perspetiva do seu bem-estar, garantindo o respeito pela vida, dignidade humana e pela sua saúde e bem-estar (Lei nº 156/2015, 2015). Procurámos, ainda, que a referida parceria fosse o pilar das relações estabelecidas com as pessoas/famílias que foram alvo da nossa intervenção, acompanhando-os na busca de significado para a experiência de saúde e doença, implicando o respeito pelas suas decisões. De acordo com Royal College of Nursing (2007), o respeito pela opinião e escolhas da pessoa/família no processo de cuidados é essencial, tal como é a necessidade de garantir a educação necessária para que essa decisão possa ser tomada de forma segura, responsável e consciente das suas consequências. Neste sentido, fomentámos o seu direito à autodeterminação, ao garantir o exercício da sua autonomia, quando estes puderam escolher de forma informada os cuidados que pretendiam ver prestados e de recusar aqueles que não detinham significado ou relevância de acordo com o que pretendiam para o seu processo de reabilitação, adotando uma posição ativa no processo de cuidados (Cabete, 2010). Procurámos, portanto, empoderar as pessoas/famílias de modo a que estas utilizassem os seus

recursos internos para se adaptarem às mudanças (transitórias ou permanentes) e melhorar a sua qualidade de vida (McEvoy e Duffy, 2008).

Um exemplo concreto, que permite validar uma intervenção baseada nos princípios éticos e profissionais, diz respeito a um processo de tomada de decisão em equipa. Importa referir que se tratou duma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica, que vivia com a sua esposa, que era também sua cuidadora e que, curiosamente, foi acompanhada previamente em ECCI e, posteriormente, também em contexto de internamento. Aqui o que consideramos relevante foi a partilha de informação pessoal com a equipa multidisciplinar, referente às condições habitacionais, papéis familiares e às capacidades da pessoa de referência/cuidadora de manter e assegurar os cuidados necessários ao marido (nomeadamente a realização de *cough-assist* e aspiração de secreções regularmente). Neste caso particular, a partilha de informação pessoal, obtida fora daquele contexto, quando aquela família permitiu que entrássemos na sua casa e, de certa forma, na sua intimidade, foi realizada tendo por base o melhor interesse da pessoa em questão.

Não só a seleção de informação foi realizada tendo por base o bem-estar físico, emocional e social da pessoa/família, como também o respeito pela sua intimidade, privacidade e dignidade. (Regulamento n.º 338/2017, 2017). Como consequência da relação estabelecida com aquela pessoa/família, sedimentada na confiança, a intervenção pressupôs o respeito pelo dever profissional do sigilo, sendo a informação partilhada apenas a estritamente necessária para que o plano terapêutico estabelecido para o seu regresso a casa fosse assegurado (Regulamento n.º 338/2017, 2017), procurando assim que a relação estabelecida com aquela pessoa/família permanecesse confirmada pela confiança previamente estabelecida.

Relativamente ao **Domínio B - Melhoria contínua da qualidade** elencámos o objetivo

**Desenvolver uma prática profissional especializada assegurando a melhoria continua e a qualidade**

Para este objetivo delineámos um conjunto de atividades com uma linha condutora semelhante, que permitiram culminar na aquisição das competências que este domínio abarca.

Pesquisámos e aprofundámos conhecimentos na área da qualidade da prestação de cuidados, particularmente ao nível da intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão, assim como, sedimentámos aqueles que dizem respeito aos princípios de um ambiente terapêutico e seguro no âmbito da nossa intervenção. Desta forma, procurámos que a nossa intervenção promovesse e garantisse um ambiente terapêutico em ambos os contextos do estágio, quer pelo respeito dos princípios inerentes ao desempenho duma prática segura, minimizadora de riscos, quer pela busca constante da qualidade da intervenção.

Consideramos que o conhecimento dos projetos desenvolvidos em ambos os contextos, no âmbito da melhoria contínua e da qualidade, e a participação ativa nestes permitiram o desenvolvimento das referidas competências.

Na ECCI realizámos sessões de educação para a saúde (Apêndice III e Apêndice IV), inseridas em projetos desenvolvidos em parceria com outros parceiros da comunidade, nomeadamente a Junta de Freguesia, os Agrupamentos de Escolas, a Associação de Reformados, entre outros. Remetendo para o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação da OE (2018), consideramos que a nossa intervenção ocorreu no âmbito da *promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e autocuidado*, tendo em conta as categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros pré-definidas neste documento. Com a realização dessas sessões tivemos a oportunidade de intervir no âmbito da promoção de medidas que visaram prevenir a deficiência ou complicações, identificando situações de risco de alteração de funcionalidade que implicassem limitações da atividade e da participação, cooperando com estruturas da comunidade, na procura dum ambiente seguro para a população (OE, 2018). Neste sentido, e mobilizando o regulamento referido anteriormente, consideramos ter desenvolvido práticas de qualidade, integrando projetos de intervenção comunitária e dinamizando os seus conteúdos também junto de outros intervenientes, numa lógica de melhoria contínua das práticas, promovendo a qualidade da sua intervenção.

Segundo o RCN (2007), o EEER tem o papel de educar os seus pares, para além das fronteiras profissionais, entendendo-se estes como aqueles que partilham

de um papel ativo no processo de reabilitação das pessoas/famílias. A partilha de experiências e conhecimentos é crucial para que a prática profissional possa ser considerada especializada, na medida em que contribui para a melhoria contínua e da qualidade dos cuidados prestados. Como tal, destacamos ainda a oportunidade de realizar de forma formal este tipo de partilha de conhecimentos aqui descrita, nomeadamente com a formação em serviço sobre a temática da inaloterapia e da ventilação não invasiva (VNI) aos enfermeiros da ECCI (Apêndice V). Com esta formação procurámos não só trazer aos colegas os mais recentes avanços relativamente aos dispositivos inalatórios disponíveis atualmente, e os cuidados inerentes à sua administração, como também, a título de exemplo, a demonstração das diferentes interfaces existente e a importância do papel do enfermeiro na promoção da adesão terapêutica à VNI. Com esta atividade foi criada a oportunidade de aprendizagem, para e em colaboração com os restantes colegas, uma vez mais de acordo com o que é defendido pelo RCN (2007) nomeadamente em relação à definição de enfermagem de reabilitação, fomentando assim o desenvolvimento e a aquisição das competências referentes ao domínio em questão, de acordo com o regulamento nº 140/2019 (2019).

Relativamente ao contexto de internamento, houve a oportunidade de conhecer e participar nos diferentes projetos em curso, nomeadamente nos Projetos de intervenção do EEER à pessoa com DPOC e à pessoa com Pneumonia, baseados na mais recente evidência e que permitiram a avaliação da qualidade das práticas, baseada em indicadores e instrumentos adequados para as referidas situações, permitindo a inclusão da nossa intervenção em processos de auditorias clínicas que, mais tarde, permitirão a análise dos resultados das mesmas e a posterior divulgação (Regulamento nº 140/2019 (2019)). Estes serão essenciais para garantir e demonstrar cuidados eficazes de alta qualidade (RNC, 2007), fomentando uma intervenção estruturada e de qualidade às pessoas com os referidos diagnósticos. Por outro lado, permitirão ainda dar visibilidade ao complexo papel da enfermagem de reabilitação (RNC, 2007), com particular destaque para inclusão destes projetos nas categorias da *readaptação funcional*, *reeducação funcional* e *promoção do autocuidado* destas pessoas, com vista à promoção da sua autonomia, reinserção e participação social, de acordo com o estabelecido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2018).

Quanto ao **Domínio C - Gestão dos Cuidados** definimos o objetivo

**Desenvolver uma prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem**

Para a concretização deste objetivo planeámos a realização de atividades que procuraram garantir uma intervenção representativa do desenvolvimento das competências que se incluem neste domínio.

Concretamente, um exemplo onde consideramos otimizado o processo de tomada de decisão em equipa através da disponibilização de assessoria e evidência científica atual, participando na tomada de decisão em equipa, diz respeito a um caso concreto de partilha de informação/formação sobre o dispositivo comumente denominado de *in-check*. A Intervenção neste caso particular passou pelo esclarecimento relativamente ao benefício da sua utilização na monitorizando da adesão à terapêutica pelos enfermeiros da ECCI, bem como o incentivo à sua utilização, nas suas visitas domiciliárias numa das suas esferas de ação – a gestão de terapêutica no domicílio.

Ao facultar um meio que possibilitasse à equipa a avaliação da capacidade de realização de terapêutica inalatória e a identificação dos dispositivos que se adequam a cada pessoa, de acordo com a sua capacidade inspiratória, introduzimos inovação, garantindo estrutura e suportando a intervenção da própria equipa. Neste caso particular, demonstrámos o desenvolvimento de competências de liderança e de gestão de cuidados na medida em que, tendo em conta a Canadian Nurses Association (CNA) (2008), consideramos que fomos agentes de mudança, permitindo que aquela equipa modernizasse a sua forma de atuar, garantindo-lhes também que a sua opinião fosse fundamentada em dados concretos, que lhes permitissem que fosse considerada válida e significativa no momento da prescrição, beneficiando, em última análise, a pessoa a quem é realizada a prescrição,

Por outro lado, se no exemplo anterior fica demonstrada a existência de uma área onde detínhamos maior conhecimento e experiência, existiram também situações onde se identificou a necessidade de referenciação e mobilização de outros profissionais. No caso particular da Sra. M., uma senhora de meia-idade com o diagnóstico inaugural de Fibrose Pulmonar, cuja complexidade da situação implicou a necessidade de complementar ou redirecionar a intervenção à pessoa/família, conduziu-nos à articulação com a Psicóloga do contexto de

internamento. Pretendeu-se, com esta articulação, uma intervenção interdisciplinar que fomentasse a tomada de consciência da situação, a aceitação, a identificação dos recursos (internos e externos) existentes e, por fim, o envolvimento e a adesão ao plano terapêutico e ao programa de reabilitação que seriam necessários por parte da Sra. M. Neste caso fica patente a referenciação atempada a outro profissional de saúde, antecipando complicações e gerindo potenciais riscos, numa lógica de articulação, enquanto processo de colaboração interdisciplinar, de partilha de conhecimentos e responsabilidades (CNA, 2008), otimizando as respostas da equipa de saúde.

Para o **Domínio D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, estabelecemos o objetivo

**Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica.**

No caso particular deste domínio consideramos que as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências nele inseridas foram desenvolvidas não só em parceria com os próprios doentes e família, com as Sras. Enfermeiras Orientadoras e as equipas interdisciplinares, mas também atividades muito individualizadas, de reflexão e introspeção.

Este ato de refletir, herança formativa que veio pautando o desenvolvimento de competências de enfermeira de cuidados gerais, teve um papel preponderante no desenvolvimento de uma prática reflexiva enquanto estratégia formativa e de desenvolvimento pessoal e profissional na aquisição das competências referentes a este domínio.

Em ambos os contextos consideramos ter desenvolvido intervenções individuais e partilhadas, numa lógica de questionamento constante, instigando o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e a capacidade de conceber/teorizar a prática, que tiveram a sua concretização na realização de jornais de aprendizagem (cujo um exemplo se encontra no Apêndice VI), na construção dos planos de cuidados em parceria com a pessoa/família, em discussões informais com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora e a Sr.<sup>a</sup> Professora, ou na participação de reuniões

interdisciplinares, onde foram partilhadas experiências e procuradas estratégias de resolução de problemas. Desta forma, assumimos que, ao longo do percurso, o pensamento crítico e a inerente reflexão sobre a intervenção, constituíram um importante meio de capacitação na aquisição e aprofundamento das aprendizagens profissionais, privilegiando a reflexão estruturada enquanto processo analítico consciente e dinâmico sobre a experiência do cuidar, permitindo a compreensão efetiva da prática (Santos e Fernandes, 2004).

Uma situação particular que consideramos ser relevante no âmbito da aquisição de competências neste domínio refere-se ao caso dum senhor com neoplasia do pulmão seguido em ECCI, com metastização cerebral e óssea (tendo já realizado Radioterapia e Quimioterapia, atualmente sem indicação terapêutica), cuja intervenção da ER passava pela gestão/controlo de sintomas, em articulação com a esposa e com a equipa médica, promovendo o seu conforto e bem-estar.

A situação em si remete para o desenvolvimento duma relação que teve como início a criação de condições que permitissem a realização em segurança do levante do referido senhor com recurso a um elevador elétrico, enquanto dispositivo de apoio à técnica. Técnica essa que era já, ocasionalmente, realizada pela esposa e um dos filhos do casal, quando este estava disponível, com parecer médico favorável. O destaque aqui vai para a dificuldade que tivemos em que a esposa aceitasse que os nossos conhecimentos e técnica poderiam ser tão importantes naquele momento, como a sua capacidade física e experiência de anos em cuidar do marido, para garantir a segurança e o bem-estar deste.

Como estratégia de resolução ouvimos a esposa, questionámos como ela acharia que deveria ser feito e do que o marido gostaria. Em seguida foi validado o que ela poderia efetivamente fazer, foi-lhe dito que sim e também que não, foi transmitida a informação sem receio, de forma confiante, calma, transmitindo e defendendo o que se pretendia sem deixar de os respeitar, características da comunicação assertiva (Phaneuf, 2005). Foram incorporadas algumas das suas indicações, fomentando a parceria e o estabelecimento de confiança, enquanto pilares duma relação da qual dependeria o sucesso de todo o plano terapêutico estabelecido com e para aquela pessoa/família. A técnica em si correu sem intercorrências, as medidas de segurança foram garantidas, o senhor adotou uma postura corporal correta, tinha equilíbrio estático sentado, mas ainda assim foram ensinados a retificar o seu alinhamento corporal, de acordo com o seu bem-estar.

A relação com este casal teve, sem dúvida, um contributo enorme no desenvolvimento da capacidade de assertividade e autoconhecimento. A necessidade de refletir, de preparar a intervenção e de antecipar os ganhos que seriam obtidos, com consciência do que era pretendido revelou-se um exercício de crescimento profissional e pessoal. O principal contributo para o sucesso desta relação foi revelar desejo em compreender a situação que ambos enfrentavam, demonstrando que o foco da intervenção era a pessoa/família e o seu bem-estar, o que permitiu que ambos se sentissem compreendidos e cuidados.

Segundo Grilo (2012), a comunicação pode ser entendida como a ferramenta mais importante dos cuidados de saúde, compreendendo-se os ganhos que dela podem advir se for efetivamente terapêutica. Para tal está inerente o desenvolvimento da assertividade, sendo que esta é uma característica que pode ser aprendida e aperfeiçoada (Grilo, 2012). Nesta situação em particular consideramos que se construiu uma estratégia de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família integrando os seus contributos na implementação de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência (Regulamento nº 140/2019, 2019). Ao garantir um ambiente onde fosse possível a expressão direta de sentimentos, foi possível o estabelecimento do respeito mútuo e confiança (Grilo, 2012) mas também ganhos na nossa autoconfiança e autoconhecimento. Ao demonstrar confiança e segurança em realizar o levante do Sr. L, responsabilizámo-nos pelo comportamento e isso também foi um fator preponderante, uma vez mais revelador de assertividade. Concretamente, treinámos e aperfeiçoámos a assertividade e autoconhecimento, ao tentar coordenar as perspetivas da esposa e do Sr. L. com as nossas, tentado respeitar os seus direitos e opiniões, mas sem deixar de manifestar o nosso conhecimento e experiência e, até mesmo os nossos sentimentos (Grilo, 2012).

Na busca de competências de EE procurámos desenvolver uma prática baseada na evidência, com recurso a referenciais normativos desenvolvidos pelas entidades reguladoras da área da saúde e a pesquisa de artigos científicos e de outros referenciais teóricos relevantes para a nossa intervenção. O caso particular da intervenção, junto de várias turmas de crianças a frequentar o 5º ano de escolaridade, referente à educação postural e ao papel da ER na prevenção de complicações em crianças e jovens em idade escolar é disso exemplo. Neste âmbito tomámos conhecimento da pertinência da intervenção, numa perspetiva mais abrangente, pelo seu enquadramento no Referencial de Educação para a Saúde,

desenvolvido numa parceria entre a Direção Geral de Educação e a Direção Geral de Saúde (Carvalho, et al., 2017). Por outro lado, ao ter a necessidade de estudar sobre esta temática, fomos levadas a procurar suportar a intervenção em evidência científica, perspetivando ganhos em saúde para as crianças em questão. Do ponto de vista específico da intervenção do EEER, enquanto intervenção imediata de capacitação e promoção do autocuidado, a intervenção junto destas crianças procurou garantir que estas fossem munidas de conhecimentos que lhes permitissem o desempenho de ações de autocuidado que garantam a manutenção ou a promoção da saúde, que visem prevenir consequências negativas no seu crescimento e desenvolvimento, ou alcançar condições que superem essas consequências negativas (Orem, 2001). Estando já previamente identificada a necessidade de intervenção junto das referidas crianças, importou compreender a problemática, para que as intervenções de enfermagem fossem prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2018).

Atuámos como agentes dinamizadores do conhecimento proveniente da evidência científica aquando da realização de um resumo e póster (Apêndice VI), submetido e apresentado no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019, referentes aos resultados que advieram da revisão narrativa da literatura realizada referente ao tema *a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado*.

Fomos ainda buscar conhecimento na participação nas IV jornadas de cuidados respiratórios em Enfermagem, com particular destaque para a apresentação *Contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão*, que tivemos oportunidade de assistir, pelo seu particular interesse tendo em conta o tema escolhido para todo este percurso e que contribuiu também para a aquisição das competências aqui em questão.

### **3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS**

Terminada a descrição e análise das atividades realizadas ao longo do estágio importa realizar uma avaliação de todo o percurso, de forma a condensar a experiência e a permitir uma sistematização de todo o percurso em termos de aprendizagem. Para tal selecionámos a metodologia SWOT (*Strenghts, Waeknesses, Opportunities, Threats*) enquanto estratégia de análise, onde com a identificação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças deste percurso, operacionalizamos a análise e a tomada de decisão de toda a aprendizagem (Greco, Ehrgot & Figueira (2016)).

#### **3.1. *Strenghts***

Este percurso foi efetivamente fortalecido pela inter-relação estabelecida entre todas as Unidades Curriculares (UC) e os seus conteúdos programáticos, com o objetivo final de desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER. As UC do tronco comum forneceram uma série de conhecimentos e ferramentas de aprendizagem que permitiram a sua mobilização, quer durante o estágio, quer posteriormente na construção deste relatório, com particular destaque para as UC de Enfermagem Avançada e de Supervisão Clínica. Ainda neste sentido, Fundamento de Enfermagem munuiu-nos de conceitos fundamentais e permitiu-nos a sua apropriação, bem como o contato com teorias e modelos que mais tarde vieram a facilitar a identificação dum modelo concetual que permitiu estruturar a intervenção, de acordo com os seus pressupostos, guiando a compreensão no domínio da enfermagem de reabilitação. Terminando com as restantes UC de Enfermagem de Reabilitação I, II e III com os seus conteúdos, que trouxeram as bases de conhecimento necessárias para que, depois, o seu desenvolvimento acontecesse com qualidade em contexto de estágio.

Paralelamente, o desenvolvimento do projeto de estágio, enquanto estratégia dinâmica de desenvolvimento de aprendizagem, e toda a estratégia de pesquisa que permitiu realizar a revisão narrativa nele incluída, foram também elementos-chave para que toda a ação daí em diante fosse estruturada e baseada em evidência científica.

Para a nossa aprendizagem foram ainda elementos facilitadores a própria realização deste relatório, que permitiu uma reorganização de conhecimentos e uma análise reflexiva das intervenções levadas a cabo, tal como os jornais de aprendizagem realizados ao longo do estágio, os estudos de caso e os encontros durante o estágio, em sala de aula, onde tivemos a oportunidade de contactar com outras experiências de aprendizagem e, também, de receber os contributos de outros professores e colegas, no que ao nosso percurso dizia respeito.

Os contextos de estágio foram também elementos fortalecedores das aprendizagens e da aquisição das competências comuns e específicas aqui em questão. O destaque para o serviço de pneumologia vai para a riqueza das experiências, para além da área respiratória, que não antecipámos e que veio contribuir ainda mais para o sucesso do percurso. No caso do contexto de comunidade, toda a experiência foi uma mais-valia, pois a inexperiência que detínhamos neste contexto *à priori* permitiu usufruir de uma forma desprovida de ideias pré-concebidas de todas as oportunidades de aprendizagem.

### **3.2. Waeknesses**

Dando continuidade à análise das aprendizagens, consideramos que este processo poderia ter sido ainda mais potenciado se existisse a oportunidade de experimentar outros contextos de estágio, permitindo o contato com outras áreas de intervenção do ER. O contexto de comunidade é efetivamente rico no que à intervenção do ER diz respeito, e assim se provou no nosso caso, no entanto teria sido também benéfico partilhar as horas a ele atribuídas com outros contextos e realidades. Ainda neste sentido, atribuímos como fraqueza o fato de existir apenas um ER para a área de intervenção da ECCI onde estagiámos, para um número muito elevado de pessoas que integravam programas de reabilitação na comunidade em questão. O tempo disponível para estar junto de cada pessoa e famílias era curto, para além de não permitir a frequência em termos de visitas que efetivamente os programas de reabilitação exigiam.

### **3.3. Opportunities**

Apesar de lhe atribuirmos algumas implicações relativamente às fraquezas deste processo de aquisição de competências de EEER, a experiência em ECCL foi também rica em inúmeras oportunidades que não contávamos à partida. Para além de permitir compreender a intervenção do EEER neste contexto, algo que não contemplávamos, tivemos ainda a oportunidade de interagir com diferentes parceiros da comunidade, nomeadamente entidades responsáveis na área da governação, social, da educação e da saúde. Foi também aqui que interagimos mais com diferentes profissionais da equipa interdisciplinar, compreendendo a importância destas dinâmicas e integrando a forma como um EEER aqui se enquadra, particularmente no que toca à garantia dum exercício de cidadania e de participação social pleno e autónomo, independentemente das limitações físicas verificadas.

De facto, a importância do EEER enquanto parte integrante duma equipa interdisciplinar foi também bem evidente no serviço de internamento por onde passámos. A dinâmica aqui existente, visivelmente bem organizada, “bem oleada”, deixou patente a importância do respeito por todas as áreas do saber no que ao processo de reabilitação diz respeito e da necessidade de serem ouvidas de forma igual todas as partes do processo. Aprendemos que, apesar de termos uma multiplicidade de conhecimentos que permitem abarcar várias áreas de intervenção, é também importante aceitar o contributo de outras áreas profissionais, numa lógica de interdependência do sucesso profissional individual.

### **3.4. Threats**

Todo este processo foi, de certa forma, ameaçado pelas exigências pessoais e profissionais que fomos vivendo paralelamente ao seu decorrer. Por outro lado, e de alguma maneira surpreendente, as oportunidades de intervir junto de pessoas/família com neoplasia de pulmão foram escassas, o que a determinada altura se revelou desmotivador, ainda que tivessem existido e contribuído para o desenvolvimento das competências comuns e específicas de ER.

Sumariamente, consideramos que a nossa intervenção permitiu a aquisição de competências comuns e específicas relativamente à intervenção de EEER em

peessoas/família com necessidades especiais, particularmente com neoplasia do pulmão, ao longo do seu ciclo de vida, na promoção do autocuidado.

Desenvolvemos competências que permitiram uma intervenção de ER facilitadora do processo de adaptação às situações de dependência/incapacidade que as pessoas viviam, concebendo planos de intervenção direcionados para o desenvolvimento de capacidades adaptativas, com vista ao autocuidado. Procurámos garantir uma participação ativa na melhoria da condição de saúde das pessoas junto da quais interviemos, na melhoria da sua condição de saúde, na transição de estados de dependência no autocuidado, para progressivas melhorias no grau de independência na satisfação das suas necessidades de autocuidado.

Realizámos apreciações iniciais onde identificámos as limitações e incapacidades ao nível das diferentes funções motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória e de eliminação, recorrendo também a instrumentos e escalas de avaliação adequados e validados. Estas avaliações permitiram o desenvolvimento de programas de reabilitação que visaram a promoção do autocuidado, através da otimização ou da reeducação das funcionalidades limitadas, com vista à adaptação aos compromissos identificados, maximizando a autonomia e a qualidade de vida das pessoas/família.

Mediante a revisão narrativa realizada verificámos que a reabilitação funcional respiratória tem especial relevância nos programas de reabilitação às pessoas com neoplasia do pulmão, ficando patente a sua importância na gestão de sintomas como a dispneia e a fadiga, nomeadamente através da reeducação ao esforço e treino de atividades de autocuidado. Tivemos a oportunidade de intervir em pessoas/família com neoplasia do pulmão, tal como descrito no capítulo anterior e, tivemos, também, a oportunidade de treinar inúmeras intervenções validadas para estas pessoas, em pessoas com necessidades semelhantes. Atribuímos especial significado a esta situação estabelecendo um paralelismo entre a escassez de estudos que permitam uma generalização dos achados às pessoas com neoplasia do pulmão, tal como foi a escassez por nós verificada quanto à possibilidade de intervir junto destas pessoas. Tal como as investigações nos dizem, pela sintomatologia associada à doença, aos sintomas decorrentes das opções de tratamento, as pessoas com neoplasia do pulmão experienciam, muitas vezes, quadros de limitações e incapacidades que se repercutem na sua capacidade para o autocuidado. A experiência vivida assemelha-se à de outras pessoas que passam por doenças incapacitantes como a DPOC ou a fibrose pulmonar, nomeadamente

relativamente ao cansaço e à fadiga que apresentam, ou no caso das pessoas submetidas a tratamento cirúrgicos, onde a intervenção do EEER está já validada na prevenção de complicações e na maximização da funcionalidade no período pré-operatório e pós-operatório. Em todo o caso, o que nos é permitido afirmar é que a intervenção especializada de enfermagem de reabilitação permite, ao garantir condições para que o exercício da autonomia destas pessoas aconteça, que haja efetivamente ganhos no que à qualidade de vida e bem-estar destas pessoas diz respeito.

Por outro lado, verificámos a importância de encarar a família enquanto parte integrante do processo de reabilitação das pessoas com neoplasia do pulmão. Tal como a evidência nos demonstra, pelo conhecimento profundo que detém decorrente do seu envolvimento no processo, verificámos a facilidade que daí adveio o estabelecimento de uma relação terapêutica que serviu de base para o que posteriormente se desenvolveu.

Consideramos também que todas as experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências no *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*, pelo respeito dos valores universais a serem verificados numa relação profissional, integrando a prática nos quadros legal e deontológico que a devem reger. Para tal, o estabelecimento de relações de parceria, o respeito pela autodeterminação e liberdade de escolha, promovendo a autonomia através duma posição ativa no desenho dos programas de reabilitação e na execução, avaliação e reestruturação destes, contribuíram para o desenvolvimento das competências deste domínio.

No *domínio da melhoria contínua da qualidade*, a nossa intervenção respeitou os princípios de um ambiente terapêutico e seguro, procurando a qualidade da intervenção. Por outro lado, a procura de uma intervenção de qualidade esteve também presente na oportunidade de participar em projetos como os anteriormente descritos, como foram o caso dos projetos de intervenção à pessoa com DPOC ou com Pneumonia no contexto de internamento, cujas temáticas são encaradas como áreas de intervenção de qualidade para a área de especialização em enfermagem de reabilitação. De facto, tendo sido estruturados tendo em conta a mais recente evidência científica e recorrendo a indicadores e instrumentos validados para as situações em questão, foi-nos permitido avaliar a qualidade das práticas e integrar a nossa intervenção em posteriores auditorias que, futuramente, permitirão a análise

dos resultados das mesmas e a posterior divulgação da importância da intervenção do EEER junto destas pessoas.

No *domínio da gestão dos cuidados* consideramos ter contribuído para a otimização das respostas das equipas interdisciplinares, através da partilha de conhecimento, numa lógica de disponibilização de assessoria baseada em dados concretos, experiência empírica e evidência científica, que garantisse a sua aceitação, fomentando inovação e procurando a obtenção de ganhos no que à intervenção da equipa diz respeito. Verificámos também a nossa intervenção neste domínio de competências na medida em que obtivemos ganhos na nossa intervenção através da referenciação a outros profissionais, beneficiando duma articulação que permitiu a colaboração de diferentes intervenientes no processo de cuidados, fomentando a partilha de saberes e de responsabilidades profissionais.

Por último no domínio do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, consideramos que a prática reflexiva enquanto estratégia de formação e de desenvolvimento profissional beneficiou as nossas aprendizagens e o desenvolvimento das competências integradas neste domínio, assim como todas as outras. De facto, o pensamento crítico foi um recurso amplamente mobilizado na análise das experiências, permitindo uma compreensão efetiva destas. Integrando os resultados decorrentes dessa análise reflexiva na intervenção por nós levada a cabo, contribuímos largamente para que a ação fosse estruturada, segura e efetivamente compreendida, como tal, promovendo o autoconhecimento e a assertividade. Para este domínio em particular concorreu ainda a procura por basear a prática na mais recente evidência científica, quer em pesquisas científicas e de entidades reguladoras e normativas, como também pela participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019, com a realização dum resumo e póster referentes aos resultados que advieram da revisão narrativa da literatura realizada referente ao tema *a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado*.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O ponto de partida para o processo de aquisição de competências foi a construção do Projeto de Estágio, que contribuiu amplamente para que o percurso realizado no estágio fosse norteado por um conjunto de objetivos e respetivas atividades a realizar, que viriam a garantir a aquisição das competências comuns e específicas de EEER.

Dando continuidade ao percurso, com a realização deste relatório consideramos cumprida a sua finalidade, nomeadamente a de descrever, analisar e avaliar as aprendizagens realizadas no seu decorrer, comprovando o desenvolvimento de competências comuns e específicas definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, bem como o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de Mestre, que consideramos cumprida.

Julgamos que a nossa intervenção espelha a apropriação das competências comuns de EE, nomeadamente com o desenvolvimento numa prática regida por princípios profissionais, éticos e legais, baseados em referenciais legais e deontológicos; com o desenvolvimento numa prática profissional especializada assegurando a melhoria contínua e a qualidade, baseando a intervenção naquilo que é regulado enquanto prática de qualidade de enfermagem de reabilitação; com o desenvolvimento numa prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem, pela otimização das respostas das equipas de saúde; e com o desenvolvimento numa prática profissional baseada em processos de tomada de decisão estruturados, onde o pensamento crítico e a prática baseada na evidência imperaram.

Assumimos ainda a aquisição de competências específicas de EEER na medida em que consideramos que identificámos alterações da funcionalidade que determinaram incapacidade e limitaram o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão e concebemos, implementámos e avaliámos planos de intervenção que promoveram o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação; elaborámos e implementámos programas de treino de atividades, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da

pessoa/família; e concebemos, implementámos e avaliámos programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.

De facto, e porque foi efetivamente sobre estas pessoas que nos propusemos debruçar, verificámos que as pessoas com neoplasia do pulmão sobrevivem cada vez mais tempo à doença debatendo-se com um conjunto de limitações e incapacidades decorrentes da doença e das opções de tratamento, atualmente cada vez mais personalizadas. A complexidade dos compromissos verificados obriga a uma necessidade de individualização, justificando-se a pertinência de uma intervenção especializada no âmbito da enfermagem de reabilitação, e um nível de perícia a esta inerente, na promoção do autocuidado na pessoa/família com neoplasia do pulmão.

Entendemos que a descrição, análise e avaliação das aprendizagens realizadas ao longo dos dois contextos de estágio permitem verificar um nível de perícia na apreciação de cada situação de cuidados, quer no estabelecimento de intervenções, quer na avaliação e reestruturação da intervenção em si mesma, de forma individualizada e com elevado nível de complexidade, que nos permite afirmar a efetiva aquisição de competências comuns e específicas de EEER.

Terminando, consideramos que toda esta jornada, particularmente exigente a nível pessoal e profissional, obrigou a uma reorganização e esforço constantes para que aqui pudéssemos chegar. Foi sem dúvida exigente, por vezes desgastante, mas extremamente gratificante em termos de crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal.

Perspetivamos que, futuramente, possamos dar continuidade a este percurso, quer pelo desempenho de funções de EEER na nossa prática profissional, quer pela continuidade do percurso formativo, que consideramos indissociável no desenvolvimento constate de conhecimentos e competências, almejando um desempenho profissional de qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad A. (2018). Essentials of Physiotherapy after Thoracic Surgery: What Physiotherapists Need to Know. A Narrative Review. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 51:293-307. Disponível em: <https://doi.org/10.5090/kjtcs.2018.51.5.293>
- Appleton, R. & Kinsella, J. (2012). Intensive care unit- acquired weakness. *Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain.* 12 (2). 62-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkr057>
- Akin, S., & Kas Guner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28 (1), e12898. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ecc.12898>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Bettencourt, M., Afonso, C. & Gonçalves, L. (2014). Condução Automóvel, Actividade Sexual e Desporto após a Artroplastia Total da Anca – Como e quando iniciar?. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 26 (2). Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/147/103>
- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. In Marques-Vieira & Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidata
- Cabete, D. (2010). Autonomy and empowerment of hospitalised older people: A portuguese case study. Northumbria University. Tese de Doutoramento. Newcastle. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/40024826.pdf>
- Campos, I., Pinheiro, J., Branco, J., Figueiredo, P. (2009). Evidências na Reabilitação do Doente Parkinsónico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 18(2), 29-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.49>

- Canadian Nurses Association (2008). *Advance Practice Nursing: a national framework*. Canadian Nurses Association, Ottawa. Disponível em: [https://www.cna-aiic.ca/en/~media/nurseone/page-content/pdf-en/anp\\_national\\_framework\\_e](https://www.cna-aiic.ca/en/~media/nurseone/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e)
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico C., Tavares de Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E. ... Lima, R. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde.
- Chan, R., Yates, P., & McCarthy, A. L. (2016). Fatigue Self-Management Behaviors in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Longitudinal Survey. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 762–771. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27768127&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Chen, H.-M., Tsai, C.-M., Wu, Y.-C., Lin, K.-C., & Lin, C.-C. (2015). Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. *British Journal Of Cancer*, 112(3), 438–445. Disponível em: <https://org/10.1038/bjc.2014.612>
- Despacho n.º 7197/2016. (2016). Lista de produtos de apoio. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 105 de 01-06-2016), 17168–17185. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/74587625>
- Direção Geral de Saúde (s/d). *Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas. Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS
- Félix & Alvoeiro (2017). Desafios e limites em cirurgia torácica. In Sotto-Mayor, R., *Perguntas-Chave no Cancro do Pulmão* (2ª ed), Lisboa: Permanyer Portugal.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, ... , Bray F (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>
- Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.

- Greco, S., Ehrgot, M. & Figueira, J. (2016). *Trends in multiple criteria decision analysis* (2ªed.). New York: Springer. Disponível em: <http://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3094->
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, saúde & doenças*, 13 (2), 283 -297. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a11.pdf>
- Harada, H., Yamashita, Y., Misumi, K., Tsubokawa, N., Nakao, J., Matsutani, J., ... Taniyama, K. (2013). Multidisciplinary Team-Based Approach for Comprehensive Preoperative Pulmonary Rehabilitation Including Intensive Nutritional Support for Lung Cancer Patients. *PLoS ONE*, 8(3), 1–9. Disponível em: <https://org/10.1371/journal.pone.0059566>
- Royal College of Nurse (2007). *Role of rehabilitation nurse – RCN Guidance*. London: Royal College of Nursing
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M. R., Olazabal, M. & Maia, M. O. (1988). *Reeducação funcional respiratória* (2.ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hoffman, A. J., & Brintnall, R. A. (2017). A Home-based Exercise Intervention for Non–Small Cell Lung Cancer Patients Post-Thoracotomy. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 106–117. Disponível em: <https://org/10.1016/j.soncn.2016.11.011>
- Hopkins, R., Mitchell, L., Thompson, G., Schafer, M., Link, M. e Brown, S. (2016). Implementing a mobility program to minimize post-intensive care syndrome. *AACN Advanced Critical Care*, 27(2), 187-203. Disponível em: [https://org/10.1007/5584\\_2015\\_134](https://org/10.1007/5584_2015_134)
- Jastrzębski, D., Maksymiak, M., Kostorz, S., Bezubka, B., Osmanska, I., Młynczak, T., ... Kozielski, J. (2015). Pulmonary Rehabilitation in Advanced Lung Cancer Patients During Chemotherapy. *Advances In Experimental Medicine And Biology*, 861, 57–64. Disponível em: [https://org/10.1007/5584\\_2015\\_134](https://org/10.1007/5584_2015_134)
- Jeong, J.-H., & Yoo, W.-G. (2015). Effect of caregiver education on pulmonary rehabilitation, respiratory muscle strength and dyspnea in lung cancer

- patients. *Journal Of Physical Therapy Science*, 27(6), 1653–1654. Disponível em: <https://org/10.1589/jpts.27.1653>
- Judd, D., Dennis, D., Thomas, A., Wolfe, P., Dayton, M., & Stevens-Lapsley, J. (2014). Muscle strength and functional recovery during the first year after THA. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(2), 654–664. <http://doi.org/10.1007/s11999-013-3136-y>
- Júnior, B., Martinez, B. & Neto, M. (2014). Impacto do Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos na Amplitude de Movimento de Pacientes Graves: Estudo Piloto. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 26(1), 65-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140010>
- Lai, Y., Su, J., Qiu, P., Wang, M., Zhou, K., Tang, Y., & Che, G. (2017). Systematic short-term pulmonary rehabilitation before lung cancer lobectomy: a randomized trial. *Interactive Cardiovascular And Thoracic Surgery*, 25 (3), 476 - 483. Disponível em: <https://org/10.1093/icvts/ivx141>
- Lei nº 156/2015, 2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Assembleia da República. *Diário da República n.º 181/2015*, Série I de 2015-09-16. 8059 - 8105
- Mainini, C., Rebelo, P., Bardelli, R., Koplíku, B., Tenconi, S., Costi, S., ... Fugazzaro, S. (2016). Perioperative physical exercise interventions for patients undergoing lung cancer surgery: What is the evidence? *SAGE Open Medicine*, 4, 2050312116673855. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27803808&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Massano, J. (2011). Doença de Parkinson - atualização clínica, *Acta Médica Portuguesa*, 24 (s4), 827 – 834
- McCullom (2011). Reabilitação Oncológica. In Hoeman, S., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.ª ed.). Loures: Lusociência.

- Morano, M. T., Araújo, A. S., Nascimento, F. B., da Silva, G. F., Mesquita, R., Pinto, J. S., ... Pereira, E. D. (2013). Preoperative pulmonary rehabilitation versus chest physical therapy in patients undergoing lung cancer resection: a pilot randomized controlled trial. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 94(1), 53–58. Disponível em: <https://org/10.1016/j.apmr.2012.08.206>
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008) Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8, 412-419. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>
- National Cancer Institute (2019). SEER Stat Fact Sheets: Lung and Bronchus. *National Institutes of Health*. Disponível em <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/lungb.html>
- National Cancer Institute (2019b). Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Lung Cancer Prevention. *National Cancer Institute. Updated* Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/lung/hp/lung-prevention-pdq>
- National Cancer Institute (2019c). Adult Treatment Editorial Board. Non-Small Cell Lung Cancer Treatment. *National Cancer Institute*. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/lung/patient/non-small-cell-lung-treatment-pdq>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal – Retrato da saúde 2018. O estado da Saúde em Portugal. Lisboa: SNS
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer N° 12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - Parecer Sobre Actividades De Vida Diária. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória. Cadernos OE. Serie 1 (10). Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Pasqua, F., Geraneo, K., Nardi, I., Lococo, F., & Cesario, A. (2015). Pulmonary Rehabilitation in lung cancer. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 79(2). Disponível em: <https://org/10.4081/monaldi.2013.95>
- Pato, Lucas & Judas (2015). Luxação de próteses totais da anca: causas e tratamento. Serviço de ortopedia do centro hospitalar e universitário de coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.4/1792>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Quist, M., Sommer, M. S., Vibe-Petersen, J., Stærkind, M. B., Langer, S. W., Larsen, K. R., ... Pedersen, J. H. (2018). Early initiated postoperative rehabilitation reduces fatigue in patients with operable lung cancer: A randomized trial. *Lung Cancer*, 126, 125–132. Disponível em: <https://org/10.1016/j.lungcan.2018.10.025>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 85/2019*, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568.
- Regulamento n.º 338/2017 (2017). Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 120/2017*, Série II de 2017-06-23, 12770 – 12772.

- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 26/2019*, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750.
- Rivas-Perez, H., & Nana-Sinkam, P. (2015). Integrating pulmonary rehabilitation into the multidisciplinary management of lung cancer: a review. *Respiratory Medicine*, 109(4), 437–442. Disponível em: <https://org/10.1016/j.rmed.2015.01.001>
- Rocha, A., Antunes, E., Silva, P. & Farinha, T. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com patologia ortopédica: Artroplastia. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira & C. L. Baixinho (Eds.), *Terapêutica de posição- Contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 327-333). Loures: Lusodidacta
- Rocha & Redol (2017). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In Marques-Vieira & Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta
- Saito, H., Hatakeyama, K., Konno, H., Matsunaga, T., Shimada, Y., & Minamiya, Y. (2017). Impact of pulmonary rehabilitation on postoperative complications in patients with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. *Thoracic Cancer*, 8(5), 451–460. Disponível em: <https://org/10.1111/1759-7714.12466>
- Santos, L., (2017). O Processo de Reabilitação. In Marques-Vieira & Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta
- Santos, E., Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 2004: 60-62.
- Silva, S. (2017). Cuidados de enfermagem à pessoa com doença neurológica degenerativa. In Marques-Vieira & Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta
- Sommer, M. S., Trier, K., Vibe-Petersen, J., Missel, M., Christensen, M., Larsen, K. R., ... Langberg, H. (2016). Perioperative Rehabilitation in Operable Lung

- Cancer Patients (PROLUCA): A Feasibility Study. *Integrative Cancer Therapies*, 15(4), 455–466. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27151595&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Sousa & Carvalho. (2017). Pessoa com Osteoartrite na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In Marques-Vieira & Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidata.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., ... & Pitta, F. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13-e64.
- Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A., & Bellafiore, M. (2019). Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly. *Medicine*, 98(27), e16218. doi: 10.1097/MD.00000000000016218
- Wang, H., Liu, X., Rice, S. J., & Belani, C. P. (2016). Pulmonary Rehabilitation in Lung Cancer. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 8(10), 990–996. Disponível em: <https://org/10.1016/j.pmrj.2016.03.010>
- Wang, Y.-Q., Liu, X., Jia, Y., & Xie, J. (2019). Impact of breathing exercises in subjects with lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Clinical Nursing*, 28(5–6), 717–732. Disponível em: <https://org/10.1111/jocn.14696>
- Wangnum, K., Thanarojanawanich, T., Chinwatanachai, K., Jamprasert, L., Maleehuan, O., & Janthakun, V. (2013). Impact of the multidisciplinary education program in self-care on fatigue in lung cancer patients receiving chemotherapy. *Journal Of The Medical Association Of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 96(12), 1601–1608. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24511726&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- World Health Organization (2018). Cancer - key facts. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

- Yang, M., Zhong, J., Zhang, J.-E., Huang, X.-X., Li, C.-Z., Hong, Z.-X., & Zhang, S.-W. (2018). Effect of the self-efficacy-enhancing active cycle of breathing technique on lung cancer patients with lung resection: A quasi-experimental trial. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society*, 34, 1–7. Disponível em: <https://org/10.1016/j.ejon.2018.02.009>
- Zhou, K., Su, J., Lai, Y., Li, P., Li, S., & Che, G. (2017). Short-term inpatient-based high-intensive pulmonary rehabilitation for lung cancer patients: is it feasible and effective? *Journal Of Thoracic Disease*, 9(11), 4486–4493. Disponível em: <https://org/10.21037/jtd.2017.10.105>

## APÊNDICES

## **Apêndice I - Projeto de Aprendizagem**



**10º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização de Reabilitação**

UC Opção II  
Projeto de Estágio

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA/FAMÍLIA COM  
NEOPLASIA DO PULMÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

**Liliana Gaspar Heleno, nº 8900**

**Lisboa  
2019**





**10º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização de Reabilitação**

UC Opção II  
Projeto de Estágio

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA/FAMÍLIA COM  
NEOPLASIA DO PULMÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

**Liliana Gaspar Heleno, nº 8900**

**Regente:** Professor Dr. Miguel Serra

**Orientador:** Professora Dr<sup>a</sup> Maria do Ceu Sá

**Lisboa**

**2019**



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CVF – Capacidade Vital Forçada

EE – Enfermeiro Especialista

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEV 1 - Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

NPPC – Neoplasia do Pulmão de Pequenas Células

NPNPC – Neoplasia do Pulmão de Não Pequenas Células

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA/FAMÍLIA COM NEOPLASIA DO PULMÃO.....	15
3. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	19
3.1 A Intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado.....	21
4. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO.....	24
4.1 Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	24
4.2 Locais de Estágio.....	25
5. Considerações Finais.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

## APÊNDICES

APÊNDICE I - Revisão narrativa da literatura

APÊNDICE II – Planeamento de atividades

APÊNDICE III – Cronograma de atividades

APÊNDICE IV – Guião de entrevista para os locais de estágio

APÊNDICE V – Apresentação intercalar do projeto de estágio

APÊNDICE VI – Apresentação final do projeto de estágio

## INTRODUÇÃO

A construção do próprio saber, essencial ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas pressupõe uma inter-relação entre os conhecimentos teóricos e os que advém da aprendizagem decorrente da experiência profissional. Benner (2001) defende que a teoria concretiza o que pode ser explicitado e formalizado, e que a prática representa muitas realidades, nem todas elas explicadas pela teoria. Concretizar a forma como se irá integrar a teoria e extrair da prática os contributos que permitirão o desenvolvimento de competências verifica-se necessária e orientadora do percurso que delineei para a obtenção do grau de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Neste sentido, no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, integrada no plano de estudos do 2º Semestre do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o presente projeto foi elaborado tendo como objetivo a definição, análise e problematização da área de estudo a operacionalizar no 3º semestre, em contexto de Estágio, bem como, a identificação das competências gerais e específicas a serem desenvolvidas enquanto EEER em articulação com as competências de Mestre, segundo os descritores de Dublin, definidas para o 2º ciclo de formação.

Este projeto tem como tema a *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado*.

O primeiro passo para a escolha da temática deste projeto surgiu do interesse pessoal e profissional na área, particularmente pelo fato de desempenhar funções num serviço de pneumologia geral, com múltiplos internamentos de pessoas com neoplasia do pulmão, verificando frequentemente a hesitação e insegurança na intervenção junto destas, do ponto de vista dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Historicamente, aquela que um dia já foi considerada uma neoplasia rara, tornou-se um autêntico problema de saúde pública, algo verdadeiramente preocupante se considerarmos ser também uma das neoplasias mais evitais, pela sua associação a hábitos de vida.

O desenvolvimento de neoplasia tem vindo a ser associado à interação entre fatores genéticos e agentes externos, sendo a idade também um fator de risco (WHO, 2018). No caso particular da neoplasia do pulmão, os hábitos tabágicos continuam a ser o principal fator de risco para o desenvolvimento desta doença (ONDR, 2018; NCI, 2019b).

A neoplasia do pulmão é, atualmente, a principal causa de morte por doença oncológica a nível mundial e o segundo tipo de neoplasia mais frequente (WHO, 2018). Em Portugal estima-se que, só no ano passado, tenham sido diagnosticados 5248 novos casos de neoplasia do pulmão e que tenham morrido 4671 pessoas devido a esta doença (Ferlay et al., 2018). A taxa de sobrevivência a 5 anos é, atualmente, de 24,5% (Ferlay et al., 2018), sendo que esta percentagem pode variar significativamente de acordo com estadió da doença aquando do diagnóstico (NCI, 2019).

O diagnóstico de neoplasia do pulmão pode coincidir com a manifestação de sintomas ou por consequência da sua identificação acidental em exames complementares de diagnóstico.

Relativamente ao tratamento, atualmente existem disponíveis opções terapêuticas que podem ser utilizadas individualmente e/ou em associação, nomeadamente a recessão cirúrgica, a radioterapia, a quimioterapia, a imunoterapia e novas terapêuticas biológicas que deverão ser associadas a terapêutica de suporte. A evolução do tratamento faz-se pela terapêutica personalizada e pela decisão interdisciplinar (ONDR, 2018), diferindo conforme o tipo de neoplasia, o estadió da doença e o estado geral da pessoa (NCI, 2019).

Os sintomas mais comuns associados à neoplasia do pulmão são a tosse ou dor no peito, sendo também frequente a manifestação de dispneia, perda ponderal, disfonia, mal-estar e hemoptises (NCI, 2019c). Consoante a opção terapêutica, as pessoas com neoplasia do pulmão podem também experienciar diferentes tipos de sintomas como consequência do tratamento. As pessoas sujeitas a recessão cirúrgica apresentam dor, obstipação, dispneia, tosse e diminuição da capacidade para o exercício, que podem ainda ser agravados como consequência do início de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvantes (Hoffman & Brintnall, 2017). No caso particular dos tratamentos com quimioterapia e radioterapia, as complicações mais frequentes são a fadiga e a diminuição do apetite (Wang, Liu & Rice, 2016). Segundo Akin & Kas Guner (2019) ao longo da doença, a capacidade funcional e os níveis de atividade das pessoas com neoplasia diminuem como consequência dos

tratamentos de quimioterapia, radioterapia e dos próprios sintomas da doença. Decorrente do anteriormente referido, é possível concluir que a pessoa com neoplasia do pulmão pode experimentar múltiplos sintomas incapacitantes, decorrentes da sua doença e do próprio tratamento, que podem condicionar a sua capacidade para o autocuidado.

O desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação pressupõe que o EEER integre novos conhecimentos decorrentes da área da investigação, de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência (Regulamento n.º 392/2019, 2019). No entanto, tendo em conta a área temática definida para este projeto, importa salvaguardar a realidade do ponto de vista científico que esperamos encontrar, nomeadamente na quantidade de produção científica e também na eventual qualidade. Reconhece-se à partida que, em muitos casos, os participantes nem sempre são representativos de todas as pessoas com neoplasia do pulmão e que os achados científicos remetem para outras áreas profissionais que intervêm do ponto de vista da reabilitação junto das pessoas com neoplasia do pulmão.

Consciente destas limitações, realizámos uma revisão narrativa (Apêndice I) da literatura disponível, com o objetivo de resumir o estado da arte, relativamente à intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado. A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, via Ebscohost e na base PEDro, de acesso livre. Foram utilizados os descritores "nurs\*"; MM "Nursing Interventions"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Rehabilitation, Pulmonary"; MM "Rehabilitation, Cancer" via ebscohost, e "Lung"; "Oncology"; "Rehabilitation"; "Self Care" na base PEDro, com os operadores booleanos AND e OR e os delimitadores Full-Text, resumo disponível, idioma português, espanhol e inglês e limite temporal 2013-2019, tendo sido considerados elegíveis para a pesquisa 20 artigos.

Decorrente da revisão narrativa realizada podemos confirmar que existem evidências de que o benefício da reabilitação pode ser direcionado a pessoas com neoplasia do pulmão (Wang et al., 2016). Verificámos que as intervenções à pessoa com neoplasia do pulmão incidem preferencialmente no âmbito da reabilitação respiratória Wang, Liu & Jia, 2019; Yang, Zhong & Zhang, 2018; Quist et al., 2018; Hoffman e Brintnall, 2017; Lai et al., 2017; Saito et al., 2017; Zhou, Su & Lai, 2017; Maeda et al., 2016; Mainini et al., 2016; Wang et al., 2016; Jastrzębski et al., 2015; Jeong & Yoo, 2015; Rivas-Perez, & Nana-Sinka, 2015; Harada et al., 2013; Morano

et al., 2013; Wangnum et al., 2013), tendo em conta o tipo de sintomatologia apresentada por estas pessoas e consoante o tipo de tratamento a que estão a ser sujeitos no momento da investigação.

De uma forma geral, nos artigos selecionados, as intervenções analisadas incluíram o treino de exercício (a marcha, o exercício aeróbico e o treino de fortalecimento dos músculos respiratórios) e a reeducação funcional respiratória, incluindo exercícios de relaxamento, controlo da respiração, a utilização de espirómetro de incentivo, a correção postural, o ensino da tosse e do CATR, entre outros. A efetividade dos programas verifica-se tanto em contexto de internamento (Lai et al., 2017; Zhou et al., 2017; Jastrzębski et al., 2015), como em contexto de ambulatório (Hoffman & Brintnall, 2017; Maeda et al., 2016; Chen, Tsai & Wu, 2015).

Ao longo do processo de doença, a capacidade funcional e os níveis de atividade das pessoas com neoplasia do pulmão diminuem como consequência dos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e dos próprios sintomas da doença. A avaliação da capacidade para o autocuidado pode ajudar no desenvolvimento de intervenções precisas que reduzam a fadiga e promovam a sua capacidade funcional e qualidade de vida após o diagnóstico e durante os tratamentos (Akin & Kas Guner, 2019).

Vários avanços importantes, no que respeita ao tratamento, têm sido feitos ao longo dos últimos anos, sendo inegável um impacto positivo e significativo ao nível das taxas de sobrevivência. Ao mesmo tempo, e devido a este aumento na sobrevida, verifica-se um interesse crescente relativamente à qualidade de vida e às intervenções que permitem a promoção do autocuidado e do bem-estar destas pessoas, justificando-se também assim a escolha do tema para este projeto.

Paralelamente a OE (2018) defende que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER tem um papel importante na promoção da capacidade para o autocuidado do utente e sua família (OE, 2018). Neste sentido, a opção pela intervenção junto não só da pessoa como também da família justifica-se com o que vem sendo defendido pela OE quando refere que a intervenção de enfermagem é frequentemente otimizada quando toda a unidade familiar é alvo do processo de cuidados (OE, 2012).

Outro aspeto tido em conta na decisão sobre o tema deste projeto prendeu-se com o fato de a intervenção autónoma do EEER nas áreas da função respiratória e motora ser considerada área de investigação mais prioritária, segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos

Enfermeiros, para a fundamentação da tomada de decisão numa perspetiva de desenvolvimento da profissão (OE, 2015).

Assim, para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEER, delineamos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

- Desenvolver competências de intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado.

- Desenvolver competências comuns de EE no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Como quadro de referência para o desenvolvimento deste projeto escolhemos o Modelo Conceptual de Dorathea Orem (2001). A Teoria Geral do Autocuidado de Orem, no âmbito do cuidado à pessoa com neoplasia do pulmão, permite perspetivar a intervenção do EEER enquanto agente terapêutico do autocuidado, na identificação das necessidades de autocuidado destas pessoas, planeando estratégias adequadas, tendo em conta as suas potencialidades (Orem, 2001).

Estruturalmente este projeto encontra-se organizado de forma a responder aos objetivos propostos. Nesta primeira parte é explanada a temática a abordar, as razões implícitas à sua escolha, nomeadamente a sua pertinência no âmbito do desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação, bem como opções pessoais e profissionais que conduziram à escolha do tema.

Na segunda parte do projeto realizámos o enquadramento conceptual do tema, onde se definem conceitos e se fundamenta a temática, com recurso aos resultados da revisão narrativa da literatura assim como a sites de entidades governamentais e não governamentais e outros autores reconhecidas na comunidade científica, seguindo-se uma descrição do modelo teórico que sustenta a nossa intervenção e o enquadramento da intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com neoplasia do pulmão.

Segue-se a apresentação dos contextos de Está, a identificação dos objetivos gerais e específicos a atingir. Por fim é realizada uma síntese, onde são incluídas

considerações finais e expectativas referentes ao desenvolvimento do projeto e à sua operacionalização, terminando com as referências bibliográficas.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1.1 A pessoa com neoplasia do pulmão

A neoplasia é um termo genérico utilizado para denominar um vasto número de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo, através de uma rápida divisão de células anormais para além dos seus limites habituais (NCI, 2019; WHO, 2018). Esta transformação de células normais em células tumorais geralmente progride em diferentes estadios, podendo espalhar-se para outros órgãos, através dum processo chamado metastização. Este processo é a uma das principais causas de morte devido a neoplasia (WHO, 2018).

Consoante o local onde se encontra, a neoplasia pode ter diferentes designações: carcinoma (pele, tecidos e órgãos); sarcoma (osso, cartilagem, gordura, músculo ou vasos sanguíneos); leucemia (tecido formador de sangue, medula óssea); linfoma e mieloma (células do sistema imunológico); tumores do SNC (cérebro e medula espinal); tumores das células germinativas; tumores neuroendócrinos e tumores carcinoides (NCI, 2019).

Este conjunto de doenças é atualmente uma das principais causas de morte e morbilidade em todo o mundo, apresentando um impacto significativo na economia mundial (WHO, 2018). Estima-se que no ano de 2018 tenham acontecido 9,6 milhões diagnósticos de neoplasia, sendo mais comuns a neoplasia da mama e a neoplasia do pulmão, cada uma delas com 2,09 milhões de casos registados (WHO, 2018), e sendo responsável por cerca de 11,6% do número de casos de neoplasia registados no mundo (ONDR, 2018). Em Portugal foram registados, só no ano passado, 5284 novos casos de neoplasia do pulmão (Ferlay et al., 2018).

É efetivamente a neoplasia que mais mortes causa a nível mundial, sendo-lhe atribuído 1,76 milhões de óbitos, seguindo-se a neoplasia colorretal com 862 000 mortes (WHO, 2018). A diferença verificada entre estes dois casos permite inferir a severidade da neoplasia do pulmão no que toca à sobrevivência após o diagnóstico. No caso do nosso país, estima-se que tenham morrido só no ano passado 4671 pessoas devido a neoplasia do pulmão, verificando-se uma taxa de sobrevivência a 5 anos de 24,5% (Ferlay et al., 2018), sendo que esta percentagem pode variar significativamente de acordo com estadio da doença aquando do diagnóstico (NCI, 2019).

O desenvolvimento de neoplasia tem vindo a ser associado à interação entre fatores genéticos e a agentes externos, nomeadamente a exposição a agentes carcinogénicos físicos (radiação ultravioleta e ionizante), químicos (como o amianto ou arsénio) e biológicos (como infeções de determinados vírus, bactérias ou parasitas). Paralelamente, a idade tem vindo a ser descrita como um fator de risco para o desenvolvimento de neoplasia (WHO, 2018). No caso particular da neoplasia do pulmão, o tabaco continua a ser o principal fator inequivocamente associado ao seu desenvolvimento (NCI, 2019b; ONDR, 2018). A exposição passiva ao fumo do tabaco, a exposição ocupacional a carcinogénicos pulmonares e a poluição ambiental, bem como história familiar de neoplasia do pulmão e diagnóstico de HIV são também reconhecidos como estando relacionados com o desenvolvimento da doença. Outros fatores descritos como de associação incerta são o tipo de dieta, nomeadamente o consumo de vegetais e fruta e a atividade física (NCI, 2019b).

Relativamente ao diagnóstico, este pode coincidir com a manifestação de sintomas ou por consequência da sua identificação acidental em exames complementares de diagnóstico. As suspeitas que advêm dos exames imagiológicos ao tórax são preferencialmente confirmadas pelo recurso a biópsias por via percutânea ou broncoscópica (ONDR, 2018).

A neoplasia do pulmão pode ser dividida em duas categorias principais, a neoplasia do pulmão de não pequenas células (NPNPC) e a neoplasia do pulmão de pequenas células (NPPC). A NPNPC divide-se de acordo com o tipo de células cancerígenas, que crescem e se disseminam de formas diferentes, sendo os mais comuns o carcinoma epidermoide, carcinoma de grandes células e o adenocarcinoma (NIC, 2019).

No caso da NPPC, esta divide-se em dois tipos, nomeadamente o carcinoma de pequenas células e o carcinoma de pequenas células combinado (NIC, 2019) e é profundamente associado a hábitos tabágicos (DGS, 2013). Tem normalmente uma resposta melhor, comparativamente com a NPNPC em relação à quimioterapia e radioterapia. No entanto, a cura é menos frequente pois o diagnóstico ocorre frequentemente quando a doença já se encontra disseminada (NCI, 2019c), sendo que apenas um terço das pessoas com NPPC é diagnosticado com doença limitada, verificando-se uma taxa de sobrevivência a 5 anos no caso particular deste tipo de neoplasia do pulmão em situação de doença disseminada entre 1% e 2% (DGS, 2013).

Relativamente ao tratamento, atualmente existem disponíveis opções terapêuticas que podem ser utilizadas individualmente ou em associação, nomeadamente a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a imunoterapia e novas terapêuticas biológicas que deverão ser associadas a terapêutica de suporte, sendo que a evolução se faz pela terapêutica personalizada e pela decisão interdisciplinar (ONDR, 2018). As opções terapêuticas podem diferir consoante o tipo de neoplasia, o estadio da doença, a existência ou não de metástases e o estado geral da pessoa (NCI, 2019). Nas fases iniciais da doença a opção incorre normalmente pela cirurgia (NCI, 2019c; Saito et al., 2017; Mainini et al., 2016; Harada et al., 2013). Caso não seja possível operar, é possível controlar localmente a neoplasia com radioterapia, ou caso se apresente em estadios mais avançados, com radioterapia e quimioterapia. Em situações onde já exista metastização é possível melhorar a sobrevida e o alívio de sintomas com quimioterapia e/ou radioterapia e outras medidas de suporte (INE, 2019c).

A cirurgia torácica, enquanto opção terapêutica na neoplasia do pulmão, evoluiu significativamente nos últimos anos acompanhando os avanços do conhecimento científico, clínico e da técnica cirúrgica (Félix & Alvoeiro, 2017). As opções convencionais de toracotomia deram lugar a abordagens menos invasivas, com incisões menores e com técnicas de disseção menos agressivas em termos de disseção muscular (Félix & Alvoeiro, 2017). A cirurgia assistida por videotoracosopia é atualmente preferida, com resultados favoráveis enquanto técnica cirúrgica minimamente invasiva, reduzindo a morbilidade associada ao procedimento (Félix & Alvoeiro, 2017). A decisão sobre o tipo de abordagem e de recessão a realizar irá depender das características da lesão pulmonar e da componente cardiorrespiratória de cada pessoa. Segundo Felix & Alvoeiro (2017), as pessoas com limitação cardiorrespiratória apresentam um risco acrescido de morbilidade e mortalidade perioperatória e de compromisso permanente da reserva funcional, com repercussão grave na sua qualidade de vida.

A terapêutica adjuvante, como a quimioterapia ou a terapêutica hormonal tem vindo a revelar-se promissora no que toca ao aumento da longevidade e qualidade de vida das pessoas com neoplasia. (McCollom, 2011). Relativamente à radioterapia, esta é uma forma de tratamento que utiliza a radiação ionizante para destruir as células malignas (McCollom, 2011). É atualmente uma componente do tratamento multidisciplinar da neoplasia do pulmão, consoante o tipo de neoplasia e o seu estadiamento. Tem vindo a evoluir nas últimas décadas e é utilizada como

coadjuvante em abordagens cirúrgicas, para redução de massas, ou juntamente com quimioterapia ou imunoterapia (Chen et al., 2017).

Os sinais e sintomas apresentados pelas pessoas com neoplasia do pulmão podem resultar da localização da invasão local primária ou da compressão de estruturas torácicas adjacentes, dos locais de metastização ou de síndromes paraneoplásicas desenvolvidos (NCI, 2019). Os sintomas mais comuns associados são a tosse ou dor no peito, sendo também frequente a manifestação de dispneia, perda ponderal, disfonia, mal-estar e hemoptises (NCI, 2019c). Por outro lado, inerente ao tratamento, as pessoas relatam sintomas como fadiga, alterações do padrão do sono, e sensação de boca seca (Chen et al., 2015), náusea, dor, obstipação, dispneia, tosse e descondicionamento (Hoffman & Brintnall, 2017). Esse descondicionamento é ainda mais agravado com diminuição da capacidade para o exercício, se o tratamento passar pela opção de realizar quimioterapia e/ou radioterapia em concomitância com a cirurgia (Hoffman & Brintnall, 2017). Os estados de ansiedade e depressão associados aos sintomas anteriormente descritos podem limitar a capacidade funcional e prejudicar a qualidade de vida das pessoas com neoplasia do pulmão (Chen et al., 2015).

## **2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA/FAMÍLIA COM NEOPLASIA DO PULMÃO**

A Association of Rehabilitation Nurses (ARN) e a Oncology Nurses Society (ONS) colaboraram entre si no desenvolvimento de uma tomada de posição referente à Reabilitação Oncológica. Na sua declaração, as duas entidades assumem que as sequelas da neoplasia são melhor enfrentadas na presença de um programa de reabilitação abrangente e interdisciplinar, defendendo que estes programas beneficiam que a coordenação e a assunção da responsabilidade pelos cuidados ocorram por parte de enfermeiros especialistas em oncologia ou em reabilitação (McCollom, 2011).

Dado o número cada vez maior de pessoas com neoplasia, as intervenções de enfermagem de reabilitação ganham maior relevo nos cuidados prestados a estas pessoas (McCollom, 2011). A reabilitação da pessoa com neoplasia pode assumir uma abordagem preventiva, restauradora, de suporte e/ou paliativa, orientada para a saúde e que promova o melhor funcionamento, sendo que os resultados obtidos com estas intervenções verificam-se ao nível da qualidade de vida, com destaque particular para a melhoria dos resultados que se relacionam com o autocuidado (McCollom, 2011).

Relativamente à pessoa com neoplasia do pulmão, existe um défice de guidelines baseadas em evidência no que diz respeito às intervenções de reabilitação nestas pessoas (Hoffman e Brintnall, 2017). No entanto, a evidência científica permite inferir que o benefício da reabilitação pode ser direcionado a pessoas com neoplasia do pulmão (Wang, et al., 2016).

Decorrente da revisão narrativa realizada, verificou-se que as intervenções de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão incidem preferencialmente no âmbito da reeducação funcional respiratória e do treino de exercício (Wang et al., 2019; Quist et al., 2018; Yang et al., 2018; Hoffman & Brintnall, 2017; Lai et al., 2017; Saito et al., 2017; Zhou et al., 2017; Maeda et al., 2016; Mainini et al., 2016; Wang et al., 2016; Jastrzębski et al., 2015; Jeong & Yoo, 2015; Rivas-Perez, & Nana-Sinka, 2015; Harada et al., 2013; Morano et al., 2013; Wangnum et al., 2013) tendo em conta o tipo de sintomatologia apresentada por estas pessoas e tendo em conta o tipo de tratamento a que estão a ser sujeitas no momento da investigação. De forma

geral, as intervenções incluíram o treino de exercício (a marcha, o exercício aeróbico, o treino de fortalecimento dos músculos respiratórios) e a reeducação respiratória, com destaque para os exercícios de relaxamento, controlo da respiração, a utilização de espirómetro de incentivo, a correção postural, o ensino da tosse e do CATR, entre outros.

Os benefícios dos programas verificam-se tanto em contexto de internamento (Lai et al., 2017; Zhou et al., 2017; Jastrzębski et al., 2015;), como em contexto de ambulatório (Hoffman & Brintnall, 2017; Maeda et al., 2016; Chen et al., 2015), sendo que este último poderá ser mais aceitável na perspetiva da pessoa com neoplasia do pulmão, na medida em que não implica uma supervisão tao rigorosa e permite uma individualização das intervenções de acordo com a avaliação particular de cada pessoa (Wang et al., 2016; Jastrzębski et al., 2015).

A ressecção cirúrgica ainda está associada a morbilidade potencialmente significativa, limitações funcionais e diminuição da qualidade de vida (Sommer et al., 2016). Melhorar ou manter o estado geral e a função pulmonar no pré-operatório de pessoas propostas para cirurgia ao pulmão têm sido considerados essenciais para diminuir a morbilidade e as complicações pós-operatórias, especialmente pessoas com más condições pré-operatórias (Harada et al., 2013).

Os ganhos em saúde da reabilitação respiratória em contexto pré-operatório tem vindo a ser verificada (Lai et al., 2017), nomeadamente na melhoria da capacidade funcional das pessoas antes da cirurgia (Morano et al., 2013), bem como na redução de complicações pós-cirúrgicas (Wang et al., 2019; Yang et al., 2018; Saito et al., 2017; Zhou et al., 2017; Harada et al., 2013; Morano et al., 2013), na melhoria da capacidade pulmonar (Wang et al., 2019; Saito et al., 2017; Harada et al., 2013) e na redução do tempo de internamento (Wang et al., 2019; Zhou et al., 2017; Morano et al., 2013). No entanto, a necessidade de não adiar a cirurgia pode dificultar a implementação de programas de reabilitação respiratória pré-operatória (Sommer et al., 2016), justificando-se o desenvolvimento de programas de reabilitação pré-operatória de curto prazo (Saito et al., 2017; Harada et al., 2013).

Por outro lado, também a reabilitação respiratória no contexto pós-cirúrgico é viável e com resultados efetivos para as pessoas com neoplasia do pulmão submetidos a recessão pulmonar (Sommer et al., 2016; Pasqua, Geraneo & Nardi, 2015;), nomeadamente na diminuição do tempo de recuperação após a cirurgia, permitindo um regresso mais rápido às atividades de vida (Pasqua et al., 2015), assim como na melhoria da capacidade para a atividade física (Maeda et al., 2016).

Os avanços verificados nos tratamentos disponíveis para a neoplasia tiveram um impacto positivo nas taxas de sobrevivência, no controlo de alguns sintomas e na própria qualidade de vida das pessoas com neoplasia. No entanto permanecem por resolver muitos problemas funcionais e psicossociais que se manifestam a curto e longo prazo nas pessoas com neoplasia do pulmão (Akin & Kas Guner, 2019). Segundo Akin & Kas Guner (2019) a gestão eficaz dos efeitos secundários dos tratamentos e a própria autogestão da doença são vitais para a obtenção de melhores resultados de tratamento, menores taxas de morbilidade e para melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Relativamente à gestão de sintomas, a intervenção de reabilitação respiratória permitiu a redução da ansiedade, depressão e outros sintomas (Chen et al., 2015). A gestão da fadiga foi também validada qualitativamente (Hoffman & Brintnall, 2017) assim como a sua redução (Quist et al., 2018) e a diminuição da dispneia e a melhoria da qualidade de vida de pessoas sob quimioterapia e em fase avançada da doença (Jastrzębski et al., 2015). Chan, Yates & McCarthy (2016) verificaram que mesmo as pessoas em fase avançada da doença apresentam vontade e capacidade para aprender comportamentos que lhes permitam a gestão da fadiga.

Num ensaio clínico randomizado Wangnum et al., (2013) verificaram que os níveis de fadiga das pessoas com neoplasia do pulmão submetidos a quimioterapia diminuem com as intervenções dirigidas para o autocuidado. Neste sentido, melhorar a confiança destas pessoas para o desempenho do autocuidado pode ter um impacto positivo no desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais de controlo sintomas (Akin & Kas Guner, 2019). Incentivá-las na realização do autocuidado e na gestão dos efeitos secundários do tratamento pode ter um grande impacto na sua funcionalidade e qualidade de vida (Akin & Kas Guner, 2019).

A perceção errada da pessoa sobre a importância da reabilitação na melhoria da sua capacidade funcional e qualidade de vida pode ser uma barreira à sua participação (Cheville, Rhudy & Basford, 2017), assim como a existência de pouca confiança na sua capacidade para o autocuidado na gestão da doença e dos efeitos secundários do tratamento parece influenciar a gestão eficaz de sintomas (Akin & Kas Guner, 2019). Por outro lado, no caso particular das pessoas em contexto pós-cirúrgico Yang et al. (2018) referem que a dor poderá diminuir a motivação para a realização de exercícios respiratórios, assim como o elevado grau de dependência e

a fraqueza decorrentes da cirurgia, aspetos que necessariamente têm de ser tidos em conta no planeamento de intervenções a estas pessoas.

Cheville et al. (2017) defendem que as pessoas com neoplasia do pulmão devem se elucidadas sobre os benefícios da reabilitação e que a reabilitação deve ser formalmente incluída na assistência integral a estas pessoas. Por outro lado, a intervenção junto da família parece trazer benefícios, nomeadamente na inclusão da definição de objetivos e estratégias de ação (Chan, et al., 2016; Rivas-Perez, & Nana-Sinka, 2015), assim como na realização de ensinios (Jeong & Yoo, 2015).

### 3. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM

No sentido de concretizar a filosofia de cuidados e a concepção da prática que sustenta este projeto de formação e o estágio que se seguirá, optamos pela assunção da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem. Neste sentido, importa apresentar aqui os pressupostos teóricos que se revelam mais significativos tendo em conta o referido anteriormente.

Como ponto de partida definimos o conceito central do trabalho da autora – o autocuidado. Para Orem (2001) o autocuidado assume-se como uma ação reguladora, desempenhada pela própria pessoa, ou por alguém que o realiza por ela, com o intuito de preservar a vida, a saúde e o bem-estar. É uma atividade aprendida e realizada de forma intencional e contínua para responder às necessidades individuais da pessoa, que é afetada por fatores internos e externos que influenciam a capacidade da pessoa se envolver no autocuidado e a quantidade de autocuidado necessária (Orem (2001).

A partir deste conceito, Dorothea Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Deficit de Autocuidado, teoria essa que é composta por três teorias distintas interligadas entre si: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Deficit de Autocuidado; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Segundo esta autora existem condições básicas indispensáveis ao autocuidado, nomeadamente objetivos a alcançar através de ações de autocuidado a realizar por cada pessoa e que denomina de requisitos, distinguindo-os em três categorias: *os requisitos universais, os requisitos de desenvolvimento e os requisitos de desvio de saúde* (Orem, 2001). Os requisitos universais dizem respeito a ações desencadeadas para responder às necessidades de manutenção da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, ao longo do ciclo de vida, tais como: ingestão suficiente de água, ar e comida; cuidados associados aos processos de eliminação; equilíbrio entre a atividade e o descanso; equilíbrio entre a solidão e a interação social, prevenção de riscos e bem-estar humano; e o desenvolvimento humano em grupos sociais (Orem, 2001). Os requisitos de desenvolvimento dizem respeito às ações realizadas para a manutenção ou promoção da saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento, estando relacionadas com o desenvolvimento natural do ser humano, nomeadamente os processos e etapas do ciclo de vida (como o desenvolvimento intrauterino, a infância, a adolescência, o casamento/divórcio, a gravidez, o envelhecimento ou situações marcantes do ponto

de vista do desenvolvimento) e visam prevenir consequências negativas no desenvolvimento ou alcançar condições que superem essas consequências negativas (Orem, 2001). Os requisitos de desvio de saúde verificam-se quando a pessoa está perante uma situação de doença, deficiência ou incapacidade, mediante um diagnóstico médico e sob tratamento. São ações levadas a cabo com o intuito de prevenir, aliviar, curar ou controlar condições humanas indesejadas que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar da pessoa (Orem, 2001). A presença destes três tipos de requisitos é essencial perante uma situação de doença de modo a assegurar a estrutura e o funcionamento humano e a promover o desenvolvimento e conseqüentemente a contribuir para a reabilitação (Orem, 2001).

Quando a necessidade de autocuidado é superior à sua capacidade de o realizar, é necessária a intervenção de outras pessoas, para compensar as limitações derivadas ou relacionadas com a saúde, que comprometem um adequado envolvimento na manutenção do autocuidado (Orem, 2001). Quando a necessidade se sobrepõe à capacidade dos envolvidos, a intervenção requer-se profissional. Neste caso, à luz da Teoria de Deficit de Autocuidado é possível compreender o que é a enfermagem e porque é que em determinada altura e sob determinadas condições as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem (Orem, 2001). Mediante essa necessidade de cuidados, a intervenção de enfermagem estabelece-se como uma ação compensatória ou de ajuda, de forma a dar resposta às necessidades de autocuidado de terceiros.

A estrutura e o conteúdo desta intervenção de enfermagem são enquadrados na Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001). Esta poderá incidir essencialmente em atuar e agir pela pessoa enquanto agente de autocuidado terapêutico, embora, também utilize técnicas de orientação, apoio e suporte (sistema totalmente compensatório), passando pela intervenção para compensar limitações decorrentes da sua condição de saúde, mas tendo o enfermeiro e o doente o papel principal na realização das tarefas de autocuidado (sistema parcialmente compensatório) ou incidindo em ações de apoio, orientação e instrução para o exercício de desenvolvimento da atividade de autocuidado (sistema de Apoio-Educação)(Orem, 2001).

### **3.1. A Intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado**

A enfermagem de reabilitação, enquanto especialidade, permite uma área de atuação abrangente e múltipla, na medida em que a sua intervenção incide nas pessoas com doença aguda, crónica ou com sequelas decorrentes destas. Através de uma intervenção individualizada, o EEER garante a melhoria da funcionalidade, a promoção da independência e a satisfação das pessoas, preservando a sua autoestima (Regulamento n.º 392/2019, 2019). A sua ação concretiza-se na educação da pessoa e família/pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e reinserção na família e comunidade, promovendo desta forma a dignidade e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Mais especificamente, interessa explanar as competências específicas definidas pela OE do EEER, nomeadamente cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo da sua vida e em todos os contextos da prática de cuidados, avaliando a funcionalidade, diagnosticando limitações da atividade e incapacidades, promovendo o autocontrolo e autocuidado através do desenvolvimento de capacidades adaptativas a situações de transição saúde/doença e ou incapacidade, e melhorando ou reeducando as capacidades funcionais motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias, de eliminação e de sexualidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Ao EEER espera-se ainda competências na área da capacitação de pessoas com limitação da atividade, restrição da participação e deficiência, intervindo no desenvolvimento de respostas adaptativas às limitações da mobilidade e à potenciação da autonomia e da qualidade de vida, e ainda competências na área da maximização da funcionalidade, onde a sua intervenção passa por permitir um melhor desempenho nas áreas respiratória, motora e cardíaca (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Tendo em conta o descrito anteriormente, compreende-se a importância da intervenção d

o EEER junto da pessoa com alterações ou limitação da sua funcionalidade, permitindo a capacitação e promoção do autocuidado da pessoa/família, não só através da maximização do seu bem-estar como também da suplementação/complementação das atividades em que é dependente (OE, 2018).

A pessoa com neoplasia do pulmão depara-se frequentemente com limitações e incapacidades, decorrentes da sintomatologia associada à doença e ao tratamento, sendo frequente a existência de um desequilíbrio entre as necessidades de autocuidado que apresenta e as suas capacidades no desempenho de atividades de autocuidado. Perante a existência deste desequilíbrio, a pessoa com neoplasia do pulmão depara-se com um desvio de saúde que desencadeia uma necessidade terapêutica de autocuidado (Orem, 2001). A pessoa com neoplasia do pulmão poderá apresentar compromisso ao nível dos requisitos de autocuidado, nomeadamente ao nível dos requisitos universais (ingestão suficiente de ar; ingestão suficiente de água, ingestão suficiente de alimentos, eliminação satisfatória, equilíbrio entre atividade e descanso, equilíbrio entre momentos de solidão e interação social e prevenção de riscos à vida humana e manutenção da normalidade) e dos requisitos de autocuidado no desvio de saúde (na procura e garantia de assistência adequada; na consciencialização da doença e dos seus efeitos; no cumprimento das prescrições; na monitorização dos efeitos do tratamento; na aceitação do novo autoconceito perante o estado de doença e na adoção de medidas que promovam uma melhoria do estado de saúde) (Orem, 2001).

Em função do equilíbrio entre a ação de autocuidado e a necessidade de autocuidado, O EEER responde às limitações dos requisitos de autocuidado da pessoa e família com neoplasia do pulmão, através da promoção de capacidades adaptativas ao processo de transição saúde/doença e ou incapacidade com vista ao autocuidado (Regulamento n.º 392/2019, 2019), atuando como agente terapêutico de autocuidado.

De acordo com o défice de autocuidado verificado, mediante o equilíbrio entre a ação do enfermeiro e a ação do doente, a intervenção do EEER na pessoa com neoplasia do pulmão poderá ser totalmente compensatória, parcialmente compensatório ou de apoio-educativa (Orem, 2001). Neste sentido, os sistemas descritos por Orem podem estar presentes, de forma sequencial ou em simultâneo na pessoa com neoplasia do pulmão que apresente défice de autocuidado, tendo em conta o estágio de doença, o tratamento e de acordo com a intervenção do EEER.

A intervenção será estruturada à medida que a pessoa vai (re) adquirindo capacidades, assumindo as suas ações de autocuidado, ou vai apresentando necessidades de autocuidado progressivamente maiores à medida que a doença

progride, dirigindo os cuidados ou orientando os outros sobre a forma como desejam ser cuidados (Lutz & Davis, 2011).

Tendo em conta os cinco modos de intervir definidos por Orem, agir ou fazer por; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar a pessoa, a intervenção do EEER junto da pessoa e família com neoplasia do pulmão concretiza-se promovendo o seu autocuidado para manter, melhorar ou restabelecer a sua saúde e bem-estar.

## **4. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO**

A realização deste projeto de estágio assume-se como um exercício perspetivo e de planeamento. Neste sentido, de forma a permitir a aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEER no âmbito do Estágio do próximo semestre delineámos objetivos, gerais e específicos, de acordo com os Regulamentos n.º 392/2019 (2019) e nº 140/2019 (2019) e os descritores de Dublin, suportando o percurso de aprendizagem para a obtenção do grau de Mestre.

### **4.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos**

Para a aquisição das competências comuns do EE e das competências específicas do EEER, delineamos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

- Desenvolver competências de intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado.

- Desenvolver competências comuns de EE no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para a concretização destes objetivos gerais, estabelecemos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.
- Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.
- Elaborar, implementar e avaliar programas de treino de atividades, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da

qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.

- Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.
- Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.
- Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica.
- Desenvolver uma prática profissional especializada assegurando a melhoria contínua e a qualidade dos cuidados à pessoa/família.
- Desenvolver uma prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem.

Para cada objetivo específico foram delineadas atividades, assim como os recursos a mobilizar para a sua concretização e os indicadores que os permitam validar (Apêndice II). A concretização dos objetivos no âmbito do Estágio encontra-se esplanada no Cronograma de Atividades (Apêndice III).

## **4.2. Os locais de Estágio**

O percurso de aprendizagem planeado para a consecução dos objetivos estabelecidos inclui a realização de Estágios inseridos em contexto hospitalar e de comunidade, que serão preponderantes para o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências do EEER pretendidas. Para tal, optámos por eleger a Unidade de Cuidados Continuados (UCC) da Unidade de Saúde Familiar do Bairro Da Boavista em Lisboa e o Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, sendo que no período de 24 de setembro a 23 de novembro o Estágio decorrerá na UCC e de 26 de novembro a 8 de fevereiro no serviço de internamento.

Para ambos os contextos foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice IV) com o intuito de permitir conduzir as entrevistas informais a realizar aos Enfermeiros Chefes e/ou EEER dos contextos selecionados. De destacar que nesta fase foi já

realizada visita e entrevista ao EEER da UCC, sendo que para o serviço de internamento prevê-se a visita e entrevista assim que for oportuno, tendo em conta a disponibilidade do serviço e dos enfermeiros em questão. Esta entrevista visa validar a adequação dos contextos aos objetivos definidos para este projeto, bem como permitir o ajuste das atividades que pretendemos desenvolver, tal como conhecer alguns dos recursos dos contextos, que poderão ser uma mais valia na concretização dos objetos assumidos, antecipando eventuais necessidades de investimento e adequação.

Abrangendo uma área geográfica ampla e com uma população alvo idosa e com inúmeras necessidades de intervenção, a UCC revela-se um contexto rico no âmbito das oportunidades de aprendizagem, na medida em que são inúmeras as necessidades de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, particularmente ao nível da intervenção na função motora, de alimentação e eliminação. A intervenção na promoção do autocuidado acontece efetivamente na otimização e readaptação às novas condições de saúde, decorrentes das incapacidades, particularmente na intervenção junto da família, ao nível da capacitação dos cuidadores para a satisfação das necessidades de autocuidado.

Inserido num Centro Hospitalar Universitário, o serviço de internamento encontra-se profundamente organizado tendo em conta a sua vertente formativa e de ensino. Nele são desenvolvidos diferentes estágios profissionais, nomeadamente de enfermagem, médicos, de fisioterapeutas, entre outros. É, efetivamente, um serviço específico do ponto de vista das patologias do foro respiratório e, como tal, são frequentes os internamentos de pessoas com neoplasia do pulmão em diversas fases da sua doença, com diferentes motivos de internamento, mas que requerem a intervenção do EEER, permitindo reconhecer a intervenção autónoma e integrada na equipa interdisciplinar do serviço, do EEER junto destas pessoas e sua família, no âmbito da promoção do autocuidado. Por outro lado, pela diversidade das patologias do foro respiratório e pelas inúmeras comorbilidades que as pessoas internadas neste serviço apresentam, considero que este assume-se também como válido no desenvolvimento de competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A neoplasia do pulmão é a doença oncológica que mais mortes causa no mundo inteiro. A sua incidência é dramática, mas a esperança aumenta quando os dados epidemiológicos são analisados do ponto de vista das taxas de sobrevivência. São estes números que obrigam a que se encarem as pessoas com neoplasia do pulmão de uma outra perspectiva, exigindo intervenções que vão muito para além daquelas que podem responder às suas necessidades de fim de vida.

Decorrente do tipo de neoplasia diagnosticada, a fase da doença em que se encontra e a opção de tratamento a que está sujeita, a pessoa com neoplasia do pulmão pode apresentar inúmeras necessidades de cuidados que requeiram intervenção de enfermagem com diferentes graus de complexidades e de especificidade.

A realidade da intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão engloba um conjunto de intervenções validadas, no âmbito da reabilitação respiratória, particularmente ao nível da reeducação funcional respiratória, na gestão de sintomas como a fadiga ou a dispneia, na otimização da sua condição pré-operatória e na redução de complicações pós-operatórias. Estas concretizam-se otimizando a funcionalidade, reeducando a pessoas e família e potenciando as suas capacidades para a satisfação das suas necessidades de autocuidado.

A opção por estudar esta área permitiu verificar que a abordagem pela promoção do autocuidado culmina muitas vezes, segundo os estudos analisados, na promoção do bem-estar, possibilitando uma relação quase óbvia com a Teoria do Autocuidado de Orem, que sustenta a filosofia de cuidados deste projeto e do estágio que se seguirá no 3º semestre deste curso.

Neste projeto estão incluídos os objetivos gerais e específicos que se pretendem atingir para o desenvolvimento das competências comuns de EE e específicas de EEER. Para tal, as atividades que foram assumidas procuram, não só responder ao desenvolvimento de competências de intervenção especializada à pessoa/família com neoplasia do pulmão, como também a qualquer pessoa com necessidades especiais, independentemente do seu ciclo de vida, nos diferentes contextos de cuidados.

Sendo um exercício prospetivo, o estabelecimento de objetivos e respetivas atividades pressupõe a eventual necessidade de reestruturação e adequação do que

aqui se assumiu, mediante o decorrer do estágio e das oportunidades de aprendizagem que forem surgindo em ambos os contextos de aprendizagem. O compromisso será o de não excluir nenhum momento que se revele oportuno e proveitoso, mas sim a valorização de todas as experiências que possam contribuir para o desenvolvimento das referidas competências, numa lógica de responsabilização individual pelo processo de aprendizagem e de construção do saber.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akin, S., & Kas Guner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28 (1), e12898. Disponível em : <https://org/10.1111/ecc.12898>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Chan, R., Yates, P., & McCarthy, A. L. (2016). Fatigue Self-Management Behaviors in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Longitudinal Survey. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 762–771. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27768127&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Chen, H.-M., Tsai, C.-M., Wu, Y.-C., Lin, K.-C., & Lin, C.-C. (2015). Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. *British Journal Of Cancer*, 112(3), 438–445. Disponível em: <https://org/10.1038/bjc.2014.612>
- Cheville, A. L., Rhudy, L., Basford, J. R., Griffin, J. M., & Flores, A. M. (2017). How Receptive Are Patients With Late Stage Cancer to Rehabilitation Services and What Are the Sources of Their Resistance? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(2), 203–210. Disponível em: <https://org/10.1016/j.apmr.2016.08.459>
- Direção Geral de Saúde (2013) *Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células*. Lisboa: DGS.
- Félix & Alvoeiro (2017). Desafios e limites em cirurgia torácica. In R. Sotto-Mayor, *100 Perguntas-Chave no Cancro do Pulmão*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, ... , Bray F (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>

International Council of Nurses (2012) – *Combater a desigualdade: da evidencia à acção – closing the gap: from evidence to action*. Ordem dos enfermeiros. ISBN 978-989-8444-09-7

Harada, H., Yamashita, Y., Misumi, K., Tsubokawa, N., Nakao, J., Matsutani, J., ... Taniyama, K. (2013). Multidisciplinary Team-Based Approach for Comprehensive Preoperative Pulmonary Rehabilitation Including Intensive Nutritional Support for Lung Cancer Patients. *PLoS ONE*, 8(3), 1–9. Disponível em: <https://org/10.1371/journal.pone.0059566>

Hoffman, A. J., & Brintnall, R. A. (2017). A Home-based Exercise Intervention for Non–Small Cell Lung Cancer Patients Post-Thoracotomy. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 106–117. Disponível em: <https://org/10.1016/j.soncn.2016.11.011>

Jastrzębski, D., Maksymiak, M., Kostorz, S., Bezubka, B., Osmanska, I., Młynczak, T., ... Kozielski, J. (2015). Pulmonary Rehabilitation in Advanced Lung Cancer Patients During Chemotherapy. *Advances In Experimental Medicine And Biology*, 861, 57–64. Disponível em: [https://org/10.1007/5584\\_2015\\_134](https://org/10.1007/5584_2015_134)

Jeong, J.-H., & Yoo, W.-G. (2015). Effect of caregiver education on pulmonary rehabilitation, respiratory muscle strength and dyspnea in lung cancer patients. *Journal Of Physical Therapy Science*, 27(6), 1653–1654. Disponível em: <https://org/10.1589/jpts.27.1653>

Lai, Y., Su, J., Qiu, P., Wang, M., Zhou, K., Tang, Y., & Che, G. (2017). Systematic short-term pulmonary rehabilitation before lung cancer lobectomy: a randomized trial. *Interactive Cardiovascular And Thoracic Surgery*, 25(3), 476–483. Disponível em: <https://org/10.1093/icvts/ivx141>

Lutz & Daviz (2011) In Hoeman, S. (2011). *Modelos teóricos e práticos para a enfermagem de reabilitação. Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.ª ed.). Loures: Lusociência.

Mainini, C., Rebelo, P. F., Bardelli, R., Kopliku, B., Tenconi, S., Costi, S., ... Fugazzaro, S. (2016). Perioperative physical exercise interventions for patients undergoing lung cancer surgery: What is the evidence? *SAGE Open Medicine*,

4, 2050312116673855. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27803808&lang=pt-pt&site=ehost-live>

McCollom (2011). Reabilitação Oncológica. In Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Morano, M. T., Araújo, A. S., Nascimento, F. B., da Silva, G. F., Mesquita, R., Pinto, J. S., ... Pereira, E. D. (2013). Preoperative pulmonary rehabilitation versus chest physical therapy in patients undergoing lung cancer resection: a pilot randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), 53–58. Disponível em: <https://org/10.1016/j.apmr.2012.08.206>

National Cancer Institute (2019). SEER Stat Fact Sheets: Lung and Bronchus. *National Institutes of Health*. Disponível em <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/lungb.html>

National Cancer Institute (2019b). Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Lung Cancer Prevention. *National Cancer Institute. Updated* Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/lung/hp/lung-prevention-pdq>

National Cancer Institute (2019c). Adult Treatment Editorial Board. Non-Small Cell Lung Cancer Treatment. *National Cancer Institute*. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/lung/patient/non-small-cell-lung-treatment-pdq>

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal – Retrato da saúde 2018. O estado da Saúde em Portugal. Lisboa: SNS

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Pasqua, F., Geraneo, K., Nardi, I., Lococo, F., & Cesario, A. (2015). Pulmonary Rehabilitation in lung cancer. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 79(2). Disponível em: <https://org/10.4081/monaldi.2013.95>
- Quist, M., Sommer, M. S., Vibe-Petersen, J., Stærkind, M. B., Langer, S. W., Larsen, K. R., ... Pedersen, J. H. (2018). Early initiated postoperative rehabilitation reduces fatigue in patients with operable lung cancer: A randomized trial. *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 126, 125–132. Disponível em: <https://org/10.1016/j.lungcan.2018.10.025>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 85/2019*, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568.
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 26/2019*, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750.
- Rivas-Perez, H., & Nana-Sinkam, P. (2015). Integrating pulmonary rehabilitation into the multidisciplinary management of lung cancer: a review. *Respiratory Medicine*, 109(4), 437–442. Disponível em: <https://org/10.1016/j.rmed.2015.01.001>
- Saito, H., Hatakeyama, K., Konno, H., Matsunaga, T., Shimada, Y., & Minamiya, Y. (2017). Impact of pulmonary rehabilitation on postoperative complications in patients with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. *Thoracic Cancer*, 8(5), 451–460. Disponível em: <https://org/10.1111/1759-7714.12466>
- Sommer, M. S., Trier, K., Vibe-Petersen, J., Missel, M., Christensen, M., Larsen, K. R., ... Langberg, H. (2016). Perioperative Rehabilitation in Operable Lung Cancer Patients (PROLUCA): A Feasibility Study. *Integrative Cancer Therapies*, 15(4), 455–466. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27151595&lang=pt-pt&site=ehost-live>

- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-557-4
- Wang, H., Liu, X., Rice, S. J., & Belani, C. P. (2016). Pulmonary Rehabilitation in Lung Cancer. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 8(10), 990–996. Disponível em: <https://org/10.1016/j.pmrj.2016.03.010>
- Wang, Y.-Q., Liu, X., Jia, Y., & Xie, J. (2019). Impact of breathing exercises in subjects with lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Clinical Nursing*, 28(5–6), 717–732. Disponível em: <https://org/10.1111/jocn.14696>
- Wangnum, K., Thanarojanawanich, T., Chinwatanachai, K., Jamprasert, L., Maleehuan, O., & Janthakun, V. (2013). Impact of the multidisciplinary education program in self-care on fatigue in lung cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 96(12), 1601–1608. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24511726&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- World Health Organization (2018). *Cancer - key facts*. Acedido em 19/5/2019. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Yang, M., Zhong, J., Zhang, J.-E., Huang, X.-X., Li, C.-Z., Hong, Z.-X., & Zhang, S.-W. (2018). Effect of the self-efficacy-enhancing active cycle of breathing technique on lung cancer patients with lung resection: A quasi-experimental trial. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 34, 1–7. Disponível em: <https://org/10.1016/j.ejon.2018.02.009>
- Zhou, K., Su, J., Lai, Y., Li, P., Li, S., & Che, G. (2017). Short-term inpatient-based high-intensive pulmonary rehabilitation for lung cancer patients: is it feasible and effective? *Journal of Thoracic Disease*, 9(11), 4486–4493. Disponível em: <https://org/10.21037/jtd.2017.10.105>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I – Revisão Narrativa da Literatura**

## REVISÃO DA NARRATIVA

A mobilização de evidência científica para orientar a intervenção de enfermagem contribui para a melhoria da qualidade do sistema de saúde (ICN, 2012). No entanto, verifica-se atualmente um crescente número de produções científicas em vários campos da investigação que condiciona o processo investigativo, sendo que a sua disponibilidade não garante a sua qualidade. Importa, portanto, que os enfermeiros possuam competências que lhes permita identificar e mobilizar a melhor evidência científica disponível, de forma a sustentar a sua prática (ICN, 2012). Para além de ser necessário compreender existência de uma hierarquia relativamente aos desenhos de investigação e, conseqüentemente, à evidência que os estudos disponibilizam, é também importante que a sua se adequem ao pretendido.

Para a concretização deste projeto optámos pela realização de uma revisão narrativa da literatura. Segundo Vilelas (2009) a revisão da narrativa é normalmente realizada quando se pretende reunir conhecimento sobre determinado tema, de forma a clarificar ou caracterizar o objeto de estudo. Neste sentido, com o intuito de rever o estado da arte no que à intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado definimos como pergunta de pesquisa:

*Quais as intervenções do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão, na promoção do autocuidado?*

Tendo em conta o acrónimo PI(c)O, a nossa pesquisa teve como **P**opulação pessoas de ambos os géneros, com o diagnóstico de neoplasia do pulmão e/ou sua família; como **I**ntervenção qualquer intervenção do EEER na pessoa/família com diagnóstico de neoplasia do pulmão e como **O**utcomes a promoção do seu autocuidado.

Quadro 1. Metodologia de pergunta PICO

	P	I	C	O
Palavras-chave	Pessoa com neoplasia do pulmão	Intervenção do EEER	-	Promoção do Auto-cuidado
Termos indexados	MM "Lung Neoplasms"; MM "Carcinoma,	"nurs*"; MM "Nursing	-	MM "Self Care"

Cinahl	Non-Small-Cell Lung	Interventions"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Rehabilitation, Pulmonary"; MM "Rehabilitation, Cancer"		
Termos indexados Medline	MM "Lung Neoplasms"; MM " Carcinoma, Non-Small-Cell Lung"	"nurs*"; "Nursing Interventions"; MM "Nursing"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Nursing Rehabilitation";	-	MM "Self Care"
Palavras-chave PEDro	"Lung" "Oncology"	"Rehabilitation"	-	"Self Care"

Tendo em conta a finalidade da questão definida e os objetivos pretendidos com a revisão narrativa não foi considerada nenhuma comparação de intervenção para os resultados pretendidos.

#### Estratégia de Pesquisa:

Após a definição da pergunta, importa explicar a estratégia de pesquisa adotada. Numa primeira etapa definimos as palavras-chave da pesquisa, através da identificação dos termos descritores relacionados com cada um dos componentes do acrónimo PICO.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCO host. Para garantir a viabilidade da pesquisa nestas bases de dados utilizamos descritores controlados através do aplicativo MeSH (Medical Subject Headings) e CINAHL Headings, respetivamente, assim como descritores não controlados (palavras textuais e sinónimos), recorrendo os operadores booleanos AND e OR para combinar os descritores definidos. Foi ainda utilizada a base de dados PEDro, the Physiotherapy Evidence Database, de acesso livre.

Como delimitadores da pesquisa foram definidos os seguintes critérios: considerar-se os estudos publicados entre 1 janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2019, cujo idioma fosse em português, espanhol ou inglês e com acesso a texto integral e resumo disponível. Como critérios de exclusão, decidimos à partida não incluir estudos com metodologia ambígua ou que surgissem repetidos nas três pesquisas.

Os descritores utilizados na base de dados CINAHL foram: "nurs\*"; MM "Nursing Interventions"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Rehabilitation, Pulmonary"; MM "Rehabilitation, Cancer"; MM "Self Care"; MM "Lung Neoplasms"; MM " Carcinoma, Non-Small-Cell Lung", com os operadores booleanos AND e OR, segundo a estratégia de pesquisa apresentada no Quadro 2.

PESQUISA	DESCRITORES	RESULTADOS
S1	Carcinoma, Non-Small-Cell Lung (MM)	11,241
S2	Lung Neoplasms (MM)	24,870
S3	Rehabilitation, Cancer (MM)	742
S4	Rehabilitation (MM)	12,314
S5	Rehabilitation, Pulmonary (MM)	1,369
S6	Nurs*	823,232
S7	Nursing Interventions (MM)	2,637
S8	Nursing Care (MM)	15,520
S9	Self Care (MM)	18,293
S10	S1 OR S2	28,771
S11	S3 OR S4 OR S5	14,411
S12	S6 OR S7 OR S8	823,232
S13	S10 AND S11	32
S14	S10 AND S11 AND S12	1

S15	S9 AND S13	0
S16	S9 AND S10	17
S17	S12 AND S16	4
S18	S9 AND S10 AND S11	0
S19	S13 OR S14 OR S16 OR S17	49
APÓS A APLICAÇÃO DOS DELIMITADORES: FULL-TEXT, RESUMO DISPONÍVEL, IDIOMA PORTUGUÊS, ESPANHOL, INGLÊS E LIMITE TEMPORAL (2013-2019) À PESQUISA S19		16

Quadro 2. Estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL via EBSCO host

Os descritores utilizados na base de dados MEDLINE foram: "nurs\*"; "Nursing Interventions"; MM "Nursing"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Nursing Rehabilitation"; MM "Self Care"; MM "Lung Neoplasms"; MM "Carcinoma, Non-Small-Cell Lung", com os operadores booleanos AND e OR, segundo a estratégia de pesquisa apresentada no Quadro 3.

PESQUISA	DESCRITORES	RESULTADOS
S1	Carcinoma, Non-Small-Cell Lung (MM)	42,411
S2	Lung Neoplasms (MM)	159,678
S3	Rehabilitation (MM)	13,951
S4	Rehabilitation, Nursing (MM)	990
S5	Nurs*	806,041
S6	Nursing (MM)	25,278
S7	Nursing Care (MM)	22,624
S8	Nursing Interventions	4,191
S9	Self Care (MM)	17,298
S10	S1 OR S2	162,272
S11	S3 OR S4	14,924
S12	S5 OR S6 OR S7 OR S8	806,041
S13	S10 AND S11	6
S14	S10 AND S11 AND S12	1
S15	S9 AND S13	0
S16	S9 AND S10	19
S17	S12 AND S16	13

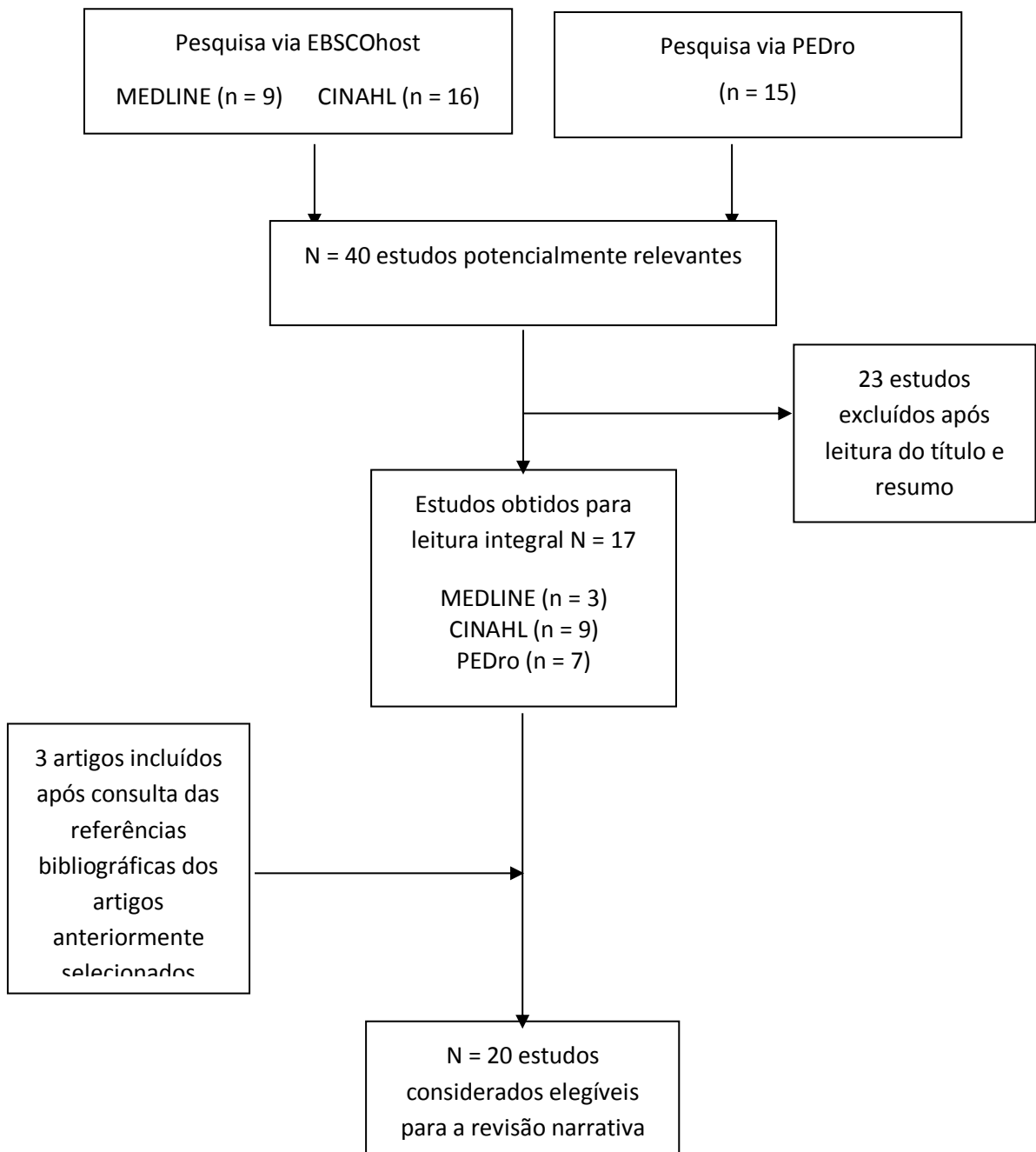
S18	S9 AND S10 AND S11	0
S19	S13 OR S14 OR S16 OR S17	25
APÓS A APLICAÇÃO DOS DELIMITADORES: FULL-TEXT, RESUMO DISPONÍVEL, IDIOMA PORTUGUÊS, ESPANHOL, INGLÊS E LIMITE TEMPORAL (2013-2019) À PESQUISA S19		9

Quadro 3. Estratégia de pesquisa na base de dados MEDLINE via EBSCO host

Na base de dados PEDro as palavras-chave utilizadas foram escolhidas dum conjunto de termos pré-estabelecidos, sendo eles “lung”, “oncology” e “rehabilitation”. A pesquisa foi realizada já com o limite temporal 2013-2019, sendo selecionados 15 artigos.

Dos 40 artigos selecionados, foram escolhidos 17 artigos, resultado da leitura dos títulos e resumos dos mesmos, tendo em conta os critérios de inclusão estabelecidos, bem como da exclusão dos artigos que se encontravam repetidos nas diferentes bases de dados. Pontualmente, foi realizada a leitura integral de artigos, quando a primeira triagem realizada ao título e resumo não foi esclarecedora.

Três outros artigos, identificados na sequência da consulta das referências bibliográficas dos artigos selecionados previamente, foram considerados relevantes para a pesquisa realizada. O percurso de seleção dos artigos encontra-se resumido no esquema que se segue:



Com o intuito de permitir um resumo e consulta mais facilitada dos resultados da pesquisa foi elaborada uma tabela onde todos os artigos são incluídos, sendo apresentado o nome dos autores e o ano de publicação do artigo, o tipo de estudo, os objetivos, as intervenções analisadas e as conclusões a que os autores chegaram.



AUTORES	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Akin & Kas Guner (2019)	Estudo descritivo correlacional	<p>Explorar a relação entre a fadiga, autoeficácia e qualidade de vida em pessoas com neoplasia gastrointestinal, da mama e do pulmão sob quimioterapia;</p> <p>Hipóteses:</p> <p>A confiança na capacidade de autocuidado está positivamente relacionada com a qualidade de vida e negativamente relacionada com os níveis de fadiga durante a quimioterapia;</p> <p>Os níveis de fadiga estão relacionados com a qualidade de vida.</p>	<p>- Aplicação da FACIT-F scale (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Fatigue) que inclui 5 subescalas: bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar emocional, bem-estar funcional e a subescala da fadiga;</p> <p>- Aplicação da SUPPH scale (Strategies Used by Patients to Promote Health) desenvolvida para medir a capacidade de autocuidado para comportamentos de saúde, que inclui 3 subescalas (redução do stress, tomar decisões e atitude positiva.</p>	<p>Os participantes tinham pouca confiança na sua capacidade para o autocuidado, durante a quimioterapia, na gestão da doença e dos efeitos secundários do tratamento o que poderá levar a um controlo menos eficaz da fadiga e a necessitarem de maior apoio na gestão de outros sintomas;</p> <p>Melhorar a confiança das pessoas com neoplasia para o desempenho do autocuidado pode ter um impacto positivo no desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais de controlo de fadiga e influenciar positivamente a qualidade de vida destas pessoas.</p>
Chan, R.,	Estudo de	Explorar os	- Realizar pequenos períodos	Todos os participantes, mesmos os que

<p>Yates, P., &amp; McCarthy, A. L. (2016).</p>	<p>coorte longitudinal</p>	<p>comportamentos de autogestão da fadiga e fatores associados à eficácia desses comportamentos;</p>	<p>de sono durante o dia (adormecer por menos de três horas) e ainda períodos de descanso; Aplicar estratégias de melhoria do sono (reduzir o ruído, evitar cafeína antes de dormir, entre outras);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar exercícios aeróbicos (caminhar, subir escadas, nadar), de alongamento e de força; Desenvolver atividades de forma a aproveitar ao máximo os seus níveis de energia; Desenvolver atividades relaxantes, como por exemplo, ouvir música e ler;</li> <li>- Usar terapias complementares ou alternativas (por exemplo, acupuntura, aromaterapia, massagem, reflexologia);</li> <li>- Conversar com alguém sobre seus medos e preocupações no</li> </ul>	<p>se encontravam em fase avançada da doença ainda queriam e eram capazes de ter uma serie de comportamentos que lhes permitiam controlar a fadiga sentida;</p> <p>Conhecer os comportamentos de autogestão de fadiga utilizados por cada pessoa permite conceber programas individualizados;</p> <p>Incluir as pessoas, família e profissionais na definição de objetivos, planos de ação, educação, recursos e meios permite otimizar a autogestão da fadiga.</p>
---	----------------------------	--	---	---

			<p>que diz respeito à fadiga;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter uma dieta equilibrada, bebendo suplementos nutricionais (por exemplo, bebidas com alto teor de proteínas, bebidas vitamínicas) e ainda bebidas ricas em cafeína.</li> </ul>	
Chen, Tsai & Wu, (2015)	Ensaio Clínico Randomizado	Verificar o efeito que exercícios de caminhada (no domicílio) têm na ansiedade, depressão e severidade dos sintomas associados à neoplasia em pessoas com neoplasia do pulmão.	- Programa de caminhada durante 12 semanas, de intensidade moderada, consistindo em 40 minutos por sessão, 3 sessões por semana e aconselhamento semanal.	Os resultados do estudo sugerem que o exercício de caminhada em casa pode reduzir a ansiedade e a depressão;  Os profissionais de saúde devem compreender e considerar o exercício como uma intervenção de cuidados de suporte para as pessoas com neoplasia do pulmão.
Cheville, Rhudy & Basford, (2017)	Estudo de coorte longitudinal	Perceber quão recetivas estão as pessoas com neoplasia do pulmão em fase avançada da doença à reabilitação e quais são os	- Realização de entrevista com a aplicação de escalas de avaliação da capacidade física, dor, dispneia, fadiga, ansiedade e depressão, stress emocional e	Cerca de 1/3 dos participantes no estudo revelaram interesse em receber cuidados de reabilitação apesar dos elevados níveis de incapacidade e sofrimento que apresentavam, sendo mais frequente

		motivos da sua resistência (recusa).	stress associado às limitações funcionais, e ainda um inquérito sobre o interesse em receber cuidados de reabilitação e outro sobre os motivos que levam a recusar.	nestes a existência de um filho como cuidador ou apresentarem comorbilidades músculo-esqueléticas.
Harada, et al., (2013)	Estudo de coorte longitudinal	Desenvolver um programa de reabilitação pulmonar pré-operatória de curto-prazo (2-5 semanas) para pessoas com neoplasia do pulmão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino e realização de técnicas de respiração e tosse adequadas;</li> <li>-Ensino e utilização do espirómetro de incentivo;</li> <li>-Treino de exercício incluindo bicicleta ergonómica;</li> <li>-Ensino e suporte nutricional.</li> </ul>	<p>A efetividade do programa foi verificada em termos de redução de complicações pós-operatórias e melhoria da capacidade pulmonar;</p> <p>O programa parece ser benéfico e eficaz, especialmente em pessoas com más condições pré-operatórias.</p>
Hoffman, A. J., & Brintnall, R. A. (2017)	Entrevista qualitativa (aos participantes dum ECR)	Avaliar qualitativamente a aceitação de um programa de reabilitação pós-cirúrgica (toracotomia) desenvolvido para melhorar a gestão da	- Programa de reabilitação pós-operatória de 6 semanas, em ambulatório, implementado por enfermeiros, com recurso a nintendo wii fit, baseado em:	<p>O programa apresenta-se como uma solução concreta à necessidade que as pessoas apresentam, para permitir a gestão da sua fadiga;</p> <p>Os participantes revelaram grande</p>

		fadiga em pessoas com neoplasia do pulmão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de exercício, incluindo marcha e treino de equilíbrio;</li> <li>• Duração e intensidade do exercício progressivamente aumentada, correspondendo à realização das AVD.</li> </ul>	aceitação, sugerindo que se se eliminarem as tradicionais barreiras ao exercício nestas pessoas poderá potenciar-se a sua aplicabilidade e utilidade, permitindo reformular a perspectiva de reabilitação nestas pessoas.
Jastrzębski, et al., (2015)	Ensaio clínico randomizado	Investigar a utilidade da reabilitação pulmonar para melhorar a capacidade de exercício, dispneia e qualidade de vida das pessoas com neoplasia do pulmão sob quimioterapia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo de controlo não realizou reabilitação;</li> <li>- O grupo de intervenção realizou treino de exercício com o recurso a bastões, treino de músculos respiratórios, exercício aeróbico, marcha (consoante a sua capacidade para o exercício).</li> </ul>	<p>Os autores verificaram um aumento da capacidade para o exercício (6-MWT) e do FEV1, menos dispneia (Modified dyspnea scale of the Medical Research Council (MRC); e uma tendência para a melhoria da qualidade de vida (Short Form Health Survey (SF-36);</p> <p>A reabilitação respiratória em contexto hospitalar é uma intervenção eficaz na redução da dispneia e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com neoplasia do pulmão em fase avançada da doença e sob quimioterapia;</p> <p>Propõem programas menos frequentes e menos intensos, que possam ser</p>

				realizados em casa sem a necessidade de supervisão clínica, assim como uma avaliação particular de cada pessoa de modo a individualizar as intervenções.
Jeong, J.-H., & Yoo, W.-G. (2015).	Ensaio clínico randomizado	Avaliar os efeitos da realização de ensinamentos sobre reabilitação respiratória ao prestador de cuidados de pessoas com neoplasia do pulmão sujeitas a ressecção pulmonar.	<p>- No grupo experimental, os prestadores de cuidados receberam ensinamentos sobre reabilitação respiratória e no grupo de controlo os ensinamentos foram sobre cuidados gerais;</p> <p>- Os ensinamentos referentes à reabilitação respiratória incluíram orientação referente a tosse com contenção, desobstrução de vias aéreas, exercícios respiratórios e exercícios de alongamento e fortalecimento.</p>	<p>O grupo experimental apresentou aumento da força dos músculos respiratórios, assim como diminuição da percepção da dispneia (Escala de Borg modificada);</p> <p>Concluíram que a realização de ensinamentos aos cuidadores no âmbito da reabilitação respiratória foi associada à melhoria da função pulmonar em pessoas com neoplasia do pulmão após ressecção pulmonar.</p>
Lai et al., (2017)	Ensaio Clínico Randomizado	Avaliar o impacto de um programa de exercícios durante uma semana no período pré-operatório, em	<p>- Período pré-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• grupo de controlo recebeu cuidados de rotina;</li> </ul>	Ensinamentos e orientações eficazes, treino da musculatura respiratória e treino de exercício aeróbico podem melhorar a força muscular, a resistência

		<p>peças com neoplasia do pulmão propostas para lobectomia e que apresentavam fatores de risco para complicações pulmonares pós-operatórias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grupo de intervenção alvo de um programa de 7 dias que incluía exercícios respiratórios de expansão torácica com e sem espirómetro de incentivo, respiração abdominal e exercícios de resistência aeróbicos.</li> </ul>	<p>cardiorrespiratória, a tolerância à cirurgia e reduzir a taxa de complicações pós-operatórias;</p> <p>Um programa pré-operatório de exercício pulmonar sistemático e de alta intensidade é uma estratégia viável para pessoas com neoplasia do pulmão com fatores de risco para complicações pós-cirúrgicas.</p>
Mainini, et al. (2016)	Revisão sistemática da literatura	<p>Definir as intervenções de reabilitação respiratória pessoas com NPNPC tratadas cirurgicamente, com ênfase no exercício físico, em contexto peri-operatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Período pré-operatório: treino aeróbico de alta intensidade, tanto para membros superiores como inferiores e exercícios respiratórios. Duração de 3 semanas com 5 sessões semanais e individuais;</li> <li>- Período pós-operatório: treino aeróbico e de força ou equilíbrio. Treino da musculatura inspiratória e de técnicas de controlo da dispneia;</li> </ul>	<p>Os autores assumiram que existe um défice de ensaios clínicos randomizados e uma grande heterogeneidade de intervenções realizadas nestas pessoas, o que dificulta o estabelecimento concreto de um programa de intervenção de exercício, pré ou pós-operatório, para pessoas com NPNPC tratadas cirurgicamente;</p> <p>Destacam-se a interação de várias componentes nos programas analisados, nomeadamente o treino de exercício, o treino de músculos inspiratórios, o</p>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Programa de 6 semana, em casa, sem supervisão. - Programa de exercícios usando a Nintendo WiiFit Plus: 5min / dia durante os primeiros 5 dias. A duração foi aumentada a cada semana com o objetivo de caminhar continuamente por 30min / dia até à 6ª semana;</li><li>• Treino individual de 8 semanas, supervisionado com 3 dias / semana de treino aeróbico e de resistência;</li><li>• Programa de 20 semanas de alta intensidade, consistindo em 3 sessões em ambulatório por semana, sendo uma delas uma sessão de grupo. Treino aeróbico e de força;</li><li>• Sessões semanais de reabilitação em grupo durante</li></ul>	<p>espirómetro de incentivo, exercícios respiratórios, técnicas de limpeza das vias aéreas;</p> <p>Destacam ainda o exercício aeróbico como a componente mais relevante para melhorar a capacidade para o exercício nestas pessoas.</p>
--	--	--	---	---

			10 semanas, a partir da terceira semana pós-operatória. Este programa incluiu também três sessões individuais de aconselhamento de enfermagem pós-operatório, com duração de uma hora e meia, como parte dos cuidados habituais.	
Morano, et al., (2013)	Ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito de 4 semanas de reabilitação respiratória na capacidade funcional no pré-operatória e na morbidade pós-operatória de pessoas com neoplasia do pulmão, operadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duração de 4 semanas</li> <li>- Realização de exercícios de força e resistência, de alongamentos, flexibilidade e equilíbrio, treino de musculatura inspiratória.</li> </ul>	O programa de reabilitação respiratória melhorou a capacidade funcional no pré-operatório e diminuiu as complicações respiratórias e o tempo de internamento no período pós-operatório.
Quist et al., (2018)	Ensaio clínico randomizado	Investigar o efeito da reabilitação pós-operatória precoce vs. tardia em pessoas com neoplasia de pulmão operável,	- Reabilitação com início precoce (14 dias depois da cirurgia) vs. reabilitação com início tardio (14 semanas depois da cirurgia);	O estudo permitiu verificar que não existiu diferença entre o início precoce ou tardio da reabilitação nestas pessoas, relativamente aos itens inicialmente avaliados.

		nomeadamente na capacidade de exercício, na capacidade funcional, na força muscular e na qualidade de vida.	- Intervenção igual de 12 semanas: 24 sessões em grupo de exercício (aeróbico e de força), 3 sessões individuais de ensino e aconselhamento e 3 sessões de grupo de promoção de comportamentos saudáveis, incluindo cessação tabágica e suporte nutricional, se necessário.	Os autores verificaram que a fadiga foi efetivamente reduzida, defendendo que para a sua diminuição, as pessoas devem integrar programas de exercício precoces.
Rivas-Perez, H., & Nana-Sinkam, P. (2015).	Revisão Narrativa da Literatura	Revisão da literatura tendo em conta o potencial da reabilitação respiratória na gestão da neoplasia do pulmão.	<p>- Período pré-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reabilitação respiratória com fisioterapia; entre a 4ª e a 6ª semana pré-operatória; avaliação das limitações funcionais;</li> </ul> <p>- Período pós-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reabilitação respiratória, por um período de 8 semanas após a cirurgia em regime de internamento; avaliação através de prova de marcha</li> </ul>	<p>A reabilitação respiratória melhora tanto a capacidade para o exercício como a dispneia; quando implementada logo após a cirurgia, as pessoas tendem a relatar mais dor, sendo assim, instituir reabilitação respiratória apenas 3 meses após a cirurgia tem sido aconselhado.</p> <p>É uma intervenção terapêutica minimamente invasiva que melhor os sintomas respiratórios e a qualidade de vida; tem maiores benefícios se for aplicada no pós-operatório, no entanto</p>

			<p>de 6 minutos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de 3 sessões semanais de reabilitação respiratória num total de 4 semanas; avaliação de FEV1, prova de marcha de 6 minutos e percepção de dispneia (Escala de Borg),</li> </ul>	<p>não é consensual a duração ideal da mesma.</p> <p>Existe evidência científica relativamente à reabilitação respiratória no pré e pós-operatório de pessoas com neoplasia do pulmão, nomeadamente na tolerância ao exercício físico e na diminuição do tempo de recuperação. Relativamente às pessoas sob quimioterapia e radioterapia verifica-se também benefícios com reabilitação respiratória;</p> <p>Os ensinos enquanto componente de programas de reabilitação potenciam a gestão da doença;</p> <p>As pessoas e família devem ser incluídas na escolha dos objetivos a alcançar com os programas.</p>
Saito et al., (2017)	Estudo de coorte longitudinal	Avaliar a contribuição da reabilitação respiratória em pessoas com NPNPC e DPOC na redução da	- Avaliação da função pulmonar, incluindo a capacidade vital (VC) e o FEV1, no pré-operatório após a reabilitação	Verificou-se que a reabilitação respiratória melhorou a função pulmonar e pode diminuir as complicações pós-operatórias;

		incidência de complicações pulmonares pós-operatórias.	respiratória e um e seis meses após a cirurgia; - Período pré-operatório: técnicas de controlo respiratório e de tosse, treino da musculatura respiratória e treino de exercício (duração de 2 a 4 semanas); - Período pós-operatório: 1º dia de pós-operatório. Inicialmente com a introdução de exercícios respiratórios diafragmáticos, administração de terapêutica broncodilatadora, exercícios de expansão torácica e mobilização da cintura escapular.	Programas de 2 a 4 semanas podem ser adequados tendo em conta o equilíbrio que é necessário existir entre o tratamento cirúrgico a realizar e o tempo necessário para a implementação do programa de reabilitação.
Sommer et al., (2016)	Ensaio Clínico Randomizado			
Wang, Liu &	Revisão Narrativa da	Revisão sobre de que forma a reabilitação	- O treino de exercício realizado sob a supervisão de	Na reabilitação respiratória, é importante a realização de uma avaliação global da

Rice, (2016)	Literatura.	<p>respiratória poderá ser realizada em pessoas com neoplasia do pulmão que foram operadas e /ou que fizeram quimioterapia, para melhorar a sua qualidade de vida.</p>	<p>profissionais de reabilitação é a base dos programas de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de 8 semanas de treino exercício aeróbico com intervalo melhora a capacidade para o exercício e alivia a fadiga e a dispneia;</li> <li>- Programa de caminhada, no domicílio, durante 12 semanas, demonstrou-se eficaz na gestão da depressão e ansiedade em pessoas com neoplasia do pulmão;</li> <li>- Programa de exercícios estruturado e supervisionado, durante 6 semanas, revelou eficácia na capacidade física e funcional, redução do nível de ansiedade e aumento do bem-estar emocional sem efeito na qualidade de vida geral</li> </ul>	<p>pessoa para o desenvolvimento de um plano cuidados individualizado e apropriado;</p> <p>A utilização de instrumentos apropriados para a avaliação da capacidade para o exercício, da qualidade de vida e da dispneia permitem avaliar a efetividade dos programas de reabilitação;</p> <p>A reabilitação pulmonar pré-operatória também pode reduzir a morbidade, bem como a incidência de atelectasia, facilitando uma rápida recuperação e diminuindo o tempo de internamento;</p> <p>É possível melhorar a capacidade para o exercício, o status funcional, e a qualidade de vida através de exercício, educação das pessoas e família, e intervenções a nível do comportamento;</p> <p>Os componentes da reabilitação pulmonar de pessoas com neoplasia do pulmão são o plano individualizado que inclui treino de exercício, suporte</p>
--------------	-------------	--	--	--

			<p>relacionada à saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Programa de reabilitação respiratória em pessoas com neoplasia do pulmão sob quimioterapia e/ou radioterapia, com foco no controle da respiração, treino de relaxamento, exercícios de mobilização e estimulação nervosa transcutânea. Diminuição significativa da fadiga e da dispneia e melhoria da capacidade de exercício e da qualidade de vida;</li><li>- Programa de reabilitação de 10 semanas, em pessoas sob quimioterapia, que melhorou a função respiratória. Avaliação realizada através da capacidade vital forçada (CVF) e do FEV1;</li><li>- Programa de reabilitação pulmonar hospitalar intensiva,</li></ul>	<p>psicossocial, educação (ensinos sobre exercícios respiratórios, gestão de fadiga, relaxamento e gestão de sintomas como medo e ansiedade) e vigilância nutricional, assegurada por uma equipa multidisciplinar e com impacto na melhoria na dispneia e na qualidade de vida destas pessoas;</p>
--	--	--	--	--

			durante 4 semanas em pessoas que realizaram ressecção pulmonar. Redução da dispneia, melhores resultados na prova de marcha de 6 minutos e aumento do FEV1 e CVF;	
Wang, Liu & Jia, (2019)	Revisão Sistemática com meta-análise	Avaliar o impacto dos exercícios respiratórios em pessoas com neoplasia do pulmão propostas para cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios de fortalecimento da musculatura respiratória com a utilização de threshold ou espirómetro de incentivo;</li> <li>- Deambulação precoce;</li> <li>- Exercícios de inspiração profunda e tosse eficaz.</li> </ul>	<p>Nos estudos revistos verifica-se que o treino da musculatura respiratória pode melhorar a função pulmonar;</p> <p>A deambulação precoce, os exercícios de inspiração profunda e a tosse foram descritos como tendo influência na diminuição de incidência de complicações pós-operatórias e do tempo de internamento, concluindo que estes devem fazer parte de programas de reabilitação de pessoas com neoplasia do pulmão.</p>
Wangnum et al., (2013)	Ensaio clínico randomizado	Avaliar os níveis de fadiga apresentados pelas pessoas a sob	O programa incluía ensinamentos sobre técnicas <i>corretas de respiração</i> e um programa de exercício físico a realizar em	Verificou-se que as intervenções definidas para o autocuidado diminuem os níveis de fadiga, não se verificando diferenças significativas nos dois grupos

		<p>quimioterapia;</p> <p>Comparar os resultados entre o grupo de controlo e o grupo alvo de intervenção dum programa de educação multidisciplinar para o autocuidado.</p>	<p>casa, ensinamentos sobre alimentação adequada durante o decurso do tratamento de quimioterapia e apoio psicológico.</p>	<p>relativamente ao peso, capacidade física e depressão.</p>
<p>Yang, Zhong &amp; Zhang, (2018)</p>	<p>Estudo quasi-experimental;</p>	<p>Verificar o efeito da capacitação para a realização do ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR) em pessoas com neoplasia do pulmão com recessão cirúrgica.</p>	<p>- Para além dos cuidados peri-operatórios de rotina, os participantes foram ensinados a realizar o CATR;</p>	<p>O CATR melhorou a eliminação de secreções, a capacidade funcional, a eficácia do exercício, e reduziu a necessidade de oxigenoterapia;</p> <p>Não foram encontradas diferenças em ambos os grupos quanto às complicações pós-operatórias ou ao tempo de internamento.</p> <p>Os autores referem ser o primeiro estudo a avaliar o CATR em pessoas com neoplasia do pulmão e referem ser um método seguro, eficaz e bem-tolerado para a limpeza das vias aéreas e que deverá fazer parte dos cuidados de</p>

				reabilitação a estas pessoas.
Zhou,. Su & Lai, (2017)	Estudo de coorte longitudinal	Desenvolver um programa de reabilitação pré-operatória em internamento, de curto prazo, para pessoas com neoplasia do pulmão;  Avaliar a sua viabilidade, potencial custo-benefício e efetividade.	- Sessões de ensino e supervisão para os participantes, incluindo exercícios de controlo respiratório e de respiração diafragmática;  - Sessões de treino da musculatura inspiratória e de treino de resistência aeróbica.	Foi verificada a efetividade do programa na diminuição do tempo de internamento e de complicações pós-operatórias (pneumonia e atelectasia);  Não houve aumento dos custos, sugerindo o potencial deste tipo de programas de reabilitação pré-operatória em pessoas com neoplasia do pulmão;  O internamento poderá favorecer a adesão, comparativamente com programas realizados em ambulatório.

## **APÊNDICE II – Planejamento de Atividades**

## Planeamento de Atividades

Competência	J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado	
Objetivos específicos	<p>1. Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.</p> <p>2. Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.</p>	
Atividades		Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio;</li> <li>• Mobilização de informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução;</li> <li>• Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, da alimentação,</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamenta a intervenção de ER com base em evidência científica.</li> <li>• Conhece e mobiliza as normas e protocolos dos contextos de estágio, assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados e registos de evolução.</li> </ul>

eliminação e sexualidade;

- Identificação dos fatores facilitadores e inibidores de funcionalidade e de capacidade para o autocuidado da pessoa/família;
- Identificação de situações de compromisso dos requisitos de autocuidado da pessoa/família;
- Aplicação de instrumentos de avaliação dos contextos de estágio e/ou selecionando os mais adequados para cada situação;
- Avaliação do impacto que as alterações identificadas têm na qualidade de vida e bem-estar da pessoa/família;
- Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função, promovendo o autocuidado, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família neste processo;
- Formulação de diagnósticos de enfermagem, tendo em conta a informação recolhida, estabelecendo prioridades e definindo objetivos;
- Elaboração e implementação de planos de intervenção de globais e individualizados com vista à otimização e/reeducação da funcionalidade, promoção do autocuidado e bem-estar da pessoa/família;
- Identificação da necessidade e prescrição de produtos de apoio que diminuam a incapacidade e/ou otimizem a funcionalidade, promovendo o autocuidado da pessoa/família;
- Participação nas intervenções de ER em conjunto e/ou sob supervisão do

• Justifica a escolha e utiliza adequadamente os instrumentos e de avaliação.

• A avaliação da capacidade funcional, autocuidado, impacto na qualidade de vida e bem-estar são realizadas com recurso aos instrumentos mais adequados para o efeito e englobando a pessoa/família nessa avaliação.

• Identifica necessidades de reeducação da funcionalidade e promove o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.

• Estabelece prioridades de intervenção orientadas para responder aos deficits de autocuidado da pessoa/família.

• Compreende e integra a atuação do EEER na avaliação de alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado.

• Avalia os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados (implementação de intervenções e resultados

<p>enfermeiro orientador, de modo a compreender e integrar a atuação do EEER;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulação com outros profissionais, serviços/instituições de saúde para otimizar as intervenções planeadas;</li> <li>• Monitorização da implementação e dos resultados esperados, com vista à promoção do autocuidado da pessoa/família, reformulando ou adaptando os objetivos e as intervenções, sempre que necessário;</li> <li>• Realização de registos de enfermagem precisos e completos, que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e que garantam a continuidade das intervenções planeadas.</li> </ul>	<p>esperados).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garante a continuidade dos cuidados de ER através da elaboração de registos precisos e completos e da articulação com os serviços/instituições.</li> </ul>
<p>Recursos Utilizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente orientador da ESEL</li> <li>• Enfermeiro orientador dos contextos de estágios</li> <li>• Equipa multiprofissional dos contextos de estágio</li> <li>• Pessoa/família</li> <li>• Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica.</li> <li>• Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.</li> </ul>

Competência	J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	
Objetivos específicos	<p>3.Elaborar e implementar programas de treino de atividades, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.</p> <p>4.Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família.</p>	
Atividades	Indicadores	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio;</li> <li>• Mobilização de informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução;</li> <li>• Identificação de fatores facilitadores e limitadores da mobilidade e da capacidade de autocuidado da pessoa/família;</li> <li>• Avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa/família que determinem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamenta a intervenção de ER com base em evidência científica.</li> <li>• Conhece e mobiliza as normas e protocolos dos contextos de estágio assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução.</li> <li>• Seleciona e utiliza adequadamente as</li> </ul>	

limitação da mobilidade e da maximização da autonomia;

- Identificação das necessidades de intervenção que permitam a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia, promovendo o autocuidado, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família neste processo;
- Elaboração e implementação de programas de intervenção que visem a aquisição de técnicas e atividades específicas de autocuidado, a adequação e correta utilização de produtos de apoio e a realização de exercício físico e de técnicas de conservação de energia;
- Participação nas intervenções de ER em conjunto e/ou sob supervisão do enfermeiro orientador, de modo a compreender e integrar a atuação do EEER na capacitação da pessoa/família visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social;
- Identificação de situações que impliquem a eliminação/minimização de barreiras arquitetónicas, que permitam a adequação do domicílio/ comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação da pessoa/família;
- Articulação com outros profissionais, serviços/instituições de saúde para otimizar as intervenções planeadas;
- Avaliação da implementação e dos resultados estabelecidos para os programas de intervenção desenvolvidos, reformulando ou adaptando os

escalas e instrumentos e de avaliação, englobando a pessoa/família nessa avaliação.

- identifica necessidades de intervenção que permitam a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia, promovendo o autocuidado
- Estabelece prioridades de intervenção orientadas para responder aos deficits de autocuidado da pessoa/família, englobando-os neste processo.
- Compreende e integra a atuação do EEER na capacitação da pessoa/família visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social
- Avalia os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados (implementação de intervenções e resultados esperados).
- Garante a continuidade dos cuidados de ER

<p>objetivos e as intervenções, sempre que necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de registos de enfermagem precisos e completos, que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e que permitam a continuidade das intervenções planeadas;</li> </ul>		<p>através da elaboração de registos precisos e completos e da articulação com os serviços/instituições.</p>
Recursos Utilizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente orientador da ESEL.</li> <li>• Enfermeiro orientador dos contextos de estágios.</li> <li>• Equipa multiprofissional dos contextos de estágio.</li> <li>• Pessoa/família.</li> <li>• Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica.</li> <li>• Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.</li> </ul>	
Competência	J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	
Objetivos específicos	5. Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.	
Atividades		Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamenta a intervenção de ER com base em evidência científica.</li> <li>• Conhece e mobiliza as normas e protocolos</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização de informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução;</li> <li>• Identificação de fatores facilitadores e limitadores da maximização da funcionalidade da pessoa/família;</li> <li>• Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa a nível motor, cardíaco e respiratório;</li> <li>• Identificação dos fatores facilitadores e inibidores da maximização da funcionalidade e de capacidade para o autocuidado da pessoa/família;</li> <li>• Identificação de situações de compromisso dos requisitos de autocuidado universais da pessoa/família que condicionem a adequação dos programas de treino a desenvolver;</li> <li>• Elaboração e implementação de programas de treino, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família neste processo, com vista à maximização da função motora, cardíaca e respiratória;</li> <li>• Participação nas intervenções de ER em conjunto e/ou sob supervisão do enfermeiro orientador, de modo a compreender e integrar a atuação do EEER no desenvolvimento de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com vista à maximização da funcionalidade da pessoa /família;</li> <li>• Articulação com outros profissionais, serviços/instituições de saúde para otimizar as intervenções planeadas;</li> <li>• Avaliação da implementação e dos resultados estabelecidos para os</li> </ul>	<p>dos contextos de estágio assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleciona e utiliza adequadamente as escalas e instrumentos e de avaliação, englobando a pessoa/família nessa avaliação.</li> <li>• Identifica necessidades de intervenção que permitam a maximização da função motora, cardíaca e respiratória.</li> <li>• Elabora e implementa programas de treino, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família neste processo, com vista à maximização da função motora, cardíaca e respiratória.</li> <li>• Compreende e integra a atuação do EEER no desenvolvimento de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com vista à maximização da funcionalidade da pessoa /família.</li> <li>• Avalia os resultados dos planos/programas</li> </ul>
---	---

<p>programas de treino desenvolvidos, reformulando ou adaptando os objetivos e as intervenções, sempre que necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de registos de enfermagem precisos e completos, que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e que permitam a continuidade das intervenções planeadas.</li> </ul>	<p>de reabilitação implementados, reformulando ou adaptando, sempre que necessário.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garante a continuidade dos cuidados de ER através da elaboração de registos precisos e completos e da articulação com os serviços/instituições.</li> </ul>
<p>Recursos Utilizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente orientador da ESEL.</li> <li>• Enfermeiro orientador dos contextos de estágios.</li> <li>• Equipa multiprofissional dos contextos de estágio.</li> <li>• Pessoa/família.</li> <li>• Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica.</li> <li>• Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.</li> </ul>

<p>Competências</p>	<p>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</p>
---------------------	---

	<p>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	
Objetivos específicos	6. Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica.	
Atividades		Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio;</li> <li>• Mobilização de informação (adquirida junto da pessoa/família ou contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução) assegurando o direito da pessoa/família no respeito pelo acesso à informação e à confidencialidade;</li> <li>• Participação no processo de tomada de decisão em equipa, garantindo que este é pautado pela assunção da responsabilidade profissional a ele inerente, assim como o respeito pelas normas legais, os princípios éticos e deontológicos;</li> <li>• Construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família, assegurando o respeito pelo seu direito à escolha e autodeterminação;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliza os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e articulou-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio;</li> <li>• Assegura o direito da pessoa/família no respeito pelo acesso à informação e à confidencialidade, na mobilização de informação escrita e oral.</li> <li>• Participa no processo de tomada de decisão em equipa, assumindo responsabilidade profissional e respeito pelas normas legais, princípios éticos e deontológicos.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração e implementação de programas de intervenção, assegurando o respeito pela segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família;</li> <li>• Identificação de necessidades formação e lacunas de conhecimento e atuação em conformidade para dar resposta a essas necessidades, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas e usando as tecnologias de informação e os métodos de pesquisa adequados;</li> <li>• Incorporação dos novos conhecimentos no contexto da prática e enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa;</li> <li>• Reflexão sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família, assegurando o direito à escolha e autodeterminação.</li> <li>• Elabora e implementou programas de intervenção, respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família.</li> <li>• Identifica e respondeu às necessidades de formação, mobilizando os recursos adequados.</li> <li>• Incorpora novos conhecimentos na prática e enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa.</li> <li>• Reflete sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.</li> </ul>
<p>Recursos Utilizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente orientador da ESEL.</li> <li>• Enfermeiro orientador dos contextos de estágios.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multiprofissional dos contextos de estágio.</li> <li>• Pessoa/família.</li> <li>• Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica.</li> <li>• Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.</li> </ul>
--	--

Competências	<p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	
Objetivos específicos	7. Desenvolver uma prática profissional especializada assegurando a melhoria continua e a qualidade.	
Atividades		Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização de conhecimento atual na área da qualidade na intervenção à pessoa/família;</li> <li>• Avaliação e análises dos planos de intervenção à pessoa/família, utilizando os instrumentos adequados de medição da qualidade;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliza conhecimento atual na área da qualidade na intervenção à pessoa/família.</li> <li>• Avalia os planos de intervenção à pessoa/família, utilizando os instrumentos</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização dos princípios de gestão de um ambiente seguro na intervenção à pessoa/família;</li> <li>• Mobilização dos princípios de um ambiente terapêutico na intervenção à pessoa/família;</li> <li>• Conhecimento dos projetos de melhoria contínua e da qualidade implementados ou em desenvolvimento nos contextos de estágio;</li> <li>• Participação nos projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos contextos de estágio, identificando oportunidades de melhoria, cooperando na comunicação dos resultados alcançados.</li> </ul>	<p>adequados de medição da qualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliza princípios de gestão de um ambiente seguro na intervenção à pessoa/família.</li> <li>• Mobiliza os princípios de um ambiente terapêutico na intervenção à pessoa/família.</li> <li>• Participa em projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos contextos de estágio, identificando oportunidades de melhoria, cooperando na comunicação dos resultados alcançados.</li> </ul>
<p>Recursos Utilizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente orientador da ESEL.</li> <li>• Enfermeiro orientador dos contextos de estágios.</li> <li>• Equipa multiprofissional dos contextos de estágio.</li> <li>• Pessoa/família.</li> <li>• Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica.</li> <li>• Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.</li> </ul>

Competências	<p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde</p> <p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>	
Objetivos específicos	8. Desenvolver uma prática profissional especializada no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem.	
Atividades		Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otimização do processo de tomada de decisão em equipa, disponibilizando assessoria e evidência científica atual e participando nas tomadas de decisão em equipa;</li> <li>• Identificação de necessidades de referenciação e mobilização a adequadas de outros prestadores de cuidados de saúde, mediante a necessidade de complementar ou redirecionar a intervenção à pessoa/família;</li> <li>• Gestão dos cuidados em função dos recursos existentes e dos déficits de autocuidado da pessoa/família, envolvendo os elementos da equipa de enfermagem na concretização dos programas de reabilitação desenvolvidos para a pessoa/família;</li> <li>• Supervisão dos cuidados prestados em situação de delegação, garantindo a segurança e a qualidade, assumindo a responsabilidade inerente à delegação;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa nas tomadas de decisão em equipa, justificando e sustentando o seu processo de tomada de decisão.</li> <li>• Identifica de necessidades complementar ou redirecionar a intervenção à pessoa/família, referenciando ou articulando adequadamente.</li> <li>• Gere os cuidados em função dos recursos existentes, dos déficits de autocuidado da pessoa/família, englobando a equipa na concretização dos programas estabelecidos.</li> <li>• Realiza supervisão das intervenções</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.</li> </ul>	<p>delegadas, assumindo a responsabilidade pela segurança e qualidade das mesmas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflete sobre os processos de tomada de decisão.</li> </ul>
<p>Recursos Utilizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente orientador da ESEL.</li> <li>• Enfermeiro orientador dos contextos de estágios.</li> <li>• Equipa multiprofissional dos contextos de estágio.</li> <li>• Pessoa/família.</li> <li>• Conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica.</li> <li>• Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.</li> </ul>

## **APÊNDICE III – Cronograma de Atividades**

Cronograma de Atividades de acordo com os Objetivos Específicos

ANO	2019													2020				
MÊS	Setembro	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro
DIAS	24	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	5	12	19	26	2
	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	17	11	18	25	1	8
Locais de Estágio	UCC- Bairro da Boavista									Pneumologia - HSM				Pneumologia - HSM				
Objetivo 1																		
Objetivo 2																		
Objetivo 3																		
Objetivo 4																		
Objetivo 5																		
Objetivo 6																		
Objetivo 7																		
Objetivo 8																		

FÉRIAS  
DE  
NATAL

## **APÊNDICE IV – Guião de Entrevista para os locais de Estágio**

## Guião de Entrevista

<b>UCC</b>	<b>Questões</b>
Caraterização do Serviço	<p>Como é constituído o serviço?</p> <p>Quais os critérios de referenciação para admissão dos utentes?</p> <p>Quais os critérios de acompanhamento pela UCC?</p> <p>Qual a origem dos utentes? Como é realizado o circuito do mesmo desde a admissão até à alta?</p>
Caraterização da população assistida	<p>Quais as caraterísticas da população existente?</p> <p>Quais são as patologias mais comuns?</p>
Gestão de Recursos Humanos	<p>Como é constituída a equipa interdisciplinar?</p> <p>Quantos EEER existem na equipa?</p> <p>Como é organizada a distribuição do EEER (rácio enfermeiro/utente)?</p>
Organização do trabalho e relação com restante equipa multidisciplinar	<p>Como é realizada a articulação entre os Enfermeiros generalistas e os EEER?</p> <p>Como se procede ao planeamento dos cuidados?</p> <p>O mesmo planeamento é realizado em equipa?</p>
Prestação de Cuidados de EEER	<p>Qual a intervenção do EEER junto dos utentes?</p> <p>Existem projetos de ER na UCC?</p> <p>Como descreve a intervenção do EEER no contexto desta UCC?</p> <p>O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de EEER?</p> <p>Quais as necessidades de cuidados de ER mais frequentes nos utentes da UCC?</p> <p>Como é realizada a seleção (diagnóstico de necessidade de</p>

intervenção) dos utentes alvo dos cuidados de EEER?

Como é realizada a organização do trabalho durante o turno?

Qual a incidência de pessoas com neoplasia do pulmão acompanhados na UCC?

Quais as intervenções de ER às pessoas com neoplasia do pulmão da UCC?

De que forma considera que se promove o autocuidado na intervenção do EEER?

Que papel tem a família e qual o papel do EEER junto da família dos utentes?

<b>Internamento</b>	<b>Questões</b>
Caraterização do Serviço	<p>Como é constituído o serviço?</p> <p>Quais os critérios de referenciação para admissão dos doentes?</p> <p>Qual a origem dos doentes? Como é realizado o circuito do mesmo desde a admissão até à alta?</p>
Caraterização da população assistida	<p>Quais as principais caraterísticas dos doentes do serviço?</p> <p>Quais são as patologias mais comuns?</p>
Gestão de Recursos Humanos	<p>Como é constituída a equipa interdisciplinar?</p> <p>Quantos EEER existem na equipa?</p> <p>Como é organizada a distribuição do EEER (rácio enfermeiro/doente)?</p>
Organização do trabalho e relação com restante equipa multidisciplinar	<p>Como é realizada a articulação entre os Enfermeiros generalistas e os EEER?</p> <p>Como se procede ao planeamento dos cuidados?</p> <p>O mesmo planeamento é realizado em equipa?</p>
Prestação de Cuidados de EEER	<p>Qual o trabalho do EEER junto dos doentes?</p> <p>Existem projetos de reabilitação no serviço?</p> <p>Quais as necessidades de cuidados de ER mais frequentes dos doentes do serviço?</p> <p>Como é realizada a seleção (diagnóstico de necessidade de intervenção) dos doentes alvo dos cuidados de EEER?</p> <p>Como é realizada a organização do trabalho durante o turno?</p> <p>Qual a incidência de pessoas com neoplasia do pulmão internadas no serviço?</p> <p>Quais as intervenções de ER às pessoas com neoplasia do pulmão?</p> <p>De que forma considera que se promove o autocuidado na</p>

	<p>intervenção do EEER?</p> <p>Que papel tem a família e qual o papel do EEER junto da família dos doentes?</p>
<p>Continuidade dos Cuidados</p>	<p>Que papel tem a família?</p> <p>Como é preparada a alta do doente, para o regresso ao domicílio/trabalho?</p> <p>Existe articulação com os cuidados na comunidade na preparação para o regresso a casa?</p>

## **APÊNDICE V – Apresentação Intercalar do Projeto de Estágio**

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação na Pessoa/Família com Neoplasia do Pulmão na  
Promoção do Autocuidado**

**APRESENTAÇÃO INTERCALAR DO PROJETO DE FORMAÇÃO**



Discente: Liliana Heleno, nº 8900

Regente: Prof. Dr. Miguel Serra

Docente: Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Céu Sá

Lisboa, 6 de Junho de 2019

**SUMÁRIO**

1. A ESCOLHA DO TEMA  
justificação pessoal, profissional e académica
2. O PERCURSO DA REVISÃO NARRATIVA REALIZADA E OS PRINCIPAIS RESULTADOS
3. A FILOSOFIA DE CUIDADOS E A CONCEPÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS QUE SUSTENTA O PROJETO
4. OBJETIVOS GERAIS E LOCAIS DE ESTÁGIO

Liliana Heleno, nº 8900

2

**A ESCOLHA DO TEMA**

2º tipo de neoplasia mais frequente,  
com 9,6 milhões de diagnósticos em  
todo o mundo

(WHO, 218)

5248 novos casos em 2018 em  
Portugal

(Globalcan, 218)

Taxa de sobrevivência a 5 anos de  
24,5 %

(Globalcan, 218)

**Interesse pessoal e profissional na  
área:**

- Experiência pessoal
- Local de trabalho
- A hesitação e insegurança na reabilitação destes doentes

Liliana Heleno, nº 8900

3

## A ESCOLHA DO TEMA

Principais sintomas:

- Tosse, toracalgia, dispneia, perda ponderal, disfonia, mal-estar e hemoptises  
(NCI, 2019c)
- **Cirurgia:** náuseas, dor, obstipação, dispneia, tosse e diminuição da capacidade para o exercício  
(Hoffman & Brintnal, 2017)
- **Quimioterapia/ Radioterapia:** fadiga e diminuição do apetite  
(Wang, Liu, Rice e Bolani, 2016)

**A capacidade funcional e os níveis de atividade diminuem** como consequência dos sintomas e do tratamento  
(Akin e Kas Guner, 2019)

**Capacidade para o autocuidado condicionada**

Excelência do exercício profissional

**Intervenções autónomas nas funções respiratória e motora**

Promoção da capacidade para o autocuidado do utente e sua família

Área de investigação emergente  
(OE, 2015)

(OE, 2018)

Liliana Heleno, nº 8900

4

## A REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Quais as intervenções do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão, na promoção do autocuidado?

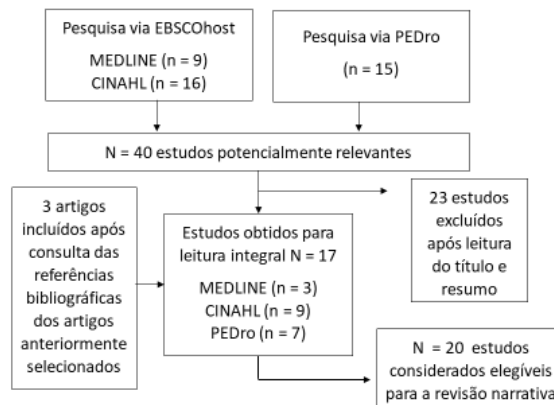
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Palavras-chave</b>	Pessoa com neoplasia do pulmão	Intervenção do EEER	-	Promoção do Auto-cuidado
<b>Termos indexados Cinahl</b>	MM "Lung Neoplasms"; MM "Carcinoma, Non-Small-Cell Lung"	"nurs*"; MM "Nursing Interventions"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Rehabilitation, Pulmonary"; MM "Rehabilitation, Cancer"		MM "Self Care"
<b>Termos indexados Medline</b>	MM "Lung Neoplasms"; MM "Carcinoma, Non-Small-Cell Lung"	"nurs*"; "Nursing Interventions"; MM "Nursing"; MM "Nursing Care"; MM "Rehabilitation"; MM "Nursing Rehabilitation";	-	MM "Self Care"
<b>Palavras-chave PEDro</b>	"Lung"; "Oncology"	"Rehabilitation"	-	"Self Care"

Operadores Booleanos AND e OR; Delimitadores: full-text, resumo disponível, inglês, 2013-2019

Liliana Heleno, nº 8900

5

## A REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA



Liliana Heleno, nº 8900

6

## A REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

- O benefício da reabilitação pode ser direcionado a pessoas com neoplasia do pulmão  
(Wang, Liu, Rice e Belani, 2016)
- Existe um défice de guidelines baseadas em evidência no que diz respeito às intervenções de reabilitação nestas pessoas  
(Hoffman e Brintnal, 2017)
- As intervenções à pessoa com neoplasia do pulmão incidem preferencialmente no âmbito da reabilitação respiratória (reeducação funcional respiratória e treino de exercício)
- A **avaliação da capacidade para ao autocuidado** pode ajudar no **desenvolvimento de intervenções** que reduzam a fadiga, promovam a capacidade funcional e a qualidade de vida das pessoas com neoplasia do pulmão, após o diagnóstico e durante os tratamentos  
(Akin e Kas Guner, 2019)

## A REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

- A perceção errada da pessoa sobre o papel da reabilitação na melhoria da sua capacidade funcional e qualidade de vida pode ser uma barreira à sua participação, assim como pouca confiança na sua capacidade para o autocuidado parece influenciar a gestão eficaz de sintomas  
(Cheville et al., 2017)
- As pessoas com neoplasia do pulmão devem se elucidadas sobre os benefícios da reabilitação assim como incluir formalmente a reabilitação na assistência integral a estas pessoas  
(Cheville et al., 2017)
- Por outro lado, a intervenção junto da família parece trazer benefícios para estas pessoas  
(Chan, Yates e McCarty, 2016; Jeong e Yoo, 2015; Rivas-Perez e Nana-Sinko, 2015)

## FILOSOFIA E CONCEPÇÃO DE CUIDADOS

- Como quadro de referência para o desenvolvimento deste projeto escolhemos o Modelo Conceptual de Dorathea Orem.
- A pessoa com neoplasia do pulmão depara-se frequentemente com limitações e incapacidades, decorrentes da sintomatologia associada à doença e ao tratamento, sendo frequente a existência de um desequilíbrio entre as necessidades de autocuidado que apresenta e as suas capacidades no desempenho de atividades de autocuidado.
- A Teoria Geral do Autocuidado de Orem, no âmbito do cuidado à pessoa com neoplasia do pulmão, permite perspetivar a intervenção do EEER enquanto agente do autocuidado, na identificação das suas necessidades de autocuidado, planeando estratégias adequadas, tendo em conta as suas potencialidades (Orem, 2001).

## FILOSOFIA E CONCEPÇÃO DE CUIDADOS

- Em função do equilíbrio entre a ação de autocuidado e a necessidade de autocuidado, o EEER responde às limitações dos requisitos de autocuidado da pessoa/família com neoplasia do pulmão, através da promoção de capacidades adaptativas ao processo de transição saúde/doença e ou incapacidade com vista ao autocuidado (Regulamento n.º 392/2019, 2019), atuando como agente de autocuidado.
- Neste sentido, a intervenção do EEER junto da pessoa/família com neoplasia do pulmão concretiza-se promovendo o autocuidado para manter, melhorar ou restabelecer a sua saúde e bem-estar.

## OBJETIVOS GERAIS

1. Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
2. Desenvolver competências de intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akin, S., & Kas Güner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), e12898. <https://doi.org/10.1111/ecc.12898>
- Chan, R., Yates, P., & McCarthy, A. L. (2016). Fatigue Self-Management Behaviors in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Longitudinal Survey. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 762–771. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27768127&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Chevillat, A. L., Rhydy, L., Bastford, J. R., Griffin, J. M., & Flores, A. M. (2017). How Receptive Are Patients With Late Stage Cancer to Rehabilitation Services and What Are the Sources of Their Resistance? *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 98(2), 203–210. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.08.459>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F. (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed 11/05/2019.
- Hoffman, A. J., & Brintnall, R. A. (2017). A Home-based Exercise Intervention for Non-Small Cell Lung Cancer Patients Post-Thoracotomy. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 106–117. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.11.011>
- Jeong, J.-H., & Yoo, W.-G. (2015). Effect of caregiver education on pulmonary rehabilitation, respiratory muscle strength and dyspnea in lung cancer patients. *Journal Of Physical Therapy Science*, 27(6), 1653–1654. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.1653>
- National Cancer Institute (2019c). PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Non-Small Cell Lung Cancer Treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated <03/18/2019>. Available at <https://www.cancer.gov/types/lung/patient/non-small-cell-lung-treatment-pdq>. Accessed <19/05/2019>. [PMID: 26389355]
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Rivas-Perez, H., & Nana-Sinkam, P. (2015). Integrating pulmonary rehabilitation into the multidisciplinary management of lung cancer: a review. *Respiratory Medicine*, 109(4), 437–442. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.01.001>
- Wang, H., Liu, X., Rice, S. J., & Belani, C. P. (2016). Pulmonary Rehabilitation in Lung Cancer. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 8(10), 990–996. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.03.010>
- World Health Organization, W. H. O. (2018). *Cancer - key facts*. Acedido em 19/5/2019 disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

## **APÊNDICE VI – Apresentação Final do Projeto de Estágio**

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação na Pessoa/Família com Neoplasia do Pulmão na  
Promoção do Autocuidado**

**APRESENTAÇÃO FINAL DO PROJETO DE FORMAÇÃO**



Discente: Liliana Heleno, nº 8900

Regente: Prof. Dr. Miguel Serra

Docente: Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Céu Sá

Lisboa, 10 de Julho de 2019

**SUMÁRIO**

1. A ESCOLHA DO TEMA  
justificação pessoal, profissional e académica
2. O PERCURSO DA REVISÃO NARRATIVA REALIZADA E OS PRINCIPAIS RESULTADOS
3. A FILOSOFIA DE CUIDADOS E A CONCEPÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS QUE SUSTENTA O PROJETO DE FORMAÇÃO
4. OS OBJETIVOS E AS ATIVIDADES
5. OS LOCAIS DE ESTÁGIO

Liliana Heleno, nº 8900

2

**A ESCOLHA DO TEMA**

**Interesse pessoal e profissional na  
área:**

- Experiência pessoal
- Local de trabalho
- A hesitação e insegurança na reabilitação destas pessoas/família

2º tipo de neoplasia mais frequente,  
com 9,6 milhões de diagnósticos em  
todo o mundo

(WHO, 2018)

5248 novos casos em 2018 em  
Portugal

(Ferland et. al, 2018)

Taxa de sobrevivência a 5 anos de  
24,5 %

(Ferland et. al, 2018)

Liliana Heleno, nº 8900

3

## A ESCOLHA DO TEMA

### Principais sintomas:

- Tosse, toracalgia, dispneia, perda ponderal, disfonia, mal-estar e hemoptises (NCI, 2019c)
- **Cirurgia:** náuseas, dor, obstipação, dispneia, tosse e diminuição da capacidade para o exercício (Hoffman & Brintnal, 2017)
- **Quimioterapia/ Radioterapia:** fadiga e diminuição do apetite (Wang, Liu, Rice e Belani, 2016)

**A capacidade funcional e os níveis de atividade diminuem** como consequência dos sintomas e do tratamento (Akin e Kas Guner, 2019)

Capacidade para o autocuidado condicionada

**Promoção da capacidade para o autocuidado do utente e sua família** (OE, 2018)

**Intervenções autónomas nas funções respiratória e motora**

Excelência do exercício profissional

Área de investigação emergente (OE, 2015)

## A REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

**Quais as intervenções do EEER (I) na pessoa/família com neoplasia do pulmão (P), na promoção do autocuidado (O)?**

MEDLINE, CINAHL, PEDro  
Operadores Boleanos AND e OR;  
Delimitadores: FULL-TEXT, RESUMO  
DISPONÍVEL, INGLÊS, PORTUGUÊS  
2013-2019

N = 40 estudos potencialmente relevantes

3 artigos incluídos após consulta das referências bibliográficas dos artigos anteriormente selecionados

Estudos obtidos para leitura integral N = 17  
MEDLINE (n = 3)  
CINAHL (n = 9)  
PEDro (n = 7)

23 estudos excluídos após leitura do título e resumo

N = 20 estudos considerados elegíveis para a revisão narrativa

## A REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

O benefício da reabilitação pode ser direcionado a pessoas com neoplasia do pulmão (Wang, Liu, Rice e Belani, 2016)

Existe um défice de guidelines baseadas em evidência no que diz respeito às intervenções de reabilitação (Hoffman e Brintnal, 2017)

As intervenções incidem preferencialmente no âmbito da reabilitação respiratória (redução funcional respiratória e treino de exercício) para controlo sintomático – ansiedade e depressão (Hoffman e Brintnal, 2017; Lai et al., 2017; Mainini et al., 2016; Quist et al., 2018; Wang, Liu, Jia e Xie, 2019)

Efetividade da reabilitação respiratória em contexto pré-operatório - melhoria da capacidade funcional e redução de complicações pós-cirúrgicas (Lai et al., 2017; Saito et al., 2017; Yang et al., 2018; Wang, Liu, Jia e Xie, 2019; Zhou et al., 2017)

## A REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

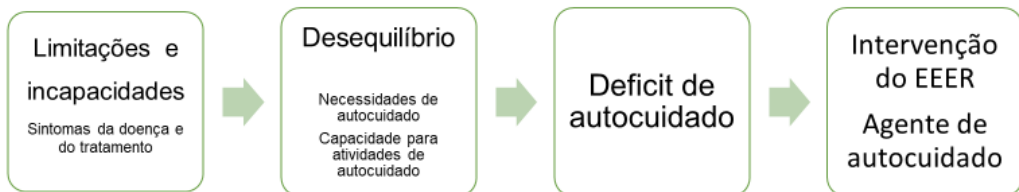
Em contexto pós-operatório - diminuição do tempo de recuperação, regresso mais rápido às AVD  
(Maeda et al., 2016; Pasqua et al., 2015; Sommer et al., 2016)

A **avaliação da capacidade para ao autocuidado** pode ajudar no **desenvolvimento de intervenções** que reduzam a fadiga, promovam a capacidade funcional e a qualidade de vida das pessoas com neoplasia do pulmão, após o diagnóstico e durante os tratamentos  
(Akin e Kas Guner, 2019)

A intervenção junto da família traz benefícios para as pessoas com neoplasia do pulmão  
(Chan, Yates e McCarty, 2016; Jeong e Yoo, 2015; Rivas-Perez e Nana-Sinku,

## FILOSOFIA E CONCEPÇÃO DE CUIDADOS

Como quadro de referência para o desenvolvimento deste projeto escolhemos o Modelo Conceptual de Dorathea Orem.



## OBJETIVOS GERAIS

1. Desenvolver competências de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
2. Desenvolver competências de intervenção do EEER na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado.
3. Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da conceção, gestão e supervisão de cuidados

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Segundo as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019)

- J1. 1. Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão
2. Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão
- J2. 3. Elaborar, implementar e avaliar programas de treino de AVD, respondendo às limitações dos requisitos de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida e bem-estar, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.
4. Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família.
- J3. 5. Conceber, implementar e avaliar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão

## EXEMPLO DO PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Competência	J1 — Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado	
Objetivos específicos	<p>1. Avaliar alterações da funcionalidade que determinem incapacidade e limitem o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão</p> <p>2. Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que promovam o autocuidado, otimizando e/ou reeducando as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão</p>	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares articulando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos contextos de estágio;</li> <li>Mobilização de informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados, registos de evolução;</li> <li>Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade;</li> <li>Identificação dos fatores facilitadores e inibidores de funcionalidade e de capacidade para o autocuidado da pessoa/família;</li> <li>Identificação de situações de compromisso dos requisitos de autocuidado da pessoa/família;</li> <li>Aplicação de instrumentos de avaliação dos contextos de estágio e/ou selecionando os mais adequados para cada situação;</li> <li>Avaliação do impacto que as alterações identificadas têm na qualidade de vida e bem-estar da pessoa/família;</li> <li>Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função, promovendo o autocuidado, estabelecendo prioridades de intervenção e englobando a pessoa/família neste processo;</li> <li>Formulação de diagnósticos de enfermagem, tendo em conta a informação recolhida, estabelecendo prioridades e definindo objetivos;</li> </ul>	Indicadores <p>Fundamentou a intervenção de ER com base em evidência científica.</p> <p>Conheceu e mobilizou as normas e protocolos dos contextos de estágio, assim como a informação contida no processo clínico, exames complementares de diagnósticos, colheita de dados e registos de evolução.</p> <p>Justificou a escolha e utiliza adequadamente os instrumentos e de avaliação.</p> <p>A avaliação da capacidade funcional, autocuidado, impacto na qualidade de vida e bem-estar foram realizadas com recurso aos instrumentos mais adequados para o efeito e englobando a pessoa/família nessa avaliação</p> <p>Identificou necessidades de reeducação da funcionalidade e promove o autocuidado, com particular enfoque na pessoa/família com neoplasia do pulmão.</p>

## EXEMPLO DO PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Competência	<p>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</p> <p>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 — Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica</p>	
Objetivos específicos	6. Desenvolver uma prática profissional especializada de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão e baseada em processos de tomada de decisão suportados pela melhor evidência científica	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração e implementação de programas de intervenção, assegurando o respeito pela segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família.</li> <li>Identificação de necessidades formação e lacunas de conhecimento e atuação em conformidade para dar resposta a essas necessidades, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas e usando as tecnologias de informação e os métodos de pesquisa adequados.</li> <li>Incorporação dos novos conhecimentos no contexto da prática e enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa.</li> <li>Reflexão sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.</li> </ul>	Indicadores <p>Elaborou e implementou programas de intervenção, respeitando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa/família.</p> <p>Identificou e respondeu às necessidades de formação, mobilizando os recursos adequados.</p> <p>Incorporou novos conhecimentos na prática e enriquecendo o processo de tomada de decisão especializado, dinamizando-os no âmbito da equipa.</p> <p>Refletiu sobre os processos de tomada de decisão, mobilizando os seus contributos para o desenvolvimento de uma intervenção sustentada e fundamentada em conhecimento e experiência.</p>
Recursos	Docente orientador da ESEL, Enfermeiro orientador dos contextos de estágio, Pessoa/família, conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares, bases de dados científicas, livros, revistas científicas, teses de doutoramento, sites organizacionais ou de relevância científica. Protocolos e normas dos contextos de estágio, processos clínicos, documentos reguladores da profissão de enfermagem.	

## CRONOGRAMA

ANO	2019														2020					
	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro	
MES	24	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2
DIAS	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	5	12	19	26	2	
Locais de Estágio	UCC- Bairro da Boavista										Pneumologia - HSM				Pneumologia - HSM					
Objetivo 1																				
Objetivo 2																				
Objetivo 3																				
Objetivo 4																				
Objetivo 5																				
Objetivo 6																				
Objetivo 7																				
Objetivo 8																				

Liliana Heleno, nº 8900

15

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akin, S., & Kas Guner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal Of Cancer Care*, 28(1), e12898. <https://doi.org/10.1111/ecc.12898>
- Chan, R., Yates, P., & McCarthy, A. L. (2016). Fatigue Self-Management Behaviors in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Longitudinal Survey. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 762-771. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=27768127&lang=pt&site=ehost-live>
- Chevile, A. L., Rhuay, L., Basford, J. R., Griffin, J. M., & Flores, A. M. (2017). How Receptive Are Patients With Late Stage Cancer to Rehabilitation Services and What Are the Sources of Their Resistance? *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 98(2), 203-210. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.08.459>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Pieters, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F. (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from <https://gco.iarc.fr/today>, accessed 19/05/2019.
- Hoffman, A. J., & Brintnall, R. A. (2017). A Home-based Exercise Intervention for Non-Small Cell Lung Cancer Patients Post-Thoracotomy. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.11.011>
- Jeong, J.-H., & Yoo, W.-G. (2015). Effect of caregiver education on pulmonary rehabilitation, respiratory muscle strength and dyspnea in lung cancer patients. *Journal Of Physical Therapy Science*, 27(6), 1653-1654. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.1653>
- Lai, Y., Su, J., Qiu, P., Wang, M., Zhou, K., Tang, Y., & Che, G. (2017). Systematic short-term pulmonary rehabilitation before lung cancer lobectomy: a randomized trial. *Interactive Cardiovascular And Thoracic Surgery*, 25(3), 476-483. <https://doi.org/10.1093/icvts/ivw141>
- Maimini, C., Rebelo, P. F., Bardelli, R., Kopitku, B., Tenconi, S., Costi, S., ... Fugazzaro, S. (2016). Perioperative physical exercise interventions for patients undergoing lung cancer surgery: What is the evidence? *SAGE Open Medicine*, 4, 2050312116673855. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=278038068&lang=pt&site=ehost-live>
- National Cancer Institute. (2019c). PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Non-Small Cell Lung Cancer Treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated <03/18/2019>. Available at: <https://www.cancer.gov/types/lung/patient/non-small-cell-lung-treatment-pdq>. Accessed <19/05/2019>. [PMID: 26389355]
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Quist, M., Sommer, M. S., Vibe-Petersen, J., Stærkind, M. B., Langer, S. W., Larsen, K. R., ... Pedersen, J. H. (2018). Early initiated postoperative rehabilitation reduces fatigue in patients with operable lung cancer: A randomized trial. *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 126, 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2018.10.025>
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*, 13565 - 13568.
- Rivas-Perez, H., & Nana-Sinkam, P. (2015). Integrating pulmonary rehabilitation into the multidisciplinary management of lung cancer: a review. *Respiratory Medicine*, 109(4), 437-442. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.01.001>
- Saito, H., Hatakeyama, K., Konno, H., Matsunaga, T., Shimada, Y., & Minamiya, Y. (2017). Impact of pulmonary rehabilitation on postoperative complications in patients with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. *Thoracic Cancer*, 8(5), 451-460. <https://doi.org/10.1111/1759-7714.12468>
- Wang, H., Liu, X., Rice, S. J., & Belani, C. P. (2016). Pulmonary Rehabilitation in Lung Cancer. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 8(10), 990-996. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.03.010>
- World Health Organization, W. H. O. (2018). Cancer - key facts. Acedido em 19/5/2019 disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Liliana Heleno, nº 8900

16

**Apêndice II – Estudo de caso: A intervenção do EEER na pessoa com derrame pleural submetida a toracotomia**

# **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

10º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação

## **A INTERVENÇÃO DO EEER NA PESSOA COM DERRAME PLEURAL E SUBMETIDO A TORACOTOMIA**

### **ESTUDO DE CASO**

Liliana Heleno, nº 8900

Professora Orientadora: **Maria do Céu Sá**

Lisboa, Dezembro 2020

## 1. BREVE REVISÃO ANATOMOPATOLÓGICA

O derrame pleural enquadra-se na categoria das doenças respiratórias pulmonares restritivas (OE, 2018). Faz ainda parte do grupo das doenças da pleura, na medida em que corresponde à acumulação de líquido no espaço pleural (Cordeiro, Antunes e Cysneiros, 2017).

Sendo que o derrame corresponde à acumulação de líquido, este distingue-se consoante as características do líquido que o constitui. No caso do empiema, o líquido acumulado na cavidade pleural trata-se de pús, pelo que também é conhecido por piotórax.

Do ponto de vista sintomático, a pessoa com derrame pleural apresenta normalmente dispneia, toracalgia (dor do tipo pleurítica) e tosse, normalmente seca. À observação, existe uma diminuição do movimento da parede torácica, diminuição do frênico toraco-vocal, som maciço à percussão e diminuição do murmúrio vesicular (OE, 2018).

A radiografia do tórax permite visualizar o derrame pleural e identificar a sua extensão, assim como a presença de derrame livre ou loculado. A acumulação de cerca de 200 ml de líquido no espaço pleural é suficiente para que se verifique apagamento do seio costo-frénico na incidência postero-anterior. Relativamente à ecografia torácica, esta permite uma melhor quantificação e qualificação do derrame, permitindo ainda a identificação de empiemas, de derrames septados e/ou de espessamento pleural (Cordeiro, Antunes e Cysneiros, 2017).

Cerca de 40% dos doentes com pneumonia desenvolve derrame pleural e, na sua maioria, o tratamento conservador com antibioterapia de largo espectro resulta. No entanto, cerca de 10% destes doentes com pneumonia desenvolvem situações de empiema – empiema parapneumónico (Subotic, Lardinois, Hojski, 2018). Nestas situações as opções de tratamento disponíveis incluem a antibioterapia, a toracocentese com ou sem colocação de drenagem torácica, a instilação de antibioterapia intrapleural, a drenagem e/ou descorticação (desbridamento da cavidade pleural), quer por VATS (cirurgia torácica assistida por vídeo) ou toracotomia (Subotic, Lardinois, Hojski, 2018; Scarsi et al., 2015).

A presença de um derrame pleural traz implicações ao nível da oxigenação e da dinâmica respiratória, com importante envolvimento dos volumes pulmonares que, em associação aos sintomas que estes doentes normalmente apresentam,

justificam a importância da inclusão dum programa de reabilitação respiratória no seu tratamento (OE, 2018). É ainda importante ressaltar que a presença de uma drenagem intercostal não é uma contraindicação absoluta para a realização de RFR, dado que favorece uma prática segura para a drenagem do líquido pleural, permitindo assim a expansão pulmonar, sendo importante garantir que esta esteja permeável (OE, 2018).

Apesar do progresso das técnicas de diagnóstico imagiológicas e das terapêuticas farmacológicas disponíveis, a elevada prevalência de empiemas septados poderá ser justificada pela atitude conservadora de muitos pneumologistas, em prolongar o tratamento dos empiemas com administração de antibioterapia em concomitância com a utilização de drenagens torácicas (Subotic, Lardinois, Hojski, 2018). Segundo estes autores, na ausência de melhoria clínica ao 5º ou 7º dias de tratamento convencional, os doentes considerados aptos para cirurgia devem ser encaminhados para a descorticação através da cirurgia torácica. Verifica-se, aliás, que o encaminhamento tardio destes doentes para o tratamento cirúrgico é, muitas vezes, a justificação das complicações e das dificuldades sentidas no pós-operatório destes doentes (Subotic, Lardinois, Hojski, 2018).

Apesar dos reconhecidos resultados, a cirurgia torácica reúne uma série de complicações, mais ou menos prováveis de acordo com a extensão ou tipo de abordagem cirúrgica, com destaque para as que surgem no período pós-operatório, nomeadamente dor, volume pulmonar reduzido, tosse ineficaz, alterações posturais, atelectasias e pneumonias (Ahmad, 2018; Scarsi, et al., 2015).

A reabilitação é uma componente essencial dos protocolos de recuperação desenvolvidos para as cirurgias torácicas, tendo mesmo sido recomendada a sua inclusão na abordagem pós-operatória das cirúrgicas torácicas, nomeadamente pela Sociedade Europeia de Cirurgiões Torácicos e pelo Colégio Americano de Cirurgiões Torácicos, na medida em que acelera a recuperação funcional dos doentes, reduzindo o desenvolvimento de complicações e o tempo de internamento (Ahmad, 2018). Sabe-se ainda que, mesmo em casos onde a recessão pulmonar é semelhante, a opção pela toracotomia posterolateral requer maior intervenção no âmbito da reabilitação, que as situações onde se optou pela VATS (Ahmad, 2018).

Segundo a OE (2018b), a intervenção do EEER à pessoa com derrame pleural deverá ter como objetivos:

- promover a drenagem do líquido e/ou ar;

- melhorar o padrão ventilatório;
- incentivar a expansão pulmonar;
- melhorar a mobilidade torácica;
- remover secreções pulmonares;
- melhorar o padrão respiratório e a função diafragmática (reduzir o trabalho respiratório);
- manter uma postura corporal correta (evitar posturas antálgicas e prevenir a formação de aderências pleurais);
- potenciar a reeducação ao esforço.

Neste sentido, em situações onde a opção terapêutica passa pelo tratamento com antibioterapia e eventual associação com drenagem torácica, podendo também assumir-se como período pré-operatório (em situações onde a evolução não é favorável aguardando-se a realização de tratamento cirúrgico) encontra-se preconizada a realização de um programa de reabilitação que inclua as seguintes intervenções:

- terapêutica de posição, associada a respiração diafragmática (a pressão exercida sobre o líquido potencia a sua reabsorção; o posicionamento em decúbito lateral sobre o lado sã, permite a “libertação” do pulmão afetado (seio costo frénico) e permitir a expansão toraco-pulmonar; e o decúbito semiventral e semidorsal contralateral ao lado afetado impedem a formação de aderências;

- reeducação diafragmática e costal com posterior introdução de resistência, adaptada à capacidade física da pessoa e ao seu nível de participação;

- técnicas de reexpansão pulmonar (aumentam o volume de ar alveolar, diminuindo a hipoventilação, aumentam a expansão pulmonar e promovem a absorção/eliminação do líquido pleural, sendo neste caso importante que o derrame tenha pequenas dimensões ou que haja drenagem torácica;

- exercícios de fluxo inspiratório controlado, com recurso a espirómetro de incentivo, associados a reeducação costal global e seletiva (promovem a expansão pulmonar, com melhoria da função pulmonar. Por outro lado, a mobilização da grelha costal associada ao ciclo ventilatório, permite o deslizamento entre os folhetos e a absorção do líquido);

- exercícios de correção postural e técnicas de relaxamento (evitam a adoção de posições antiálgicas);

- exercícios de reeducação ao esforço (que deverão ser realizados progressivamente e sem desenvolver esforço, tais como marcha, para melhorar a resistência cardiopulmonar).

Em situações onde a opção de tratamento passou pela realização de cirurgia a intervenção do ponto de vista da reabilitação pressupõem também ela alguns aspetos específicos, inerente à condição particular do doente em questão. Neste sentido a intervenção junto destes doentes de verá ter como objetivos:

- a preparação do doente para a intervenção;
- a prevenção e tratamento de complicações associadas ao procedimento (pulmonares, circulatórias, posturais);
- a recuperação funcional o mais rápida e completa possível.

(Heitor, 1988; apontamentos ER I)

A intervenção no período pré-operatório deverá incluir a avaliação do conhecimento que o doente tem sobre a sua situação e sobre a cirurgia e o esclarecimento sobre os objetivos e o procedimento cirúrgico, bem como sobre o programa de RFR, nomeadamente objetivos, duração e a implicação no programa. Deverá ainda incluir a realização de ensino e treino sobre controlo e dissociação dos tempos respiratórios; importância da respiração profunda; ciclo ativo de técnicas respiratórias/ tosse com contenção da sutura; drenagem postural; exercícios de reeducação diafragmática e costal global e seletiva; exercícios de mobilização da articulação escapulo-umeral e de mobilização dos membros inferiores e exercícios de correção postural (Heitor, 1988; Apontamentos ER I).

Relativamente ao período pós-operatório, segundo a revisão realizada por Ahmad (2018), a intervenção deverá ser iniciada 4 a 12 horas após a recuperação da anestesia, estando padronizada a realização de 2 a 3 sessões diárias, durante 30 minutos, de acordo com a tolerância de cada doente.

A dor é, nesta fase, o principal problema destes doentes, sendo a sua gestão uma intervenção preponderante, na medida em que doentes com dor vão ver a sua capacidade de respirar profundamente e de tossir com eficácia prejudicadas, levando a situações de redução do volume pulmonar, retenção de secreções, atelectasias e/ou pneumonias (Ahmad,2018). Para além disso, a dor pode ainda restringir a realização de movimentos articulares, nomeadamente a abdução da

articulação escapulo-umeral do lado operado, conduzindo também a situações de compromisso da amplitude articular.

Após a cirurgia torácica, a forma mais eficaz de aumentar a capacidade funcional e prevenir a atelectasia pulmonar é a realização de posicionamento adequado precoce, melhorando a ventilação e a progressão de secreções. Deve ser ainda adotado o mais precocemente o posicionamento vertical na medida em que facilita a excursão diagramática e permite a realização de volumes pulmonares maiores, facilitando ainda o fluxo expiratório (Ahmad, 2018).

Privilegiar o posicionamento sob o lado não operado é também fulcral, na medida em que impede o desenvolvimento de novas aderências e obriga a expansão do pulmão operado, favorecendo ainda a evolução do coto brônquico (Ahmad, 2018).

A mobilização precoce, que inclui o levantar e deambulação deverão acontecer no primeiro dia do pós-operatório, mediante estabilidade clínica, cardiovascular e cardiopulmonar, sendo particularmente importante a condição hemodinâmica, dor e tolerância ao esforço. Os doentes devem iniciar a deambulação por curtos períodos (3 a 5 minutos), mais frequentes (2 a 3 vezes dia) com baixa intensidade (em que a percepção ao esforço seja inferior a 5 na escala de Borg). A opção por progredir para subir escadas dependerá da estabilidade clínica e hemodinâmica do doente, podendo ocorrer ao 4º ou 5º dia do pós-operatório (Ahmad, 2018).

Durante as sessões de reabilitação deverão ser avaliadas a presença de sintomas subjetivos de intolerância ao exercício como sensação de falta de ar, dor no peito, tonturas, sensação de cansaço (Ahmad, 2018).

Após a cirurgia torácica o volume e a capacidade pulmonar encontram-se reduzidos devido à anestesia, à dor na parede torácica e / ou ao decúbito dorsal, podendo levar ao desenvolvimento de atelectasias pulmonar. Algumas intervenções visam melhorar a expansão pulmonar e aumentar o volume e a capacidade pulmonar após cirurgia torácica, nomeadamente exercícios de respiração profunda, a espirometria de incentivo e o treino da musculatura inspiratória (Ahmad, 2018). No caso dos exercícios de respiração profunda, nomeadamente a respiração diafragmática profunda e os exercícios de expansão torácica, com ou sem abertura costal e a inspiração máxima, estes melhoram a ventilação das regiões pulmonares mais afetadas pela cirurgia. Por outro lado, a espirometria de incentivo permite ainda

um feedback visual, usado para incentivar e motivar a realização de inspirações profundas, com pausa final de 3 segundos, permitindo a abertura de alvéolos atelectásicos, promovendo a expansão pulmonar, com melhoria da função pulmonar e do fluxo respiratório (Ahmad, 2018; OE, 2018). Relativamente ao treino da musculatura inspiratória;

Por outro lado, está ainda preconizado a inclusão de outras técnicas nos programas de reabilitação destes doentes, nomeadamente as técnicas de limpeza das vias aéreas com destaque particular para a tosse com contenção; o huff ou a técnica de expiração forçada; o ciclo ativo das técnicas respiratórias, a drenagem postural; exercícios de correção postural (doentes pós-toracotomia tendem a flexionar lateralmente o tronco para o lado da toracotomia enquanto posição antiálgica, devendo ser ensinados e encorajados a manter os ombros nivelados e o tronco reto enquanto sentados e de pé); exercícios de mobilização da cintura escapular (Ahmad, 2018; OE, 2018).

## 2. COLHEITA DE DADOS

### 2.1. Dados pessoais e avaliação socio familiar (segundo o modelo de Calgary)

O Sr. R. é um doente do sexo masculino de 49 anos, camionista de ligeiros (produtos congelados/refrigerados), casado, com dois filhos.

Vive com a esposa, que é empregada num supermercado, e com uma filha de 20 anos, estudante universitária (licenciatura em enfermagem) (**estrutura interna**). O seu segundo filho, de 24 anos, vive no porto onde começou a trabalhar após terminar a licenciatura em engenharia informática. É ainda vizinho do seu irmão (**estrutura externa**), com quem regularmente se encontra ao fim de semana, tendo por hábito ver os jogos de futebol juntos no café (**vínculos**).

Vivem em Lisboa, num segundo andar sem elevador, habitação própria, T3, adquirido em 2000. Não refere dificuldades financeiras até ao momento do internamento (**contexto**). No entanto manifesta preocupação com a sua situação de saúde atual, na medida em que precisa de continuar profissionalmente ativo para poder continuar a pagar as propinas da sua filha, entre outras responsabilidades financeiras (**tarefas**).

### 2.2. Antecedentes pessoais

Dislipidemia e Hipertensão Arterial, medicado habitualmente com indapamida 1,5 mg/dia e perindopril + amlodipina 10mg/10mg, acompanhado na sua médica de família.

Nunca fez a vacina da gripe ou a vacina antipneumocócica.

Desconhece alergias, sem hábitos aditivos.

Não tem história de internamentos anteriores.

### 2.3 História de doença atual

No dia 21/11/19 desloca-se ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria descrevendo o seguinte quadro: estável até há cerca de 10 dias, altura em que inicia febre elevada sem outros sintomas associados, febre que melhora ao fim de 5 dias, mas que reaparece de novo há 2 dias, agora mais elevada e acompanhada de sensação de falta de ar, tosse seca e dor intensa na região

dorsolombar direita, de agravamento progressivo e que se intensifica com os movimentos.

No serviço de urgência, segundo os registos consultados, destaca-se a referência a febre, acompanhada de taquicardia sinusal, saturações periféricas de 94% em ar ambiente e ainda registo de murmúrio vesicular diminuído e fèvres subcrepitanes nas bases e roncos dispersos à auscultação pulmonar. Relativamente aos exames complementares de diagnóstico realizados ainda no serviço de urgência, destaca-se aumento dos parâmetros de infeção (leucocitose com neutrofilia, 12100/63.2% e PCR 8,4) e radiografia do tórax com imagem de consolidação na base direita e derrame pleural base direita.

Segundo registos foi admitido como provável diagnóstico médico uma Pneumonia Adquirida na Comunidade com derrame pleural parapneumónico direito, tendo iniciado antibioterapia empírica com Amoxicilina e Ácido Clavulânico 2,2 gr de 8h/8h e Azitromicina 500 mg 1xdia, ficando internado no serviço de pneumologia.

Para esta situação particular importa descrever, nesta fase, as intercorrências que foram acontecendo para permitir compreender a intervenção realizada. Assim sendo, foi admitido no internamento no dia 22/11 (sexta-feira). No dia 25/11 realiza toracocentese e colocação de drenagem torácica na região posterolateral direita que drenou no total 700 ml de líquido serofibrinoso (sem isolamento bacteriológico ou micobacteriológico posterior).

No dia 1/12 (6º dia de dreno) a drenagem torácica exteriorizou-se acidentalmente. Foi novamente observado pela equipa da UPI, que realizou ecografia torácica verificando aparente “loca superior e posterior”, não tendo sido possível recolocar o dreno em segurança. Neste sentido, realizou nova TAC de tórax no dia 2/12 que revelou: empiema à direita de moderado volume, com tendência a loculação apical lateroposterior, espessamento e captação pleurais.

Deste modo, o doente foi proposto para Cirurgia Torácica ficando com cirurgia marcada para o dia 5/12. No dia previsto é realizada toracotomia posterolateral direita para drenagem de empiema com descorticação pleuro-pulmonar do LID, LM e LSD.

No dia 7/12 (2º dia de pós-operatório) regressa novamente ao serviço de pneumologia, com três drenagens torácicas (medioapical, mediobasal e posterior direitas) e mantendo um pico febril por dia.

No dia 9/12 é novamente visto pela cirurgia torácica, retira as drenagens torácicas, sem febre há mais de 24 horas.

### 2.3.1 Regime terapêutico hospitalar

Terapêutica:

- Acetilcisteína 600 mg comprimidos efervescentes 1xdia
- Azitromicina 500 mg EV 1xdia
- Amoxicilina+ ácido clavulânico 2, 2gr EV, 8h/8h
- Cloreto de Sódio 0,9% 500 mL 1xdia (diário)
- Indapamida 1,5 mg PO 1xdia
- Perindopril 10 mg 1xdia
- Amlodipina 10mg PO 1xdia
- Omeprazol 20 mg PO 1xdia
- **Brometo de ipatrópio 20 MCG 4 puffs de 4h/4h**
- **Salbutamol 100 MCG 4 puffs 4h/4h**
- Enoxiparina sódica 40 mg 1xdia
- Captopril 25 mg em SOS
- Paracetamol 1g EV em SOS
- Nolotil EV em SOS

Dieta:

- Geral sem sal

### **2.4 Exame Físico e avaliação funcional (26/12)**

O Sr R. encontrava-se vígil, orientado no tempo, espaço e pessoa. Com pele e mucosas coradas, com uma escoriação sem sinais inflamatórios, no joelho esquerdo, referente a uma queda no dia anterior ao internamento.

Sem alterações ao nível da **avaliação neurológica**, sem alterações da memória ou linguagem, sem compromisso da coordenação de movimentos ou da sensibilidade.

Sem compromisso da deglutição.

Em relação à avaliação da **função motora**, para a avaliação da força muscular do Sr. R. foi mobilizada a escala do Medical Research Council, verificando-se alteração da força no membro superior direito, nomeadamente nos movimentos de flexão/extensão e abdução/adução da escapulo-umeral, com força 4/5, que se interpreta como sendo devida à dor. Sem outras alterações nos restantes segmentos corporais.

A avaliação do tónus muscular foi realizada com recurso à Escala de Espasticidade de Ashworth Modificada, sendo que não foram verificadas alterações relativamente à resistência muscular apresentada contra a realização dos movimentos passivos articulares dos respetivos segmentos avaliados.

Relativamente à avaliação da amplitude articular, destaca-se compromisso da amplitude na articulação escapulo-umeral, não tolerando abdução aproximadamente acima de 90°, compromisso associado à dor.

Ao avaliar o equilíbrio estático e dinâmico (sentado e de pé) não foram verificadas alterações.

No que concerne às categorias funcionais da marcha categoriza-se a marcha apresentada enquanto marcha independente (4/5), na medida em que *é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, sem ajuda.*

Relativamente à **função respiratória** o Sr R. apresentava:

Frequência Respiratória	22 cpm
Saturação Periférica de O2	96% com aporte suplementar de oxigénio a 5/min por óculos nasais
Dispneia (escala de Borg modificada)	6 (forte)

Com padrão respiratório discretamente assimétrico, diminuída à direita, de predomínio torácico, ritmo regular e amplitude reduzida (superficial) com dificuldade em inspirar profundamente, sem prolongamento de tempo expiratório, tiragem ou outros sinais de dificuldade respiratória. Com macicez à precursão em todo o hemitórax direito.

Com tosse produtiva e dificuldade em mobilizar e expelir secreções, mucopurulentas, amarelas.

À auscultação apresentava murmúrio vesicular diminuído no hemotórax direito, sem ruídos adventícios.

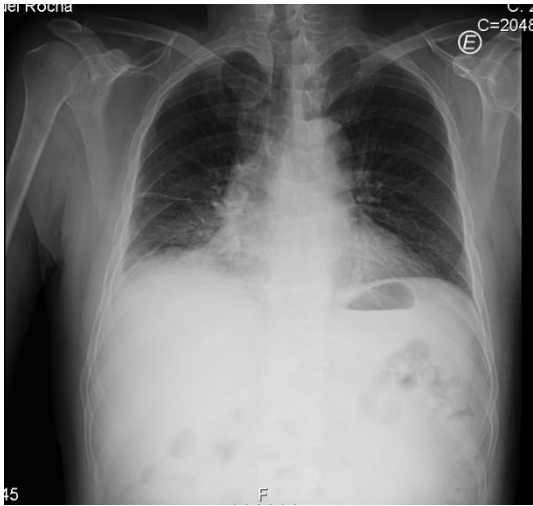
Apresentava drenagem torácica inserida no hemitórax posterior direito, funcionante, oscilante, não borbulhante, com líquido sero-fibrinoso. Local de inserção do dreno sem sinais inflamatórios.

Gasimetria arterial:

21/11	pH	pCO <sub>2</sub>	Po <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	sO <sub>2</sub>	Lact	
(GSA realizada no SU, sem O <sub>2</sub> suplementar)	7,44	36,4	<b>61,4</b>	25,6	88,9	16	IRP (com hipoxémia)

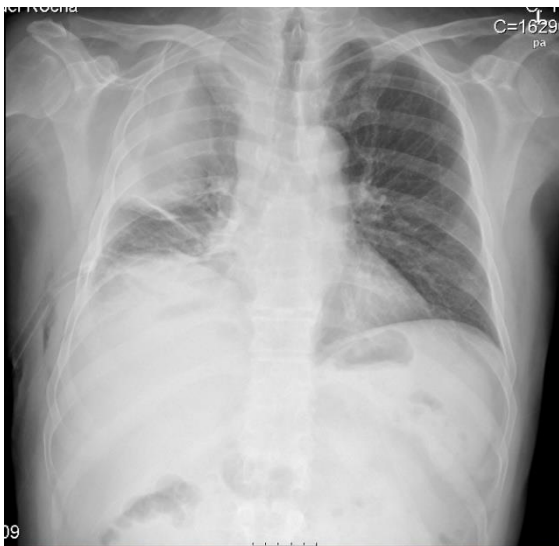
### **Avaliação imagiológica**

Radiografia do tórax de 21/11/2019

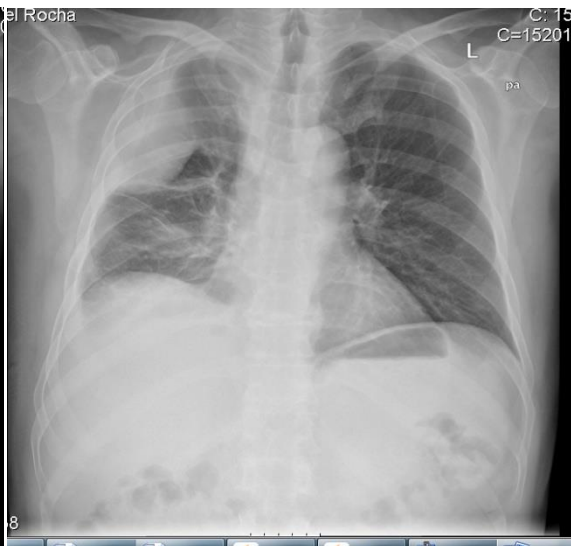


- Condições técnicas: incidência postero-anterior, discretamente rodada para a esquerda, bem penetrada, pouco inspirada.
- Estruturas ósseas e partes moles: observa-se omoplata, clavícula esquerda não se observa totalmente, vértebras e arcos costais. Observam-se partes moles.
- Mediastino sem desvios
- Hilos: parcialmente visíveis
- Índice cardiotorácico aparentemente normal
- Seios costofrenicos e cardiofrenicos direitos apagados
- Parênquima pulmonar: imagem de infiltrado bilateral com hipotransparência homogênia no 1/3 inferior direito.

Radiografia do tórax de 27/12



Radiografia do tórax de 4/12



- Relativamente às alterações, a 27/11 Parênquima pulmonar: imagem de infiltrado bilateral, melhorado à esquerda. Com hipotransparência homogênia no 1/3 inferior direito e nova imagem de hipotransparência no 1/3 superior e apical à direita, sugestiva de derrame septado.
- No dia 4/12 (pré-operatório) melhoria do derrame no 1/3 inferior do hemitórax direito, mantém derrame septado no 1/3 superior do hemitórax direito.

Sinais Vitais	26/12
Tensão Arterial	143/88 mmHg
Frequência Cardíaca	108 bpm
Frequência Respiratória	20 ciclos/min
Temperatura timpânica	37,2 °C
Dor	6

Avaliação da dor (26/12)

<b>Escala numérica (0-10)</b>	<b>6</b>
Localização	Local de inserção de DT com irradiação para a região dorsolombar direita
Fatores de agravamento	Movimentos, inspiração profunda
Fatores de alívio	Analgesia, repouso

Para avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado foi utilizada a escala de Barthel. Sendo importante compreender a evolução do grau de dependência do Sr R. durante o seu período de internamento, apresento também uma segunda avaliação (dia 9/12 – 4º dia de pós-operatório, dia em que retira as drenagens torácicas e retoma o PR) e uma terceira avaliação (correspondendo ao dia de alta, 18/12).

<b>Índice de Barthel</b>		<b>1ª avaliação</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª avaliação</b>
<b>Higiene pessoal</b>	0 =Necessita de ajuda com o cuidado pessoal  5 =Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	5	5
<b>Banho</b>	0 = Dependente  5=Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	0	5
<b>Ir à casa de banho</b>	0 =Dependente  5 =Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho  10 =Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se)	10	5	10

	sem ajuda)			
<b>Urinar</b>	0 =Incontinente ou algaliado  5 =Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)  10 =Continente (por mais de 7 dias)	10	0	10
<b>Evacuar</b>	0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)  5 =Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)  10 =Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10	10	10
<b>Alimentar-se</b>	0 =Incapaz  5 =Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.  10 =Independente (a comida é providenciada)	10	5	10
<b>Transferências (cadeira/cama)</b>	0 =Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se  5 =Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	15	5	15

	<p>10 =Pequena ajuda (verbal ou física)</p> <p>15=Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)</p>			
<b>Mobilidade (deambulação)</b>	<p>0 =Imobilizado</p> <p>5 =Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.</p> <p>10=Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)</p> <p>15 =Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)</p>	15	10	15
<b>Vestir-se</b>	<p>0 =Dependente</p> <p>5 =Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda</p> <p>10 =Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)</p>	10	5	10
<b>Escadas</b>	<p>0 =Incapaz</p> <p>5 =Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão</p> <p>10 =Independente (subir / descer escadas, com apoio do</p>	0	0	10

	corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala			
	Score	85 Dependência leve	45 Dependência moderada	100 Independente

Avaliação dos requisitos de autocuidado segundo a Teoria de Deficit de Autocuidado de Orem e identificação dos respectivos diagnósticos de enfermagem, consoante o deficit de autocuidado identificado:

Requisitos Universais	Padrão de Autocuidado Atual	Défice de autocuidado/ Sistema de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	Componente cardíaca e componente respiratória (descrito na avaliação dos sinais vitais e da função respiratória)	Défice no autocuidado Sistema parcialmente compensatório	Dispneia Ventilação comprometida Expertorar comprometido

Manutenção de ingestão suficiente de água	Ingestão hídrica de pelo menos 1,5 l de água  Manutenção do padrão habitual	Sem déficit no autocuidado	
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Dieta geral  Manutenção do apetite  Manutenção do padrão habitual	Sem déficit no autocuidado	
Provisão de cuidados relacionados com eliminação	Apresenta continência intestinal e urinária  Manutenção do padrão habitual	Sem déficit no autocuidado	
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	Refere dificuldade em dormir por períodos longos, interrompido pela presença de DT  Dispneia grau 2 (mrc)  Presença de drenagem torácica por derrame pleural	Déficit no autocuidado/  Sistema parcialmente compensatório	Ventilação comprometida e  Dispneia

<p>Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social</p>	<p>Encontra-se limitado pelo período disponibilizado para horário de visitas, no entanto recebe regularmente de familiares e amigo.</p> <p>Tem a possibilidade de interagir com família e amigos pelas redes sociais e lê o jornal desportivo.</p>	<p>Sem défice no autocuidado</p>	
<p>Prevenção de perigos à vida humana</p>	<p>Sem alterações do equilíbrio estático e dinâmico (de pé e sentado)</p> <p>Sem risco de queda</p> <p>Não identifica os cuidados a ter e os riscos de manipulação indevida da drenagem torácica</p>	<p>Sistema no apoio-educativo</p>	<p>Conhecimento sobre Dreno Torácico, diminuído</p>
<p>Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo</p>	<p>Reconhece as suas limitações atuais, mas apresenta dificuldade em perspetivar as implicações que a sua condição de saúde terá na sua saúde e vida futuras.</p>	<p>Sem défice no autocuidado</p>	

de ser normal			
---------------	--	--	--

Requisitos de desenvolvimento	de	Padrão de Autocuidado	Défice de Autocuidado/ Sistema de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem
Condições e comportamentos que previnam a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento	e	O seu internamento e situação de saúde atual limitam o desempenho das tarefas associadas à fase de desenvolvimento em que se encontra, na medida em que manifesta preocupação com o tempo de internamento e o compromisso da sua capacidade financeira, da qual depende a faculdade da sua filha mais nova entre outras responsabilidades. No entanto, apresenta comportamentos que previnem a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento e apresenta-se em condições de minimizar e superar os efeitos nocivos que a sua situação de saúde atual	Sem défice no autocuidado	
Condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento				

	poderá ter, na medida em que identifica fatores de risco/cuidados a ter para evitar/prevenir complicações futuras.		
--	--	--	--

Requisitos desvios de saúde	Padrão de Autocuidado	Défice de Autocuidados/ Sistema de Enfermagem	Diagnósticos de enfermagem
Procura e garante assistência médica adequada	Não apresentou dificuldade em procurar assistência médica adequada	Sem défice no autocuidado	
Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	Associa os efeitos e condições enquanto resultados do seu estado de saúde atual	Sem défice no autocuidado	
Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação	Participa efetivamente nas sessões de reabilitação.  Demonstra défice de conhecimento	Sistema de Apoio- educação	Conhecimento sobre inaloterapia, diminuído

	<p>relativamente á realização correta da técnica inalatória e aos cuidados a ter com a drenagem torácica.</p> <p>(3/12 é proposto para toracotomia)</p>		<p>Conhecimento sobre dreno torácico, diminuído</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre toracotomia e sobre programa de RFR pós-operatório</p>
Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas	Identifica os efeitos resultantes das intervenções realizadas	Sem défice no autocuidado	
Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de	Aceita a sua situação de saúde atual, compreendendo a necessidade de cuidados de saúde, incluindo a necessidade de	Sem défice no autocuidado	

saúde	realizar reabilitação.		
Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento	Considera a situação transitória e não revela dificuldade em aceitar necessidade de continuidade de programa de reabilitação após a alta.	Sem défice no autocuidado	

<b>Evolução do déficit de autocuidado, segundo os requisitos de Autocuidado</b>		<b>1ª Avaliação</b>		<b>2ª Avaliação</b>		<b>3ª Avaliação</b>	
		<b>26/11</b>		<b>9/12</b>			
<b>Categorias</b>		Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
<b>Requisitos universais</b>	Manutenção de quantidade suficiente de ar		X		X		X
	Manutenção de ingestão suficiente de água	X			X	X	
	Manutenção de ingestão suficiente de alimentos		X		X	X	
	Provisão de cuidados relacionados com eliminação	X			X	X	
	Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso		X		X	X	
	Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social		X		X	X	
	Prevenção de perigos à vida humana		X		X	X	
	Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal		X		X	X	
<b>Requisitos de</b>	Condições e comportamentos que previnam a ocorrência de		X		X	X	

<b>autocuidado de desenvolvimento</b>	efeitos nocivos no desenvolvimento						
	Condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento		X		X	X	
<b>Requisitos de autocuidado no desvio da saúde</b>	Procura e garante assistência médica adequada	X		X		X	
	Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	X		X		X	
	Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação	X		X		X	
	Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas	X		X		X	
	Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde	X		X		X	
	Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento		X	X		X	

### **3. PLANO DE CUIDADOS (Segundo CIPE, versão 2015)**

O Plano de cuidados que seguidamente se apresenta engloba os diagnósticos de enfermagem previamente identificados com recurso à avaliação dos requisitos de autocuidado de Orem, seguindo-se os objetivos que se pretenderam atingir, as intervenções delineadas e, por último, a avaliação, que permite compreender a evolução do doente ao longo do programa.

Considero importante referir que, não estando à partida definida a necessidade de intervenção cirúrgica, a condição de saúde do doente no período pré e pós-operatório, coincidentemente, justifica a presença dos diagnósticos de enfermagem identificados no dia 26/11, à exceção do diagnóstico *Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento cirúrgico e sobre programa de reabilitação pós-operatório*, que surgiu no momento em que foi decidido optar pela via cirúrgica, enquanto opção terapêutica.

### 3. PLANO DE CUIDADOS (Segundo CIPE, versão 2015)

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Avaliação
26/11 Ventilação comprometida	Impedir a formação de aderências pleurais  Impedir ou corrigir as posições anti-álgicas defeituosas e suas consequências	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar radiografia do tórax</li> <li>- Realizar auscultação torácica (antes e depois da sessão de RFR)</li> <li>- Instruir e realizar terapêutica de posição</li> <li>- Instruir sobre controlo e dissociação respiratória (CR) e respiração diafragmática (RD)</li> <li>- Executar <u>controlo e dissociação de tempos respiratórios</u> (1/10)</li> <li>- Executar <u>reeducação diafragmática</u> da porção posterior (1/10), progredindo para com resistência (1kg 1/10) em decúbito dorsal</li> <li>- Executar <u>reeducação hemicúpulas</u> direita e esquerda (1/10 + 1/10) com posterior recurso a <u>espirómetro de</u></li> </ul>	<p>26/11 Cumpre terapêutica de posição associada a exercícios de expansão torácica. Realiza corretamente CR, RD. Apresenta alguma dificuldade na costal seletiva devido a dor apresentada na realização de abdução da escapulo umeral direita.</p> <p>Volume Inspiratório 750 ml</p> <p>Apresenta ligeira flexão lateral direita do tronco que procura corrigir quando se posiciona em frente ao espelho.</p> <p>28/11 Realiza corretamente costal seletiva lateral e tolera a</p>

	<p><u>incentivo</u> em decúbito lateral esquerdo (1/5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre reeducação costal global com bastão, costal seletiva do hemitórax direito (lateral com abertura costal e antero-lateral superior e média) com e sem resistência.</li> <li>- Executar <u>reeducação costal global</u> com bastão (1/10)</li> <li>- Executar <u>reeducação costal seletiva</u> (lateral com abertura costal) 1/10 + 1/10 com <u>banda e com bola terapêutica</u> (1/10).</li> <li>- Promover a expansão pulmonar e treinar a musculatura inspiratória com espirômetro de incentivo 1/10, 2x dia</li> <li>- Monitorizar volume inspiratório.</li> <li>- Realizar exercicios de correcção postural com recurso a espelho (vidro da janela)</li> <li>- Realizar exercícios de mobilização das articulações da cintura escapular e coluna.</li> </ul>	<p>realização de exercícios de reeducação costal seletiva com banda e costal seletiva com resistência.</p> <p>4/12 Introduce-se resistência com saco de soro 100Oc nos exercícios de reeducação costal seletiva na porção superior do hemitórax direito (decúbito semi-dorsal esquerdo)</p> <p>9/12 retoma o programa de RFR após permanência na UCAPO tolerando a realização de CR, RD com e sem resistência e reeducação costal global com bastão e costal seletiva direita com abdução MSD.</p> <p>Novamente com ligeira flexão lateral direita do tronco que</p>
--	--	--

		<p>- Executar treino de exercício (geral), marcha e subir e descer escadas</p>	<p>procura corrigir autonomamente.</p> <p>VI 1000 ml</p> <p>13/12 Realiza treino de marcha no corredor ,4 corredores, com aporte suplementar de o2 a 1 l/min com spo2 95%.</p> <p>Realiza Reeducação costal seletiva com bola terapêutica. VI 1250 ml.</p> <p>15/12 Sobe e desce o equivalente a um 2ª andar, sem necessidade de aporte adicional de o2, spo2 95%.</p> <p>17/12 Descrição de radiografia apresentada anteriormente, AP com mv diminuído no hemitórax direito, sem presença de ruídos adventícios. Realiza todos os</p>
--	--	--	--

			exercícios sem dificuldade.  VI 1500 ml
26/11  Expetorar comprometido	Melhorar a eliminação de secreções  Reduzir complicações relacionadas com estase de secreções	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar radiografia do tórax</li> <li>- Realizar auscultação torácica (antes e depois da sessão de RFR)</li> <li>- Instruir o Sr. R. sobre exercícios respiratórios (controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração diafragmática, exercícios de expansão torácica, técnica de expiração forçada/Huff, tosse dirigida, tosse com contenção de sutura)</li> <li>- Executar drenagem postural modificada em associação com controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração diafragmática e accapella: <ul style="list-style-type: none"> <li>segmentos apicais e lobos superiores (decúbito dorsal em semi-fowler na cama)</li> <li>segmentos anteriores dos lobos superiores (decúbito dorsal</li> </ul> </li> </ul>	<p>26/11 Apresenta tosse produtiva, de intensidade fraca, intermitente, pouco eficaz, com dificuldade em mobilizar e eliminar expetoração (mucopurulenta, espessa).</p> <p>(AP: mv diminuído no hemotórax direito, com fevres subcrepitantes em ambas as bases e roncospersos)</p> <p>4/12 Tolera a realização dos exercícios.</p> <p>Realiza correta e eficazmente tosse dirigida, com eliminação de expetoração mucopurulenta em</p>

	<p>com almofada na região popliteia)</p> <p>lobo médio (decúbito semi-dorsal esquerdo em semi-fowler)</p> <p>segmentos internos e externos dos lobos inferiores (decúbito lateral direito e esquerdo, em semi-fowler)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar a ingestão de líquidos</li><li>- Incentivar a tossir e a expetorar</li><li>- Vigiar as características da expetoração</li></ul>	<p>pequena quantidade</p> <p>(AP: mv diminuído no hemotórax direito, com fervores subcrepitantes em ambas as bases e rncos no 1/3 médio à direita)</p> <p>9/12 Realiza corretamente tosse com contenção e tolera drenagem postural modificada</p> <p>AP: mv diminuído no hemotórax direito, com fervores subcrepitantes em ambas as bases)</p> <p>17/12 Apresenta tosse seca (tosse dirigida)</p> <p>(AP: mv diminuído à direita sem ruídos adventícios)</p>
--	--	--

<p>26/11</p> <p>Dispneia</p>	<p>Diminuir a sensação de dispneia na realização de esforço</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir oxigenoterapia se necessário</li> <li>- Executar técnica de relaxamento e descanso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com dispneia: decúbito dorsal com fowler/semifowler, decúbito lateral com fowler/semifowler – expiração com lábios semicerrados</li> </ul> </li> <li>- Executar técnica de controlo e dissociação dos tempos expiratórios com respiração diafragmática: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar inspiração nasal e expiração pela boca com lábios semicerrados.</li> </ul> </li> <li>- Instruir sobre Conservação de Energia <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar sobre a importância de realizar a inspiração antes do esforço;</li> <li>- Explicar que a expiração com lábios semicerrados pode ser utilizada durante a execução de algumas atividades de vida;</li> <li>- Explicar a importância da gestão das atividades</li> </ul> </li> </ul>	<p>26/11 Dispneia grau 5 (Borg)</p> <p>Adota posições de descanso e relaxamento, expira com os lábios semicerrados.</p> <p>Realiza de forma correta a respiração diafragmática.</p> <p>28/11 Dispneia grau 4 – 5 (Borg)</p> <p>Adota posições de descanso e relaxamento, expira com os lábios semicerrados.</p> <p>Realiza de forma correta a respiração diafragmática.</p> <p>3/12 Dispneia grau 4 (Borg)</p> <p>9 /12 Dispneia grau 5 - 6 (Borg)</p> <p>13/12 Tolera treino de marcha no corredor (4 corredores), com</p>
------------------------------	---	--	---

		<p>ao longo do dia programando atividades para momentos do dia com maior energia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar que o Sr. A.M deve alternar atividades mais exigentes com períodos de repouso</li> </ul>	<p>necessidade de aporte suplementar de o2 a 1 l/min com spo2 95%. Dispneia grau 4 (Borg)</p> <p>15/12 Sobe e desce o equivalente a um 2ª andar, sem necessidade de aporte adicional de o2, spo2 95%.</p> <p>Dispneia grau 3 (Borg)</p>
<p>26/11</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre inaloterapia</p>	<p>Promover autonomia na realização de inaloterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre ordem de administração (1º betagonistas (salbutamol); 2º anticolinérgicos (ipatrópio);</li> <li>- Instruir sobre realização da técnica inalatória (inalador pressurizado com camara expansora): <ul style="list-style-type: none"> <li>- retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aquecer entre as mãos e adaptar novamente;</li> <li>- retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição</li> </ul> </li> </ul>	<p>26/11 Realiza corretamente todos os passos <u>exceto aquecer previamente o dispositivo</u> e realizar <u>expiração previa</u> à inalação.</p> <p>28/11 Realiza corretamente a técnica <u>sem necessidade de utilizar máscara</u> da câmara</p>

vertical)

- colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptar à CE;

- efetuar uma expiração lenta;

- câmara expansora com bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo;

- câmara expansora com máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca;

- ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;

- contar 5-10 ciclos respiratórios;

- validar realização da técnica, identificar e corrigir erros na realização da técnica

expansora.

<p>26/11</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre dreno torácico</p>	<p>Objetivo: garantir a segurança do doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir o doente sobre a finalidade e funcionamento do dreno torácico.</li> <li>- Instruir doente sobre cuidados com dreno torácico e sistema coletor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não elevar o dreno acima do local de inserção</li> <li>- Manter sempre que possível o frasco coletor 50 cm abaixo do local de inserção</li> <li>- Evitar angulações do dreno e da tubuladura</li> <li>- Alertar para o risco de desconexão acidental e de como agir se tal acontecer</li> </ul> </li> </ul>	<p>26/11 Compreende a informação transmitida e cumpre os cuidados a ter com a manipulação do dreno torácico e sistema coletor.</p>

<p>3/12</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento cirúrgico e sobre programa de reabilitação pós-operatório</p>	<p>Preparação do doente para a intervenção;</p> <p>Prevenção de complicações associadas ao procedimento (pulmonares, circulatórias, posturais);</p> <p>Promoção da recuperação funcional o mais rápida e completa possível.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar o conhecimento que o doente tem sobre a sua situação de saúde e sobre a necessidade da cirurgia</li> <li>- esclarecer sobre os objetivos e o procedimento cirúrgico</li> <li>- esclarecer sobre o programa de RFR, nomeadamente objetivos, duração e a implicação no programa</li> <li>- Instruir e treinar controle e dissociação dos tempos respiratórios; respiração profunda/exercícios de expansão torácica; <u>tosse com contenção da sutura</u>; drenagem postural; exercícios de reeducação diafragmática e costal global e seletiva; exercícios de mobilização da articulação escapulo-umeral e de mobilização dos membros inferiores e exercícios de correção postural)</li> <li>- Instruir e treinar levante para o lado oposto (com</li> </ul>	<p>3/12 Compreende e executa corretamente os exercícios referidos.</p>
--	---	---	--

carga no cotovelo e contenção de sutura):

- deslocar-se para o lado oposto da cama em relação à ferida cirúrgica e elevar a cabeceira

- colocar os pé para fora da cama e realizar carga no cotovelo com o braço oposto à sutura e erguer-se para posição sentado

- Instrui e treinar exercícios de mobilização membros inferiores (flexão plantar/dorsiflexão 5x a 10x; contração isométrica dos quadricípites e glúteos(5''))

### 3.1. Avaliação de enfermagem no momento da alta e continuidade de cuidados

No momento da alta, e remetendo apenas para as alterações identificadas na primeira apreciação, o Sr R. apresentava a seguinte apreciação:

Sinais Vitais	18/12
Tensão Arterial	146/87 mmHg
Frequência Cardíaca	90 bpm
Frequência Respiratória	18 ciclos/min
Temperatura timpânica	36,3 °C
Dor	0

- em relação à função sensório-motora, não apresentava alterações da força muscular ao nível do segmento escapulo-umeral direito (5/5 na escala do mrc), nem compromisso da amplitude articular escapulo-umeral direita.

- relativamente à função respiratória apresentava padrão respiratório discretamente assimétrico, diminuído à direita, de predomínio misto, ritmo regular, sem prolongamento de tempo expiratório, tiragem ou outros sinais de dificuldade respiratória. Sem tosse ou expectoração. À auscultação pulmonar apresentava melhora mas ainda mantinha diminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax direito, sem presença de ruídos adventícios. Relativamente à imagem radiológica, imagem de infiltrado bilateral, melhorada. Com hipotransparência homogênea no 1/3 inferior direito também melhorada e franca melhora de imagem de hipotransparência no 1/3 superior e apical à direita.

Frequência Respiratória	18 cpm
-------------------------	--------

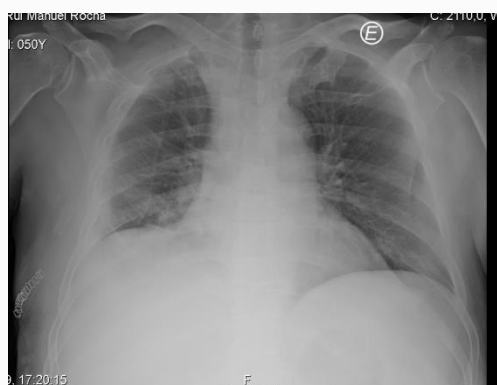
Saturação Periférica de O <sub>2</sub>	96% sem aporte suplementar de O <sub>2</sub>
--	--

Dispneia (escala de Borg) 3

**Gasimetria arterial:**

17/12	pH	pCO2	Po2	HCO 3	sO2	Lact	
Sem aporte supleme ntar de O2	7,4 5	37,1	74,5	25,4	95	18,1	

**Imagem de radiografia do tórax no dia 18/12**



Apresentava ainda um score de 100 na escala de Barthel, mantendo déficit de autocuidado, com compromisso dos requisitos de autocuidado universais *manutenção de quantidade suficiente de ar, manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso*, tal como apresentado no quadro seguinte:

Alterações nos requisitos de Autocuidado		Padrão Atual
Requisitos Universais	Manutenção de quantidade suficiente de ar  Manutenção de	Déficit de autocuidado  Ventilação comprometida

	equilíbrio entre atividade e repouso	Dispneia
Requisitos de autocuidado no desvio da saúde	Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação	

Neste sentido, o Sr. R. teve alta no dia 18 /12 referenciado à Unidade de Reabilitação Respiratória (URR), sendo encaminhado com carta de alta de enfermagem (incluindo diagnósticos e intervenções de ER – programa de reabilitação) onde deu continuidade ao programa iniciado em internamento, sendo observado em consulta de reabilitação respiratória no dia 20/12. No dia 2 de janeiro teve alta da URR com consulta de Pneumologia marcada para o dia 1 de abril.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmad AM. (2018). Essentials of Physiotherapy after Thoracic Surgery: What Physiotherapists Need to Know. A Narrative Review. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 51:293-307.

Álvares, E. & Curião, R. (2016). *Protocolos em pneumologia de intervenção*. Lisboa : Lidel, cop. VII. p. 207. ISBN 978-989-752-214-7

Cordeiro, O., Antunes, C., Cysneiros, A. (2017). *Manual de radiografia do tórax para enfermeiros : do conceito à prática*. Loures : Lusodidacta. XII, p.140. ISBN 978-989-8075-76-5

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2014). *Manual de Boas práticas na Reabilitação Resiratória – Conceitos, Principios, e Técnicas*. Loures: Lusiciência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

International Council of Nurses - *CIPE versão 2015 : Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (2016). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. p. 278. ISBN 978-989-8444-35-6

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

Scarci M., Abah U., Solli P., Page A., Waller D., van Schil P., et al. (2015). EACTS expert consensus statement for surgical management of pleural empyema. *Eur J Cardiothorac Surg* doi:10.1093/ejcts/ezv272

Subotic D., Lardinois D. & Hojski A. (2018). Minimally invasive thoracic surgery for empyema. *Breathe.* 14: 302–310.

**Apêndice III – Sessão de formação *Prevenção de Quedas***

# Prevenção de Quedas

---

ASSOCIAÇÃO DE REFORMADOS DE [REDACTED]

22 de Outubro de 2019

## OBJETIVOS

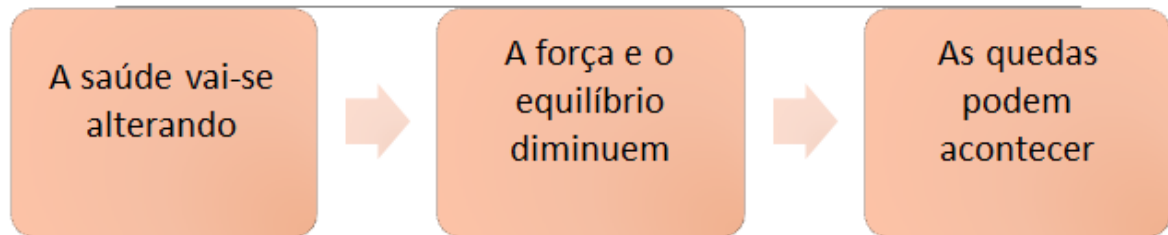
---

Sensibilizar para o risco de queda e suas consequências

Informar sobre medidas preventivas e comportamentos a adotar para reduzir o risco de queda

Informar sobre como agir em caso de queda

## À MEDIDA QUE ENVELHECEMOS...



## QUEDAS

São um grave problema de saúde pública

Responsáveis por 10% a 15% dos episódios de urgência

Internamentos variam entre 4 a 15 dias

28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos tem uma queda por ano

32% a 42% das pessoas com mais de 70 anos tem uma queda por ano

DGS, 2015



## QUEDAS

---

São um grave problema de saúde pública

Responsáveis por 10% a 15% dos episódios de urgência

Internamentos variam entre 4 a 15 dias

28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos tem uma queda por ano

32% a 42% das pessoas com mais de 70 anos tem uma queda por ano

DGS, 2015



---

## QUEDAS— FATORES DE RISCO

- Idade avançada
- Sexo feminino
- Alterações da marcha e do equilíbrio
- Sedentarismo/ estado funcional
- Alterações da visão e/ou da audição
- Historia de quedas anteriores ➔ medo de cair
- Desnutrição
- Medicação
- Vestuário e sapatos inadequados
- Condições da habitação/ da via pública
- Comportamentos de risco

## QUEDAS— CONSEQUÊNCIAS

---

- Fraturas, traumatismos cerebrais e lesões nos músculos que irão diminuir a capacidade de se movimentar e realizar as suas atividades diárias, diminuindo a sua qualidade de vida.
- Necessidade de reajuste da dinâmica familiar, encargos adicionais, sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste do cuidador.
- Efeitos psicológicos como alteração da autoimagem e da autoconfiança, medo, vergonha, depressão.



## QUEDAS— COMO PREVENIR?

---



### **Alimentação Saudável**

Faca 5 a 7 refeições por dia, não salte refeições

Inclua alimentos como verduras, fruta e ricos em cálcio e vit-D para fortalecer os ossos e a força muscular

Beba 5 a 8 copos de água por dia

Evite o consumo de bebidas alcoólicas (diminuem reflexos e equilíbrio)

## QUEDAS— COMO PREVENIR?

---



### **Gestão da Medicação**

- Alguns medicamentos aumentam o risco de queda (diuréticos, anti-depressivos, ansiolíticos)
- Todos os medicamentos têm efeitos secundários
- Informe o médico se sentir:
  - Sonolência, tonturas, visão turva ou dupla, dificuldade de pensar com clareza

---

## QUEDAS— COMO PREVENIR?

---



### **Cuidados com a visão**

- Mantenha sempre os óculos limpos
- Dê tempo aos seus olhos para se habituar às mudanças de luz
- Use chapéu e óculos de sol em dias de muito sol
- Especial atenção quando muda de lentes/graduação
  - Lentes progressivas: atenção ao subir e descer escadas ou passeios!!

## QUEDAS – COMO PREVENIR?

---



### Calçado adequado

- Use sapatos fechados de preferência com solas anti-derrapantes
- Evite sapatos de salto alto
- Dê preferência a sapatos com velcro, ou dê especial atenção aos atacadores para não andarem desatados.

---

Será que a sua casa é segura?

---

## QUEDAS— COMO PREVENIR? TORNE A SUA CASA MAIS SEGURA

- Ilumine bem todas as divisões da casa.
- Organize os espaços/mobiliário desimpedindo os sítios de passagem.
- Deixe sempre as gavetas e as portas dos armários fechados para não tropeçar
- Fixe bem os fios elétricos, não os deixe soltos pelo chão.
- Evite subir a bancos ou escadotes.
- Evite o chão molhado ou encerado.
- Fixe os tapetes e passadeiras ao chão com fita anti-antiderrapante
- Evite andar de meias pela casa.



## TORNE A SUA CASA MAIS SEGURA

### CASA DE BANHO



Mantenha o chão seco

Use barras de apoio junto à sanita e no duche, assim como tapetes antiderrapantes

Se tiver falta de equilíbrio utilize cadeira de banho

Não tranque a porta da casa-de-banho

## QUARTO

Levante-se devagar depois de se sentar ou deitar

Tenha sempre os óculos ao seu alcance

A altura da cama é a correta quando ao sentar-se os seus pés tocam no chão

Prefira chinelos fechados, pantufas

Uma cadeira ou outros produtos podem ajudar muito na hora de calçar as meias ou os sapatos



## COZINHA

Nunca use uma cadeira como escadote

Arrume os itens que usa mais vezes em locais mais fáceis de alcançar

Coloque os itens mais leves nos armários mais altos e os mais pesados em baixo

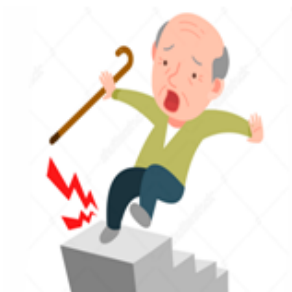
Limpe imediatamente qualquer líquido derramado do chão.



## QUEDAS— COMO PREVENIR?

### NAS ESCADAS:

---



Nunca se apresse

Certifique-se de que estão bem iluminadas e que os tapetes estão bem fixos. Se necessário retire-os.

Se possível, aplicar tira antiderrapante em cada degrau

Nunca transportar nada que dificulte a visibilidade do próximo degrau

## QUEDAS— COMO PREVENIR?

- Se se sente instável ou se tem de se apoiar em móveis quando anda poderá precisar de uma bengala ou andarilho, fale com o seu **médico** ou **enfermeiro de família** para que a solução seja a correta.
- Se necessário use a sua ajuda técnica para caminhar (andarilho, canadianas, bengala)
- Verifique se a sua ajuda técnica está em boas condições (ponteira de borracha, comprimento adequado...)
- Ande devagar e esteja atento a obstáculos, buracos no chão, superfícies escorregadias ou outros perigos



## QUEDAS— COMO PREVENIR? SEJA ATIVO



- Melhora o equilíbrio e a força muscular
- Mantém os ossos fortes
- Ajuda a dormir melhor
- Controla a tensão arterial
- A melhorar a saúde e
- A sentir-se bem



## QUEDAS— QUE ATIVIDADES POSSO FAZER?

Outras formas de praticar atividade física



Jardinagem, varrer o chão, lavar o carro

Fazer passeios

Carregar os sacos das compras

Sempre que puder, e se puder, usar as escadas

Quando andar de autocarro saia uma paragem antes e fazer o resto do percurso a caminhar

Levante-se para mudar o canal de televisão em vez de utilizar o comando



## O EXERCÍCIO E A ATIVIDADE FÍSICA



- Melhora o tempo de reação
- Melhora a flexibilidade e o equilíbrio
- Melhora a força
- Diminui a perda de massa óssea.

**Diminui o risco de queda!!!**



Se algum exercício ou atividade física causar dor ou desconforto não deverá ser realizado

Aconselhe-se com o seu médico ou enfermeiro de família sobre quais os exercícios mais adequados para a situação de saúde

## QUEDAS— O QUE FAZER SE CAIR?

Não entre em pânico/**mantenha a calma**

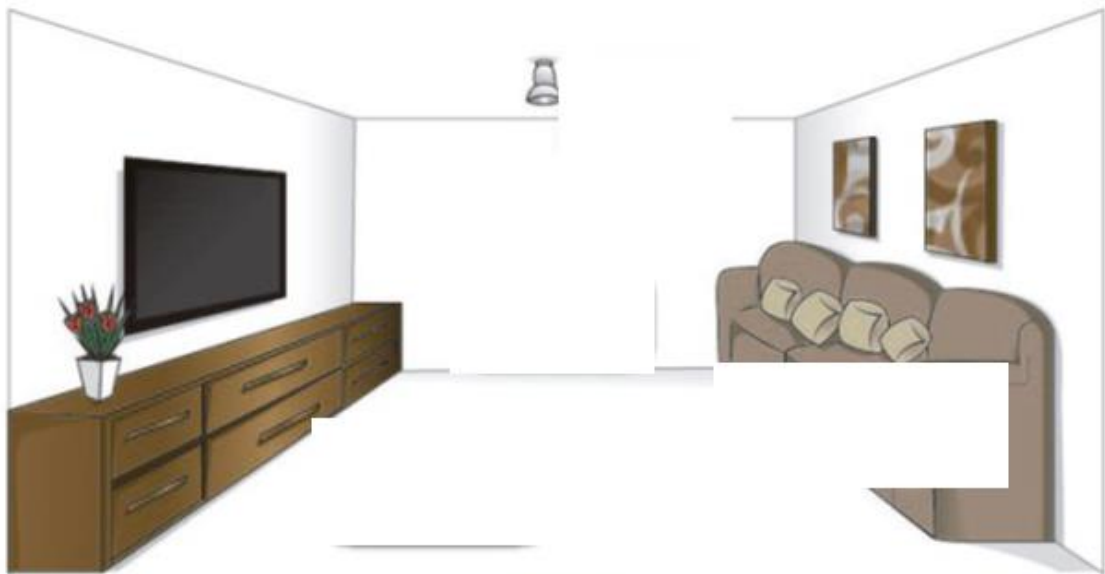
Se sentir dores ou tonturas

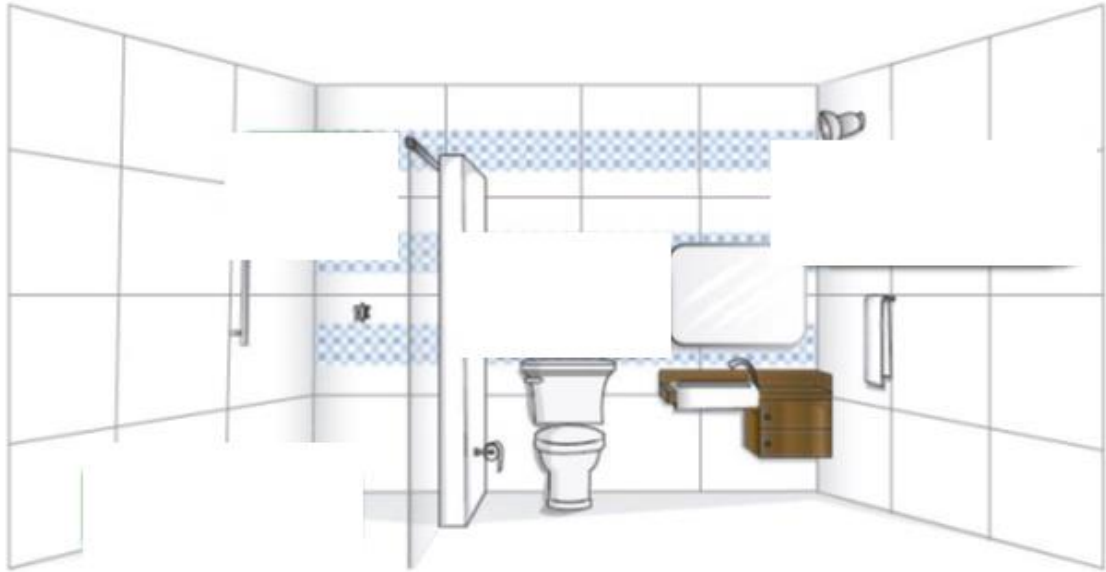
Peça ajuda:  
Chame, telefone ou use **o botão de alarme**

Se tiver dúvidas sobre a seriedade da lesão não se levante e aguarde que chegue a ajuda

# SERÁ QUE ESTIVERAM ATENTOS?

---







---

Obrigada pela vossa atenção!

[Redacted] - Enfermeira Especialista em Reabilitação

Enf<sup>a</sup> Líliliana Heleno- Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL

[Redacted]



**Apêndice IV – Sessão de formação *Educação Postural***

# Educação Postural

Enfermeira [REDACTED]  
Enfermeira Liliana Heleno  
[REDACTED]



## O que são Dores nas Costas?

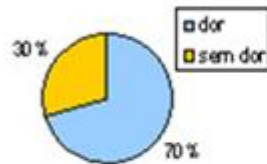
“Dor ou o desconforto sentido e localizado na zona dos ombros e da região cervical (pescoço), dorsal (zona do peito) e lombar (zona de cintura)”





Será que muitas  
pessoas têm  
dores de  
costas?

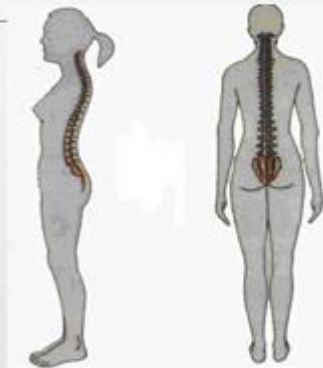
Cerca de 70% da população mundial já teve um episódio de dor, pelo menos uma vez na vida!



Não ter dor agora não significa que não venhas a desenvolver dor no futuro!

## A coluna vertebral

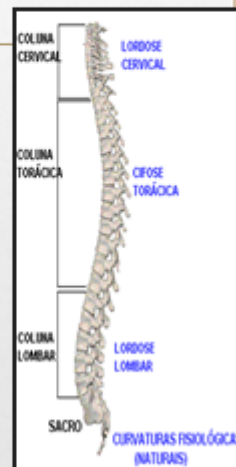
Sabem quantas  
vértebras tem a  
nossa coluna ?



A coluna vertebral é formada por várias  
vértebras (33 ou 34) e são ligadas por  
articulações que se dividem por discos.

A coluna é constituída por:

- Região cervical ( 7 vértebras)
- Região dorsal (12 vértebras)
- Região lombar (5 vértebras)
- Região Sagro- Coccigea: constituída por 5 vértebras Sagradas + 4 ou 5 vértebras que se encontram unidas que representam o Coccix) – algumas pessoas nascem com 4, outras com 5.



## Os músculos e o movimento

Músculos Abdominais



Músculos das Costas



Para o bom funcionamento do sistema músculo-esquelético é necessário ter um bom equilíbrio muscular entre os músculos abdominais e os das costas.

O que será que provoca as dores nas costas?



## As Dores nas Costas são Provocadas por diversos fatores!

### Fatores relacionados com Hábitos e Estilos de Vida

- Uso das mochilas escolares
- Posição de sentado
- Prática desportiva/ inatividade física
- Atividades sedentárias
- Mobiliário escolar

### Fatores Psicológicos

- História familiar
- Crenças

### Fatores Sócio-Demográficos

- Idade
- Género
- Peso
- Altura
- IMC

### Consequências:



Diminuição da Qualidade de Vida!!

Assim, é bastante importante impedir que  
tenhas dores nas costas, para que te sintas  
mais feliz!!!



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



*Arrumação e  
transporte de  
material escolar*

## Peso da mochila



- Quando a mochila está muito pesada o nosso tronco fica muito inclinado para a frente
- A mochila não deve pesar mais do que 10% do nosso peso



Se pesas 30 Kg a tua mochila deve pesar no máximo 3 Kg



## Mochilas escolares



**Sabem  
arrumar  
corretamente  
a vossa  
mochila?**

## Arrumação Mochila Escolar

*Deves arrumar na mochila apenas o material escolar necessário a utilizar em cada dia.*

*Deves arrumar o material escolar mais pesado junto às costas e o mais leve à frente.*

*O material desportivo deve ser arrumado no fundo da mochila.*



## Mochila ideal



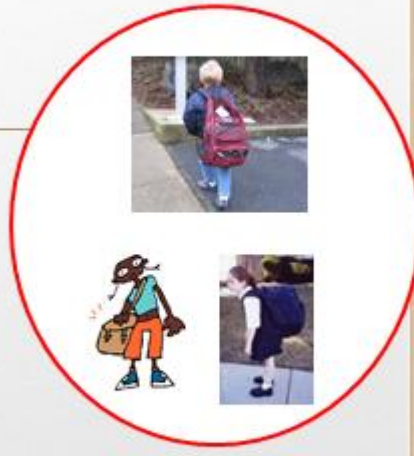
## Ajuste mochila escolar

*O fundo da mochila não deve ficar a mais que 10cm abaixo do umbigo, ou seja, não deve ficar abaixo da anca.*

*A mochila deve ser ajustada regulando as duas alças.*



## Ajuste mochila escolar



## Transporte de mochila



CERTO

ERRADO



As mochilas devem ser transportadas **nos 2 ombros!**



# *Postura Corporal*

---



## Como Saber se a nossa Postura é Correta?

- Sempre que os segmentos corporais não estiverem bem alinhados para os músculos trabalharem de forma equilibrada, estamos perante uma postura errada.
- Numa postura incorrecta há músculos que estão a contrair em demasia para compensar o estado pouco activo de outros, não havendo, muitas vezes, a amplitude necessária para o movimento das articulações.



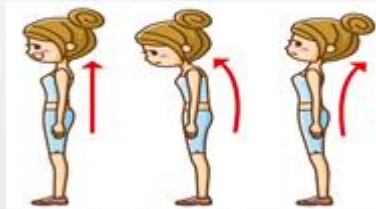
## As posturas mais saudáveis

### • A caminhar

- A coluna deve estar alinhada e o queixo voltado para a frente.
- O corpo deve acompanhar sempre a rotação da cabeça.
- Enquanto caminha apoiar os pés de forma equilibrada.

### • De pé

- Mantenha os pés afastados, à largura dos ombros.
- As pernas devem estar ligeiramente flectidas.



### • Deitada

- Dormir de barriga para cima permite um melhor alinhamento da coluna vertebral.
- Se dormires de lado, podes colocar uma almofada entre as pernas e debes ter as coluna alinhada.

- **Sentada**

- Deve-se mudar de posição ao longo do dia, não esquecendo que os pés devem estar bem apoiados e as costas direitas.

- Sempre que possível, levantem-se para se movimentar.



*Será que estiveram  
com atenção ???*



## Vamos jogar ao Verdadeiro e Falso?

No total, a coluna vertebral é constituída por 45 vertebrae.



Devemos estar sentados na sala de aula com os pés bem apoiados e as costas direitas.



Não ter dor agora significa que também não vou ter no futuro.



Posso arrumar o material escolar de qualquer maneira dentro da mochila.



O material mais pesado da mochila deve ser arrumado à frente.



A mochila deve ser ajustada bem junto às costas.



Dobramos o tronco muito para a frente quando temos a mochila mais pesada do que devíamos.



## Alongamentos

- O passar muito tempo sentado na mesma posição também pode provocar problemas de postura e dores de costas.
- Existem pequenos exercícios- alongamentos que podemos realizar que ajudam a manter o bom funcionamento do sistema músculo esquelético.

## Concluindo...

- As dores nas costas são um problema comum que afectam cerca de 70% da nossa população;
- Más posturas em crianças e jovens vão traduzir-se em problemas enquanto adultos;
- Está nas nossas mãos tentar preveni-las: adquirindo boas posturas, realizando exercício físico com alongamentos, utilizando as malas e mochilas de forma correta.



REPÚBLICA  
PORTUGUESA



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



aces  
LISBOA  
NORTE

Muito obrigada pela atenção de  
todos!!!



*Enfermeira Natacha Sousa*

*Enfermeira Liliana Heleno*

*UCC*

**Apêndice V – Sessão de formação *Inaloterapia e ventilação não invasiva***

# Inaloterapia e Ventilação Não Invasiva

UCC - INTEGRAR NA SAÚDE

Enf<sup>a</sup> Lilliana Gaspar Heleno  
10<sup>o</sup> CMER da ESEL

21 De Novembro de 2019

## Objetivos

- ▶ Relembrar princípios básicos da inaloterapia
- ▶ Identificar os vários dispositivos inalatórios
- ▶ Informar sobre modo de preparação de cada dispositivo e respectiva técnica inalatória
- ▶ Alertar para os principais erros cometidos
- ▶ Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento para a saúde diminuído - inaloterapia
  
- ▶ Relembrar princípios básicos da VNI
- ▶ Informar sobre as modalidades terapêuticas
- ▶ Identificar e informar sobre os vários dispositivos (ventiladores, interfaces, outros)
- ▶ Alertar para as principais complicações da VNI
- ▶ Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento para a saúde diminuído - VNI

## Terapêutica Inalatória

Via inalatória é reconhecida como a via de eleição para a administração de fármacos no tratamento das doenças respiratória

Atinge o órgão alvo

Ação mais rápida e eficaz, menores doses e menores efeitos adversos (em comparação com a via oral)

(Aguiar, et al., 2017, DGS, 2017)

## Terapêutica Inalatória

Multiplicidade de novos fármacos e dispositivos inalatórios

Essencial garantir uma adequada técnica inalatória

Responsabilidade acrescida para profissionais de saúde

(Cordeiro e Mateus, 2014)

## Tipos de Dispositivos Inalatórios



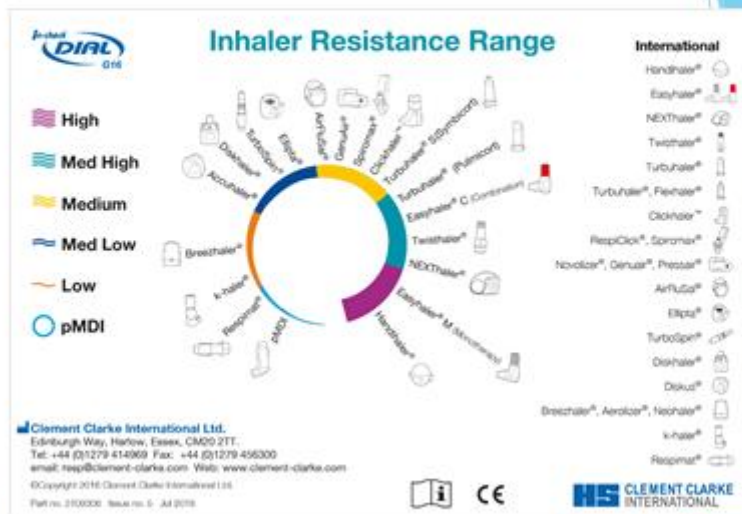
(Aguiar, et al., 2017)

## Seleção do dispositivo inalatório

- ▶ Características de cada doente
  - ▶ idade, capacidade cognitiva, capacidade inspiratória, condições económicas, preferência;
- ▶ Características do dispositivo
  - ▶ forma de utilização, custo, disponibilidade.

A realização incorreta da técnica inalatória determina a falta de controlo da doença, com consequências na qualidade de vida do doente, aumento da frequência de episódios de urgência e internamentos, deterioração da função pulmonar e agravamento dos custos em termos globais.

## Avaliar a capacidade inspiratória



## Técnica inalatória - Indicações gerais

- ▶ A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada
- ▶ Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir
- ▶ Aguardar 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação

## Inaladores Pressurizados doseáveis



Técnica inalatória:

1. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aquecer entre as mãos e adaptar novamente
2. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical)
3. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma
4. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás
5. Efetuar uma expiração lenta
6. Colocar inalador entre os lábios
7. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI
8. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total
9. Pausa inspiratória durante 10 segundos
10. Realizar uma expiração forçada

## pMDI inaladores pressurizados doseáveis- com câmara expansora



1. Retirar o contentor da embalagem, aquecer entre as mãos e adaptar novamente
2. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical)
3. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-la à CE;
4. Efetuar uma expiração lenta;
5. Câmara expansora com:
  - A. Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo;
  - B. Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca;
6. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
7. Contar 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada no adulto de 30 segundos ou 5 inspirações na idade pediátrica);
8. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da CE e aproveitamento completo da dose administrada.

## pMDI - Erros mais frequentes

- ▶ Não retirar a tampa
- ▶ Não agitar o inalador antes da utilização
- ▶ Não expirar lentamente antes da inalação
- ▶ Não utilizar o inalador na posição adequada <https://www.youtube.com/watch?v=21TL94NEzvg>
- ▶ Dificuldade na coordenação “mão-pulmão”
- ▶ Inspirar muito lentamente e superficialmente
- ▶ Não fazer pausa após a inspiração
- ▶ Não aguardar entre 30s a 1min para repetir a inalação
- ▶ Não utilizar a CE
- ▶ (Não realizar a higiene da CE 2x semana com água e sabão)

(Aguiar, et al., 2017, DGS, 2017)

## Inalador de pó seco - Preparação de dispositivos DPI - Unidose



Aerolizer®



Breezhaler®



Handihaler®

1. Retirar a tampa do dispositivo e abri-lo;
2. Colocar a cápsula do interior do dispositivo;
3. Fechar o dispositivo;
4. Apertar as patilhas de forma a perfurar a cápsula e soltar.

## Inalador de pó seco - Preparação de dispositivos DPI - Multidose



### Diskus®

- Deslizar a tampa do dispositivo;
- Rodar a palheta;



### Ellipta®

- Deslizar a tampa do dispositivo até ouvir um clique;
- Não tapar o respirador com o dedo



### Easyhaler®

- Agitar energicamente 3 a 4 vezes;
- Apertar a parte superior do dispositivo até ouvir um clique;

## Inalador de pó seco - Preparação de dispositivos DPI - Multidose



### Genuair®; Novolizer®

- Colocar o reservatório dentro do dispositivo (no caso do Novolizer);
- Pressionar a parte superior do aparelho para carregar a dose, irá aparecer a cor verde numa janela;
- Pronto a inalar;
- Cada inalação bem executada fará a janela ficar vermelha.



### Turbohaler®

- Retirar a tampa do dispositivo;
- Rodar a base duas vezes em ambos os sentidos, até ao limite, para carregar a primeira dose;
- Nas restantes vezes roda-se apenas uma vez a base em ambos os sentidos, ouvindo um clique;
- Dose pronta a ser inalada.

## Inalador de pó seco - Preparação de dispositivos DPI - Multidose



### Forspiro®

- Abrir a patilha e levantar a alavanca até ouvir um clique
- Voltar a fechar a alavanca



### Spiromax®

- Colocar o inalador na vertical, com a tampa na parte inferior
- Abrir a tampa até ouvir um clique

## Inalador de pó seco

### Técnica Inalatória:

1. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador
2. Preparar o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI
3. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional) – não realizar com o inalador na boca
4. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar
5. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca
6. Sustentar a respiração durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (criança)
7. Expirar lentamente
8. Limpar o bucal com um lenço de papel
9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador

## DPI - Erros mais frequentes

- ▶ Não expirar lentamente antes da inalação
- ▶ Expirar para dentro do bucal (humidade e dispersar do fármaco)
- ▶ Não cerrar bem os lábios à volta do bucal
- ▶ Inspiração pouco vigorosa
- ▶ Não fazer pausa após inspiração
- ▶ Repetição da dose por não sentir o fármaco ou dificuldade em perceber que o fármaco acabou
- ▶ Guardar o inalador na casa-de-banho (humidade/pó seco)

(Aguiar, et al., 2017, DGS, 2017)

## Dispositivo inalatório com solução para inalação por nebulização - SMI

Preparação:

- Na primeira utilização: retirar a tampa transparente, colocar o cartucho no dispositivo, colocar a tampa novamente e acionar o botão de libertação da dose 4/5 vezes até sair uma "nuvem";
- Segurando o inalador na posição vertical rode a base transparente na direção das setas vermelhas até ouvir um clique (meia volta);
- Abrir a tampa;
- Se o inalador estiver 7 dias sem utilização, acionar o botão de libertação da dose 4/5 vezes até sair uma "nuvem".



## Dispositivo inalatório com solução para inalação por nebulização - SMI

### Técnica inalatória

1. Expirar lenta e profundamente;
2. Selar os lábios, ajustando-os à volta do bucal enquanto se inspira lenta e profundamente, pressione o botão de libertação de dose e continue a inspirar lentamente, o máximo que conseguir;
3. Suster a respiração 10 segundos;
4. Expirar lentamente;
5. Repetir todos os passos para administração da segunda inalação.



## SMI - Erros mais frequentes

- ▶ Agitar
- ▶ Ausência de expiração forçada prévia à inalação
- ▶ Inspiração por via nasal
- ▶ Dificuldade na preparação inicial do fármaco para a 1ª inalação

TIPO DE INALADOR	VANTAGENS	DESvantagens
pMDI com CE	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para todas as idades</li> <li>✓ Redução do depósito na orofaringe</li> <li>✓ Diminuição da necessidade da coordenação mão-pulmão</li> <li>✓ Ausência de efeito cold-freon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pouco portáteis</li> <li>✓ O atraso do pMDI e a inalação diminui o efeito terapêutico</li> <li>✓ Substituição anual</li> <li>✓ Lavagem semanal</li> <li>✓ Secar ao ar (redução da eletricidade estática)</li> </ul>
DPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pequenos e portáteis</li> <li>✓ Não necessitam de coordenação inspiratória</li> <li>✓ Eficácia clínica superior a pMDI</li> <li>✓ Podem ser utilizados por crianças &gt; 5 anos</li> <li>✓ A grande maioria tem contador de doses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Débito inspiratória &gt;30 l/min</li> <li>✓ Requerem inspiração ativa</li> <li>✓ Necessidade de proteger da humidade</li> <li>✓ Risco de contaminação</li> <li>✓ Custo mais elevado do que os pMDI</li> </ul>
SMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Maior facilidade de coordenação inspiração-acionamento</li> <li>✓ Sem necessidade de um fluxo inspiratório elevado</li> <li>✓ Maior deposição pulmonar e menor deposição na orofaringe</li> <li>✓ Sem propelentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poucos fármacos disponíveis</li> </ul>

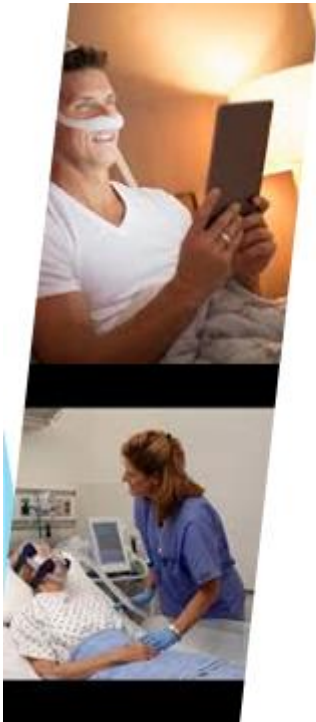
## Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento para a saúde diminuído - inaloterapia

Verificar se a pessoa alvo de ensino demonstra conhecimento e é autónoma na sua realização:

- Identifica os diferentes inaladores que vai utilizar
- Enumera a ordem de administração em caso de vários fármacos
  - 1º betagonistas (salbutamol, formoterol)
  - 2º anticolinérgicos (ipatrópio, tiotrópio)
  - 3º corticoides (beclometasona, miflonide)
- Realiza a técnica inalatória corretamente, de acordo com o dispositivo
- Realiza a higiene da câmara expansora (limpeza 2x semana com água e sabão)

## Ventilação Não invasiva

- ▶ Método de assistência / suporte ventilatório aplicado na via aérea do doente através da utilização de máscaras faciais, nasais ou bucais que funcionam como interface entre doente/ventilador.
- ▶ **FINALIDADE:** Aumentar a ventilação alveolar sem a necessidade de recorrer a técnicas invasivas, como a entubação endotraqueal ou traqueostomia, através da instituição de uma pressão positiva nas vias aéreas.



### VNI- ONDE É INSTITUÍDA

- ▶ Serviço de urgência
- ▶ Cuidados intensivos
- ▶ Cuidados intermédios
- ▶ Enfermarias
- ▶ Domicílio

## Critérios para iniciar VNI

- ▶ Critérios clínico
  - ▶ Dispneia moderada a grave
  - ▶ Respiração paradoxal
  - ▶ FR superior a 24 ciclos/min
- ▶ Critérios gasométricos
  - ▶ PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg
  - ▶ Acidemia PH < 7,35

PaO<sub>2</sub> 75 - 100 mm Hg

PaCO<sub>2</sub> 35 - 45 mm Hg

pH 7.350 - 7.450

**HIPOXÊMIA - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA PARCIAL**

**HIPERCÁPNIA + HIPOXÊMIA - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GLOBAL**

**ACIDÊMIA + HIPOXÊMIA - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA**

## Critérios para iniciar VNI

### IRA primária

- Pneumonia
- Doentes imunocomprometidos
- Insuficiência Respiratória pós- extubação

### IRA secundária ou crônica agudizada

- DPOC (agudizada)
- Bronquiectasias
- Fibrose quística
- Sequelas de Tuberculose
- Cifoescolioses
- Doentes neuromusculares

## Contra-indicações

### ABSOLUTAS

- PCR
- Obstrução da via aérea superior
- Pneumotórax não drenado
- Incapacidade de utilizar máscara por traumatismo craneano, facial, queimadura ou cirurgia
- Deformidades faciais impeditivas do ajuste da máscara

### RELATIVAS

- Doente agitado/não colaborante
- Instabilidade hemodinâmica/ arritmia grave
- Hemorragia digestiva ou respiratória recente
- Presença excessiva de secreções brônquicas
- Risco de aspiração (náuseas/vómitos)
- Claustrofobia grave

## Vantagens

### IMEDIATAS

- Redução do trabalho dos músculos respiratórios
- Melhoria das trocas gasosas
- Alívio da dispneia e redução da frequência respiratória
- Otimização da relação Ventilação / Perfusão

### A LONGO PRAZO

- Estabilização da doença respiratória crónica
- Melhoria da qualidade do sono
- Melhoria do estado funcional
- Melhoria da qualidade de vida



## Ventiladores

### Modalidades terapêuticas

#### **CPAP** Continuous Positive Airway Pressure

- ▶ Pressão Positiva Contínua nas vias aéreas
- ▶ Impede/evita colapso da via aérea
- ▶ Melhora a oxigenação

#### **BIPAP** Bi – Level Positive Airway Pressure

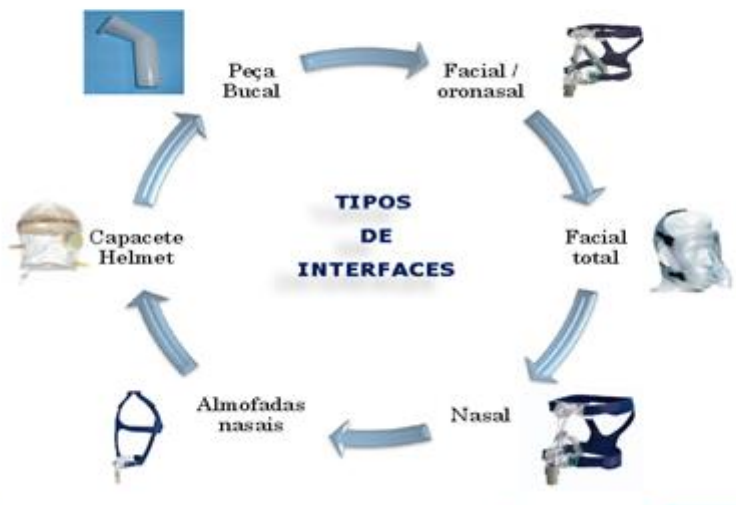
Pressão Positiva Bi-Nível nas Vias Aéreas: uma sobre a inspiração (IPAP) e outra sobre a expiração (EPAP).

- ▶ Essa configuração dupla facilita a expiração (EPAP) fazendo com que o esforço para expirar seja menor
- ▶ Utilizado para conseguir uma adequada ventilação
- ▶ Fornece ajuda aos músculos inspiratórios
- ▶ Diminui a hipercapnia

## Circuito, conexões e filtros



## Interfaces



## Apoio de Queixo

Ajuda no controle da fuga pela boca



## A escolha da interface



Máscara facial ou facial total

- Pressões altas
- Longos períodos de VNI
- Lesões no nariz ou face



Máscara nasal ou almofadas nasais

- Pressões médias / baixas
- Longos períodos de VNI
- Claustrofobia



Máscara nasal (dia) + Máscara facial (noite)

- Pressões altas
- Longos períodos de VNI
- Fragilidade cutânea (nariz e face)

## Almofadas nasais

### VANTAGENS

- Menor espaço morto
- Menor sensação de claustrofobia
- Maior facilidade de eliminar secreções
- Maior facilidade em comunicar
- Menor risco em caso de vômito
- Menor risco de úlcera por pressão na face



### DESVANTAGENS

- Perda de eficácia quando a pessoas abre a boca
- Menor conforto e eficácia quando existem problemas anatómicos do nariz (desvio do septo, sinusite...)
- Maior resistência das narinas à entrada do fluxo de ar

## Peça Bucal

### VANTAGENS

- < taxa de incidência de lesões
- < sensação de claustrofobia
- > conforto



**Alternativa a outra interface em situações anatómicas difíceis ou lesões faciais**

### DESVANTAGENS

- Hipersalivação
- Risco de deformidades ortodônticas
- Risco de fuga de ar pela boca ou pelas narinas
- Dificuldade na alimentação/hidratação oral

**Exige colaboração permanente do indivíduo para segurar a peça com os lábios**

## Máscara nasal

### VANTAGENS

- <espaço morto
- <sensação de claustrofobia
- <risco de complicações em caso de vômito
- >conforto

**Facilita** eliminação de secreções, comunicação, alimentação/hidratação



### DESVANTAGENS

- <eficácia por fuga associada a pressões elevadas ou quando o doente abre a boca
- >resistência à entrada do fluxo de ar pelas narinas
- **Dificuldade em adaptar quando existem problemas anatómicos ou lesões da pirâmide nasal**

## Máscara facial ou oronasal

### VANTAGENS

- > controlo da fuga ora
- > eficácia para pressões elevadas, permitindo, maior volume corrente
- Correção mais rápida das trocas gasosas

### DESVANTAGENS

- > espaço morto
- > possibilidade de aerofagia e distensão abdominal
- > maior risco de lesão na pirâmide nasal e noutros pontos de fixação

**Dificulta:** eliminação de secreções, comunicação, alimentação/hidratação oral



# Máscara facial total



## VANTAGENS

- > controlo da fuga oral
- > eficácia para pressões elevadas
- < incidência de lesões da pele
- Correção mais rápida das trocas gasosas
- Re-inalação de CO<sub>2</sub> semelhante às máscaras faciais

## DESVANTAGENS

- > espaço morto
- > possibilidade de aerofagia e distensão abdominal
- > maior risco de lesão na pirâmide nasal e noutros pontos de fixação

**Dificulta:** eliminação de secreções, comunicação, alimentação/hidratação oral, não adaptação no domicílio

# Fugas

- > A fuga de ar na VNI é aceitável uma vez que não se trata dum sistema fechado
- > A fuga intencional é aquela que é expirada pela válvula expiratória
- > A fuga não intencional resulta da má adaptação do interface e/ou da inadequada programação de parâmetros ou modos de VNI
- > Existem ventiladores que têm um sistema de compensação de fugas – sensibilidade auto-track – assegura um desempenho eficaz na presença destas fugas (V60 ou Vision)
- > Em alguns casos a fuga só começa a ser problemática acima dos 24 l/min (VPAP III, VPAP IV e S9, por ex.)
- > Fuga zero é um sinal de alerta – verificar todo o circuito

## Efeitos adversos da VNI

- Irritação/conjuntivite, hiperemia, lacrimejo (saída de ar da interface junto aos olhos e nariz)
- Interrupção frequente do sono, cansaço (devido ao ruído. Pode ser um problema par ao utente e para os outros)
- Secura nasal/oral, obstrução, congestão nasal (fluxo de ar frio e seco, elevada concentração de O<sub>2</sub>)
- Otolgia ou cefaleias (aumento da pressão na via aérea, quanto maior a pressão maior a possibilidade de ocorrência)
- Distensão abdominal (descontrolo da respiração com entrada de ar no sistema digestivo)
- Desconforto / lesões na pele

## Higiene e limpeza do ventilador e dispositivos



Desligar da  
eletricidade

Limpar com um  
pano húmido  
Só voltar a ligar  
quando estiver  
seco

Semanalmente  
lavar com água e  
sabão por fora  
Não deve entrar  
água para dentro  
do circuito

Lavar 1 a 2x  
semana com água  
e sabão azul e  
branco  
Não secar ao sol  
Deixar secar bem  
(lavar de manhã  
para usar à noite,  
por ex)

## Higiene e limpeza do ventilador e dispositivos



Lavar 1 a 2x  
semana com  
água e sabão  
neutro

Deixar secar bem  
(lavar de manhã  
para usar à noite,  
por ex)



Lavar 1 x semana  
com água e  
sabão neutro e  
deixar secar bem



Filtro de ar  
Aspirar uma vez  
por semana  
(seguir as  
indicações do  
fabricante)

## Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento para a saúde diminuído - VNI

Verificar se a pessoa alvo de ensino demonstra conhecimento e é autónoma na sua realização:

- Identifica os diferentes inaladores que vai utilizar
- Adaptar interface à face
- Montar e desmontar o circuito do ventilador
- Ligar e desligar o ventilador
- Verificar fugas em torno da interface e corrigi-las
- Gerir a oxigenoterapia (diferentes débitos)
- Limpeza da interface, circuito e ventilador
- Substituir filtros
- Contatar a empresa fornecedora e do serviço/unidade ao qual fica referenciado

## Referências Bibliográficas

- ▶ Aguiar, R et al (2017). *Terapêutica Inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 25 (1), 6-9
- ▶ Cordeiro, M. C. & Mateus, D. (2014). *Dispositivos inalatórios* In Cordeiro. *Terapêutica Inalatória. Princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios* (cap.4, pp48-63). Loures: Lusodidacta
- ▶ Direção Geral de Saúde (2017) *Orientação 010/2017. Ensino e avaliação da técnica inalatória da Asma*. Lisboa.

## **Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem**

## **Jornal de Aprendizagem 1**

### **Sessão de formação “Prevenção de quedas”**

Foi numa fase inicial do meu estágio que surgiu a proposta de realizar uma formação a pessoas com mais de 65 anos, em dois Centros de Dia da freguesia de XXX, no âmbito da temática da prevenção de quedas. A iniciativa partiu da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEEC) da UCC e o convite foi aceite, percebendo imediatamente que aquele seria um tema sensível aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação e, como tal, uma oportunidade, pelo potencial de aprendizagem e pelos contributos que daí poderiam advir para alcançar os objetivos a que me propus para a aquisição de competência enquanto EEER.

A identificação das necessidades de intervenção de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) é crucial ao processo de tomada de decisão de enfermagem. Estando já previamente identificada esta necessidade de intervenção junto dos referidos utentes de centro de dia, importa compreender a problemática, para que as intervenções de enfermagem sejam prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001).

A taxa de mortalidade devido a quedas aumenta com a idade, sendo que os idosos mais velhos são também mais frágeis e caem mais vezes. Por outro lado, esta taxa é muito variada entre os países da União Europeia, o que permite antever o carácter preventivo deste tipo de acidente (DGS, s/d).

Sendo particularmente inexperiente neste tipo de ações, procurei organizar-me de forma a conhecer os equipamentos em questão e a população para quem a formação seria realizada. Percebi que seriam pessoas com participações prévias em formações, enquanto frequentadoras dos centros de dia, normalmente interessadas e participativas, segundo a EEEEC e que, preferencialmente, seria importante que a formação fosse acompanhada de imagens simples que, segundo a experiência da EEEEC, eram normalmente bem recebidas pelos utentes em questão.

Relativamente aos Centros de Dia, percebi que são ambos equipamentos pertencentes à Associação de Reformados que se destinam a integrar pessoas idosas de ambos os sexos, residentes na freguesia, independentes ou parcialmente dependentes e sem apoio sócio-familiar durante o período diurno. Ainda segundo a

EEEC seriam pessoas que participam frequentemente em formações e sessões de educação para a saúde e, normalmente, até bastante participativas e interessadas.

Rapidamente me apercebi que uma intervenção mais objetiva e individualizada seria incomportável com a disponibilidade de tempo existente. No entanto seria, na minha opinião, uma mais valia reunir dados que permitissem uma caracterização sociodemográfica do grupo, assim como uma avaliação individual dos seus elementos, nomeadamente ao nível do risco de queda, equilíbrio e marcha. Um exemplo dum instrumento que poderia privilegiar para este efeito, seria o instrumento Time Up and Go Test. Segundo a OE (2017) este instrumento adequa-se a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com co-morbilidades, residentes em lares, entre outros. Permite uma avaliação da mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e avalia o risco de queda em idosos, sendo que um tempo mais rápido/curto indica um melhor desempenho funcional, enquanto que um tempo mais demorado indica maior risco de quedas. Esta avaliação iria permitir o desenvolvimento de intervenções dirigidas, de acordo com a função motora e o risco de queda apresentados, nomeadamente ao nível do treino de equilíbrio e de marcha, assim como de fortalecimento de força dos membros inferiores, tal como verificaram Thomas et al. (2019). Numa revisão sistemática da literatura com meta análise realizada por estes autores verificou-se que a atividade física tem vindo a mostrar-se eficaz na redução do compromisso do equilíbrio nas pessoas idosas, nomeadamente o treino de equilíbrio, treino de resistência, exercícios de proprioceção, treino adaptado com recurso a bola, entre outros, sendo que estas atividades produzem concomitantemente um aumento na força muscular. Ainda segundo estes autores, mais do que a atividade, a inatividade tem efeitos nefastos na força e equilíbrio das pessoas idosas. Por outro lado, segundo a DGS (s/d) a diminuição da massa muscular, a osteoporose, a diminuição da visão e da audição, assim como a falta de condições de segurança da casa e do jardim aumentam a probabilidade de cair.

Compreendendo a dificuldade na individualização das intervenções, percebi que seria importante ter uma abordagem mais abrangente (tendo em conta o que foi exposto anteriormente), que reunisse aqueles que seriam os aspetos que poderiam ser comuns à maioria das pessoas com mais de 65 anos, independentes ou

parcialmente dependentes, tal como aquelas que esperava encontrar nos Centros de Dia em questão.

Segundo a OE (2001), no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, exige-se que o enfermeiro integre os resultados da investigação na sua prática, reconhecendo-se a importância de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados em evidência para a qualidade do exercício profissional em enfermagem. Neste sentido, o recurso a referenciais normativos desenvolvidos pelas entidades reguladoras da área da saúde foi importante, pois permitiu-me reunir a informação mais recente e baseada em evidência científica atualmente disponível sobre esta temática, que se encontra já profundamente estruturada e organizada de modo a garantir a sua aquisição.

Apesar destes contributos, houve a necessidade de refletir sobre a inclusão/exclusão de alguns conteúdos, assim como de recorrer à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora, no sentido de nortear a decisão. Um exemplo prático desta tomada de decisão foi a opção por não incluir exemplos concretos de exercícios que poderiam permitir o fortalecimento muscular a nível dos membros inferiores ou do equilíbrio, pelo risco destes exercícios serem feitos posteriormente sem supervisão, com prejuízo de serem eles mesmo potenciadores de uma queda ou, pelo menos, de aumentar o seu risco.

Este tipo de decisão ou de escolha foi particularmente importante no que diz respeito ao meu processo de aprendizagem. Compreendi que, mais do que prescrever programas de treino, importa ter um conhecimento profundo e específico do ponto de vista funcional e das ações que são dirigidas à provisão de autocuidado, que Orem denomina de requisitos de autocuidado, daqueles a quem os programas se dirigirão. Apesar de ter presente que intervenções de qualidade significam coisas diferentes consoante as pessoas, e que a sensibilidade para lidar com essas diferenças permite alcançar níveis de satisfação mais elevados (OE, 2001), a generalidade dos aspetos incluídos na formação prendeu-se exatamente com a escassez de informação específica que permitisse personalizar mais a informação que foi preparada.

Ainda assim, percebendo a importância dos processos de avaliação e de integração da informação transmitida, ficou estabelecida a necessidade de realizar um juízo posterior relativamente ao sucesso/insucesso desta sessão,

particularmente ao nível da adequação das estratégias, tendo em conta os objetivos estabelecidos e as estratégias delineadas para os atingir (Tavares, 1990).

Refletindo um pouco mais sobre a construção desta sessão, recorrendo à Teoria do Sistema de Enfermagem de Orem, a minha intervenção de nesta sessão de formação poderá ser englobada no que a autora define como sistema de apoio-educativo, na medida em que prevejo que as pessoas a quem a formação é dirigida são capazes de realizar o autocuidado, necessitando de orientação, educação e/ou supervisão nas suas atividades (Orem, 2001). Deste modo, assumindo que as pessoas em questão têm, não só a capacidade de realizar, como podem e devem aprender a executar as medidas de autocuidado necessárias (Orem, 2001), a finalidade da formação passa por permitir às pessoas o desenvolvimento do seu autocuidado, capacitando-as para que a prevenção das quedas seja mais efetiva.

### **O contributo desta atividade para a aquisição de competências de EEER**

O estabelecimento de sistemas de qualidade multiprofissionais na área da saúde é hoje consensual e imperativo, tendo a enfermagem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade que permitam o estabelecimento de um caminho/ visão que guie os enfermeiros num exercício profissional de qualidade.

Neste âmbito, a OE (2018) explicita a natureza e os diferentes aspetos da qualidade dos cuidados de enfermagem com a definição de enunciados descritivos. No âmbito da experiência que se pretende analisar destaco aqueles que se assumem como mais significativos. Sendo assim, a procura do máximo potencial de saúde é inerente a um exercício profissional de qualidade do EEER (OE, 2018). Neste sentido, considero que todo o processo de desenvolvimento desta sessão de formação permitiu-me o desenvolvimento de intervenções específicas a pessoas funcionalmente vulneráveis: a prescrição de atividade física, a adequação das atividades de autocuidado às limitações funcionais que possam advir do envelhecimento, nomeadamente ao nível da força muscular e do equilíbrio, assim como aquelas secundárias a co-morbilidades existentes, prevenção de acidentes, produtos de apoio. Por outro lado, e tendo em conta uma vez mais os PQCER (OE, 2018), considero ainda ter cooperado com estruturas da comunidade (centros de dia, junta de freguesia) que permitiu a promoção de um ambiente seguro, divulgando medidas que garantam a prevenção de incapacidades ou minimizem o seu impacto.

A concretização desta sessão, nomeadamente a pesquisa desenvolvida para a sua realização e a adequação dos conteúdos às necessidades da população-alvo, permitiu-me começar a caminhar no sentido do desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto EEER. Para a **competência J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, intervi na promoção de ambientes seguros, como anteriormente referi com a tentativa de controlar e/ou reduzir fatores de risco ambientais, nomeadamente nas diferentes divisões dos domicílios, ou com a identificação de condições de acessibilidade (por ex. escadas) que requeiram a adequação da sua utilização à alteração da funcionalidade, minimizando a ocorrência de eventos adversos (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Por outro lado, ainda no âmbito desta competência, considero que o desenvolvimento desta sessão de formação permitiu a sensibilização para a problemática das quedas junto das pessoas com mais de 65 anos, enquanto população com necessidades de saúde especiais, com particular destaque para a promoção da atividade física e da realização de exercício físico enquanto intervenção que potencia a funcionalidade e maximiza a independência no autocuidado. Informar a população sobre os tipos de atividade física que melhoram o equilíbrio e a força muscular, bem como a necessidade de adequar determinadas atividades específicas de autocuidado e até mesmo a identificação de potenciais situações que requeiram a utilização e adequação de produtos de apoio, com destaque para a importância de serem prescritos por profissionais capacitados para o efeito, como é o caso do EEER, concorreram também para o desenvolvimento da competência J2.

Os ganhos foram também no sentido da aquisição da **competência J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados** (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Ao informar os idosos sobre as principais alterações decorrentes do envelhecimento (limitações da atividade/funcionalidade) que têm implicações principalmente nas funções motora e sensorial, seguindo-se a definição de uma série de atitudes/ações (para o desenvolvimento de capacidades adaptativas a situações de transição, como no caso do envelhecimento) que, quando implementadas, podem em última análise promover o autocuidado e o bem-estar, julgo que a minha ação concorreu para o desenvolvimento da **competência J1**.

## Referências Bibliográficas:

Direção Geral de Saúde (s/d). *Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas*, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 26/2019*, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750.

Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A., & Bellafiore, M. (2019). *Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly*. *Medicine*, 98(27), e16218. doi:10.1097/md.00000000000016218

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, Lisboa.

**Apêndice VI – Póster apresentado no Congresso Internacional de  
Enfermagem de Reabilitação de 2019 da APER**





# CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2019

## FAZER SABER EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Certificado APER nº 22004



Certifica-se que:

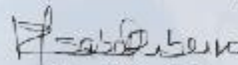
**Liliana Gaspar Heleno**

esteve presente no  
**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019**,  
que decorreu em **Aveiro** de 5 a 7 de dezembro, num total de **18 horas**.

E apresentou:

**Poster - A intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na pessoa/família com neoplasia do pulmão na promoção do autocuidado**

A Presidente da APER,

  
(Isabel Ribeiro)

**5 A 7 DE DEZEMBRO**  
**CENTRO CONGRESSOS AVEIRO**

