

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA

1.º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Bruno Miguel Domingos Salgueiro

**Capacitação da Pessoa com Alteração da
Mobilidade e Família: a Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Setembro, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Bruno Miguel Domingos Salgueiro

Capacitação da Pessoa com Alteração da Mobilidade e Família: a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação

Orientadora: Prof.^a Doutora Joana Marques

Setembro, 2024

*“Somos o que fazemos, mas somos,
principalmente, o que fazemos
para mudar o que somos”*

Eduardo Galeano

Agradecimentos

À minha família, principalmente a Patrícia, o Diogo e o Xavier, obrigado por estarem sempre presentes, e por compreenderem as minhas ausências e o mau humor nos dias mais difíceis. Sem vocês nada disto faria sentido.

A todo o corpo docente do 1.º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, o meu obrigado pelas experiências de crescimento profissional e pessoal que proporcionaram, e por todo o conhecimento partilhado em aula que ajudaram ao longo de todo o percurso realizado.

Aos supervisores clínicos, pela paciência, compreensão, empatia e disponibilidade que todos, sem exceção, demonstraram ao longo dos contextos de Estágio. Foram uma fonte de inspiração em todos os momentos, e sem o vosso apoio teria sido certamente mais difícil.

Aos meus colegas de trabalho e de mestrado, pelas palavras de incentivo e pela entreaajuda nos dias mais agitados.

À Prof.^a Joana Marques, pilar fundamental na realização deste relatório, obrigado pela disponibilidade, pelas sugestões e pela simpatia. Sem a sua ajuda teria sido bem mais complicado chegar ao fim deste percurso.

A todos os utentes e respetiva família a quem prestei cuidados ao longo deste percurso, obrigado por terem feito parte deste projeto, pela abertura e colaboração, e pelas palavras encorajadoras. Foi um prazer e levo-os comigo.

Resumo

A perda de mobilidade impede a pessoa de realizar o seu autocuidado na plenitude. Para além disso, a imobilidade prolongada pode-se repercutir em índices de morbilidade, mortalidade, condições psíquicas e sociais, além do aumento significativo dos custos em saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelas suas competências específicas, é o profissional de saúde melhor habilitado para intervir junto da pessoa com alteração da mobilidade, bem como da família, no sentido de capacitar as mesmas para a execução das atividades de vida diária, contribuindo desta forma para a melhoria da funcionalidade da pessoa, para prevenir outras complicações, que podem levar a internamentos mais prolongados, maximizando a sua independência e autonomia, e aumentando a sua qualidade de vida e o bem-estar.

Como objetivo geral, pretende-se identificar os resultados sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com alteração da mobilidade e sua família, desenvolvendo desta forma competências científicas, técnicas, éticas e humanas para o cuidado especializado a pessoas com necessidades de cuidados de reabilitação.

As atividades desenvolvidas, associadas a uma pesquisa científica abrangente e atualizada, a um pensamento crítico e reflexivo e a uma adaptação às necessidades de cada contexto, proporcionaram a aquisição de competências técnicas, éticas, científicas, comunicacionais e relacionais, que se traduziram em cuidados Especializados (comuns e da área de Reabilitação), bem como de Mestre, tendo sido possível intervir em todas as fases do ciclo de vida da pessoa.

Palavras-chave: Mobilidade; Capacitação; Família; Enfermeiro de Reabilitação

Abstract

Loss of mobility prevents people from carrying out their self-care to the full. In addition, prolonged immobility can have repercussions in terms of morbidity, mortality, psychological and social conditions, as well as a significant increase in health costs.

Due to their specific skills, Rehabilitation Nurse Specialists are the health professionals best qualified to intervene with people with mobility impairments, as well as their families, in order to enable them to carry out activities of daily living, thus contributing to improving the person's functionality, preventing further complications, such as longer hospital stays, maximising their independence and autonomy, and increasing their quality of life and well-being.

As a general objective, the aim is to identify the results that are sensitive to the intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist in the empowerment of people with mobility impairment and their families, namely to develop scientific, technical, ethical and human skills for the specialized care of people with rehabilitation care needs.

The activities carried out, associated with comprehensive and up-to-date scientific research, critical and reflective thinking and adaptation to the needs of each context, provided the acquisition of technical, ethical, scientific, communicational and relational skills, which translated into Specialized care (common and in the area of Rehabilitation), as well as Master's care, making it possible to intervene at all stages of the person's life cycle.

Keywords: Mobility; Empowerment; Family; Rehabilitation Nurse

Lista de siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESSCVP – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SC – Supervisor(a) Clínico/a

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SP – Supervisor(a) Pedagógico/a

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

Índice

I. Introdução	13
II. Enquadramento Teórico	17
II.1. A Importância da Mobilidade para a Pessoa	17
II.2. A Pessoa com Alteração da Mobilidade	19
II.2.1. Implicações da Alteração da Mobilidade para o Autocuidado	20
II.2.2. Intervenção do EEER na Alteração da Mobilidade: Capacitação da Pessoa e Família	21
II.3. Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem	24
III. Percurso de Desenvolvimento de Competências de Especialista e de Mestre	27
III.1. Serviço de Cardiologia	27
III.2. Equipa de Cuidados Continuados Integrados	34
III.3. Equipa de Cuidados Continuados Integrados (vertente Cuidados Paliativos)	40
III.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	42
III.5. Serviço de Ortopedia	44
III.6. Serviço de Neurologia	48
III.7. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	52
III.8. Unidade de Hospitalização Domiciliária	54
III.9. Desenvolvimento de Competências de Especialista e de Mestre ao Longo dos Contextos de Estágio	56
III.10. Outras Atividades Desenvolvidas ao Longo dos Contextos de Estágio	59
IV. Considerações Finais	61

V. Referências Bibliográficas	63
Apêndices	70
Apêndice A – Resumo da Revisão Scoping “Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal”	71
Apêndice B – Instrumento de Recolha de Dados e de Registo de Intervenções no Serviço de Cardiologia.....	74
Apêndice C – Quadro de Utentes do Serviço de Cardiologia	81
Apêndice D - Questionário Informal à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia	85
Apêndice E – Respostas ao Questionário Informal à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia	89
Apêndice F – Folheto: “A pessoa com implante de dispositivo eletrónico cardíaco – Recomendações do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”	94
Apêndice G – Quando de Utentes do Serviço de ECCI	97
Apêndice H - Questionário Informal à Equipa de Enfermagem da ECCI	101
Apêndice I – Respostas ao Questionário Informal à Equipa de Enfermagem da ECCI	103
Apêndice J – Programa de Reabilitação Individualizado Para a Pessoa com Patologia Crónica Respiratória	105
Apêndice K – Guia de Utilização da Câmara Expansora	115
Apêndice L – Guia de Utilização de Inalador de Pó Seco <i>Ellipta</i> ®	117
Apêndice M – Utente da ECCI (Vertente Cuidados Paliativos	119
Apêndice N - Estudo de Caso: “Intervenção do EEER na Pessoa com Patologia Respiratória Crónica no Contexto Domiciliário”	121

Apêndice O - Atuação do EEER em Contexto de Pediatria / Neonatologia	145
Apêndice P – Reflexão Segundo o Ciclo de Gibbs Sobre o Contexto de Estágio de Pediatria	147
Apêndice Q – Instrumento de Recolha de Dados e Registo de Atividades no Serviço de Ortopedia	150
Apêndice R – Quadro de Utentes do Serviço de Ortopedia	153
Apêndice S – Questionário Informal às Equipas de Enfermagem e de Assistentes Operacionais do Serviço de Ortopedia	159
Apêndice T – Respostas ao Questionário Informal às Equipas de Enfermagem e de Assistentes Operacionais do Serviço de Ortopedia	162
Apêndice U – Plano da Sessão de Formação: “A mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”	165
Apêndice V – Sessão de Formação: “A mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”	169
Apêndice W – Avaliação da Sessão de Formação: “A mecânica corporal na preven- ção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”	176
Apêndice X – Quadro de Utentes do Serviço de Neurologia	179
Apêndice Y - Póster: “Autocuidado Andar: capacitação da pessoa com alteração da marcha, após AVC, na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Reabilitação”	182
Apêndice Z – Caixa de Atividades Para Estímulo de Motricidade Fina	184
Apêndice AA – Questionário Informal Aplicado à Equipa (Médicos e Enfermeiros) da ECSCP	187
Apêndice AB – Respostas ao Questionário Informal Aplicado à Equipa da ESCSP	189
Apêndice AC – Guia: “Guia para Cuidadores da Pessoa com Alteração da Mobilidade”	191

Apêndice AD – Quadro de Utentes da UHD	216
Apêndice AE – Análise SWOT do Percurso de Aquisição de Competências nos Contextos de Estágio	219
Anexos	221
Anexo 1 – Certificado de Participação no Webinar “Monitorização eletrocardiográfica para enfermagem”	222
Anexo 2 – Certificado de Participação no Webinar “Benefícios da câmara expansora na inalação de medicamentos”	224
Anexo 3 – Certificado de Participação no Webinar “A importância do in-exsufador: modo de utilização e as suas vantagens”	226
Anexo 4 – Certificado de Participação no Webinar “Abordagem Paliativa em Diferentes Contextos”	228
Anexo 5 – Certificado de Participação como Membro da Comissão Organizadora no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP – Lisboa	230

Índice de figuras

Figura 1 – Ciclo de Inmobilidade	18
--	----

I. Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório – módulo I e II, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (ESSCVP – Lisboa). O seu tema central é a **Capacitação da pessoa com alteração da mobilidade e família: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**, e a sua realização tem como finalidade transmitir de forma sistemática, crítica e reflexiva o percurso desenvolvido nos vários contextos de Estágio, com vista ao desenvolvimento das competências comuns e específicas de Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como as competências de mestre. O Relatório foi realizado através de metodologia de projeto, que incluiu um processo de investigação focado num problema, para o qual se desenvolveram estratégias e ações, valorizando os recursos disponíveis, com o objetivo de produzir resultados no que diz respeito à aprendizagem e à prática, através da transformação da realidade implicada ¹.

Em termos metodológicos, foi realizada uma pesquisa em motores de busca e bases de dados científicas, tais como MEDLINE Full Text, CINHALL Plus with Full Text, PubMed, SciELO e RCAAP, sem intervalo de tempo, nos idiomas de português, inglês e espanhol, através da equação de pesquisa: [(lack of mobility OR mobility limitation) AND (nurs*) AND (rehabilitation)] ².

O EEER, no âmbito da sua prática específica, tem como objetivo geral da sua intervenção a melhoria da função da pessoa, promovendo a sua independência e a máxima satisfação da mesma, preservando a sua auto-estima. No cumprimento das suas funções específicas, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa” ³. A manutenção da mobilidade e autonomia do indivíduo alvo de cuidados é de extrema importância para a prática da Enfermagem. Centrar a atenção nesta temática é, pois, da máxima pertinência e abrange todos os enfermeiros que exercem em unidades de saúde, independentemente dos contextos ⁴.

A temática surgiu da necessidade de capacitar a pessoa com limitação da sua mobilidade, com vista à execução do autocuidado, bem como na capacitação do familiar ou cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade, seja por doença ou por acidente, durante ou após o internamento hospitalar. Com a crescente disponibilidade e procura de hospitalizações domiciliárias (número de internamentos

aumentou 68,3% entre 2021 e 2022) ⁵, bem como de cuidados continuados em ambiente domiciliário (entre 2020 e 2024 o número de vagas a nível nacional da tipologia de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) aumentou 6,5%) ^{6,7}, cresce também a necessidade de capacitar o cuidador informal para a continuidade dos cuidados prestados na intervenção do EEER.

Em Portugal, as altas hospitalares proteladas têm um peso relevante nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS), atingindo 6,7% dos doentes internados e uma duração média após alta clínica de 77,5 dias ⁸. O prolongamento dos episódios de internamento hospitalar, para além do período clinicamente necessário, conduz a complicações evitáveis para o doente, aumentando o risco de infeções nosocomiais, de desnutrição, de úlceras de pressão, de quedas, de depressão, isolamento social, declínio funcional acelerado e agravamento dos estados de dependência ⁸. A utilização de recursos hospitalares pode ainda limitar o acesso a cuidados de saúde a outras pessoas com essa necessidade. Este facto pode ter impacto na geração de tempos de espera para internamentos eletivos (incluindo cirurgias) e no congestionamento dos serviços de urgência, com consequências negativas em termos de saúde das pessoas e aumento dos custos ⁸. A principal causa para o protelamento da alta hospitalar, segundo um estudo realizado em Portugal, prende-se com a demorada resposta de admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo que a segunda causa é a incapacidade de resposta do familiar ou cuidador ⁸. Se se considerar que o EEER pode e deve intervir na capacitação do familiar ou cuidador informal, antecipando as necessidades da pessoa antes da alta, realizando ensinamentos e treino de Atividades de Vida Diária (AVD), nomeadamente na pessoa com alteração da mobilidade, fica patente a pertinência desta temática.

Nos últimos anos tem-se assistido a um novo paradigma na área da saúde dadas as alterações demográficas na sociedade atual. Os avanços tecnológicos e científicos levaram a um aumento da sobrevivência das pessoas a diversas patologias, o que contribuiu inevitavelmente para um envelhecimento demográfico. Contudo, apesar do aumento da esperança média de vida ⁹, são muitas as patologias que surgem com o envelhecimento, trazendo novos desafios na área da saúde, onde a Enfermagem de Reabilitação tem um papel preponderante dado que é uma especialidade direcionada para a prevenção da incapacidade e para a capacitação da pessoa, maximizando a sua independência funcional. Paralelamente ao aumento da esperança média de vida, a dependência funcional tem sofrido também um aumento, com um nível percentual a passar de 48,5% em 2001 para 58,1% em 2022

¹⁰. Ao longo dos anos tem sido também alvo de estudo e de atenção o aumento crescente dos cuidadores informais. De acordo com dados da Eurocarers ¹¹, em 2017 existiam 827 mil cuidadores informais em Portugal, cerca de 8% da população. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde anunciou em 2015 a existência de 110 350 pessoas dependentes no autocuidado no domicílio, das quais 48 500 acamadas, sendo muito provável que os cuidados a estas pessoas sejam assegurados por um ou mais cuidadores informais ¹¹. São dados como estes que nos remetem para a importância da intervenção do EEER junto da família ou cuidadores, uma vez que o cuidador não “nasce ensinado” e necessita de apoio, ensinamentos e treino específico para que a qualidade dos cuidados corresponda às respetivas necessidades.

A capacitação da pessoa com alteração da mobilidade tem sido um tema alvo de preocupação e estudo por parte dos enfermeiros de reabilitação, bem como de estudantes de mestrado de Enfermagem de Reabilitação em Portugal. ^{12,13}

Com este Relatório pretende-se identificar os resultados sensíveis à intervenção do EEER na capacitação da pessoa com alteração da mobilidade e sua família, desenvolvendo desta forma competências científicas, técnicas, éticas e humanas para o cuidado especializado a pessoas com necessidades de cuidados de reabilitação.

A pessoa com alteração da mobilidade será uma pessoa com limitações no Autocuidado, e por isso existirá a necessidade de desenvolver novas formas de concretizar de acordo com as suas limitações. Ao capacitar a pessoa no Autocuidado, caminhando assim para a sua independência funcional, o EEER assume um papel fundamental. Posto isto, e para melhor sustentabilidade e orientação do presente trabalho, é essencial ter como base uma teoria de enfermagem que norteie todo o percurso formativo e sublinhe a pertinência das atividades desenvolvidas nos vários contextos. Nesse sentido, torna-se pertinente recorrer à Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem, que entende a pessoa e o ambiente como uma unidade, admitindo que, ao longo da vida, todos os seres humanos estão dispostos a ocupar-se de si e dos seus familiares dependentes, evidenciando ou tendo potencial para desenvolver capacidade para aprender a satisfazer as suas necessidades de autocuidado ¹⁴. A teoria de Orem, ao centrar-se na avaliação das capacidades individuais e na adaptação dos cuidados de enfermagem de acordo com essas capacidades, revela-se fundamental na prática do EEER. Os enfermeiros podem e devem personalizar os planos de cuidados com base nas necessidades

específicas de cada pessoa, reconhecendo assim que a reabilitação é um processo único e personalizado.

No capítulo seguinte irá ser exposto o enquadramento teórico de forma a contextualizar e fundamentar a temática, bem como as atividades a serem desenvolvidas nos contextos de Estágio, e a Teoria de Enfermagem que ajuda a sustentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. O terceiro capítulo será dedicado ao percurso formativo nos vários contextos de Estágio, a referir: Serviço de Cardiologia, ECCL, ECCL na vertente de Cuidados Paliativos (CP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), Ortopedia, Neurologia, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), descrevendo as principais características de cada um, o diagnóstico de situação efetuado, os objetivos específicos delineados, as atividades desenvolvidas e, por último, a relação com as competências comuns, especializadas e de Mestre adquiridas. O contacto com estas diferentes valências permitiu-me o desenvolvimento de competências nas várias áreas, nomeadamente ao nível de capacitação da pessoa com alteração da mobilidade para o Autocuidado, bem como na capacitação do cuidador informal para a realização das AVD.

No quarto capítulo são apresentadas as considerações finais, que refletem de forma sintética todo percurso efetuado, os objetivos atingidos, as dificuldades e limitações sentidas, e os principais contributos para a prática de cuidados como futuro EEER. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas que serviram de base para elaborar este Relatório, seguindo-se os apêndices e anexos que refletem as atividades realizadas para dar resposta aos objetivos propostos. O presente Relatório respeita as normas de referenciação de Vancouver, como preconizado no “Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos” da ESSCVP - Lisboa.

II. Enquadramento Teórico

A capacitação da pessoa com alteração da mobilidade e/ou a pessoa cuidadora foi possível de realizar ao longo de todos os contextos de Estágio, quer em contexto hospitalar, quer em contexto domiciliário, que possibilitou aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, bem como a realizar reflexões críticas na prática dos cuidados que permitiram a aquisição de novas competências enquanto futuro EEER.

Neste capítulo serão apresentados alguns conceitos que serão abordados ao longo deste percurso, e que de alguma forma sustentam as atividades desenvolvidas, como a mobilidade e a alteração da mesma, o autocuidado, a capacitação da pessoa e família, e o modelo teórico escolhido para ajudar a suportar a prática especializada.

II.1. A Importância da Mobilidade para a Pessoa

Nos últimos anos tem-se assistido a um novo paradigma na área da saúde dadas as alterações demográficas na sociedade atual, com um aumento da esperança média de vida ⁹ e da sobrevivência a diversas patologias. Contudo, são muitas as patologias que surgem com o envelhecimento, trazendo novos desafios na área da saúde, onde a Enfermagem de Reabilitação tem um papel preponderante dado que é uma especialidade direcionada para a prevenção da incapacidade e para a capacitação da pessoa, maximizando a sua independência funcional. Paralelamente observa-se um aumento da dependência funcional, que leva a que o indivíduo diminua a sua atividade física, podendo levar a uma maior perda de mobilidade e sedentarismo. A adoção de um estilo de vida sedentário constitui um fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, sendo uma das principais causas de morte no mundo ocidental ¹⁵. A inatividade física é, pois, descrita como a ausência de movimento do corpo, quando o consumo de energia se aproxima dos níveis basais de repouso, causando diminuição das capacidades de função dos sistemas, levando à progressiva deterioração prematura do estado de saúde ¹⁶.

Entende-se por *movimento* o processo corporal que resulta da ação dos músculos sobre os ossos, articulações, ligamentos e estruturas tendinosas. Esta ação pode ser involuntária e reflexa, ou intencional quando acontece de modo consciente e deliberado e a realização de padrões de movimento com mais ou menos eficiência, traduz a mobilidade das pessoas ¹⁷. Ou seja, a mobilidade é uma componente da capacidade física, que permite o deslocamento das pessoas no

ambiente, constituindo um pré-requisito para a realização das atividades de vida diária e manutenção da independência ¹⁸. Assim, a mobilidade relaciona-se diretamente com a capacidade e/ou aptidão da pessoa para executar uma determinada tarefa, sendo um potencial indicador do nível máximo de funcionalidade que a mesma pode alcançar, sendo vários os fatores que condicionam a pessoa a atingir a sua máxima independência ¹⁶. Por sua vez, a imobilidade pode ser definida como uma qualidade ou estado do que não se move, podendo esta definição ser ampliada para uma restrição de movimento inevitável ou prescrita, podendo ocorrer em qualquer fase da vida da pessoa ¹⁹, caracterizando-se pela limitação dos movimentos articulares, perda da capacidade funcional, dificuldade na mudança postural e transferência corporal ²⁰. A mobilidade funcional pode ser modificada na sequência do envelhecimento da pessoa e como consequência de condições físicas e/ou clínicas resultantes de determinadas patologias, lesões ou cirurgias. Apesar desta situação de imobilidade poder ter implicações negativas para a saúde da pessoa, em algumas situações de traumatismo, fraturas ou doenças agudas, o repouso por um curto período de tempo poderá ter efeitos benéficos no tratamento, sendo por vezes fundamental ⁴. A progressão da doença vai traduzir-se numa redução da atividade física e, conseqüentemente, na diminuída atividade cardiovascular, em fraqueza muscular e, em alguns casos, défice a nível nutricional. Associado a este descondicionamento físico, surgem frequentemente situações de ansiedade e depressão que contribuem ainda mais para a diminuição da atividade física normal, devido ao medo de espoletar dispneia ²¹, criando assim um ciclo de imobilidade que é difícil de parar:

Figura 1 - Ciclo de imobilidade (adaptado de: Reabilitação Respiratória: Guia de Orientador de Boa Prática (Ordem dos Enfermeiros ²²)



Por fim, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) define a mobilidade como a capacidade de realizar movimentos quando ocorrem mudanças de posição ou da localização do corpo ²³. É uma função que reflete o estilo de vida dos idosos e está correlacionada com múltiplos fatores, incluindo variáveis sociodemográficas, de saúde e cognitivas ²⁴, que tem consequências diretas e imediatas na manutenção da independência e da autonomia da pessoa, onde uma diminuição da mobilidade afeta a qualidade de vida, assim como aumenta a necessidade de cuidados formais e informais ²⁵. Apesar de ser uma característica importante em todo o ciclo de vida, nos idosos a mobilidade poderá ser vista como a capacidade funcional de maior importância na manutenção de papéis sociais e objetivos, sendo que uma diminuição na mobilidade antecipa muitas vezes a incapacidade da realização das AVD ²⁶. É, portanto, imperial investir numa rede de cuidados continuados, com mais respostas na comunidade, com vista a criar condições para promover a saúde dos idosos no seio familiar, recuperando o valor dos mesmos na sociedade, bem como capacitar e valorizar os cuidadores informais ²⁷. Neste sentido, os cuidados no domicílio realizados por familiares, a pessoas com sequelas cognitivas e físicas são cada vez mais necessários para diminuir os internamentos nos hospitais (incluindo os riscos que daí decorrem), ao mesmo tempo que os hospitais com as suas políticas de incentivos à alta o mais precoce possível também impõem a necessidade de preparar os familiares para se reorganizarem no domicílio, de forma a assumirem os cuidados da pessoa a seu cuidado ²⁸. Para que esta continuidade de cuidados seja possível no domicílio, tem que se identificar um cuidador, ainda durante a hospitalização, de forma a receber orientações básicas da sua atuação, bem como sintomas e complicações para os quais deve estar alerta. Torna-se também “evidente, a grande necessidade e importância da capacitação e do acompanhamento feito pelos enfermeiros aos membros familiares e cuidadores, na tentativa de promover o cuidado” e melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos ^{28 p.165}. Por esta razão, torna-se importante falar da implicação que a falta de mobilidade pode ter no dia-a-dia da pessoa, bem como as intervenções que o EEER pode ter na capacitação da mesma.

II.2. A Pessoa com Alteração da Mobilidade

A perda de mobilidade, ou imobilidade, resultante da supressão de movimento corporal, que pode envolver uma ou mais articulações, interdita a plena capacidade da pessoa para executar atividades de vida diária, sendo, portanto, a mobilização

precoce fundamental para a prevenção de complicações e aquisição de funcionalidade necessária para a execução do autocuidado ²⁹. O comprometimento da mobilidade pode-se repercutir em índices de morbidade, mortalidade, condições psíquicas e sociais, além do significativo aumento do custo de serviços de saúde ³⁰.

II.2.1. Implicações da Alteração da Mobilidade para o Autocuidado

Os fatores de risco mais comuns para limitação da mobilidade são a idade avançada, a baixa atividade física, a obesidade, o comprometimento da força ou do equilíbrio e as doenças crônicas, como a diabetes ou artrite. Menos frequentes são os fatores de risco que incluem sintomas depressivos, comprometimento cognitivo, sexo feminino, hospitalização, consumo de substâncias lícitas (álcool e tabaco) ou alterações na marcha (na marcha da doença de Parkinson ou a ataxia associada a um evento vascular cerebelar) ³¹. A manutenção da mobilidade funcional é fundamental para a capacitação da pessoa com limitação da mobilidade para uma transferência segura e eficaz. Para isso, é muito importante o planejamento adequado dos cuidados de enfermagem, que visem intervenções adequadas à manutenção das estruturas osteoarticulares e preparação para o ortostatismo, com vista ao Autocuidado ⁴.

Autocuidado pode ser definido como uma capacidade inerente ao ser humano, sendo a capacidade que este tem de cuidar de si mesmo. Esta capacidade não é inata, é algo que adquirimos ao longo da nossa vida, e que se vai estruturando ao longo do processo de desenvolvimento e das experiências vivenciadas por cada um, abrangendo AVD e todos os aspetos vivenciados ao longo do ciclo vital. Esta capacidade para o autocuidado não estagna, sendo passível de sofrer alterações ao longo do ciclo vital, podendo oscilar no grau de dependência do mesmo conforme as experiências de vida de cada pessoa ³², tendo o EEER um papel fundamental com as suas intervenções, auxiliando a pessoa a tornar-se autónoma, dentro das suas novas capacidades, promovendo e incentivando o Autocuidado. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Autocuidado é definido como uma “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” ^{33 p. 42}, reservando-lhe assim o direito de se auto governar e auto orientar, envolvendo atividades como alimentar-se, transferir-se, virar-se, entre outras. Analisando a literatura, constata-se que o conceito de Autocuidado abrange uma dimensão ampla, envolvendo as AVD, surgindo associado

com frequência aos conceitos de autonomia e independência, percebidos muitas vezes como sinónimos. Enquanto que a autonomia é possível de ser restabelecida, embora a pessoa se mantenha dependente, a independência significa ser independente de terceiros, implicando manter o sentido de controlo da sua própria vida; desta forma, a autonomia refere-se à capacidade da pessoa manter o seu poder de decisão, de controlo, de se orientar pelas suas próprias decisões, enquanto que a independência implica a capacidade de efetuar pelos seus próprios meios as AVD de forma independente, sem a ajuda de terceiros ^{34,35}. É no âmbito do autocuidado que o enfermeiro capacita a pessoa com dependência, maximizando o seu bem-estar, permitindo a sua reinserção social, complementando as atividades de vida, dotando-a com alternativas face à deficiência ou educando o seu cuidador quando a pessoa é totalmente incapaz de o fazer ³⁶.

Assim sendo, a avaliação do nível da independência é de extrema importância na apreciação do estado de saúde da pessoa e na planificação dos cuidados tendo em conta as suas necessidades específicas. Essa avaliação pode ser realizada através de vários instrumentos de medida, de forma individual ou em conjunto, como o Índice de Barthel. O Índice de Barthel, concebido por Mahoney e Barthel, tem o objetivo de avaliar a independência dos indivíduos para a realização de dez AVD – higiene pessoal, comer, uso do sanitário, tomar banho, vestir / despir, controlo de esfíncteres, andar, transferência, subir e descer escadas ³⁷. Trata-se de um bom instrumento para avaliar o nível de (in)dependência da pessoa, não só a partir da pontuação total, mas também pelas pontuações parciais de cada atividade, visto se conseguir identificar as incapacidades individuais da pessoa, o que permite ajustar os cuidados às suas reais necessidades. Ou seja, a mesma pontuação total em pessoas diferentes pode traduzir-se em intervenções distintas de maneira a dar resposta às atividades identificadas com maior incapacidade ³⁸. Depois de identificar o grau de dependência para o autocuidado, cabe ao EEER intervir ao nível da capacitação da pessoa e também do cuidador de forma a maximizar a funcionalidade e a evitar a perda da mesma.

II.2.2. Intervenção do EEER na Alteração da Mobilidade: Capacitação da Pessoa e Família

A imobilidade e a limitação da funcionalidade representam um grande desafio, uma vez que podem provocar na pessoa alterações emocionais e físicas, como alterações do equilíbrio, coordenação da marcha e aumento da dor ¹⁷. A intervenção

do EEER é fundamental, na medida que deve intervir para a prevenção de complicações associadas à diminuição do movimento, para o aumento da força muscular e da mobilidade, aumento e manutenção das capacidades nas atividades que exigem desempenho motor, prevenção de lesões ou traumatismos durante as atividades, a aquisição de conhecimentos como usar corretamente os dispositivos compensatórios e o ajuste à mobilidade modificada, de modo a participar nas atividades sociais e ocupacionais promovendo o bem-estar e a qualidade de vida ^{17,39}.

A capacitação é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação ¹³. Os conhecimentos são os saberes e valores adquiridos e modificados ao longo da vida, influenciados por diversos fatores (religiosos, culturais, sociais) que condicionam as tomadas de decisão e a consequente ação. Assim, capacitar é um processo que envolve domínios cognitivo, físico e material ¹³. De um modo simplificado, a nível pessoal, capacitar traduz-se nas atividades de vida diária que garantem à pessoa as condições básicas necessárias, como comer, lavar-se, vestir-se, entre outras; a um nível mais complexo, instrumental, traduz-se nas atividades gestão da própria saúde e dos seus haveres pessoais, a integração na sociedade, entre outras. As atividades de vida pessoais e instrumentais são reflexo da autonomia e da independência da pessoa, e prendem-se com a sua funcionalidade e a qualidade de vida ¹³. A capacidade funcional de uma pessoa reflete-se no seu grau de aptidão para viver de forma autónoma e independente, nas circunstâncias da sua vida particular, sendo a habilidade para ultrapassar os desafios do Autocuidado, da sua vida quotidiana e da mobilidade ¹³.

Atendendo ao domínio de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EEER, percebe-se que estes são elementos essenciais nas equipas cujas intervenções se centram na promoção, autonomia e independência no Autocuidado ³. A enfermagem visa a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue ³⁴, sendo que o enfermeiro capacita o outro ou grupo para aperfeiçoar uma forma de vida, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, ao longo da vida ³⁴. Dotado de competências técnicas e práticas, o EEER reabilita as pessoas em qualquer fase do ciclo de vida, quer na doença aguda, como na crónica, de modo a maximizar o seu potencial, reestruturar a sua funcionalidade e deste modo permitir a sua independência e autonomia ³.

Cuidar de pessoas dependentes não é um ato intuitivo, e implica uma aprendizagem sistemática no sentido do desenvolvimento de habilidades e competências que garantam um desempenho seguro e uma tomada de decisão

fundamentada. Cabe aos serviços de saúde, e aos enfermeiros em particular, promover a capacitação das pessoas que cuidam dos seus familiares com ênfase nas atividades do autocuidado. Raramente os familiares cuidadores assumem o papel de cuidador por vocação, sendo este acontecimento, para a maioria, um disruptor dos seus objetivos de vida. Perante o assumir de um papel que não escolheram, e que não fazia parte das suas intenções de vida, surgem contrariedades e condicionantes emocionais que podem influenciar negativamente, de forma consciente ou inconsciente, a capacitação para o seu desempenho de papel de cuidador ³⁸. A aprendizagem dos adultos desenvolve-se de forma diferente das crianças e dos jovens, sendo moldada de forma particular pela sua experiência e expectativas. O adulto só aprende quando identifica um conteúdo como sendo útil, sendo por isso a motivação e o interesse para aprender, essenciais. Quando a pessoa percebe que de uma aprendizagem resultará maior responsabilidade e mais exigências sem retorno de algo positivo pode, inconscientemente, bloquear a aquisição de uma nova competência ⁴⁰. Cuidadores com uma melhor relação afetiva com os seus familiares tendem a estar mais motivados para aprender e prestar cuidados. Assim, os enfermeiros devem fomentar uma relação de confiança e de reconhecimento entre a pessoa dependente e o cuidador. Treinar uma comunicação assertiva pode fazer a diferença e aumentar os vínculos entre ambos. Também a entreaajuda e apoio da família e amigos é fundamental para a coesão familiar e para o bem-estar do familiar cuidador. É importante que o cuidador se sinta parte de uma família, onde todos colaboram, partilham cuidados e tarefas. O profissional de saúde deve ajudar o cuidador a reconhecer as suas funções, incentivando-o a incluir toda a família no processo ³⁶. Para ajudar na identificação das necessidades percecionadas pelos cuidadores, bem como de que forma pode o EEER intervir junto dos mesmos, muito contribuiu a revisão Scoping realizada ao longo deste percurso, sob o título “Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal: Revisão Scoping” (Resumo - Apêndice A).

Dos contextos de Estágio a abordar neste Relatório, salienta-se o que decorreu no âmbito de Cuidados Paliativos numa equipa multidisciplinar com intervenção na comunidade. A intervenção em cuidados paliativos visa centralizar os cuidados na pessoa e família/cuidador, em que se deve garantir resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, prolongando a sua intervenção até ao luto ⁴¹. Aqui, o EEER, como parte integrante da equipa multidisciplinar, possui conhecimentos para intervir na manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções com

vista a melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, quer a nível das funções respiratórias, motoras, neurológicas ou cardíacas ⁴². O EEER tem também recursos e capacidade para intervir na educação da pessoa e família, ou cuidadores, na continuidade dos cuidados, podendo assim contribuir para a dignidade da pessoa e qualidade de vida ⁴². Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação com pessoas em situação paliativa têm como objetivo: contribuir para o controlo de sintomas, minimizar as manifestações da doença e promover a autonomia, aspetos fundamentais para cumprir o propósito de manutenção de qualidade de vida ⁴².

Dada a especificidade dos cuidados à pessoa com doença incurável e progressiva, as intervenções do EEER têm que ser dirigidas às dificuldades da díade pessoa – familiar/cuidador, pelo que apoiar tanto a pessoa como a família/cuidador na tomada de decisões é fundamental. Através da educação para a saúde preparam-se os cuidadores a interiorizar competências para os cuidados, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da pessoa. A realização de ensinamentos não só contribui para a promoção da independência funcional da pessoa, mas também na prevenção de internamentos em instituições. Ao incorporar a família/cuidador nos cuidados, o EEER deve basear-se em três objetivos principais: informar, formar e apoiar, sendo um recurso disponível para a pessoa na gestão de cuidados desde que devidamente ensinada, instruída e treinada ⁴³. Assim, o EEER ao promover e capacitar o cuidador, estabelece uma parceria marcada pela cooperação e responsabilidade partilhadas, favorecendo assim o processo de capacitação ⁴⁴.

Para potenciar o sucesso do processo de reabilitação, o EEER deve gerir os cuidados de saúde em conjunto com a equipa multidisciplinar, avaliando e intervindo nas necessidades físicas, cognitivas e psicossociais da pessoa, não descurando o familiar ou cuidador, na importância do acompanhamento pelos elementos da referida equipa (assistente social, psicólogo, nutricionista, médico, entre outros) ³¹.

De forma a articular os conceitos atrás descritos com a prática nos diversos contextos, é fundamental sustentar as intervenções num modelo teórico de Enfermagem, que será descrito no subcapítulo seguinte.

II.3. Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem

Por se considerar que a autonomia no autocuidado é fundamental para o desempenho das AVD e que o seu défice acarreta implicações pessoais, familiares e sociais, nomeadamente na mobilidade da pessoa, o modelo teórico escolhido para

suportar este Relatório foi o de Dorothea Orem, com a Teoria Geral do Défice de Autocuidado. A escolha deste modelo conceptual está relacionada com a pessoa em situação de desvantagem causada por um grau de incapacidade funcional resultante de um evento crítico, tornando-a dependente em diferentes graus no Autocuidado, nomeadamente o transferir-se e andar, estando o grau de dependência no autocuidado diretamente relacionado com o grau de capacidade funcional da pessoa, e corresponde ao modelo que melhor traduz a intervenção do EEER na pessoa com défice no autocuidado. Segundo Orem, qualquer adulto saudável tem capacidade de se autocuidar, no entanto, quando por motivo de doença, falta de recursos ou fatores ambientais, a necessidade de autocuidado da pessoa é superior à sua capacidade de o realizar, surge o dever do enfermeiro ajudar a pessoa a compensar o desequilíbrio existente ³². Nesta teoria, o Autocuidado é uma função que a pessoa desempenha de forma autónoma, ou na sua impossibilidade, que alguém a execute por ela para preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar ³². A necessidade de cuidados de enfermagem está associada ao défice de autocuidado para a pessoa cuidar de si própria ou dos seus dependentes, quando as exigências do mesmo são maiores do que a capacidade da pessoa para o desenvolver ⁴⁵. Nesta perspetiva, o conceito de Autocuidado é entendido como um fenómeno de saúde e foco da prática de enfermagem. É aqui que o EEER tem um papel fundamental e educativo, na medida em que a pessoa pode ser capaz de realizar o autocuidado, mas necessita que a ensinem e supervisionem na realização das ações, sendo esta ação também direcionada aos seus cuidadores informais. Desta forma, o autocuidado é um resultado de saúde, sensível à intervenção de enfermagem com repercussões positivas na saúde e bem-estar da população ⁴⁶.

Para a promoção do autocuidado, a participação da pessoa ou familiar/cuidador é fundamental para a sua integração no processo de reabilitação e para a compreensão dos seus objetivos de acordo com a fase em que se encontra no seu processo de saúde-doença ⁴¹. Nesta perspetiva, ao EEER cabe identificar os défices de autocuidado, organizar e fundamentar o planeamento das intervenções, bem como avaliar os resultados obtidos ¹³. Segundo Orem, a capacitação é planeada de uma forma sistémica e as intervenções podem ser compensatórias, parcialmente compensatórias ou educativas. As intervenções compensatórias são executadas exclusivamente pelo enfermeiro; as intervenções parcialmente compensatórias são executadas com a participação da pessoa; as intervenções de ordem educativa são um conjunto de informações necessárias à capacitação para o autocuidado. Pode-se, então, concluir que, para Orem, assistir as pessoas doentes nas suas

necessidades de autocuidado e permitir o retorno ao seu melhor nível funcional, constitui o principal objetivo da intervenção do EEER ¹³.

Ao longo dos contextos de Estágio realizados, foi notória a importância do EEER na promoção do autocuidado, tanto na capacitação da pessoa com alteração da mobilidade, como na capacitação da família ou cuidador. Intervir nas várias fases de vida da pessoa, incluindo na fase aguda de doença ou na fase pós-aguda, mas também no início ou no fim do ciclo de vida, torna o EEER um profissional ímpar e fundamental na promoção do bem-estar e da maximização da capacidade da pessoa e família em realizar as suas AVD.

III. Percurso de Desenvolvimento de Competências de Especialista e de Mestre

O presente capítulo é composto por uma descrição e análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido e do processo de desenvolvimento de competências. Cada contexto de Estágio estará exposto num subcapítulo, e em cada um deles apresentar-se-á a sua descrição, os objetivos definidos, as atividades realizadas e a sua relação com as competências desenvolvidas (de EEER, de Especialista e de Mestre). No final estarão descritas as atividades paralelas realizadas ao longo deste percurso.

III.1. Serviço de Cardiologia

O primeiro contexto de Estágio inserido no Módulo I decorreu no Serviço de Cardiologia de um hospital geral distrital, que dispõe de uma Enfermaria com 4 quartos de 3 camas cada, uma Unidade de Internamentos Rápidos de 3 camas, com monitorização eletrocardiográfica contínua, uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários de 6 camas (com monitorização eletrocardiográfica contínua), uma sala de Eletrofisiologia e uma Sala de Hemodinâmica, onde se realizam as coronariografias.

O Serviço admite pessoas com patologia do foro cardiológico, adultos, com proveniência do Serviço de Urgência ou da Sala de Hemodinâmica. Diariamente os enfermeiros são distribuídos pela/o chefe de equipa pelos vários setores, sendo que na maioria dos dias (turno da manhã) existe a figura do Enfermeiro de Reabilitação, ficando a prestar cuidados nos vários setores.

Em termos de patologia clínica, a maioria das pessoas sofreu um enfarte agudo do miocárdio (EAM), com ou sem supreelevação do segmento ST, com necessidade de realização de coronariografia e, na maioria das vezes, com tratamento por via endovascular (colocação de 1 ou mais stent). As outras patologias mais comuns são a miocardite, insuficiência cardíaca, doença do tronco comum (que tem critérios para cirurgia cardíaca noutra hospital) e arritmia cardíaca com necessidade, ou não, de implante de dispositivo eletrónico cardíaco (provisório/definitivo). A grande maioria das pessoas internadas neste serviço apresentavam-se independentes nas AVD, sendo por vezes apenas necessária alguma supervisão e monitorização eletrocardiográfica (telemetria). Ainda assim, algumas pessoas apresentavam várias comorbilidades, nomeadamente os idosos, que carecem de assistência nas AVD de forma parcial ou total.

De forma a orientar e organizar o registo dos cuidados, foi criado (pelo estudante) um instrumento de avaliação e registo de atividades (Apêndice B), personalizado, que foi utilizado com várias pessoas, para desta forma ser possível fazer uma avaliação e monitorização mais sistematizada da condição física da pessoa: padrão ventilatório, força muscular, autocuidado, entre outros (C1.1.3)

Em termos de atividades desenvolvidas no âmbito de Enfermagem de Reabilitação, para além dos cuidados às pessoas internadas no momento, houve oportunidade de realizar sessões de educação para a saúde no âmbito da patologia cardiovascular e dos fatores de risco cardiovasculares, bem como de realizar *follow-up* com avaliação de funcionalidade em pessoas seguidas em consulta de insuficiência cardíaca com toma de medicação Levosimendan® em ambulatório.

Ao longo do Estágio foi aplicado o Índice de Barthel às pessoas a quem foram prestados cuidados, de forma a avaliar e a monitorizar a eficácia do programa de Reabilitação, e constatou-se que o valor aumentou em todas as pessoas, o que evidencia a capacitação que foi realizada para o autocuidado, nomeadamente no autocuidado Alimentar-se e no Uso do sanitário, pois ao potenciar e otimizar os sistemas cardiorrespiratórios e músculoesqueléticos, são criadas condições para que a pessoa se consiga alimentar de forma autónoma, e se desloque ao sanitário em segurança e de forma autónoma, algo que apenas não foi possível na pessoa B (Apêndice C) que se manteve restrita ao leito por diversas comorbilidades. Tal facto justifica o baixo valor do índice de Barthel, tendo-se conseguido apenas capacitar a pessoa a alimentar-se de forma autónoma, quer na cadeira, quer no leito. Tendo por base a Teoria de Orem ³², nesta situação em específico a pessoa passou de um sistema totalmente compensatório, no início do Estágio, para um sistema parcialmente compensatório. Nas pessoas A e D (Apêndice C), embora ainda necessitem de alguma ajuda no Autocuidado, pode-se inferir que, no final do Estágio, se encontravam num sistema de apoio-educativo, uma vez que necessitavam apenas de supervisão na execução das suas tarefas de vida diária.

De seguida serão apresentados os objetivos específicos delineados para este contexto de Estágio, bem como as atividades realizadas:

Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa internada no Serviço de Cardiologia

- Inclusão da pessoa no seu plano de reabilitação, motivando-a a participar no mesmo;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão, e no início e final do contexto;

- Realização de sessões de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e/ou Reabilitação Funcional Motora (RFM);
- Capacitação da pessoa/família no período pré-cirurgia cardíaca;
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

No período de integração neste contexto clínico, foi adotada uma postura de observação participativa relativamente aos cuidados que eram prestados pela Enfermeira de Reabilitação, tendo sido promovidas, junto da mesma, reflexões relativamente às intervenções realizadas, tanto previamente, como após os cuidados prestados. A Supervisora Clínica (SC) disponibilizou tempo e espaço para que fosse assimilada a dinâmica da sua atuação, que ajudou a que percecionasse, progressivamente, o papel do EEER no serviço. Como maior desafio à prática neste contexto, talvez seja a dificuldade em prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com dificuldade respiratória grave, nomeadamente na fase aguda da doença, tendo muitas vezes que ajustar os exercícios e o tempo de realização dos mesmos. A disponibilidade e dedicação demonstradas ao longo da prestação dos cuidados de Reabilitação, independentemente do tempo, permitiu respeitar as necessidades individuais de cada pessoa e demonstrou ser de uma importância vital no processo de recuperação da pessoa, contribuindo para a sua própria motivação e adesão ao programa de Reabilitação.

A RFR assume uma importância fulcral no processo de reabilitação da pessoa internada no serviço de Cardiologia, pois caso este tenha a ventilação comprometida, impacta igualmente nas AVD e na sua mobilidade, pelo que foi muito importante, em conjunto com a SC, identificar e aplicar intervenções de ER nas pessoas com dificuldade respiratória, para possibilitar trabalhar também a vertente motora. Nas pessoas com maior fragilidade física, seja pela presença de maiores comorbidades, seja também pela idade avançada, foi dado mais ênfase à RFM. Nas principais pessoas que foram acompanhados desde o início do contexto clínico, foi realizada uma avaliação inicial da funcionalidade (**J1.1**), foi realizado um plano de atividades individualizado a cada pessoa (**J1.2**, **J3.1**), e foram realizadas 8 sessões a cada uma (**J1.3**), sendo que no final do Estágio foi novamente feita uma avaliação dos resultados das intervenções implementadas com recurso aos mesmos indicadores (**J1.4**, **J3.2**, **B2.1.2**). (Apêndice C)

A avaliação dos parâmetros vitais também se revelou fundamental na prestação diária dos cuidados de Reabilitação, não só para assegurar que os critérios de segurança estavam a ser cumpridos, como também para evitar que não se

alcançassem os resultados desejados por impossibilidade da pessoa. Exemplo disso, uma pessoa que na primeira avaliação referiu dor grau 5-6 na escala de avaliação numérica de dor ⁴⁷, na região dorsal, pelo que se protelou o início da sessão de reabilitação e foi administrada analgesia prescrita em SOS. Cerca de 1 hora e 30 minutos depois a pessoa refere dor grau 0 na dita escala numérica de dor, pelo que se realizou então a sessão de reabilitação nessa altura. Ao longo do Estágio, com aconselhamento da SC, foi realizada a aferição com mais regularidade da escala de Borg modificada junto da pessoa, durante a sessão, e não apenas no início e no final como era hábito fazer. O facto de haver nas pessoas com doença aguda ou mais grave monitorização contínua de frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio, bem como em alguns casos de traçado cardíaco, era uma mais valia e uma segurança extra para a prática dos cuidados. Também cabe realçar que, após a implementação do plano de reabilitação, assiste-se gradualmente à melhoria da tolerância ao esforço e diminuição progressiva do nível de cansaço, espelhada na escala de Borg modificada. Este facto não só evidencia a eficácia dos cuidados, como também contribui para a adesão da pessoa aos exercícios e ao seu plano terapêutico.

Uma particularidade do serviço de Cardiologia são as pessoas que, tendo uma doença valvular grave diagnosticada, se encontram sem comprometimento da sua funcionalidade, apenas a aguardar cirurgia cardíaca eletiva. Tratando-se de uma cirurgia agressiva, de difícil recuperação e com possíveis comorbilidades associadas (dor, insuficiência respiratória, deiscência de sutura, pneumonia associada à ventilação mecânica, entre outras), é fundamental a intervenção do EEER na capacitação da pessoa no período pré-operatório ⁴⁸, que pode ascender a 2 semanas. Neste período é realizado um programa de RFR com ensino de posição de descanso e relaxamento, dissociação e controlo dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, técnica de tosse com contenção da ferida cirúrgica e utilização de inspirómetro de incentivo, um programa de RFM com ensino de levantar com técnica de contenção manual do esterno, ensino para não elevar o cotovelo acima do ombro e promoção da marcha no corredor. É também neste período que a educação para a saúde tem um papel fulcral no processo de preparação da pessoa para a cirurgia, em que se procede à desmistificação e ao controlo da ansiedade, através do estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, que, não sendo uma intervenção exclusiva do EEER, se alia o ensino do controlo respiratório ao controlo emocional e espiritual (**D2.3.1, J1.2**). Apesar de facilmente se reconhecer a importância desta intervenção, sobretudo preventiva, não se tem uma real perceção da sua eficácia no pós-operatório, uma vez que a pessoa

é intervencionada noutro centro hospitalar e irá ser encaminhada para o domicílio a partir de lá, não retornando ao serviço de origem. Ainda assim, o facto de a pessoa gradualmente ficar mais calma e colaborar ativamente na execução dos exercícios, pois a pessoa é capacitada a executá-los de forma autónoma, faz perceber que é de extrema importância todo este processo na sua recuperação futura.

Sendo a ventilação comprometida muitas vezes manifestada por dispneia em repouso ou a pequenos esforços, uma condição muito limitativa para as AVD e para a comunicação da pessoa, considera-se que foi importante manter uma postura sempre assertiva, calma, promotora de um ambiente seguro e propenso à melhoria da condição da pessoa.

Ao longo de todo o contexto de Estágio, foi respeitada a privacidade e a confidencialidade de cada pessoa (**A2.1.3, B3.1**).

Objetivo 2 – Capacitar a pessoa/família na promoção da mobilidade após implante de dispositivo eletrónico cardíaco

- Pesquisa bibliográfica recente sobre a mobilidade do membro superior adjacente ao implante de dispositivo eletrónico cardíaco, cuidados a ter e sinais de alarme;
- Capacitação da pessoa/família submetida a implante de dispositivo eletrónico cardíaco para a realização de exercícios de promoção da mobilidade.

No âmbito desta temática, houve necessidade de aprofundar algo mais específico na área do doente cardíaco em que a atuação do EEER pudesse ser evidenciada. É sabido que a mobilização precoce, realizada por um profissional especializado, com as técnicas apropriadas, aliada a orientações precisas para as AVD, reduz significativamente a existência de complicações pós-operatórias ⁴⁹. Da mesma forma, uma das complicações tardias mais negligenciadas é a dor por alterações da mobilidade do ombro ipsilateral ao local do implante do dispositivo ⁴⁹. Tal deve-se ao facto de a pessoa, com receio de complicações, se inibir de movimentar o membro.

Em conversa informal com a SC, surgiu a hipótese de desenvolver uma atuação mais pormenorizada e bem sustentada na pessoa submetida a implante de dispositivo eletrónico cardíaco (**B2.2.1, D2.2.1**). Após pesquisa bibliográfica recente, optou-se por começar a atuar junto das pessoas submetidas a implante, sendo a primeira abordagem no próprio dia do implante (quando possível) ou no dia imediatamente a seguir, começando por falar sobre o dispositivo, o local onde se encontra e os cuidados a ter ao mesmo, sobre a importância de mobilizar o membro

com segurança (evitar flexão do cotovelo acima do ombro) e possíveis complicações e sinais de alerta a ter em consideração. Após as 24h do implante, e da realização da radiografia de controlo, procedia-se ao ensino, treino e supervisão dos exercícios de mobilidade (**J1.3**).

Objetivo 3 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de EEER à pessoa com patologia do foro cardíaco

- Realização de um questionário informal à equipa de enfermagem;
- Execução de folheto informativo para suporte e capacitação da pessoa e família submetido a implante de dispositivo eletrónico cardíaco;
- Realização de sessões de educação para a saúde dirigidas a pessoas internadas no Serviço de Cardiologia, sobre a patologia cardíaca e os fatores de risco cardiovascular.

De forma a realizar um diagnóstico de situação sobre uma atividade a desenvolver no contexto desta temática, ao prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas submetidas a implante de dispositivo eletrónico cardíaco, surgiu a necessidade de elaborar um suporte para capacitar a pessoa e família. Com o objetivo de realizar um folheto adaptado às reais necessidades das pessoas nesta área específica, considerou-se prioritário identificar inicialmente quais as dificuldades/necessidades manifestadas pelas pessoas e pelos Enfermeiros, pelo que se realizou um questionário informal junto da equipa de Enfermagem (**B2.2.1**), que foi revisto e aprovado pela Enf.^a Chefe do Serviço, pela SC e pela Supervisora Pedagógica (SP), sendo realizado através de um *Google forms* (Apêndice D).

Após análise dos resultados do questionário aplicado aos enfermeiros do serviço (Apêndice E), preenchido por 45% do total de enfermeiros, e em que a larga maioria (93,8%) dos que responderam afirmaram que o instrumento adequado para complementar os ensinamentos seria um folheto, elaborou-se um instrumento (Apêndice F), com orientação, revisão e aprovação da SC e da SP, em que constam orientações relativamente às restrições de atividade após implante do dispositivo eletrónico cardíaco, ensinamentos sobre a mobilidade do membro adjacente à colocação do implante, sinais de alerta e exercícios que a pessoa deve realizar autonomamente (**B2.2.4**).

Após elaboração do folheto, com supervisão da SC e da SP, houve oportunidade de validar o mesmo com duas pessoas submetidas a implante de dispositivo eletrónico cardíaco, a fim de garantir que a terminologia era adequada aquela população, assim como a clareza das imagens. Ambos deram respostas positivas e pôde-se aferir que realizavam de forma autónoma os exercícios constantes no folheto

(B2.2.5, J1.3.3). Uma das pessoas encontrava-se acompanhada pela cuidadora informal, pelo que também assistiu e validou a execução dos exercícios (J2.1.1),

No início do contexto de Estágio houve oportunidade de assistir a duas sessões de educação para a saúde, realizadas pela SC em grupo, sobre a patologia cardíaca e sobre os fatores de risco cardiovascular. Perto do final do Estágio, foi percebido que seria possível assumir de forma autónoma a sessão de educação para a saúde, com utilização de material já estruturado pelo serviço (*Powerpoint* e vídeos online), pelo que houve oportunidade de realizar duas sessões em grupo de três pessoas, com supervisão da SC, e uma sessão individual também com supervisão da SC (D2.1.1, D2.1.3). Estas ações, de extrema importância, vieram demonstrar que este tipo de intervenção do EEER junto da pessoa com patologia cardíaca, é fundamental para a melhoria dos cuidados e para a mudança de hábitos necessária para a prevenção de complicações futuras, numa perspetiva de apoiar e capacitar a pessoa no processo de transição em que se encontra (D2.3.1, D2.3.3).

Objetivo 4 – Realizar o *follow-up* de pessoas em ambulatório, seguidos em consulta de Insuficiência Cardíaca, que tomam Levosimendan®

- Avaliação e reforço de ensinamentos da pessoa seguida em consulta de Insuficiência Cardíaca, sob medicação específica – Levosimendan®, em contexto de consulta de *follow-up*.

Houve a oportunidade de assistir a um *follow-up* de uma pessoa em ambulatório (D2.3.3). Após acolhimento da pessoa, que se dirigiu ao serviço após a consulta médica, é realizada a avaliação dos parâmetros vitais (com a avaliação da escala de Borg, bem como do traçado cardíaco). De seguida são recolhidas informações sobre a sintomatologia e as atividades realizadas no seu dia-a-dia, através do preenchimento de um questionário por parte da pessoa. Finalizado este acolhimento, a pessoa é monitorizada electrocardiograficamente com aparelho portátil e é feito ensino sobre o teste a realizar – Teste de Marcha de 6 Minutos⁵⁰. Terminada a realização do teste, são avaliados novamente os parâmetros vitais (novamente avaliada a escala de Borg e o traçado cardíaco) e é realizado agendamento de novo *follow-up*. De salientar que também é um momento de esclarecimento de dúvidas com a pessoa, de realização de alguns ensinamentos, bem como de ajuste de expectativas em relação ao seu processo de reabilitação e também de reforço positivo perante os ganhos obtidos (J1.4.1, J3.2.1, J3.2.2). O facto de a pessoa já conhecer a Enfermeira de Reabilitação facilita essa relação de confiança e a continuidade de cuidados, e é

evidente a motivação inerente à pessoa que assiste a uma melhoria significativa da sua funcionalidade e da capacidade para executar as suas AVD de forma autónoma.

Nas duas realizações de *follow-up* seguintes, foi assumida por inteiro a realização dos acolhimentos e dos testes de funcionalidade pelo estudante, com a supervisão da SC, que se revelou fundamental para ajudar no esclarecimento de dúvidas e para ajuste de expectativas, visto ser uma figura de referência para a pessoa alvo dos cuidados.

Uma vez que foi sentida alguma dificuldade na interpretação imediata dos traçados cardíacos das pessoas, aquando da avaliação pré e pós teste de funcionalidade, houve necessidade de assistir a uma formação sobre interpretação de traçados eletrocardiográficos, que veio a acontecer ainda durante o Estágio neste contexto. (Anexo 1) (D1.1.1, D1.1.3)

III.2. Equipa de Cuidados Continuados Integrados

O segundo contexto de Estágio inserido no Módulo I decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais concretamente na ECCI. A área geográfica, de cerca de 95 km², abrange 4 freguesias e um total de 166 332 pessoas ⁵¹.

A equipa de enfermagem é composta por 16 enfermeiros, sendo que 5 são de cuidados gerais, 1 assume apenas funções de coordenação, 3 são EEER, 2 são Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2 são Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e 1 é Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A ECCI presta cuidados domiciliários a pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente, em fase final de vida, situação de vulnerabilidade, complexidade de tratamentos e/ou necessitem de cuidados os sete dias na semana. Os cuidados prestados são de natureza preventiva, curativa ou paliativa, centrados na pessoa doente/ família e cuidadores formais ou informais, utilizando uma abordagem holística nas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

Um dos grandes desafios à prestação de cuidados de reabilitação em contexto domiciliário prende-se com o facto de não se saber antecipadamente como irá estar a pessoa antes de cada sessão. Ao contrário do meio hospitalar, onde a informação é transmitida entre os profissionais de saúde várias vezes ao dia, em que dentro de alguma imprevisibilidade devido ao estado de saúde, há alguma previsibilidade, no meio domiciliário não há controlo sobre estes fatores. Uma noite mal dormida ou outro

qualquer evento pode comprometer a eficácia da sessão, pelo que é sempre realizada uma primeira abordagem com maior foco no diálogo, de forma a avaliar a disponibilidade e motivação da pessoa para realização do programa de Reabilitação. Esta avaliação inicial é imprescindível na intervenção do EEER, uma vez que a implementação de um programa e o seu sucesso depende em grande parte da adesão da pessoa às atividades. Desta forma, o EEER tem a responsabilidade de focar-se inicialmente na relação empática e terapêutica, de uma forma assertiva, mas também tranquila e motivadora (**C2.2.2**). Exemplo disso foi a intervenção junto da pessoa A (Apêndice G), que por vezes não se sentia com energia para realizar o programa de reabilitação motora, ainda que a avaliação dos sinais vitais não indicasse aparente complicação. Através de uma conversa em conjunto com a cuidadora, constatou-se que a pessoa jantava na cama e adormecia ao final da tarde, despertando desta forma muito cedo (madrugada) (**J1.1.5, J1.1.6, J1.1.7**). À hora da visita domiciliária, no início da manhã, a pessoa já se encontrava cansada por esta desregulação de horários. Foi então proposto à pessoa e explicadas as razões e a sua importância para a recuperação, de deitar-se mais tarde e acordar também um pouco mais tarde, tendo a pessoa concordado em jantar na cozinha (**J1.1.4, J1.2.1, J1.2.2, A1.1.1, A1.1.3**). Nas sessões seguintes a pessoa e a cuidadora referiram que o novo horário adotado trouxe grandes benefícios para ambos, e contribuiu para uma maior eficácia do plano de exercícios e para a realização das AVD (**A1.3.1, J1.4.1**). Aqui também se revela importante a integração do cuidador e/ou familiar no processo de reabilitação, para que seja um apoio e também uma figura central na capacitação da pessoa, pois sem a participação deste teria sido mais difícil identificar esta situação em específico. Outro desafio também se prende com o facto de termos que adaptar a intervenção ao material disponível no domicílio, quer seja o mobiliário em que a pessoa está instalada (cadeirões ou sofás baixos, camas não articuladas), a divisões pequenas ou com pouca salubridade, edifícios antigos sem elevador e com corredores estreitos, etc. Para solucionar eventuais barreiras, numa primeira visita de Enfermagem de Reabilitação é feita também uma avaliação das condições habitacionais, tentando o mais precocemente possível corrigir e/ou sugerir correções para evitar problemas futuros (**J2.2.3, J2.2.4**). Exemplo disso a remoção de tapetes no domicílio das pessoas com risco de queda, otimização de mobiliário para permitir melhor mobilidade, instalação ou aquisição de produtos de apoio (**J1.2.4**), entre outros.

De seguida serão apresentados os objetivos específicos delineados para este contexto de Estágio, bem como as atividades realizadas:

Objetivo 1 – Prestar cuidados à pessoa/família referenciada para a ECCI, em contexto de visita domiciliária, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação

- Consulta do processo clínico antes de cada visita domiciliária;
- Inclusão da pessoa no seu programa de Reabilitação, motivando-a a participar no mesmo;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão, e no início e final do contexto;
- Implementação de um programa de Reabilitação de 6 sessões a 4 pessoas;
- Aconselhamento sobre produtos de apoio;
- Realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação.

Na primeira visita domiciliária a cada pessoa, foi adotada uma estratégia de observação participativa e reflexiva sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação que a SC aplicava (**D2.3.3**), sendo que a partir da segunda visita foram realizados cuidados de Enfermagem de Reabilitação de forma proativa e de acordo com cada programa estabelecido. De salientar que as pessoas recebem muito bem o EEER no seu domicílio e sentem-se motivados a participar ativamente no seu programa de Reabilitação. Na maioria das pessoas, nomeadamente nos que foram realizadas mais visitas, houve uma maior facilidade em estabelecer uma relação de confiança e de empatia, e tal contribuiu seguramente para a obtenção de resultados positivos (**C2.2.2**).

Por ser um contexto de Estágio com menor carga horária, e por serem pessoas numa fase subaguda do processo de doença, alguns valores de avaliação não sofreram alterações significativas durante este período (Apêndice G). Ainda assim, é de salientar que a pessoa B foi alvo de um conjunto de atividades muito importante a nível motor, que possibilitou a sua saída de casa pela primeira vez em vários meses, sem a ajuda de uma cadeira ou maca. Tal feito provocou na pessoa um sentimento de esperança e felicidade que foi bastante satisfatório, tanto aos profissionais, como ao marido que acompanhou de bem perto todas as atividades desenvolvidas, atividades estas que foram apresentadas ao marido e cuidador, havendo tempo dedicado ao ensino, instrução e validação das mesmas, de forma a garantir uma continuidade dos cuidados com qualidade (**J1.3.3, J2.1.1**). Nas sessões seguintes conseguiu realizar treino de marcha no exterior, apenas com apoio

unilateral, e visitar o comércio local e cumprimentar os vizinhos que já não via há meses. Este caso levou a uma reflexão sobre a importância destes cuidados ao domicílio, pois de outra forma, mais concretamente numa clínica ou outra instituição de reabilitação, não seria possível obter estes resultados tão importantes para a pessoa (**B3.1.2**). O facto de voltar a descer as escadas que não conseguia descer, de percorrer a rua que não fazia há meses, tudo realizado com segurança e tranquilidade, capacitou esta pessoa para que, passados poucos dias, acompanhasse o marido nas compras na mercearia mais próxima, como fazia antes do processo de doença (**J2.1.1, J3.1.2, J3.2.2**).

A pessoa A (Apêndice G) foi o que obteve menos ganhos no seu processo de reabilitação ao longo destas sessões, primeiramente porque se trata de um processo de doença prolongado, com algumas comorbidades associadas, e em segundo porque, devido à patologia cardíaca grave, a disponibilidade física era muito limitada para potenciar outro tipo de ganhos, como o subir e descer escadas, por exemplo, pelo que, ao longo do programa de Reabilitação foram sendo ajustados os objetivos do plano com a própria pessoa e família (**J1.2.2, J3.1.3, J3.2.2**). Ainda assim, a pessoa tornou-se mais autónoma e independente nas suas AVD, nomeadamente nos cuidados de higiene e no uso do sanitário, e para tal contribuiu o facto de se ter recomendado a aquisição de alguns produtos de apoio (alçador de sanita, cadeira de duche) que ajudaram neste processo (**J1.2.4, J2.1.3**). Ao longo do programa de Reabilitação, a própria pessoa e a esposa sentiram que, já tendo atingido um nível de dependência reduzida na execução dos autocuidados, podiam prescindir do apoio domiciliário que tinham há vários meses, que veio mesmo a acontecer ainda durante o Estágio, pelo que é demonstrativo da eficácia da intervenção e consequente capacitação da pessoa/família neste caso concreto (**J3.2.1, J3.2.2**).

No caso da pessoa D (Apêndice G), a primeira intervenção de enfermagem de Reabilitação foi bastante complexa e desafiante, pelo facto de existir dispneia em repouso, ao ponto de dificultar a comunicação, com pausas frequentes no discurso e muita dificuldade no controlo dos tempos respiratórios. Foi ensinado e incentivado a realizar os exercícios respiratórios de forma autónoma, de forma estruturada e sempre que se sentisse mais cansado (**J1.2.3, J3.1.2**). Nas sessões seguintes observou-se uma evolução positiva do seu estado geral, nomeadamente no controlo respiratório, que já possibilitava manter uma conversa sem pausas (**J1.4.1**). Reforçou-se então o treino motor para complementar a vertente respiratória, também com ensino e incentivo do uso de cicloergómetro (por empréstimo da UCC), pelo que na última sessão a pessoa foi incentivada a descer 2 patamares do prédio onde

habita apenas com supervisão. A fase seguinte seria realizar treino de marcha no exterior, que não foi possível atingir pela limitação do número de turnos. Os ganhos obtidos nesta pessoa foram evidentes e muito significativos, e mais uma vez se pode realçar a importância do trabalho de Reabilitação se ter desenrolado em casa, em segurança, com calma e de forma gradual, pois a habitar num terceiro andar sem elevador, seria logisticamente difícil a pessoa realizar um programa de Reabilitação no exterior. Implicaria tempo, custo económico elevado, logística complicada e morosa, entre outros fatores. Tudo isto foi contornado com o acesso dos profissionais ao domicílio da pessoa (EEER e Estudante de ER), que mais uma vez espelha a importância e pertinência da existência destas equipas.

A pessoa C (Apêndice G) foi alvo de uma avaliação de Enfermagem de Reabilitação no contexto da primeira visita domiciliária da equipa (**J1.1.3, J1.1.4, J1.1.6, J1.1.7**), tendo sido delineado um programa de Reabilitação individualizado (**J1.2.3**). Nessa visita também foram identificadas barreiras arquitetónicas (tapetes, mobiliário a obstruir parcialmente a passagem), bem como ausência de uma barra de apoio na entrada do prédio, que facilitaria a entrada e saída da pessoa da sua habitação, pelo que a pessoa e a cuidadora foram incentivadas a comunicar à administração do prédio a necessidade de colocação desse produto de apoio (**J2.2.2, J2.2.3**). Ao fim de 5 sessões de Reabilitação Funcional Motora, assistiu-se a um aumento significativo do valor de Índice de Barthel e a uma diminuição do valor de risco de queda (**J1.4.1**), que espelha a os ganhos que foram conseguidos, tanto na realização das AVD, como também na capacitação do autocuidado Andar, pois na última sessão foi possível subir e descer as escadas do prédio apenas com supervisão e ensino, e foi possível aferir que a pessoa e a cuidadora já haviam realizado duas atividades de lazer no exterior, sem recurso a equipamentos ou produtos de apoio (**J3.2.1, J3.2.2**).

Objetivo 2 – Capacitar a pessoa e família com doença crónica do foro respiratório

- Pesquisa bibliográfica recente sobre uma patologia respiratória crónica;
- Realização de um questionário informal aos Enfermeiros de Reabilitação;
- Elaboração de um Programa de Reabilitação individualizado adaptado às necessidades e ao contexto da pessoa e família.

Embora a atuação neste contexto tenha sido sobretudo na capacitação motora, foi na pessoa com patologia respiratória que foram encontrados os maiores desafios, nomeadamente na presença de dispneia em repouso ou a pequenos esforços, pois

esta condição tem impacto significativo na capacidade funcional para a realização das AVD ⁴⁸. A RFR é uma área de intervenção do EEER de extrema importância pelos ganhos em saúde que daí podem advir, e pela possibilidade de prevenção de complicações futuras, tal como internamentos hospitalares ou exacerbações da patologia de base, pois a RFR reduz o declínio funcional e acelera a recuperação em situações agudas ou crónicas ²².

Após a primeira visita domiciliária à pessoa A (Apêndice M), foi sentida a necessidade de elaborar um programa de Reabilitação específico para a patologia respiratória em questão, que pudesse também servir de Guia para a pessoa e família, de forma a capacitá-los a realizar exercícios e a seguir recomendações para otimizar o seu padrão respiratório e a execução de AVD (**J1.1.2, J1.1.4, J1.1.7**). Como tal, para diagnóstico de situação, foi elaborado um questionário (Apêndice H) (**B2.2.1**), revisto e aprovado pela Enfermeira Coordenadora do Serviço, pela SC e pela SP, que foi preenchido pelos EEER do Serviço. Procedeu-se à análise das respostas ao questionário (Apêndice I), tendo havido unanimidade nas duas primeiras questões: não existia nenhum instrumento de suporte para a pessoa com Fibrose Pulmonar, e seria importante desenvolver um, pelo que foi então elaborado um Programa de Reabilitação individualizado (Apêndice J). Com base nas respostas abertas sobre os elementos que deveriam constar no instrumento, consideraram importante referir estratégias para gestão do cansaço e conservação de energia durante a realização das AVD, ensinamentos de exercícios respiratórios e motores, e de que maneira vão contribuir para a melhoria da condição da pessoa, com imagens para mais fácil compreensão, aconselhamento nutricional, ensinamentos sobre uso de dispositivos respiratórios, como a câmara expansora (Apêndice K) e o inalador de pó seco (Apêndice L), e uma breve definição da patologia.

A execução deste instrumento não só foi útil para orientar a pessoa e família na execução dos exercícios e na otimização da sua condição no geral, como a execução das AVD, a administração de terapêutica e a utilização de dispositivos (**J1.2.3, J2.1.1**), mas também ajudou a interiorizar os exercícios e a prática da RFR junto da pessoa com patologia respiratória crónica, e a sua importância, que se pôde constatar nas 3 intervenções realizadas a esta pessoa em específico. Houve oportunidade, na segunda visita domiciliária, de entregar o Guia elaborado, bem como um segundo Guia mais simples com as imagens e o número de vezes que poderia executar cada exercício, apenas direcionado para o controlo respiratório, uma vez que é esse o principal foco de atuação nesta pessoa pela ventilação comprometida. Na terceira visita foi possível constatar que a pessoa mantinha o Guia

junto dos seus objetos de apoio, e referiu que já tinha consultado “algumas vezes, principalmente quando estou mais ansioso”. Foi reforçada a importância de executar os exercícios de controlo respiratório aquando dos momentos de maior ansiedade e maior perceção de cansaço. Foi também possível aferir com a cuidadora informal o uso do dispositivo respiratório e do inalador de pó seco. Previamente às visitas da equipa, a administração dos inaladores através da câmara expansora não estava a ser a mais eficaz, pelo não cumprimento dos passos iniciais de agitar o cartucho do medicamento e pelo *timing* entre cada administração, segundo a cuidadora (J1.1.7). Com esta intervenção, foi possível contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa pela família/cuidadores, e também contribuir para a hegemonia dos cuidados prestados pela equipa, para que tivesse um plano de reabilitação estruturado, que em conjunto com a pessoa, pode ser alterado e otimizado ao longo do tempo e ajustado a outras pessoas com patologia crónica do foro respiratório no futuro (B2.2.4).

III.3. Equipa de Cuidados Continuados Integrados (Vertente Cuidados Paliativos)

Este contexto decorreu na mesma unidade do contexto anterior. A ECCI está em estreita comunicação e cooperação com a ECSCP, sendo recíproco o encaminhamento ou solicitação de acompanhamento de determinada pessoa.

Com a crescente mudança de paradigma sobre os CP, que deixaram de ser percecionados apenas como necessários para a pessoa que está a morrer, mas com sim como cuidados holísticos, ativos, prestados a pessoas de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das mesmas, bem como das suas famílias e cuidadores, as intervenções da área da reabilitação nesta fase de vida ganham importância acrescida, principalmente para minimizar o declínio funcional e a perda de autonomia, que resultam principalmente no menor desempenho das AVD ²¹.

Nesta área de intervenção, os objetivos e atividades desenvolvidas convergem para os mesmos que contribuem para o aumento da qualidade de vida, dando contributos para o controlo de sintomas, minimização de exacerbações da doença e promoção da autonomia ⁵².

De seguida serão apresentados os objetivos específicos delineados para este Estágio, bem como as atividades realizadas:

Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa e família referenciada para a ECCI, em contexto de visita domiciliária, no âmbito dos Cuidados Paliativos

- Consulta do processo clínico antes de cada visita domiciliária;
- Inclusão da pessoa no seu Programa de Reabilitação, incentivando-a a participar no mesmo;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão, e no início e final do contexto;
- Realização de 3 sessões de Reabilitação a 1 pessoa;
- Execução de um Estudo de Caso.

O facto de já ter decorrido a integração na equipa contribuiu para que, na primeira visita domiciliária neste contexto mais específico, fosse logo possível prestar cuidados de EEER. Por ser uma visita com estas características, perante um estadio grave de uma doença crónica, a equipa foi bastante bem recebida, sendo que no primeiro contacto houve oportunidade de realizar uma curta conferência familiar com os EEER, onde foram abordados os mais variados assuntos em torno da situação da pessoa, nomeadamente a gestão de expectativas, as suas limitações nas AVD, as estratégias adaptativas, manifestação de medos/receios e sua desmistificação, entre outros assuntos (**J1.1.5, J1.1.7, A2.1.5**).

As sessões de reabilitação estão descritas no Apêndice M, sendo de realçar que não foi possível, durante as mesmas, realizar atividades no âmbito da RFM por aumento da perceção de cansaço e dispneia (**J1.1.6**). Apesar disso, na execução dos exercícios de controlo respiratório, foi notória a melhoria do padrão respiratório, sendo que a própria pessoa se sentiu capacitada e motivada a realizar frequentemente estes exercícios para conseguir contrariar o seu padrão respiratório em repouso (taquipneia e dispneia) (**J1.3.3**).

Pela complexidade da situação, e por se considerar que foi um desafio acrescido à prática nestes contextos de Estágio, foi elaborado um estudo de caso ⁵³ (Apêndice N) para assim se conseguir obter uma avaliação e monitorização mais abrangente, mais concreta e completa da pessoa em Cuidados Paliativos (**D2.2.6, D2.3.3**). A execução do Estudo de Caso contribuiu para uma melhor reflexão e aprendizagem da intervenção do EEER na prestação de cuidados à pessoa em Cuidados Paliativos e sua família, apesar de ter sido apenas possível realizar 3 visitas domiciliárias (**B1.1.3**).

Em jeito de reflexão final, considera-se que seria de extrema importância existir uma reunião periódica entre a ECSCP e a ECCI para discussão dos casos clínicos, convergência de atuações e planos de ação e uniformização do discurso e gestão de expectativas, de forma a promover a comunicação entre as equipas e o núcleo central de toda esta dinâmica: a pessoa, a sua família e os cuidadores (**A1.2.3**).

III.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

O último contexto de Estágio do Módulo I decorreu numa UCINP de um Hospital central, sendo uma das unidades funcionais do Serviço de Pediatria, constituída por três salas, com um total de dezanove vagas. Os enfermeiros estão organizados em cinco equipas, segundo o método do enfermeiro responsável. No serviço apenas 1 enfermeiro exerce as funções de EEER, que acresce às funções de chefia de equipa.

A sala 1 da UCINP é composta por cinco vagas para ventilação invasiva e tem autonomia para assistir todos os recém-nascidos de risco (pré-termo e de termo), com necessidade de ventilação ou patologia que justifique internamento numa unidade com estas características. Os cuidados de enfermagem são assegurados, habitualmente, por dois enfermeiros no limite da capacidade da sala. Os motivos de internamento mais frequentes são decorrentes da prematuridade, anomalias congénitas (cardiopatias, malformações do tubo neural, gastrosquisis, entre outras) ou de intercorrências peri-parto (asfixia peri-natal, hipoglicemia, taquipneia transitória do recém-nascido, entre outras). A sala 2, também chamada de Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, é composta por dez vagas, que podem ser ocupadas por recém-nascidos pré-termo ou de termo em incubadora ou berço. Os motivos de admissão são semelhantes aos da sala 1, normalmente sendo transferidos dessa sala. Os cuidados de enfermagem são assegurados por dois enfermeiros, no limite da capacidade da sala. Por fim, a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é composta por 4 vagas para ventilação invasiva e admite crianças acima dos 28 dias de vida e até aos 18 anos menos 1 dia. Dentro dos motivos de internamento salientam-se: pós-operatório imediato com necessidade de ventilação assistida ou vigilância apertada, infeção respiratória com necessidade de ventilação assistida, e septicemia.

Por forma a tentar sistematizar um pouco a atuação do EEER na idade pediátrica neonatal, foi elaborado um quadro (Apêndice O) que ajudou também a despertar para as situações vivenciadas neste contexto (**D1.1.1**).

De seguida é exposto o objetivo para este Estágio, com as respetivas atividades desenvolvidas.

Objetivo 1 – Obter conhecimentos teórico-práticos das intervenções especializadas do EEER no contexto de Pediatria

- Colaboração com a SC na prestação de cuidados de Reabilitação à criança internada na UCINP e família;
- Realização uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs.

Sendo um Estágio muito curto, de apenas 4 turnos, optou-se por adotar uma postura de observação atenta e participativa, promovendo reflexões e conversas informais com a SC, que demonstrou muita abertura e compreensão pelo facto de não ser uma área que permitisse atuar de imediato (**D1.1.3**).

Foi possível constatar a importância da sua atuação como EEER, não só junto das crianças/família, mas também junto das colegas de cuidados gerais, alertando para situações e cuidados específicos a ter com as crianças internadas (**C2.2.3**). Exemplo disso, uma criança ainda com pouco desenvolvimento motor e ventilatório, fruto da idade prematura, foi alvo de intervenção pela EEER colocando-a ao colo da mãe, com uma almofada de suporte, em posição ventral que possibilitasse não só recrutamento alveolar posterior (a criança maioritariamente encontrava-se em posição dorsal na incubadora), mas também o estímulo motor e sensorial cervical (**B3.1.2, J3.1.2**). Aconteceu que, passados uns 5 minutos desta intervenção, a criança fez extensão da cabeça por forma a encarar o meio envolvente, tendo esta reação sido recebida de forma emotiva e esperançosa pela mãe. No final da intervenção, após a criança ser colocada de novo na posição dorsal ao colo da mãe, esta de imediato questionou quando poderia novamente voltar a participar ativamente neste processo de estímulo respiratório e motor, o que, em si, evidencia a importância e a valorização da intervenção do EEER nesta área tão específica (**A1.2.4**).

Houve também colaboração com a SC na execução de algumas manobras acessórias na criança com prótese ventilatória, não só para auxiliar a expelir secreções brônquicas, como também para favorecer a independência respiratória e prevenir complicações futuras, como atelectasias. Estes momentos aconteceram após uma avaliação global do padrão respiratório da criança (**J1.1.6**), com auscultação pulmonar e palpação torácica, com evidência de presença de ruídos adventícios, tendo de seguida sido realizadas as referidas manobras (**J1.3.2**), com

posterior reavaliação e constatação de melhoria do padrão respiratório, nomeadamente ausência de ruídos adventícios (**J1.4.1**).

Algo que ficou patente na função do EEER neste contexto é a constante envolvimento da figura parental nos cuidados, de forma empática, segura e humana (**B3.1.1, B3.1.2**), respeitando sempre a vontade e a disponibilidade da pessoa

Dadas as limitações de tempo, e porque a Pediatria é uma área onde o estudante não tinha experiência de prestação de cuidados, foi realizada uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (Apêndice P) tendo sido identificada uma situação particular que causou muito impacto, não só a nível profissional, como também a nível emocional (**D1.2.2**).

III.5. Serviço de Ortopedia

O primeiro contexto de Estágio inserido no Módulo II decorreu no Serviço de Ortopedia de um hospital, que dispõe de uma Enfermaria com um total de 60 camas, sendo que todos os quartos têm uma casa de banho adaptada às necessidades das pessoas, com *poliban* e barras de apoio. O Serviço admite pessoas com patologias do foro ortopédico, em idade pediátrica ou adulta, seja para cirurgia eletiva (encaminhados pela consulta externa), seja por evento traumatológico com episódio de urgência.

Apesar do Serviço ter, na sua constituição, vários EEER, durante o período em que decorreu o Estágio estes estavam impossibilitados de prestar cuidados exclusivos de Enfermagem de Reabilitação por falta de recursos humanos. Contudo, através da disponibilidade da Equipa e gestão de cuidados da SC, foi possível ao estudante prestar cuidados de enfermagem especializados.

Em termos de patologia clínica, as mais frequentes são a coxartrose e a gonartrose, sendo que as pessoas são internadas para serem sujeitas a uma artroplastia. Também são frequentes as fraturas de fémur e as estenoses canulares, podendo ser sujeitos a tratamento cirúrgico ou conservador.

De forma a orientar e organizar o registo dos cuidados de reabilitação, foi criado (pelo estudante) um instrumento de avaliação e registo de atividades (Apêndice Q), que foi utilizado com várias pessoas, para desta forma ser possível fazer uma avaliação e monitorização mais sistematizada do plano implementando a cada uma, bem como a evolução de uma sessão para outra (**C1.1.3**).

Dado que a maioria dos internamentos são relativamente curtos, nomeadamente os eletivos, sendo a alta para o domicílio ao 4.º ou 5.º dia pós-operatório, não foi possível realizar mais do que duas sessões de reabilitação a cada pessoa, que estão descritas no Apêndice R. Ainda assim, e porque a Reabilitação de cada pessoa se inicia logo na consulta de enfermagem pré-operatória (como descrito mais à frente), são obtidos ganhos significativos com poucas sessões realizadas. Isto deve-se a vários fatores, nomeadamente à vontade expressa das pessoas em se capacitarem para realizar os autocuidados e em adquirirem independência funcional, e também porque na maioria dos casos apenas um dos membros está afetado, podendo assim serem potenciados os outros membros para realização das atividades diárias, e desta forma compensar o membro mais debilitado ou incapacitado. Recorrendo à Teoria de Dorothea Orem ³², é possível concluir que, nas pessoas a quem foram aplicados os planos de reabilitação pelo estudante, todas passaram pelos três sistemas estabelecidos pela mesma: sistema totalmente compensatório, no período pós-operatório imediato, sistema parcialmente compensatório quando iniciaram as sessões de reabilitação com realização do primeiro levante do leito, e sistema de apoio-educativo na altura da alta, em que a pessoa apenas necessitava de uma supervisão no autocuidado e de ensinamentos realizados. Tal facto também se reflete nos ganhos espelhados no Índice de Barthel, à exceção da pessoa G que, não tendo aumentado o valor do referido Índice, manteve o valor, que também é indicativo da intervenção de Enfermagem de Reabilitação ao conseguir manter a função (**J1.4.1**).

De seguida serão apresentados os objetivos específicos delineados para este contexto de Estágio, bem como as atividades realizadas:

Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa internada no Serviço de Ortopedia

- Inclusão da pessoa no seu plano de reabilitação, motivando-a a participar no mesmo;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão;
- Realização de sessões de RFR e/ou RFM;
- Instrução e recomendação de utilização de ajudas técnicas.

Após a transmissão das informações relativas às pessoas, juntamente com a SC eram planeados os cuidados a realizar no turno. Como atrás descrito, as pessoas estavam muito recetivas aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que facilitou a integração no Serviço e o desenvolvimento das sessões de reabilitação. Para cada pessoa era elaborado um plano personalizado conforme a patologia e o tipo de

cirurgia ou tratamento realizado (**J1.2, J3.1**). Todas as sessões iniciavam com exercícios respiratórios, nomeadamente controlo e dissociação dos tempos respiratórios, que proporcionava relaxamento e bem-estar na pessoa, sendo este momento muito bem recebido pela maioria das pessoas. De seguida eram realizados os exercícios de RFM, de acordo com a recomendação clínica e tendo sempre em conta avaliação da dor da pessoa ⁴⁶. Durante as sessões foram sempre efetuados ensinamentos, tanto para a execução dos exercícios, como para recomendações após a alta, e também para o uso de produtos de apoio, tanto durante o internamento, como no domicílio. Dado que a maioria das pessoas realizou uma consulta de Enfermagem de Reabilitação pré-operatória, estes já estavam despertos para alguns exercícios e também para o uso de produtos de apoio, nomeadamente necessidade de uso de calçado apropriado (fechado e confortável) e de canadianas, que já adquiridas pela pessoa antes do internamento, eram ajustadas em altura à própria pessoa pelo EEER. No entanto, aconteceu que uma pessoa não havia tido essa consulta pré-operatória, pelo que foram realizados os ensinamentos apropriados à situação da mesma, à própria e ao familiar que o acompanhava, com especial ênfase nos produtos de apoio a utilizar/adquirir após o internamento (**J2.1.3**), bem como alguns ajustes a realizar no domicílio (uso de cadeira para duche, remoção de tapetes, uso de alçador de sanita, calçado adequado, entre outros) (**J2.1.1**). Este facto demonstrou ser muito importante para o processo de reabilitação da pessoa, pois sem estes esclarecimentos e aconselhamentos realizados no primeiro dia pós-cirurgia, não seria possível ao familiar adaptar o domicílio à condição da pessoa no futuro próximo, e permitiu a aquisição atempada de equipamentos necessários para as suas atividades de vida diária (**J1.2.4**).

No caso das pessoas submetidas a artroplastia total do joelho, o uso da tala dinâmica revelou-se de uma utilidade significativa, uma vez que durante as primeiras mobilizações passivas era evidente alguma tensão muscular e/ou dor no membro recentemente operado, e após o uso da tala conseguiam-se realizar mobilizações, quer passivas, quer ativas, com menos dor.

Nas pessoas submetidas a artroplastia total da anca, o facto de ser usada uma almofada em forma de triângulo como forma de evitar a adução dos membros inferiores contribui para reduzir a probabilidade de luxação da articulação operada. Considera-se um desafio acrescido na intervenção nestas pessoas o levantar do leito e o deitar pela necessidade de adotar uma postura anti-luxante, e também pela necessidade de se utilizar uma técnica que minimize a adução do membro. Dado que a literatura sugere que se pode realizar o levantar/deitar para ambos os lados, sendo

adaptado a cada situação e ao domicílio da pessoa ⁵⁴, foi importante o apoio da SC nestas atividades para, em conjunto com a pessoa, aferir qual a melhor técnica e o lado do leito a utilizar. Para que estas técnicas utilizadas tenham decorrido sempre com eficácia e segurança contou muito a experiência e o conhecimento adquirido pela SC, que esteve sempre presente na validação destas atividades.

Após consulta do Apêndice R, é possível aferir pela avaliação do Índice de Barthel que todos as pessoas obtiveram ganhos significativos após a implementação do plano de reabilitação (**J1.4, J3.2**), com a exceção de uma pessoa conforme atrás descrito.

Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados no Serviço de Ortopedia

- Realização de um questionário informal à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais;
- Realização de uma ação de formação sobre mecânica corporal na prevenção de lesões músculoesqueléticas relacionadas com o trabalho.

Numa fase inicial foi promovida uma reunião com a Enfermeira Chefe e SC, de forma a auscultar a necessidade de desenvolver algumas áreas na Enfermagem de Reabilitação. Por várias razões apresentadas, foi proposto o tema da “Mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”. De forma a identificar as principais dificuldades e necessidades da Equipa (enfermeiros e assistentes operacionais) nesta área e desenvolver *a posteriori* atividades dirigidas a essas mesmas dificuldades, foi aplicado um questionário informal para diagnóstico de situação (Apêndice S). Em resposta aos questionários (Apêndice T), ficou patente a necessidade de a equipa aprofundar conhecimentos na área da mecânica corporal, bem como no uso de equipamentos e ajudas técnicas nos cuidados às pessoas, sendo que foi unânime que o melhor meio para o fazer seria com a realização de uma sessão de formação presencial (**B2.2, D2.1**).

Foi então realizada um plano de sessão de formação (Apêndice U) com conhecimento e validação da SC e da Enf.^a Chefe do serviço, tendo sido posteriormente realizada a sessão de formação em serviço (Apêndice V), à qual assistiram 6 assistentes operacionais e 5 enfermeiros (2 especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 3 generalistas), com transmissão de informação teórica com recurso a meio audiovisual e posterior demonstração de técnicas de mobilização da pessoa com recurso aos formandos. Para que esta ação tenha tido sucesso, muito contribuiu o apoio e empenho da SC e da SP na execução da mesma,

bem como a participação e motivação dos formandos. Considerando que alguns dos elementos presentes na formação eram recém-formados, sendo a maioria com mais tempo de serviço, julgo ter sido importante a realização da mesma para capacitar os profissionais a adotar posturas corretas na execução dos cuidados e no seu dia a dia, e a utilizar a mecânica corporal para, não só prestar cuidados de forma mais eficaz e correta, como também evitar potenciais lesões musculoesqueléticas no futuro (**A2.2, B3.1.4**). No final da sessão foi realizada a avaliação da mesma (Apêndice W).

III.6. Serviço de Neurologia

O segundo contexto de Estágio inserido no Módulo II decorreu no Serviço de Neurologia de um hospital, inserido num Serviço com mais duas valências médicas, sendo que neste estão adstritas doze camas de enfermaria e quatro camas de Unidade de Cuidados Intermédios. As pessoas aqui admitidas eram apenas adultos com doença aguda do foro neurológico. No turno da manhã estava sempre presente um Enfermeiro de Reabilitação, à exceção dos fins de semana e feriados por redução do número de profissionais.

Em termos de patologia clínica, a mais frequente é o Acidente Vascular Cerebral (AVC), também são frequentes síndromes confusionais, que carecem de estudo aprofundado com recurso a vários exames complementares de diagnóstico, prolongando assim o tempo de internamento com potencial risco de perda de mobilidade. Uma patologia não tão frequente, mas que surgiu durante o Estágio, é a Síndrome de Guillain-Barré, que sendo bastante incapacitante para o autocuidado, proporcionou uma oportunidade muito importante de aprendizagem e de prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação a essa pessoa.

A equipa multidisciplinar está muito desperta e vocacionada para a Reabilitação, sendo que a perceção geral é que a figura do EEER está bastante presente no seio da equipa. Exemplo disso é o facto de a equipa médica recorrer frequentemente ao EEER para refletir sobre a situação clínica das pessoas, nomeadamente dos que têm mais dependência funcional. Tal facto ocorreu também junto do estudante durante todo o contexto de Estágio, que acabou por não só ser gratificante ao ser demonstrativo da sua importância e da sua integração da equipa, como também evidencia a confiança que os restantes profissionais depositam na avaliação e atuação do EEER no Serviço (**C1.1.2**).

Perante a pessoa que padece de uma doença neurológica aguda, o foco pode direcionar-se imediatamente para o défice motor e consequente intervenção a esse nível. Ainda assim, as consequências das patologias neurológicas também vão causar alterações da sensibilidade e da perceção assim como a nível comportamental, emocional e cognitivo ⁵⁵. Posto isto, a intervenção do EEER na pessoa do foro neurológico deve ter em conta todos os sistemas da pessoa, quer seja respiratório, como emocional e cognitivo (**J1.1.1**). É importante estabelecer uma relação terapêutica de confiança centrada no respeito e nos valores da pessoa, que certamente trará benefícios para o programa de reabilitação, utilizando estratégias para alcançar metas e objetivos, como reforço positivo após a execução de uma tarefa mais complexa, ou gestão de expectativas relativamente ao futuro a curto prazo, numa perspetiva de transição para o domicílio ou para um centro de reabilitação. No estabelecimento desta relação terapêutica a pessoa e família contribuem com o saber específico da sua situação de saúde e com as necessidades que sentem alteradas, ao passo que o profissional de saúde contribui com as suas competências e habilidades profissionais e pessoais ⁵⁶.

De seguida serão apresentados os objetivos específicos delineados para este contexto de Estágio, bem como as atividades realizadas:

Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa internada no Serviço de Neurologia

- Inclusão da pessoa no seu plano de reabilitação, motivando-a a participar no mesmo;
- Utilização de instrumentos de avaliação antes e após cada sessão;
- Realização de sessões de RFR e/ou RFM.

No Apêndice X estão descritas a primeira e última sessões de reabilitação realizadas às pessoas que iniciaram o seu plano com o estudante. Nas pessoas A e B (Apêndice X) foi aplicada a escala de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) devido ao diagnóstico principal, e os valores indicam que houve melhoria dos défices neurológicos em ambos (**J1.4**). Apesar de no primeiro caso se observar melhoria significativa do grau de dependência, espelhado no Índice de Barthel, na segunda pessoa tal não se observou devido a comorbilidades associadas ao mesmo. Ainda assim, não se observou agravamento da sua dependência funcional, e até houve redução do risco de queda, o que por si só já significa que houve ganhos na pessoa com a intervenção do EEER (**J3.2.2**). O plano de reabilitação estabelecido na pessoa A permitiu que houvesse uma evolução gradual da prática dos exercícios,

uma vez que de início a maior parte dos exercícios eram realizados no leito para que, com maior segurança e conforto da pessoa, se conseguisse trabalhar a amplitude, a força e a motricidade fina, sendo a parte final da sessão com a pessoa fora do leito a treinar o equilíbrio e coordenação motora. Na última sessão já foi possível à pessoa realizar a maioria dos exercícios fora do leito, e no final da mesma subir e descer escadas apenas com supervisão e reforço de ensinamentos, que possibilitou a transição do mesmo para o domicílio, com apoio do familiar, a aguardar reabilitação comunitária, satisfazendo assim um desejo do próprio desde o início do internamento (**J3.2**). Aos olhos da Teoria de Orem ³², o EEER ajudou a pessoa e família a desenvolver estratégias de adaptação positiva ao seu estado de saúde, promovendo a sua autonomia e o máximo potencial de autocuidado e capacidade funcional, tal como é descrito na Teoria do Déficit do Autocuidado.

Na pessoa C (Apêndice X), as primeiras sessões foram dificultadas pelo facto de a pessoa não se conseguir concentrar, e assim realizar os exercícios de forma coordenada e eficaz. Com o avançar das sessões, após o estabelecimento de uma relação terapêutica, assistiu-se a uma evolução positiva na realização de algumas atividades, nomeadamente o alimentar-se, a higiene no WC, o vestir/despir, e finalmente o andar, inicialmente com apoio de enfermeiro e andador, mas no final do Estágio apenas com apoio unilateral do EEER, tanto no corredor, como a subir e descer escadas (**J2.1**). Apesar de não se ter obtido a independência funcional, dificultada pelo diagnóstico principal, conseguiu-se transitar de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório ³². Tal contribuiu para que fosse modificada a tipologia do pedido de referência da pessoa para a RNCCI, após conversa informada com a Assistente Social (**C1.1.4**) e assim antecipar a sua alta hospitalar.

A pessoa D (Apêndice X), encontrando-se no início do plano de reabilitação com oxigenoterapia em curso, com disfagia a líquidos e sólidos (sob tratamento diário com terapeuta da fala) e com fraqueza muscular generalizada, obteve ganhos no final do plano que não estão totalmente espelhados nas escalas avaliadas, uma vez que era alimentado em exclusivo por sonda nasogástrica e necessitava ainda de sonda vesical contínua. Estes dois itens de avaliação do Índice de Barthel acabam por influenciar negativamente o valor final, mas na prática a pessoa ganhou bastante autonomia na execução de algumas tarefas, como a higiene, o vestir/despir, o uso de sanitário e o andar apenas com apoio unilateral, sendo que dentro do quarto e no WC conseguia andar sem qualquer ajuda (**J1.2, J2.1, J3.1**). As sessões iniciavam-se sempre com exercícios respiratórios, promovendo o relaxamento da pessoa e a

eficácia do seu padrão respiratório. Este último facto foi possível constatar com o desmame progressivo da oxigenoterapia, e com os valores de inspirometria de incentivo a aumentarem gradualmente de sessão para sessão. O cuidador, sendo visita diária no período após a sessão de reabilitação, era diariamente informado da evolução do seu familiar, integrando-o deste modo nos cuidados que eram realizados, e só não se procedeu a alta clínica para o domicílio devido à presença das sondas atrás descritas.

Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados no Serviço de Neurologia

- Auscultação das áreas relevantes a desenvolver no serviço junto do SC e a enfermeira chefe do Serviço;
- Realização de um póster sobre o Autocuidado Andar;
- Realização de uma caixa de atividades para treino da motricidade fina.

De forma a realizar um diagnóstico de situação neste Contexto de Estágio, foi realizada uma conversa informal com a enfermeira chefe do serviço e com o SC, tendo sido identificada a necessidade de realizar um póster alusivo à capacitação da realização de um autocuidado por parte do EEER (**B2.2.1**). Sendo este um serviço muito vocacionado para a Reabilitação, onde constam vários posters afixados com informação acerca de vários temas, bem como materiais realizados por anteriores estudantes da Enfermagem de Reabilitação, foi então decidido realizar um póster que se enquadrasse na temática abordada, e também nos materiais já existentes, mas que ainda não estivesse diretamente abordado. Uma vez que as pessoas vítimas de um acidente vascular cerebral são muitas vezes acometidos com paresia de um hemicorpo, dificultando a marcha, e sendo o andar um autocuidado fundamental para a mobilidade da pessoa no seu ambiente e para a execução dos restantes autocuidados, foi então decidido que o tema escolhido seria: Autocuidado Andar: capacitação da pessoa com alteração da marcha, após AVC, na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (Apêndice Y).

Após se ter manuseado e explorado os instrumentos ao dispor do EEER no Serviço, nomeadamente produtos de apoio e instrumentos auxiliares para a Reabilitação (bola suíça, cicloergómetro, entre outros), foi identificada a necessidade de produzir uma caixa de atividades específica para treino da motricidade fina, tendo esta necessidade ter sido corroborada pelo SC e pela enfermeira chefe do Serviço (**B2.2.1**). Após execução da mesma (Apêndice Z), foi possível validar a sua utilização

junto de duas pessoas que tinham alteração da motricidade fina numa das mãos, tendo-se revelado útil como treino complementar aos instrumentos já existentes.

III.7. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

O segundo contexto de Estágio inserido no Módulo II decorreu novamente no seio da comunidade, nomeadamente numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Esta unidade funciona em articulação com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, cuja referência é realizada antecipadamente, antes do ingresso da pessoa alvo de cuidados ao domicílio, numa área de 3 concelhos com pouco mais de 200 mil habitantes. A equipa é composta por 3 enfermeiras (1 especialista em Enfermagem de Reabilitação e todas com formação pós-graduada em Cuidados Paliativos), 4 médicas, 1 assistente social a tempo parcial, 1 psicóloga a tempo parcial e 1 nutricionista em regime de consultoria. A Unidade está em contacto permanente com as pessoas e famílias, tendo disponibilidade telefónica entre as 8h30 e as 20h todos os dias, sendo que efetua visitas domiciliárias consoante a disponibilidade e a pertinência das mesmas. A visita ocorre sempre com 1 médica e 1 enfermeira. No primeiro dia da semana é realizada uma reunião multidisciplinar, onde é realizado o planeamento da mesma semana e onde são discutidos e analisados todos os casos clínicos. Tanto a psicóloga, como a assistente social, realizam visita domiciliária sempre que a pessoa ou família solicite, ou caso os restantes profissionais o sugiram, mas sempre com conhecimento e consentimento da pessoa e família. A unidade admite pessoas adultas, excecionalmente em idade pediátrica, com processo de doença grave, maioritariamente em fase final de vida, que tenham apoio de familiar ou cuidador. Entende-se por doença grave qualquer doença aguda ou crónica passível de causar dano ou limitações significativas, podendo levar a incapacidade a longo prazo, deficiência e/ou morte ²¹.

Um dos principais objetivos da Equipa é manter a pessoa junto dos familiares e amigos, no seu meio ambiente, o mais tempo possível, apoiando a pessoa e família no controlo de sintomas, na antevisão de episódios urgentes, na gestão de expectativas e na gestão da dependência da pessoa, sendo promotora de empréstimo de instrumentos de apoio, como camas articuladas, andarilhos, colchões de pressão alternada, entre outros. O facto de a equipa estar disponível telefonicamente durante grande parte do dia faz com que a pessoa e família sintam que têm grande apoio, e foi observável, durante este contexto, a intervenção da equipa junto de pessoas e

famílias, sobretudo para alívio de sintomas, ao ponto de evitar uma ida ao serviço de urgência hospitalar, que iria acarretar mais desconforto e *stress* à pessoa e família, bem como aumentar os custos em saúde. Fica, então, patente a importância de haver uma relação de confiança, bem como uma sensação de segurança por parte da pessoa e família, que permita um diálogo e comunicação constantes para que a equipa nutre e capacite a pessoa e família a lidar com a situação de doença e todas as alterações dela decorrentes.

Em termos de patologias, a grande maioria das pessoas alvo de cuidados pela equipa tem um processo oncológico em fase avançada. No entanto, são também comuns as doenças respiratórias crónicas e as doenças do foro neurológico ou neurodegenerativas, que também têm implicações acentuadas ao nível do Autocuidado e da mobilidade da pessoa.

De seguida é desenvolvido o objetivo para este contexto de Estágio.

Objetivo 1 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados na ECSCP

- Realização de visitas domiciliárias com a equipa;
- Aplicação de questionário informal à equipa;
- Realização de um Guia de capacitação do cuidador de pessoa com mobilidade comprometida.

Dada a complexidade dos processos de doença avançada e incurável, e após algumas visitas domiciliárias realizadas com a equipa, foi notória a dificuldade que o cuidador ou familiar tem em lidar com a incapacidade da pessoa, com a perda de autonomia, com o agravamento dos sintomas, no fundo, com a progressão da doença. Sendo uma das finalidades da reabilitação em CP a melhoria da qualidade de vida da pessoa, intervindo não só no domínio físico, mas também no domínio psicológico e social, nomeadamente na capacitação do cuidador ou familiar, pode dessa forma beneficiar a dinâmica familiar e reduzir a carga e o *stress* do cuidador/família ²¹. O objetivo pode não ser apenas restaurar a função, mas também o alívio do sofrimento por meio de controlo de sintomas, oferecer conforto e apoio emocional, e manter a independência para as AVD por mais tempo possível. Se alcançar estas metas, o EEER está a fomentar a dignidade da pessoa, e a contribuir para a melhoria da qualidade da vida e a menor sobrecarga dos familiares e cuidadores ⁴². Nas visitas realizadas à pessoa que tinha alteração da mobilidade, foi possível intervir em dúvidas que o cuidador tinha relativamente a posicionamentos (no cadeirão e no leito), verificar como uma cuidadora realizava diariamente o levante

do familiar, e falar sobre algumas temáticas relacionadas com a reabilitação, nomeadamente prevenção de úlceras por pressão, utilização de produtos de apoio e sobre o vestuário mais adequado à condição da pessoa e ao clima.

Como diagnóstico de situação, após a realização de várias visitas domiciliárias e de se ter percebido a dificuldade de alguns cuidadores nas tarefas do dia a dia, foi aplicado um questionário informal (Apêndice AA) à equipa que realiza a maioria das visitas (médicas e enfermeiras). Após análise dos resultados (Apêndice AB), é possível constatar que não existem instrumentos de suporte informativo para os cuidadores de pessoas com mobilidade comprometida, sendo que 71% das respostas são positivas para a realização de um Guia. Quanto aos elementos a constar no instrumento, 100% das respostas consideram muito relevante a inclusão de ensinamentos sobre os cuidados de higiene e os posicionamentos da pessoa, e 85% consideram muito relevante incluir ensinamentos sobre transferências.

Foi então realizado o Guia para cuidadores da pessoa com mobilidade reduzida (Apêndice AC), sendo que ao longo da execução do mesmo a equipa foi contribuindo com elementos que julgava serem importantes constar do mesmo, nomeadamente o uso de imagens para ser mais intuitivo e apelativo. O Guia foi realizado de modo a que possa ser entregue por capítulos, de acordo com as necessidades do cuidador, e não necessariamente por inteiro, pois em alguns casos poderia ser visto como algo demasiado complexo e cansativo. Assim, ao entregar apenas determinadas partes do Guia, pode-se potenciar a capacitação do cuidador na atividade de vida que sente mais dificuldade, ou que mais dúvidas suscita. Crê-se que, com este Guia, ao dar conhecimento do seu conteúdo à pessoa e família na altura certa, se possa ajudar a que não haja tantas dúvidas e dificuldades na execução de algumas AVD, e dessa forma contribuir para a manutenção ou melhoria do bem-estar da pessoa, e para a prevenção de complicações.

III.8. Unidade de Hospitalização Domiciliária

O último contexto de Estágio, de apenas 8 turnos, decorreu numa UHD de um Hospital que serve uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes. Sendo esta uma modalidade de assistência que garante a prestação de cuidados de saúde diferenciados e complexos, num certo período de tempo, com uma crescente procura e necessidade no panorama nacional, o EEER tem também aqui uma oportunidade

para atuar de modo a fazer a diferença na vida da pessoa internada e na família que lhe dá suporte assistencial no domicílio.

Nesta UHD, composta por 8 enfermeiros, sendo 3 deles EEER (um deles em funções de chefia, fora da prestação direta de cuidados), 1 assistente operacional e 4 médicos. São realizadas visitas domiciliárias diárias, sendo que a equipa se articula de modo a que o EEER realize preferencialmente visitas com o propósito de intervenção direcionada para a área de reabilitação. A equipa, tanto de enfermagem, como médica, encontra-se desperta para esta área, sinalizando de forma sistemática as necessidades das pessoas, fazendo essa articulação com os restantes elementos. Fica, no entanto, evidente que o EEER fica mais sobrecarregado em termos de atividades diárias, pois para além das intervenções realizadas pelos outros elementos da equipa (administração de terapêutica, realização de pensos, entre outros), realiza também as intervenções específicas da área da reabilitação, pelo que o tempo despendido em cada visita é de sobremaneira superior ao realizado pelos elementos generalistas. Ainda assim, os EEER da equipa estão motivados pelos resultados que têm obtido ao longo do tempo. De seguida são desenvolvidos os objetivos definidos para este contexto, bem como as atividades realizadas.

Objetivo 1 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa internada na UHD

- Realização de visitas domiciliárias com a equipa;
- Colaboração na realização e otimização do plano individual de reabilitação;
- Realização de sessões de RFR e/ou RFM;
- Referenciação de 1 pessoa para a ECCI.

Sendo este o último contexto deste percurso, permitiu que se iniciasse a execução de atividades logo a partir da primeira visita domiciliária, realizando sempre a avaliação de parâmetros vitais e do estado geral. Na primeira visita realizava-se a avaliação do Índice de Barthel e a avaliação da força muscular nos quatro membros segundo a escala de Medical Research Council. Sempre que era realizada uma sessão de reabilitação, a escala de Borg era aplicada no início e no final, bem como a escala da dor. De salientar que a pessoa A (Apêndice AD) no início do internamento se encontrava condicionada ao leito, com controlo de esfíncteres, mas a urinar/evacuar na fralda por opção da mesma, e totalmente dependente nas restantes AVD, tendo sido capacitada para urinar num dispositivo próprio com ajuda do familiar, bem como a realizar levante com transferência para cadeirão com apoio

unilateral e com andarilho (produto emprestado pela Unidade). Foi possível constatar a satisfação da pessoa e família ao longo do internamento, bem como uma motivação crescente à medida que se iam verificando alterações e melhorias na sua condição geral. No caso da pessoa B (Apêndice AD), parcialmente dependente nas AVD, foi otimizada a deslocação da pessoa no seu domicílio, com ensino de técnicas de conservação de energia, que possibilitou à pessoa deslocar-se à sua varanda como era seu hábito antes do internamento, tendo sido notória a sua satisfação perante este acontecimento. A pessoa C (Apêndice AD) foi internada na unidade perto do final do Estágio, pelo que apenas foram realizadas 2 sessões de reabilitação, não havendo por isso lugar a uma alteração significativa do seu estado geral, apenas se observando uma menor necessidade de aporte de oxigenoterapia (verificado com recurso a gasimetria realizada pela médica da Unidade). Tal terá sido possível com a otimização do padrão respiratório da pessoa, bem como ao ensino e incentivo dos exercícios respiratórios, associado à administração de antibioterapia dirigida à infeção respiratória. O elevado índice de dependência funcional desta pessoa também se justifica com a doença neurodegenerativa de base, apenas se constatando um agravamento do padrão respiratório, que levou a que a mesma não se conseguisse transferir para a cadeira de rodas e deslocar-se no domicílio como habitualmente.

Objetivo 2 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de reabilitação na UHD

- Apresentação à equipa de EEER de um instrumento de avaliação da funcionalidade.

Em conversa informal com a equipa de EEER, foi perceptível a necessidade da mesma utilizar um instrumento de avaliação da funcionalidade, estando a ponderar qual o mais indicado. Depois de mobilizar conhecimentos adquiridos nas aulas teórico-práticas da Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação Cardiorespiratória, foi apresentado pelo estudante à equipa um instrumento que foi abordado nas ditas aulas – o Short Physical Performance Battery ⁵⁷, tendo sido disponibilizada uma cópia do teste com as respetivas instruções de uso, que a equipa ponderou vir a utilizar futuramente.

III.9. Desenvolvimento de competências de Especialista e de Mestre ao longo dos contextos de Estágio

Ao longo de todos os contextos de Estágio, considera-se que foram adquiridas competências em todas as áreas das competências comuns de Especialista ⁵⁸, garantindo o respeito pelo outro e pela profissão, não descurando a individualidade, a dignidade, a segurança e o conforto da pessoa. A tomada de decisão foi sempre realizada em conjunto com as SC, promovendo dessa forma reflexões sobre os cuidados a prestar e sobre os resultados obtidos (**A1.1** – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; **A1.2.3** – Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão; **A1.3.2** – Fomenta a avaliação e a partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão). Na maioria dos contextos de Estágio o estudante foi também consultor da Especialidade de Reabilitação para os pares, sendo parte integrante das discussões nas reuniões multidisciplinares (**A1.2.1** – Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade). Acresce às atividades atrás descritas o desenvolvimento da competência de Mestre “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” ⁵⁹. Para além de se mobilizarem os conhecimentos adquiridos em aula e em pesquisa bibliográfica recente e baseada na evidência, foi criado um instrumento de avaliação e registo de atividades no Estágio de Cardiologia e outro no Estágio de Ortopedia, que foram úteis para sistematização da prática e para se conseguir ter uma perceção mais concreta da eficácia da intervenção junto das pessoas (**B2.1** — Avalia a qualidade das práticas clínicas). Foram também criados instrumentos de orientação e suporte – Folheto e Guias – que ajudaram, não só a pessoa alvo dos cuidados, como também os cuidadores e/ou família, e os restantes profissionais envolvidos nos cuidados (**B2.2** — Planeia programas de melhoria contínua). Foram igualmente realizadas sessões de educação para a saúde, no Estágio de Cardiologia com suporte teórico e audiovisual já realizado pelo serviço (**D2.1.3** — Gere programas e dispositivos formativos), e no Estágio de Ortopedia com suporte teórico e audiovisual realizado pelo estudante, com vista à promoção da melhoria contínua dos cuidados (**B2.3** — Lidera programas de melhoria contínua; **D2.2.6** — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada); Acresce às atividades atrás descritas o desenvolvimento da competência de Mestre “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara

e sem ambiguidades”⁵⁹. Em relação ao domínio da gestão dos cuidados, considera-se que se conseguiu integrar bem nas equipas multidisciplinares, embora nem sempre seja fácil adotar uma postura de liderança e coordenação. Ainda assim houve uma evolução positiva no que concerne à comunicação e cooperação nas tomadas de decisão da equipa, e sempre se promoveu o respeito pelo próximo (pessoa e família, e profissional) e também a melhoria contínua dos cuidados (**C1.1** — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; **C2.1** — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados); por último, no que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi-se promovendo reflexões diárias sobre o planeamento e a realização de atividades, de forma individual e introspetiva, mas também em conjunto com a SC, com vista à melhoria da prática e à aquisição de novas competências técnicas e individuais (**D1.1** — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro), atuando de forma assertiva, responsável e correta, promovendo também uma análise mais detalhada e reflexiva na elaboração de um estudo de caso e também de uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (**D2.3.3** — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas).

No âmbito das competências específicas de Enfermagem de Reabilitação³, considera-se que foram desenvolvidas ações abrangidas por todas as áreas, nomeadamente nos contextos de Estágio em Cardiologia, na ECCI, em Ortopedia e em Neurologia (**J1.1** — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; **J1.2** – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; **J1.3** - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; **J1.4** - Avalia os resultados das intervenções implementadas). Considera-se também que foi realizada a capacitação, de forma constante, do Autocuidado das pessoas e família a quem foram prestados os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao longo de todos os contextos de Estágio, promovendo a mobilidade e a participação social das mesmas (**J2.1** - Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; **J2.2** – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social), que está bem evidente na melhoria dos índices de autonomia das pessoas. Houve interação com as pessoas no sentido de promover e maximizar a funcionalidade, através da realização e

implementação de programas de RFR e RFM nos contextos de Estágio de Cardiologia, ECCI, Ortopedia e Neurologia, avaliando e monitorizando os resultados dos mesmos (**J3.1** – Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório; **J3.2** – Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados). As atividades atrás descritas também se relacionam com o desenvolvimento da competência de Mestre “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”⁵⁹. Com a realização de uma revisão Scoping (Apêndice A) considera-se que foi desenvolvida e adquirida a competência de Mestre “Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”⁵⁹.

Por tudo atrás descrito, e pelas atividades que foram desenvolvidas em termos teóricos e teórico-práticos, considero que desenvolvi competências adequadas ao grau de Mestre a que me proponho no final deste percurso.

III.10. Outras Atividades Desenvolvidas ao Longo dos Contextos de Estágio

Ao longo dos contextos de Estágio foram realizadas algumas atividades paralelas que também trouxeram contributos para enriquecer este percurso. Foi assistido um Webinar intitulado “Monitorização eletrocardiográfica para enfermagem”, que, como descrito no respetivo contexto, ajudou a interpretar os traçados cardíacos mais comuns (Anexo 1); foi assistido um Webinar intitulado “Benefícios da câmara expansora na inalação de medicamentos” que ajudou a sedimentar os conteúdos adquiridos em aula e facilitou a realização do Guia (Anexo 2); foi assistido um Webinar intitulado “A importância do in-exsufador: modo de utilização e as suas vantagens” que ajudou a aprofundar o modo de funcionamento deste aparelho, após se ter tido contacto com o mesmo quer a nível profissional, quer no contexto de Estágio de Cardiologia (Anexo 3); foi ainda assistido um Webinar intitulado “Abordagem Paliativa em Diferentes Contextos” dada a pertinência crescente desta temática na Enfermagem de Reabilitação, refletida nos contextos de Estágio realizados (Anexo 4); é também de realçar a participação como Membro da Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, organizado pela ESSCVP – Lisboa (Anexo 5) bem como a integração do estudante

no Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação da Unidade Local de Saúde onde desempenha funções.

IV. Considerações finais

Ao elaborar este Relatório, foi para mim um desafio encontrar um tema que pudesse abranger os vários contextos de Estágio a que me propus, e que ao mesmo tempo me motivasse a pesquisar e aprofundar conhecimentos. O facto de a maioria dos contextos de Estágio serem em áreas que não domino (Cardiologia, Comunidade, Pediatria, Ortopedia, Cuidados Paliativos) também me obrigou a realizar pesquisa bibliográfica atualizada e pertinente para a Enfermagem de Reabilitação.

Considero que a alteração da mobilidade seja um fator gerador de bastante instabilidade na pessoa, nomeadamente nas implicações que tem nas AVD e no potencial que tem para prolongar uma situação de internamento, ou em contexto de domicílio, nas dificuldades que pode gerar no núcleo familiar. O EEER, com base nas suas competências específicas, tem autonomia para implementar planos com foco na mobilidade com vista à promoção e maximização da capacidade da pessoa na realização das AVD, e programas de treino cardiorrespiratório com vista à promoção da saúde e à prevenção de complicações, pelo que foi possível intervir em todos os contextos de Estágio e tirar daí contributos para a realização deste Relatório.

No que toca a limitações, considero que o facto de ter realizado oito contextos de Estágio em sete locais diferentes, alguns dos quais com poucos turnos realizados, fez com que tivesse que estar constantemente em integração numa equipa diferente, com dinâmicas totalmente distintas do contexto anterior; ainda assim considero que consegui integrar-me bem nas equipas, sendo certo que considero ter tido uma prestação bastante positiva, com um ótimo *feedback* por parte dos supervisores clínicos, e também pelas pessoas e familiares a quem prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Para isso também contribuiu o facto de ter sido bem acolhido em todos os contextos, que me motivou a ter um bom desempenho e a realizar muitas reflexões ao longo do meu percurso enquanto mestrando e futuro EEER.

Como nota positiva, considero que, finalizado este processo formativo, me sinto um profissional mais completo, com uma visão mais abrangente da intervenção, não só do EEER, mas também do profissional de saúde e da pessoa, pois fomentou em mim a aquisição de novas e importantes competências, não só a nível técnico e teórico, mas também a nível pedagógico e humano. Ao reabilitar a pessoa com um determinado grau de incapacidade, transportamos para nós essa mesma

incapacidade e tentamos ao máximo ser parte integrante do processo de capacitação e melhoria da qualidade de vida. O contacto próximo, moroso, delicado, pormenorizado e atento, faz com que nos relacionemos de maneira diferente com a pessoa e família, nomeadamente no contexto domiciliário, em que a relação estreita com o profissional de saúde pode e deve ser canalizada para potenciar o processo de reabilitação. Foi notório, junto das equipas multidisciplinares, a importância e o respeito com que o EEER é encarado. Todas as vivências e as experiências decorrentes deste processo formativo servirão futuramente para potenciar também um profissional e uma pessoa mais capaz, mais atenta, mais determinada em fazer a diferença junto do próximo.

Após o término deste trajeto, pretendo integrar a equipa de reabilitação do Serviço onde desempenho funções há vários anos, tendo já prevista a colaboração ainda este ano no Dia Mundial da Coluna, uma iniciativa que visa realizar um conjunto de ações de sensibilização junto de utentes e visitas do Hospital, integradas num projeto de promoção da literacia em saúde. Pretendo também integrar projetos futuros de investigação, com realização de investigação e exposição dos resultados em jornadas e/ou congressos na área da Reabilitação, mais concretamente na área da reabilitação motora e neurológica.

A implementação deste projeto foi possível em todos os contextos de Estágio, dada a sua universalidade e a possibilidade de ser aplicado em todas as fases de vida da pessoa, tendo conseguido capacitar a pessoa com alteração da mobilidade nos seus diferentes contextos, bem como a família, traduzindo-se numa melhoria da funcionalidade da pessoa. Assim sendo, realizando uma reflexão sobre este percurso, procedi a uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) de forma a aprofundar de uma maneira mais sistemática sobre o trajeto realizado (Apêndice AE).

Considero assim que, no final deste percurso, os objetivos delineados foram alcançados com sucesso, tornando possível o reconhecimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de Enfermagem individualizados e especializados, o que por sua vez irá favorecer não só uma prática baseada em evidência científica, como também a liderança de projetos de formação, assessoria e investigação, com a atualização de conhecimentos dentro da área de especialização.

V. Referências bibliográficas

- 1 – Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 3.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2020. 93-97 p.
- 2 – Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2015 edition/Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews. Joanna Briggs Institute; 2015. 13-21p.
- 3 – Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- 4 – Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos OE. Série 1. Número 7. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- 5 – Governo de Portugal. Em 2022, quase 900 doentes receberam cuidados hospitalares em casa [Internet]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=em-2022-quase-9000-doentes-receberam-cuidados-hospitalares-em-casa>
- 6 – Administração Central de Sistemas de Saúde. Monitorização Mensal RNCCI – Junho 2020. Lisboa: Ministério da Saúde. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Respostas-da-RNCCI_Junho-2020.pdf
- 7 - Administração Central de Sistemas de Saúde. Monitorização Mensal RNCCI – Agosto 2024. Lisboa: Ministério da Saúde. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Respostas-da-RNCCI_Agosto-2024.pdf
- 8 – Carvalho, AJ. Caracterização e determinantes das altas hospitalares proteladas por incapacidade de transferência em Portugal [dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2020. 83 p.

- 9 – Pordata. Esperança de vida à nascença: total e por sexo [Internet]. Atualizado a 2024-02-19 [cited 2024-09-15]. Available from: <https://prod2.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841637>
- 10 – Pordata. Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento [Internet]. Atualizado a 2024-06-18 [cited 2024-09-15]. Available from: <https://prod2.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/5841638>
- 11 – Soeiro J, Araújo M, Figueiredo, S. Cuidar de quem cuida. História e testemunhos de um trabalho invisível. Um manifesto para o futuro. 1.ª ed. Lisboa: Objetiva; 2020. 237 p.
- 12 – Alves IR. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com AVC na realização das atividades de vida [Relatório de Estágio de Mestrado]. Lisboa: ESEL; 2017. 126 p.
- 13 – Reis G, Bule MJ. Capacitação e Atividade de Vida. In: Marques-Vieira C, Sousa L, editores. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da Vida. 1.ª ed. Loures: Lusodidacta; 2016. P. 57-66.
- 14 – Ribeiro O, Martins MM, Tronchin DM, Silva JM. Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. Rev. Enf. Ref. Série IV – n.º 19 – OUT./NOV./DEZ. 2018 [Internet]; p. 39-48. Available from: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2973&id_revista=24&id_edicao=152 DOI: 10.12707/RIV18040
- 15 – Envelhecimento ativo: Uma política de saúde [Internet]. 1.ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- 16 – Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. Comprehensive Physiology [Internet]. 2012 Apr;2(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241367>
- 17 – Hoeman S, Liszner K, Alverzo J. Mobilidade Funcional Nas Atividades de Vida Diária. In Hoeman S, editores. Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados. Loures: Lusodidacta. 2011. P. 209-270.

- 18 – Moreira RP, Araujo TL, Pagliuca LMF. Limitação da mobilidade física em pacientes após o acidente vascular encefálico no domicílio: proposta de um conceito. Rev Rene [Internet]. 2013 Oct. 19; 14(5). Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3619>
- 19 – Maciel, PG. A importância da fisioterapia motora em pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva [Monografia de Pós-Graduação]. [Brasília]: Universidade Católica de Brasília; 2012. 17 p.
- 20 – Fernandes F, Leite J, Nascimento B, Baciuk E. Atuação fisioterapêutica em imobilismo no leito prolongado. Revista Intellectus [Internet]. 2013; p. 161 – 176. Available from: <http://www.revistaintellectus.com.br/artigos/25.272.pdf>
- 21 – Alves J, Babo M. Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. In: Ribeiro O, Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas. 1.^a ed., Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda; 2021. P. 329-333.
- 22 – Ordem dos Enfermeiros (2018). Reabilitação Respiratória: Guia de Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, série 1, número 10. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- 23 – Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. Universidade de São Paulo. 2008. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf
- 24 – Oliveira CR, Santos-Rosa M, Mota-Pinto A, Botelho MA, Morais A, Veríssimo MT. Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa [Internet]. 1.^a edição. Coimbra: Eurotrials; 2010 out. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.4/992>
- 25 – Brown CJ, Roth DL, Allman RM, Sawyer O, Ritchie CS, Roseman JM. Trajectories of life-space mobility after hospitalization. Ann Intern Med. 2009; 150(6): p. 372-378. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802817/>
DOI: 10.7326/0003-4819-150-6-200903170-00005

- 26 – Peel C, Sawyer P, Roth D, Brown C, Bodner E, Allman R. Assessing Mobility in Older Adults: The UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Physical Therapy* [Internet]. 2005; 85(10): p. 1008-1019. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/article/85/10/1008/2804989> DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/85.10.1008>
- 27 – Direção-Geral de Saúde – Plano Nacional de Saúde 2021-2030 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>
- 28 – Souza IC, Silva AG, Quirino AC, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *REME – Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2014. 18 (1). 164-172. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/50184> DOI: 0.5935/1415-2762.20140013
- 29 – Lima A. A Reabilitação e a Independência Funcional do Doente Sujeito a Imobilidade [Dissertação de Mestrado]. [Viana do Castelo]: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2014. 153 p.
- 30 – Trelha C, Aparecido M, Cabrera S, Dellaroza M, Kruleske Da Silva C, Da Silva FC. Padrão de mobilidade como indicador de dependência em idosos restritos ao domicílio. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2012; p. 125-130. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v6n2a03.pdf>
- 31 – Brown CJ, Flood KL. Mobility limitation in the older patient. A clinical review. *JAMA* [Internet]. 2013; Volume 310; Number 11: p. 1168-1177. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1738875> DOI: 10.1001/jama.2013.276566.
- 32 – Queirós P, Vidinha T, Filho A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2014; IV Série(3): p. 157–164. Available from: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=712&codig DOI: 10.12707/RIV14081

- 33 – International Council of Nurses. CIPE® VERSÃO 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Internet]. Genebra; maio 2016. Available from: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- 34 – Figueiredo D. Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. 1.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2007. 238 p.
- 35 – Sequeira C. Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções. 1.^a ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2007. 310 p.
- 36 – Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Conselho De Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros; 2002. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- 37 – Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation, the Barthel index. Maryland State Medical Journal 1965;14. p. 56-61. Available from: <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>
- 38 – Escola Superior de Enfermagem do Porto. Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem [Internet]. Porto: ESEP; 2021. Available from: https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2021/11/AUTOCUIDADO-UM-FOCO-CENTRAL-PARA-A-ENFERMAGEM_Versao_provisoria.pdf
- 39 – Castro-Caldas A, Marques-Vieira C. A relevância do andar: reabilitar a pessoa com andar comprometido. In: Marques-Vieira C, Sousa L, editores. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta; 2018. p. 547-558.
- 40 – Oliveira AL. Promoting conscious and active learning and aging: how to face current and future challenges? Coimbra: Livraria da Imprensa [Internet]. Livrariadaimprensa.uc.pt; 2013. Available from: <https://typeset.io/papers/promoting-conscious-and-active-learning-and-aging-how-to-4g5un4quiy> DOI: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0732-0>
- 41 – Hesbeen W. A reabilitação: criar novos caminhos. 1.^a ed. Loures: Lusociência; 2002. 184 p.

- 42 – Costa AP, Othero MB. Reabilitação em cuidados paliativos. 1.^a ed. Loures: Lusodidacta; 2014. 382 p.
- 43 – Simões SCA, Grilo E. Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. Revista de Saúde Amato Lusitano [Internet]. 2012 [cited 2024 Jul 3]; p.18–23. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.11/1718>
- 44 – Menoita E. Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – contributos para um envelhecer resiliente. 1.^a ed. Loures: Lusociência; 2012. 212 p.
- 45 – Alligood M. Nursing Theory, Utilization & Application [Internet]. 5.^a ed. Saint Louis, Missouri: ELSEVIER; 2014. 76 p. Available from: <http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Nursing-Theory-Utilization-Application-2014-CD.pdf>
- 46 – Petronilho F. Autocuidado: conceito central da enfermagem – da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). 1.^a ed. Coimbra, Portugal: Formasau – Formação e Saúde, Lda; 2012. 151 p.
- 47 – Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor – Guia Orientador de Boa Prática. Caderno OE. Série 1. Número 1. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- 48 – Cordeiro MC, Menoita EC. Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas. 1.^a ed. Loures: Lusociência; 2012. 380 p.
- 49 – Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação – Reabilitação Cardíaca. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Available from: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- 50 – Rosas K, Azevedo S, Maynard K. Teste de Caminhada de 6 Minutos: técnica e interpretação. Pulmão RJ [Internet]. 2018;27(1): p. 57–62. Available from: <https://www.sopterj.com.br/wp->

[content/themes/sopterj_redesign_2017/revista/2018/n_01/10-teste-de-caminhada-de-6-minutos-tecnica-e-interpretacao.pdf](#)

51 – BI – CSP. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [Internet]. Atualizado a 2024-08 [cited 2024-09-15]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/932/30033/3151651/Pages/default.aspx>

52 – Santos AS, Pêla J. Reabilitação da Pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. In: Marques-Vieira C, Sousa L, editores. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da Vida. 1ª ed. Loures: Lusodidacta; 2016. P. 605-616.

53 – Yin, RK. Estudo de Caso: Planejamento e métodos. 5.ª ed. Porto Alegre: Bookman Editora; 2015. 290 p.

54 – Lourenço M, Faria A, Ribeiro R, Ribeiro O. Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In: Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas. 1.ª ed. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas; 2021. P. 281-328.

55 – Dickstein R, Shefi S, Marcovitz E, Villa Y. Anticipatory postural adjustment in selected trunk muscles in poststroke hemiparetic patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [Internet]. 2004 Feb;85(2): p. 261–267.

56 – Duarte SF. Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro [tese de doutoramento]. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2010. 307 p.

57 – SPPB Protocol [Internet]. 2013. Available from: https://research.ndorms.ox.ac.uk/prove/documents/assessors/outcomeMeasures/SPPB_Protocol.pdf

58 – Artigo 4.º do Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros – Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

59 – Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: I Série, n.º 157. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.

Apêndices

Apêndice A – Resumo da Revisão Scoping “Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal”

Resumo

Enquadramento: A capacitação do cuidador informal deve ser uma área de interesse e uma prioridade para os Enfermeiros de Reabilitação. O cuidar é intrínseco ao ser humano, as alterações sociodemográficas e o aumento da esperança média de vida criam novos desafios para quem cuida. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelas suas competências específicas, é o profissional de saúde mais bem posicionado para capacitar quem cuida.

Objetivo: Elaborar o protocolo de mapeamento da evidência científica sobre as intervenções realizadas pelos Enfermeiros de Reabilitação na capacitação do cuidador informal.

Método de revisão: Protocolo de *scoping review* com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute com recurso às bases de dados CINAHL e MEDLINE complete, através da plataforma EBSCOhost. Utilizando a estratégia PCC (População, Contexto, Conceito) foram incluídos na pesquisa estudos quanto ao: a) tipo de participantes, que incluam o cuidador informal e os profissionais de enfermagem, com enfoque na reabilitação; b) conceito, que incluam intervenções com vista à capacitação; c) contexto, que abordem tudo o que houver disponível. Como critérios de inclusão foram escolhidos estudos com texto completo disponível e escritos no idioma de português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão definidos foram os estudos que não se integram nos critérios de inclusão e estudos realizados há mais de 5 anos.

Apresentação e interpretação dos resultados: A extração de dados contempla os aspectos principais de cada artigo que cumpriu os critérios de inclusão definidos. Para isso, foi utilizada uma tabela adaptada e sugerida no The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis. A pesquisa, análise e síntese dos dados foi realizada por três revisores independentes.

Conclusão: Apesar dos estudos não descreverem as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, permitem aferir a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa dependente e do seu cuidador informal através das necessidades mais mencionadas, nomeadamente: planeamento e envolvimento do cuidador na prestação de cuidados desde uma fase precoce do internamento, e na preparação para a alta; assistência e supervisão do cuidador na realização das atividades de vida diária à pessoa cuidada; apoio no processo de transição para o papel de cuidador informal, e acompanhamento após o mesmo (como o encaminhamento para os recursos da comunidade e suporte

emocional); gestão do regime terapêutico; aconselhamento sobre a adaptação do domicílio; seleção e prescrição de produtos de apoio; prevenção de complicações associadas à prestação de cuidados (lesões músculo esqueléticas); promoção do autocuidado do próprio cuidador.

Palavras-chave: Enfermeiros; Cuidador Informal; Capacitação; Reabilitação

**Apêndice B – Instrumento de Recolha de Dados e Registo de Intervenções
no Serviço de Cardiologia**

	Dispneia (Borg)																								
	Tosse (seca/produativa)																								
	Expetoração																								
	Morfologia tórax																								
MODO VENTILATÓRIO/ APORTE DE O2 (L/MIN)	Ventilação (Espontânea; TQT)																								
	O2 e dispositivos (O.N; MF; MV; MAC)																								
AUSCULTAÇÃO	Hemitórax		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
	Murmúrio Vesicular	1/3 Sup.																							
		1/3 Médio																							
		1/3 Inf.																							
	Ruídos adventícios	1/3 Sup.																							
		1/3 Médio																							
		1/3 Inf.																							
IMAGIOLOGIA (RX, TAC e outros)		Data		Registos																					
INTERVENÇÃO REABILITAÇÃO																									

EXERCÍCIOS		DATA					
POSIÇÃO DE DESCANSO E RELAXAMENTO							
DISSOCIAÇÃO E CONSCIENCIALIZAÇÃO DOS TEMPOS RESPIRATÓRIOS							
REEDUCAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA	Global						
	Anterior						
	Posterior						
	Hemic. direita						
	Hemic. esquerda						
REEDUCAÇÃO COSTAL	Global com bastão						
	Global sem bastão						
	Lateral esqº c/ abdução MS`S						
	Lateral dirº c/ abdução MS`s						
TOSSE	Dirigida/Assistida						
	Eficaz/Ineficaz/Aspiração de secreções						
INSPIROMETRIA DE VOLUME							
AVALIAÇÃO CONSCIENCIA							
ESCALA DE COMA DE GLASGOW							
FOCO INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE							
ESCALA DE BORG MODIFICADA							
TREINO DE RESISTÊNCIA/AERÓBICO							
Legenda: 1-cicloergómetroao membros superiores; 2-cicloergómetro membros inferiores							
REABILITAÇÃO FUNCIONAL MOTORA							
AVALIAÇÃO							
DATA							
EQUILÍBRIO SENTADO	Estático						
	Dinâmico						
EQUILÍBRIO ORTOSTÁTICO	Estático						

	Dinâmico							
INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO								
DATA								
TREINO NO LEITO	Rolar no leito							
	Ponte							
	Oscilações da anca							
	Extensão lombo-pélvica							
TREINO DE EQUILIBRIO SENTADO	Sentado com apoio dos MS em extensão para trás. Transferir o peso							
	Sentar com apoio total nos pés no chão							
	Provocando desequilíbrio							
	Automobilização do tronco							
TREINO DE EQUILIBRIO EM PÉ	Treino de manutenção posição ortostática							
	Correção postural							
	Flexão plantar com apoio							
	Equilíbrio de 1 pé com apoio							
	Flexão do joelho e coxofemoral							
	Extensão da coxofemoral							
	Abdução dos membros inferiores							
	Levante com e sem apoio de mãos							
FOCO ANDAR								
DATA								
INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO								
EXECUTAR TREINO DE MARCHA								
TREINO DE TRANSPOSIÇÃO DE OBSTÁCULOS (ESCADAS)	Capaz							
	Incapaz							

Legenda: 1-andarilho; 2-Canadiana; 3-Tripé; 4-deambula sem apoio

FOCO TRANSFERIR-SE

INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO

TREINO DE TRANSFERÊNCIA

FOCO MOVIMENTO MUSCULAR

AVALIAÇÃO

ÍNDICE DE FORÇA MUSCULAR (Escala de força muscular do Medical Research Council)

DATA

HEMICORPO

E

D

E

D

E

D

E

D

E

D

MEMBRO SUPERIOR

Ombro

Cotovelo

Antebraço

Punho

Dedos

MEMBRO INFERIOR

Coxofemoral

Joelho

Tibiotársica

Dedos

INTERVENÇÕES REABILITAÇÃO

EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS

Grupo muscular

MOBILIZAÇÕES

HEMICORPO

E

D

E

D

E

D

E

D

E

D

Ombro

Cotovelo

Antebraço

Apêndice C – Quadro de Utentes do Serviço de Cardiologia

Utente (diagnóstico principal)	Avaliação Inicial	Programa de Reabilitação	Avaliação Final
<p>A (Tamponamento cardíaco + AVC cerebelo), 46 anos</p>	<p>Índice Barthel: 25</p> <p>Escala de Braden: 14</p> <p>Escala de Morse: 50</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 5</p> <p>- Após a sessão: 7</p>	<p>RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização ativa e ativa-resistida de todos os membros - Flexão dos cotovelos com peso de 0,5 Kg - Exercícios isométricos de glúteos e abdominais - Treino de marcha c/ andarilho - Treino de marcha s/ andarilho e apenas supervisão - Exercícios de fortalecimento muscular em ortostatismo (quadríceps/isquiotibiais) - Ponte no leito 	<p>Índice Barthel: 75</p> <p>Escala de Braden: 21</p> <p>Escala de Morse: 15</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 3</p>
<p>B (Cardiopatia isquémica + Choque séptico), 72 anos</p>	<p>Índice Barthel: 10</p> <p>Escala de Braden: 14</p> <p>Escala de Morse: 35</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 3</p> <p>- Após a sessão: 6</p>	<p>RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posição de descanso e relaxamento - Dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação abdominodiafragmática - Reeducação costal global com bastão - Abertura costal seletiva com abdução MS's (em posição lateral) <p>RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização ativa-resistida de todos os membros (com banda elástica amarela) 	<p>Índice Barthel: 20</p> <p>Escala de Braden: 17</p> <p>Escala de Morse: 35</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 2</p> <p>- Após a sessão: 6</p>

	Auscultação pulmonar: fervores dispersos	<ul style="list-style-type: none"> - Rolar no leito c/ ajuda - Ponte no leito - Exercícios isométricos de abdominais e glúteos - Treino de equilíbrio sentado à beira do leito - Treino de equilíbrio ortostático com andarilho - Treino de marcha com andarilho e apoio bilateral 	Auscultação pulmonar: discretos fervores nas bases
C (EAM), 71 anos	<p>Índice Barthel: 40</p> <p>Escala de Braden: 20</p> <p>Escala de Morse: 65</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 5</p>	<p>RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização ativa-resistida dos MS's com peso 0,5 Kg - Mobilização ativa-resistida de todos os membros com banda elástica amarela - Exercícios de fortalecimento muscular em ortostatismo (quadríceps e isquiotibiais) - Treino de marcha c/ andarilho - Treino de marcha s/ andarilho e apenas c/ supervisão 	<p>Índice Barthel: 55</p> <p>Escala de Braden: 22</p> <p>Escala de Morse: 40</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 3</p>
D (EAM), 76 anos	<p>Índice Barthel: 25</p> <p>Escala de Braden: 13</p> <p>Escala de Morse: 35</p>	<p>RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posição de descanso e relaxamento - Dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação abdominodiafragmática 	<p>Índice Barthel: 60</p> <p>Escala de Braden: 18</p> <p>Escala de Morse: 25</p>

	<p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 6</p> <p>- Após a sessão: 7</p> <p>Auscultação pulmonar: fervores em todos os segmentos, rncos dispersos</p>	<p>- Reeducação costal global com bastão</p> <p>RFM:</p> <p>- Treino de equilíbrio sentado à beira do leito</p> <p>- Treino de equilíbrio ortostático com andarilho</p> <p>- Treino de marcha com andarilho</p> <p>- Cicloergómetro com os membros inferiores (2x 10')</p>	<p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 5</p> <p>Auscultação pulmonar: discretos fervores nas bases</p>
--	---	--	--

Apêndice D - Questionário Informal à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia

Questionário “Cuidados após implante de dispositivo eletrónico cardíaco”

Na qualidade de estudante do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste curto questionário sobre os cuidados a ter à pessoa após implante de dispositivo eletrónico cardíaco.

Desde já agradeço a sua colaboração e o tempo dispensado.

Bruno Salgueiro (brunosalgueiro8665@esscyp.eu)

Selecione uma das opções:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
- Enfermeiro Gestor
- Outro

Se seleccionou Outro, indique qual:

Relativamente aos medos/receios e dificuldades manifestados após implante do dispositivo eletrónico cardíaco, mencione a frequência com que são referidos pelos utentes:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Complicações no local do implante (dor, hematoma, hemorragia, infeção)					

Restrições na mobilidade do membro superior adjacente ao dispositivo					
Limitações / restrições às atividades do quotidiano (autocuidado, atividade profissional, atividade sexual,...)					
Cuidados a ter no local do implante					

Considerando os ensinamentos a realizar ao utente após implante do dispositivo eletrónico cardíaco, mencione a importância que atribui a cada um

	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Importante	Extremamente importante
Cuidados ao local do implante					
Sinais de alerta (dor, hemorragia, hematoma, febre)					
Ensino das restrições ao exercício após implante de dispositivo (durante 5-6 semanas): evitar movimentos amplos do membro do lado do dispositivo, evitar					

<p>levantar pesos iguais ou superiores a 5 Kg, evitar flexão da articulação do ombro do lado do implante do dispositivo acima de 90°</p>					
<p>Ensino, instrução e treino de exercícios músculo-articulares para manter ou melhorar a mobilidade articular e prevenir a artrose da cintura escapular</p>					

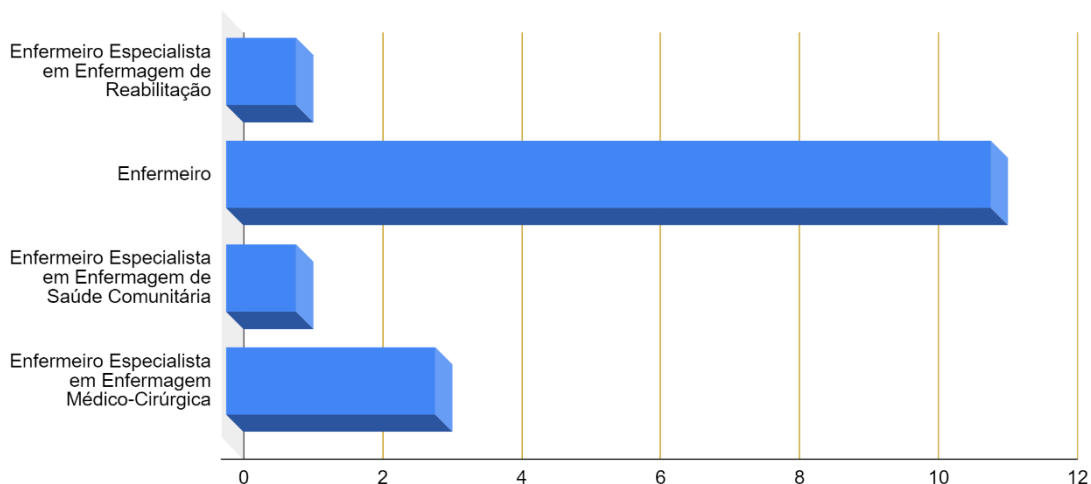
Para complementar os Ensinos realizados pelos Enfermeiros, que outra estratégia (materiais de informação, educação e comunicação) considera adequada para contribuir para o conhecimento dos utentes nesta área?

- Folheto
- Póster informativo
- Vídeo
- Outro

Caso tenha sugestões para a melhoria dos cuidados à pessoa após implante de dispositivo cardíaco e família, indique quais

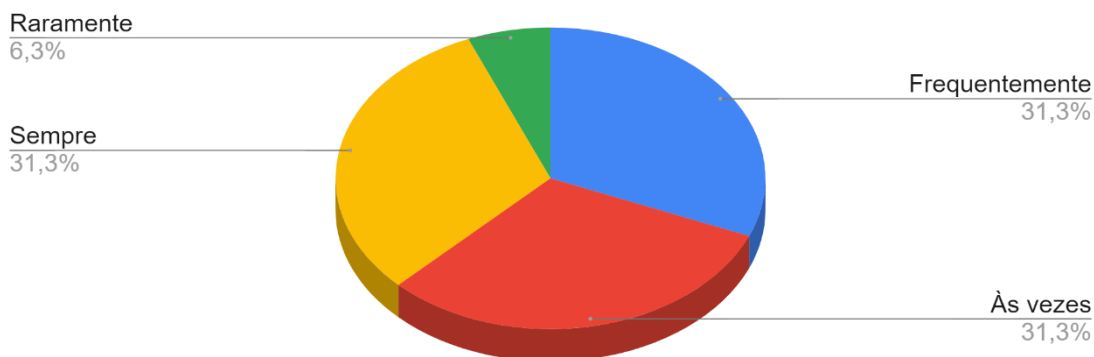
Apêndice E - Respostas ao Questionário Informal à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia

1 – Selecione uma das opções:

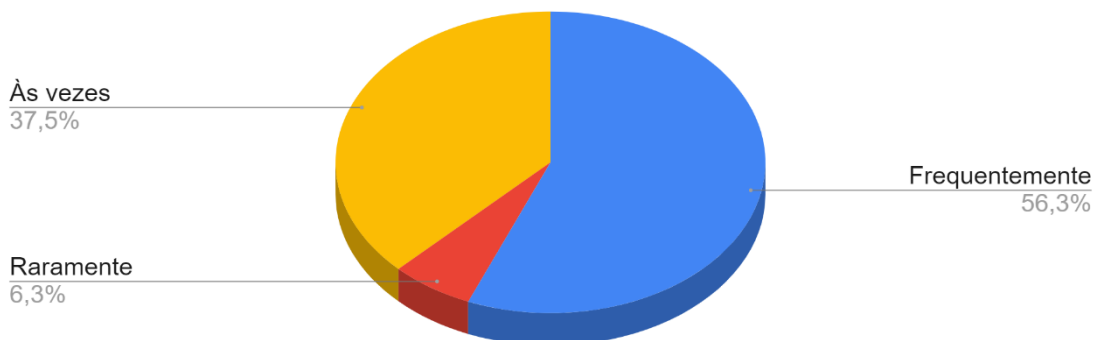


2 – Relativamente aos medos/receios e dificuldades manifestados após implante do dispositivo eletrónico cardíaco, mencione a frequência com que são referidos pelos utentes relativamente a:

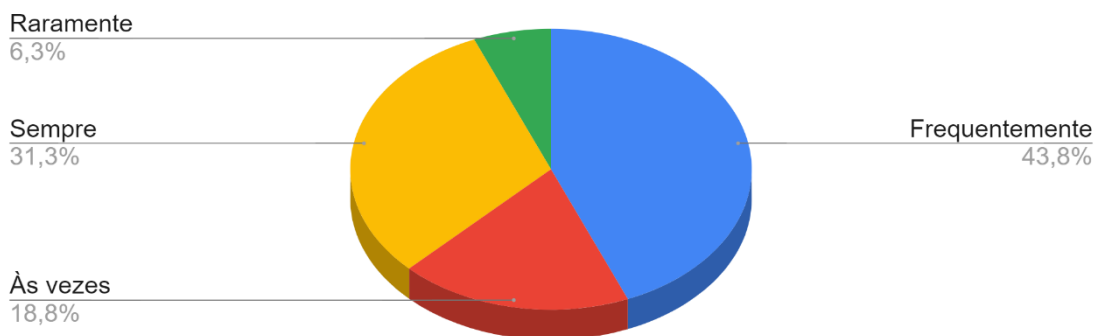
Restrições na mobilidade do membro superior adjacente ao dispositivo



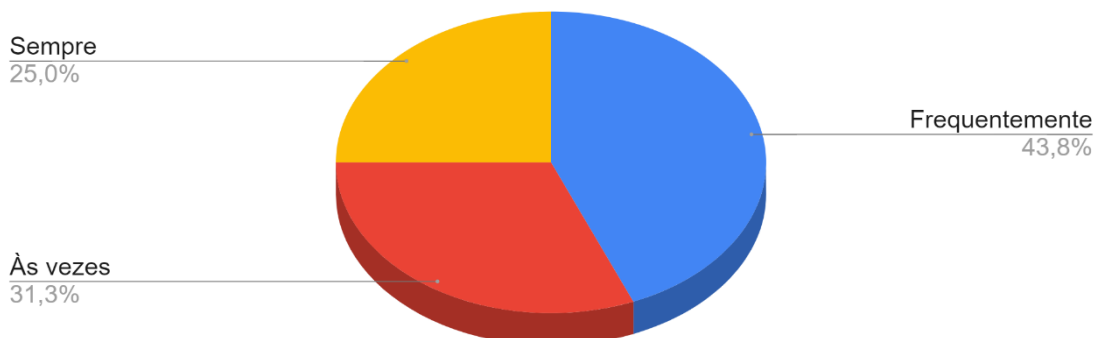
Complicações no local do implante (dor, hematoma, hemorragia, infeção)



Limitações / restrições às atividades do quotidiano (autocuidado, atividade profissional, atividade sexual,...)

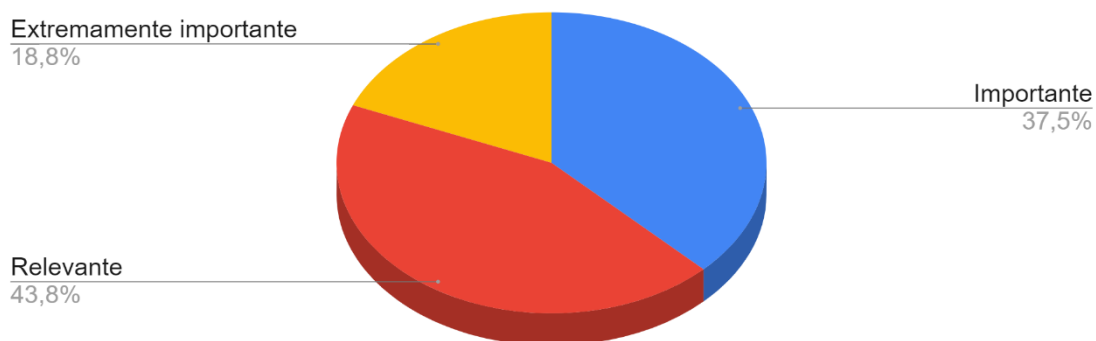


Cuidados a ter no local do implante

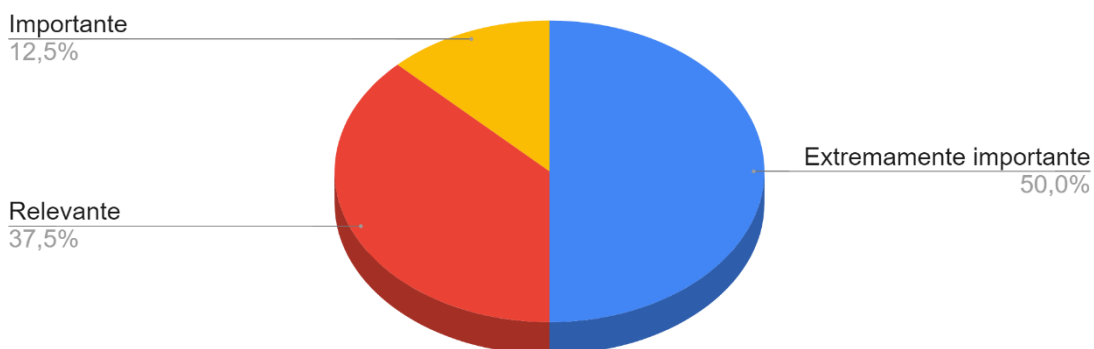


3 - Considerando os ensinamentos a realizar ao utente após implante do dispositivo eletrónico cardíaco, mencione a importância que atribui a cada um:

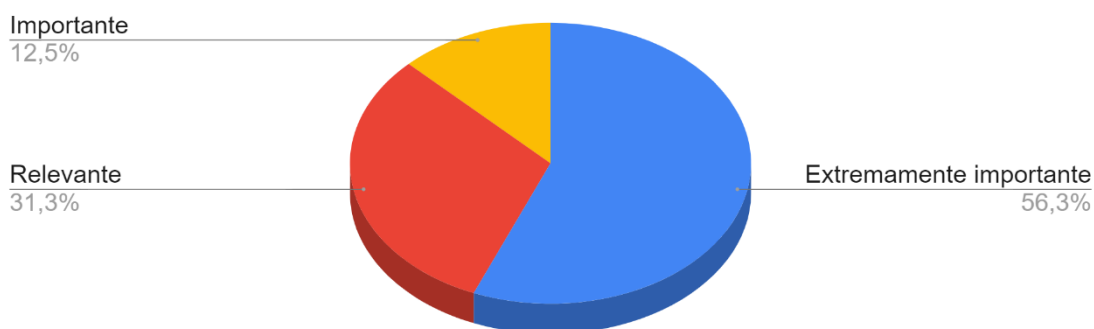
Cuidados ao local do implante



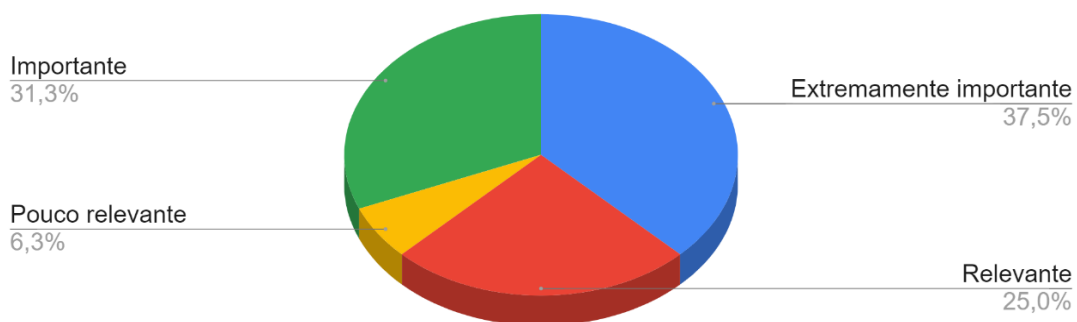
Sinais de alerta (dor, hemorragia, hematoma, febre)



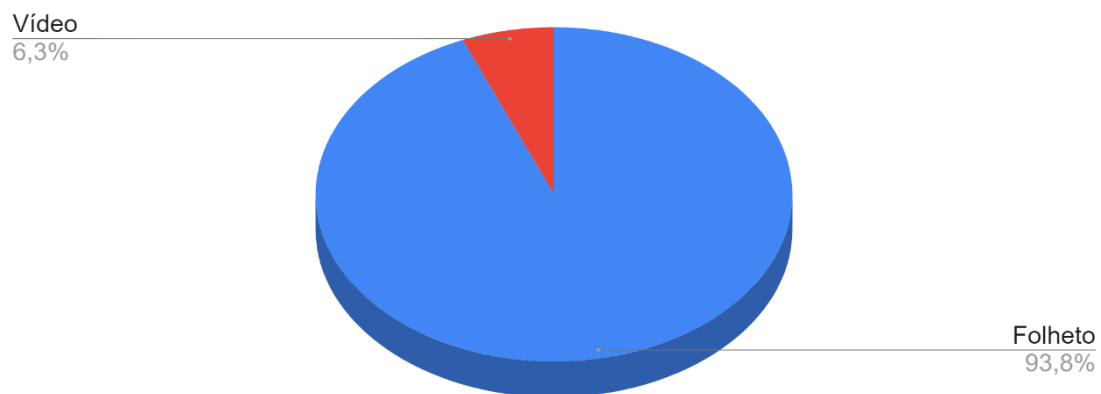
Ensino das restrições ao exercício após implante de dispositivo (durante 5-6 semanas)



Ensino, instrução e treino de exercícios músculo-articulares para manter ou melhorar a mobilidade articular e prevenir a artrose da cintura escapular



4 - Para complementar os ensinamentos realizados pelos Enfermeiros, que outra estratégia (materiais de informação, educação e comunicação) considera adequada para contribuir para o conhecimento dos utentes nesta área?



**Apêndice F – Folheto: “A pessoa com implante de dispositivo eletrônico cardíaco
– Recomendações do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”**

Sinais de alerta

Esteja atento a possíveis complicações no local de implante:

- Hematoma
- Dor no local da ferida (que não cede à medicação)
- Infecção
- Febre

Principais restrições

Nas primeiras 5-6 semanas após o procedimento:

- **Não** deve **levantar pesos** (> 5kg) ou objetos pesados;
- **Não** pode **nadar** ou **jogar golfe**;
- **Não** deve **elevantar o braço** acima do ombro (90°).

Tem dúvidas?

Coloque as suas dúvidas ou receios ao profissional de saúde.

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA



A PESSOA COM IMPLANTE DE DISPOSITIVO ELETRÓNICO CARDÍACO

RECOMENDAÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ELABORADO POR: Bruno Salgueiro
(Estudante do I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP - Lisboa)

SUPERVISORA CLÍNICA: [REDACTED]
[REDACTED] Especialista em Enfermagem de Reabilitação

SUPERVISORA PEDAGÓGICA: Prof.ª Joana Marques

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED]

DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS CARDÍACOS IMPLANTÁVEIS (DECI)

O que são os DECI?

São dispositivos com capacidade para identificar, analisar, registar e /ou tratar perturbações do ritmo e /ou da condução cardíaca.

Existem diferentes tipos de DECI como o pacemaker, o cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI) e o dispositivo de terapia de resincronização cardíaca (CRT P ou CRT D).

Os DECI são compostos por um gerador que se posiciona habitualmente debaixo da pele em posição infraclavicular e de eléctrodos que são introduzidos pelos acessos venosos até ao coração.



Saiba que...

Após as primeiras 24h da colocação do implante, **pode e deve** mobilizar o membro superior junto ao dispositivo, de modo a evitar complicações no ombro.

Porque devo fazer exercícios em casa?

A realização de exercício

- ◆ promove a mobilidade articular do ombro
- ◆ reduz a sensação de cansaço e de dor no ombro/região da omoplata
- ◆ previne a artrose da cintura escapular

Posso ter relações com o(a) meu(minha) parceiro(a)?

De uma forma geral pode retomar a sua atividade sexual quando desejar. Ter em conta apenas a limitação do movimento do braço do lado do procedimento nas primeiras 5 semanas (não deve elevar o braço acima do ombro)

Exercício que posso fazer sentado

• Expansão torácica

Entrelaçar as mãos atrás das costas, ao nível da cintura, de modo a comprimir as omoplatas. Manter 30'' e repetir 4 vezes.



Exercícios que posso fazer em pé

• Cintura escapular

Com o braço oposto ao implante apoiado numa mesa ou cadeira, inclinar ligeiramente o tronco para a frente, e deixe o braço efetuar pequenos círculos no sentido dos ponteiros do relógio 10 vezes. Repita 3 vezes.



• Extensão do ombro

De frente para a parede, 2-3 metros, estender o braço e andar com os dedos na parede para cima e para baixo, com o movimento a partir do ombro e até 90°. Fazer 10 vezes e repetir 3 vezes.



• Extensão lateral do ombro

De lado para a parede, manter o braço reto e subir e descer com os dedos até 90°. Fazer 10 vezes e repetir 3 vezes.



• Elevação lateral do ombro

Encostado à parede, coloque o braço fletido e o cotovelo a 90°. Lentamente gire o braço para baixo na articulação do ombro, e gire novamente para cima. Fazer 10 vezes e repetir 3 vezes.



Apêndice G – Quadro de Utentes da ECCI

Utente (diagnóstico principal)	Avaliação Inicial	Programa de Reabilitação (6 sessões)	Avaliação Final
A (Insuficiência cardíaca + Prótese anca bilateral), 75 anos	<p>Índice Barthel: 65</p> <p>Escala de Braden: 18</p> <p>Escala de Morse: 55</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 3</p>	<p>RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aquecimento com mobilização ativa de todos os membros e região cervical - Flexão dos cotovelos / Extensão e elevação dos membros superiores / abdução dos membros superiores com peso de 0,5 Kg - Abdução e adução dos membros inferiores sentado no cadeirão - Exercícios de fortalecimento muscular em ortostatismo (quadríceps/isquiotibiais) - Treino de marcha c/ andarilho - Ponte no leito 	<p>Índice Barthel: 65</p> <p>Escala de Braden: 18</p> <p>Escala de Morse: 55</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 2</p>
B (DPOC + Status pós-cirurgia a Espondilodiscite com internamento de 3 meses), 80 anos	<p>Índice Barthel: 55</p> <p>Escala de Braden: 20</p> <p>Escala de Morse: 50</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p>	<p>RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posição de descanso e relaxamento - Dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação abdominodiafragmática - Reeducação costal global com bastão <p>RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização ativa-resistida de todos os membros (com banda elástica ou peso 0,5 Kg) 	<p>Índice Barthel: 70</p> <p>Escala de Braden: 21</p> <p>Escala de Morse: 30</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p>

	<p>- Após a sessão: 6</p> <p>Auscultação pulmonar: MV mantido, sem ruídos adventícios</p>	<p>- Ponte no leito</p> <p>- Exercícios isométricos de abdominais e glúteos</p> <p>- Exercícios membros inferiores em ortostatismo com andarilho</p> <p>- Treino de marcha com apoio unilateral</p> <p>- Treino de subir e descer escadas</p> <p>- Treino de marcha no exterior com piso irregular e declives</p>	<p>- Após a sessão: 4</p> <p>Auscultação pulmonar: MV mantido, sem ruídos adventícios</p>
<p>C (Status pós cirurgia abdominal + internamento 17 dias por infecção), 71 anos</p>	<p>Índice Barthel: 60</p> <p>Escala de Braden: 20</p> <p>Escala de Morse: 40</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 3</p>	<p>RFM:</p> <p>- Mobilização ativa-resistida dos 4 membros com peso 0,5 Kg</p> <p>- Exercícios de fortalecimento muscular em ortostatismo (quadríceps e isquiotibiais)</p> <p>- Treino de marcha c/ andarilho</p> <p>- Treino de marcha s/ andarilho e apenas c/ supervisão</p> <p>- Treino de equilíbrio c/ obstáculos e mudanças de direção</p> <p>- Treino de subir e descer escadas</p> <p>- Cicloergómero nos membros inferiores (15' 2x dia)</p>	<p>Índice Barthel: 90</p> <p>Escala de Braden: 22</p> <p>Escala de Morse: 15</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 2</p>

<p>D (DPOC + Status após internamento de 14 dias por infecção respiratória grave) 67 anos</p>	<p>Índice Barthel: 50</p> <p>Escala de Braden: 17</p> <p>Escala de Morse: 40</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 3</p> <p>- Após a sessão: 6</p>	<p>RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posição de descanso e relaxamento - Dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação abdominodiafragmática - Reeducação costal global com bastão <p>RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização ativa-resistida de todos os membros (com banda elástica ou peso 0,5 Kg) - Exercícios isométricos de abdominais e glúteos - Exercícios membros inferiores em ortostatismo em apoio no parapeito da janela - Treino de subir e descer escadas - Cicloergómetro nos membros inferiores (15' 2x dia) 	<p>Índice Barthel: 95</p> <p>Escala de Braden: 21</p> <p>Escala de Morse: 15</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 0</p> <p>- Após a sessão: 2</p>
---	---	---	---

Apêndice H – Questionário Informal à Equipa de Enfermagem da ECCI

Diagnóstico de situação – Enfermeiros de Reabilitação ECCI

1 - Existe na unidade algum instrumento de suporte com exercícios respiratórios e/ou exercício físico para entregar aos utentes com Fibrose Pulmonar?

2 – Considera importante desenvolver um instrumento para utentes com esta patologia?

3 – Se sim, que elementos considera que devem ser inseridos nesse instrumento? (ex. descrição da patologia, nutrição, imagens ou apenas texto, vantagens dos exercícios,...)

Obrigado!

Bruno Salgueiro

Aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP - Lisboa

**Apêndice I - Respostas ao Questionário Informal à Equipa de Enfermagem da
ECCI**

A equipa de Enfermagem de Reabilitação da ECCI foi unânime na resposta à pergunta 1, em que todas as respostas foram negativas para a existência de um suporte informativo deste género, sendo que também foi unânime na resposta à pergunta 2, desta feita de forma positiva, ressaltando a importância da realização do dito instrumento.

Quanto à resposta à pergunta 3, uma das respostas considera “relevante incluir dicas práticas para a gestão do cansaço e conservação de energia durante a realização de diferentes atividades de vida diárias, assim como ensinamentos para a realização da técnica correta na administração de terapêutica inalatória (com e sem câmara expansora)”, sendo que outra resposta dá destaque à presença de “exercícios com imagens para fácil entendimento” e a última resposta menciona ser importante “falar sobre a patologia, as vantagens dos exercícios respiratórios e sobre nutrição”.

Apêndice J - Programa de Reabilitação Individualizado Para a Pessoa com Patologia Crónica Respiratória

Programa de Reabilitação

O que é a Fibrose Pulmonar Idiopática? ⁽¹⁾

É uma doença pulmonar progressiva, irreversível e crónica que causa cicatrizes no tecido pulmonar sem cura conhecida, que normalmente ocorre em pessoas com mais de 45 anos de idade, sendo que o paciente médio tem 65 anos de idade. Esse processo de cicatrização do tecido pulmonar (denominado fibrose) diminui a capacidade de este funcionar corretamente.

Não se sabe em concreto porque razão algumas pessoas desenvolvem esta doença, mas supõe-se que seja uma combinação dos genes da própria pessoa com as substâncias aspiradas para os pulmões ao longo da vida. Algumas investigações sugerem que a Fibrose Pulmonar Idiopática é uma forma de envelhecimento precoce dos pulmões.

- (1) <https://europeanlung.org/pt-pt/information-hub/lung-conditions/fpi-fibrose-pulmonar-idiopatica/>

Informações adicionais:

[EU-IPFF](http://www.eu-ipff.org) | www.eu-ipff.org A European Idiopathic Pulmonary Fibrosis and Related Disorders Federation (EU-IPFF) é uma organização que reúne as organizações europeias de doentes com FPI. A EU-IPFF pretende sensibilizar para a FPI, exigir um melhor acesso aos cuidados e dar esperança às pessoas que vivem com a doença.

[ERN-Lung](http://www.ern-lung.eu) | www.ern-lung.eu O projeto ERN-Lung foi fundado na União Europeia para criar e manter uma rede de cuidados clínicos para as doenças pulmonares raras, incluindo a FPI.

Objetivos do Programa de Reabilitação

Curto prazo	Longo prazo
Manter uma ventilação alveolar eficaz	Prevenir insuficiência respiratória caso ocorra infecção das vias respiratórias
Melhorar eficácia da tosse e aumentar a capacidade do pulmão e da parede torácica se distender	Evitar internamento hospitalar; caso ocorra, diminuir duração do mesmo
Aumentar a tolerância ao exercício	Maximizar a funcionalidade

Conservação de energia

- Tomar banho sentado e utilizar roupão para secar (ou ter ajuda de cuidador)
- Ao deambular, inspirar quando parado e expirar quando deambula em pequenos passos
- Realizar exercício físico no leito, ou sentado
- Tomar os laxantes conforme prescrição médica, desta forma evita esforço excessivo para evacuar

Nutrição

A dispneia (ou “falta de ar”) e o cansaço fácil podem levar a redução da ingestão de alimentos como forma de defesa. Seguem-se algumas estratégias consoante a manifestação que se apresente:

- Falta de apetite: iniciar pelos alimentos de maior teor energético, dar preferência a alimentos preferidos, realizar várias refeições ao longo do dia (polifracção)
- Saciedade precoce: iniciar pelos alimentos com maior teor energético, limitar a ingestão de líquidos durante a refeição, preferir comidas frias (dão menos sensação de saciedade que as comidas quentes)
- Dispneia: repousar antes das refeições, realizar terapêutica inalatória antes da refeição, comer pausadamente, usar lábios semicerrados para respirar

- Enfartamento: ingerir refeições menores ao longo do dia, evitar alimentos que levem à formação de gases (brócolos, couve, leguminosas, ...), comer pausadamente

A realização de exercício promove o aumento da massa muscular magra e do apetite.

Exercícios respiratórios

1. Posição de conforto e relaxamento

Regule a cama de maneira a que fique bem posicionado em semi-fowler, numa posição de relaxamento, que permita reduzir a tensão psíquica e muscular, promovendo o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores, bem como facilitando a respiração diafragmática.



2. Controlo da respiração

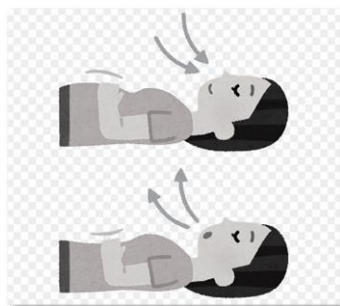
Inspire pelo nariz, como se “cheirasse uma flor”, e conte até 3. De seguida, deve franzir os lábios como se fosse assobiar ou “soprar uma vela sem a apagar” e contar até 4, mantendo os lábios semi-cerrados. Realizar 10x.



Este exercício permite melhorar a coordenação e a eficiência dos músculos respiratórios, melhorar a capacidade em controlar a sua respiração, contribuir para o relaxamento da parte superior do tórax e região escapulo-umeral, e consequentemente relaxamento físico e psíquico, essenciais a uma ventilação eficaz.

3. Respiração diafragmática

Realizar a mesma técnica de controlo da respiração do ponto anterior, desta feita com uma das mãos a pressionar o abdómen aquando da expiração. Realizar 10x.



Esta técnica permite reduzir o trabalho respiratório, proporcionando uma maior excursão do diafragma, através de inspirações profundas e lentas, melhorando a eficiência da ventilação e favorecendo um padrão respiratório fisiológico.

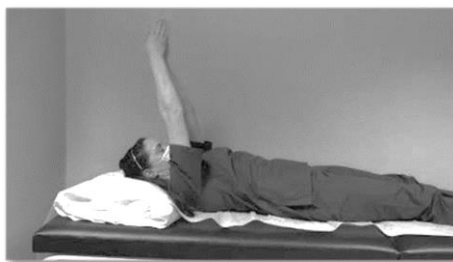
4. Reeducação diafragmática

Realizar a mesma técnica de controlo da respiração anterior, desta feita colocando o peso de 1 kg sobre a região do diafragma / epigastro. Realizar 10x.

Este exercício permite utilizar mais o diafragma durante a respiração, para reduzir o trabalho da mesma e melhorar a ventilação pulmonar e a dispneia (falta de ar).

5. Reeducação costal global

Com os braços em extensão, com as mãos entrelaçadas uma na outra, eleve os braços enquanto inspira pelo nariz, e baixe os braços devagar enquanto expira. Como alternativa, pode segurar entre as mãos a faixa elástica, e ao afastar lateralmente os braços inspira pelo nariz, ao juntar os braços expira pela boca. Pode realizar 3 séries de 5 repetições.



Esta técnica promove a expansão torácica, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar, e também o fortalecimento muscular e a mobilidade articular.

6. Abertura costal selectiva

Segurando entre as mãos a faixa elástica, com os braços em extensão, eleve alternadamente cada braço (flexão do ombro), sincronizando com a técnica de controlo respiratório: quando eleva inspira pelo nariz, quando baixa expira pela boca. Pode realizar 2 séries de 5 repetições cada membro.

De seguida, baixando a cabeceira da cama, posicione-se em decúbito lateral (a perna de baixo fletida e a que está por cima em extensão, o braço de baixo fletido junto à almofada e o de cima em extensão ao longo do tronco) e realize a elevação do braço que está por cima sincronizando com a técnica de controlo respiratório: quando eleva inspira pelo nariz, quando baixa expira pela boca. Pode realizar 2 séries de 5 repetições de cada lado.



Este exercício permite promover e recuperar a mobilidade costal, favorecendo a expansão pulmonar e torácica do lado afetado.

7. Espirometria de incentivo

Com a cabeceira elevada, sentado na cama, coloque o espirómetro de incentivo à altura dos olhos. Antes de iniciar o exercício, deve **expirar completamente** todo o ar dos pulmões, fechar firmemente os lábios em volta do bucal e realizando uma inspiração forte, controlada, de cerca de 3 segundos (manter a bola na cara feliz). Realizar 3 a 4 vezes por dia.



A função principal deste exercício é a reexpansão pulmonar, manter a permeabilidade das vias aéreas e o fortalecimento da musculatura respiratória. Ao realizar inspirações profundas pretende-se também recrutar alvéolos colapsados, contribuindo para a estabilização dos mesmos, melhorando a ventilação.

Exercício físico

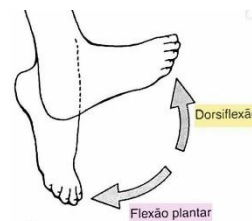
1. Flexão dos membros superiores com peso

Em posição semi-fowler, segure um peso de 1 Kg na mão e execute a flexão do cotovelo, sincronizando com a técnica do controlo respiratório. Realize 3 séries de 5 repetições, alternando o membro entre cada série. Se não tolerar o peso, substitua por 1 garrafa de água de 0,5 L.



2. Dorsiflexão e flexão plantar

Mantendo-se na cama, eleve o dorso do pé na sua direção e mantenha durante 5 segundos. Descanse e repita, num total de 5 repetições cada pé.



De seguida, faça o movimento contrário (movimentar o pé como se estivesse a carregar no pedal do automóvel) e mantenha por 5 segundos. Descanse e repita, num total de 5 repetições cada pé.

3. Cicloergómetro

Apoie a pedaleira numa superfície estável (ex. mesa) e execute 5 minutos com os membros superiores.

Quando estiver sentado numa cadeira ou cadeirão, execute 5 minutos com os membros inferiores, 1 a 2 vezes por dia.



Recomendações finais

Este Programa de Reabilitação é individual, pois teve em consideração a sua patologia, a idade, os objetivos do mesmo, os recursos existentes, entre outros fatores. Caso tenha dificuldade ou dúvidas na execução do programa, comunique-o(s) ao seu Enfermeiro Especialista em Reabilitação para eventual ajuste ou otimização.

Ao realizar os exercícios, tente manter um ambiente calmo, podendo recorrer a música para ajudar no relaxamento e concentração.

Dada a sua patologia, é fundamental realizar o exercício respiratório de **controlo da respiração** várias vezes ao longo do dia, pois não só otimiza a ventilação, como também ajuda no relaxamento e controlo emocional.

Bom trabalho!




ECCI [REDACTED]

Elaborado por: Bruno Salgueiro, aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESSCVP - Lisboa

Supervisora Clínica: [REDACTED], Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Supervisora Pedagógica: Prof.^a Joana Marques

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

<p>1. Posição relaxamento</p>  <p>Semi Fowler</p>	<p>2. Controlo respiratório</p>  <p>1ª Inspiração lenta e profunda pelo nariz</p> <p>2ª Expiração com lábios semicerrados</p> <p>Realizar 10x</p>
<p>3. Respiração diafragmática</p>  <p>Realizar 10x</p>	<p>4. Reeducação diafragmática</p>  <p>1 Kg</p> <p>Realizar 10x</p>
<p>5. Reeducação costal global</p>  <p>Realizar 3x 5 repetições</p>	<p>6. Abertura costal seletiva</p>  <p>Realizar 2x 5 repetições cada lado</p>

BOM TRABALHO!

ECCI [REDAZIDA]

Elaborado por: Bruno Salgueiro, aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESSCVP-Lisboa

Supervisora Clínica: [REDAZIDA] Especialista em Enfermagem de Reabilitação

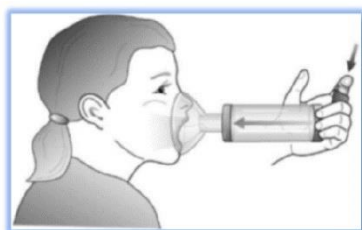
Supervisora Pedagógica: Prof.ª Joana Marques

Apêndice K – Guia de Utilização da Câmara Expansora

Guia de utilização da câmara expansora

Como utilizar?

1. Permaneça bem sentado/a para uma máxima expansão torácica
2. Aqueça a embalagem metálica (“bomba”) à temperatura corporal, esfregando entre as suas mãos e agitando-a de seguida
3. Volte a colocar a parte metálica no dispositivo de plástico e retire a tampa
4. Adapte a embalagem de plástico na posição vertical (em forma de L) à câmara expansora
5. Efetue uma expiração lenta e prolongada e adapte a máscara à face (boca e nariz) com boa selagem
6. Pressione o inalador com o dedo indicador na parte superior e o polegar na inferior, inspire lentamente com a boca aberta até à capacidade pulmonar total
7. Sustenha a respiração por 10 segundos, podendo de seguida realizar outra inspiração lenta para assegurar correta inalação da dose administrada
8. Aguardar pelo menos 30 segundos caso tenha que administrar nova dose do fármaco
9. Voltar a colocar a tampa na embalagem e guardar a câmara expansora no saco
10. Lavar a boca com água, caso o fármaco tenha cortisona



Limpeza da câmara expansora (1x/semana)

1. Desmonte todas as peças possíveis
2. Coloque num recipiente com água morna e detergente líquido da loiça, durante 15 minutos
3. Passe por água corrente
4. Agite para remover o excesso de água e deixe secar na posição vertical (**não é recomendável secar com um pano ou “esfregar” as paredes da câmara expansora** – possível aumento da carga electrostática)
5. Depois de secas, junte novamente todas as peças, e guarde na embalagem original, ou num local sem pó

ECCI [REDACTED]

Elaborado por: Bruno Salgueiro, aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESSCVP-Lisboa

Supervisora Clínica: [REDACTED] Especialista em Enfermagem de Reabilitação

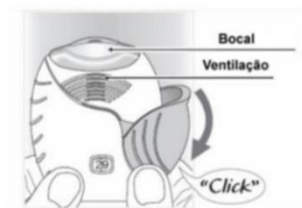
Supervisora Pedagógica: Prof.ª Joana Marques

Apêndice L – Guia de Utilização de Inalador de Pó Seco *Ellipta*®

Guia de utilização de inalador de pó seco Ellipta®

Como utilizar?

1. Abrir a tampa e deslizar para baixo até ouvir um clique
2. Expirar lentamente
3. Selar lábios no bucal e inalar rápida e profundamente
4. Não bloquear os ventiladores com os dedos
5. Suster a inspiração 5-10 segundos
6. Deslizar a tampa para a posição inicial



Erros comuns

- Não carregar a dose corretamente, o que compromete toda a administração
- Não expirar antes da inalação provoca uma inalação menos profunda e, conseqüentemente, menos deposição do fármaco nas vias aéreas centrais
- Expirar para dentro do dispositivo, provocando acumulação de humidade dentro do mesmo e dispersão do fármaco pela movimentação do ar
- Lábios mal selados no bucal faz com que a deposição do fármaco ocorra na boca e nos dentes
- Fluxo inspiratório ineficaz: se a inalação for lenta e/ou pouco vigorosa, o fármaco não é depositado na base do pulmão
- Não sustentar a inspiração faz com que o fármaco seja exalado e não alcance a base do pulmão
- Mesmo quando usado corretamente, pode não sentir o “gosto” do fármaco. Se isso acontecer, **não repita a administração.**

ECCI [REDACTED]

Elaborado por: Bruno Salgueiro, aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESSCVP-Lisboa

Supervisora Clínica: [REDACTED] Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Supervisora Pedagógica: Prof.ª Joana Marques

Apêndice M – Utente de ECCL (vertente Cuidados Paliativos)

Utente (diagnóstico principal)	Avaliação Inicial	Programa de Reabilitação (3 sessões)	Avaliação Final
<p>A (Fibrose Pulmonar Idiopática + DPOC), 65 anos</p>	<p>Índice Barthel: 30</p> <p>Escala de Braden: 11</p> <p>Escala de Morse: 15</p> <p>Escala Numérica de Dor: 0</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 8</p> <p>- Após a sessão: 9</p> <p>Auscultação Pulmonar: ferveores crepitantes generalizados</p>	<p>RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posição de descanso e relaxamento - Dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação abdominodiafragmática com peso de 1 Kg - Reeducação costal global com banda elástica azul - Abertura costal seletiva com elevação dos membros superiores (em decúbito lateral) <p>RFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivada utilização de cicloergómetro por pequenos períodos 	<p>Índice Barthel: 30</p> <p>Escala de Braden: 11</p> <p>Escala de Morse: 15</p> <p>Escala Numérica de Dor: 0</p> <p>Escala de Borg modificada</p> <p>- Antes da sessão: 7</p> <p>- Após a sessão: 8</p> <p>Auscultação Pulmonar: ferveores crepitantes generalizados</p>

Apêndice N - Estudo de caso: “Intervenção do EEER na Pessoa com Patologia Respiratória Crónica no Contexto Domiciliário”

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA**

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO - MÓDULO I

**Estudo de Caso – Intervenção do EEER na
Pessoa com Patologia Respiratória Crónica no
Contexto Domiciliário**

Bruno Salgueiro nº 8665

Docente:

Prof.ª Doutora Joana Marques

LISBOA, 2024

Lista de Siglas

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP- Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos

Índice

I. Introdução	5
II. Colheita de Dados	6
II.1. História da Doença	6
III. Enquadramento Teórico	7
IV. Avaliação inicial	9
V. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	12
VI. Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	15
VII. Avaliação	21
VIII. Considerações finais	22
IX. Referências bibliográficas	23

Índice de Quadros

Quadro nº 1 - Objetivos do Programa de Enfermagem de Reabilitação	12
Quadro nº2 – Diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Reabilitação	12

I. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Módulo I, no 1.º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, foi considerada a realização de um estudo de caso no contexto de Cuidados Paliativos realizado no período de 12 a 16 fevereiro 2024.

O estudo de caso¹ permite investigar fenómenos sociais complexos, focando-se num caso no seu contexto real de forma a obter uma perspetiva holística. Esta metodologia permite estudar os casos detalhadamente no seu contexto real, em especial quando os limites entre o fenómeno e o contexto não sejam claramente evidentes.

Foi assim utilizada a metodologia do estudo de caso para descrever a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a uma pessoa no contexto do ensino clínico com foco em cuidados paliativos.

A apresentação deste caso segue as etapas do processo de enfermagem. Será inicialmente apresentada a avaliação inicial, seguindo-se a formulação de diagnósticos de enfermagem, a apresentação e implementação de um programa de intervenção individualizado e a avaliação dos resultados, finalizando com as considerações finais.

II. Colheita de Dados

II.1. História da Doença

O caso aqui apresentado refere-se a uma pessoa numa situação de dependência tendo sido referenciada para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pela Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos (ECSCP), para “Reabilitação respiratória, ensino de técnicas não farmacológicas de controlo da dispneia, apoio à família e gestão terapêutica”. Os seus diagnósticos principais são Fibrose Pulmonar Idiopática e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Acompanhado em consulta externa de Pneumologia - transplante pulmonar.

No último mês apresentou uma rápida progressão da doença no último mês, com astenia e dispneia em repouso que agrava com esforços. Nega dor ou outros sintomas. Atualmente dada a sua condição tem ainda maior dificuldade em gerir crises de ansiedade.

III. Enquadramento Teórico

O paradigma atual da saúde vê-se a par com a necessidade de mudança pelos desafios impostos com o aumento da longevidade e aumento de pessoas adultas e idosas com múltiplas doenças crónicas e graves com perdas e alterações da sua funcionalidade aumentando a procura de cuidados de saúde para controlo de sintomas, promoção da dignidade e da qualidade de vida. Assim, prevê-se a necessidade de aumentar a rede de prestação de Cuidados Paliativos a nível mundial para assegurar a prestação de cuidados holísticos a pessoas, que independentemente da idade, estão gravemente doentes, num sofrimento intenso, sobretudo perto de um fim de vida. O principal objetivo em cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida dos doentes, família e cuidadores.²

Os cuidados de reabilitação integrados em cuidados paliativos são um conceito que se vem estabelecendo progressivamente, intervindo na manutenção da funcionalidade da pessoa resultando em ganhos significativos na qualidade de vida. Conhecimentos adequados sobre reabilitação são indispensáveis para a provisão de cuidados integrais e abrangentes a pacientes com doenças incuráveis^{2,3}.

O papel da reabilitação em cuidados paliativos continua a suscitar dúvidas, pois à primeira vista têm objetivos incompatíveis. No entanto, vários estudos apontam para muitas necessidades das pessoas que não são satisfeitas em cuidados paliativos. Os cuidados de reabilitação dão resposta a essas necessidades, embora não elimine totalmente os danos causados pelas doenças pode atenuá-las³.

As pessoas com necessidade de cuidados paliativos são pessoas que, pela evolução da própria doença, ficam com alterações da sua funcionalidade condicionando muitas vezes a realização das suas AVD. Este facto tem repercussão não só na pessoa, mas também em toda a sua estrutura familiar, assim como os seus relacionamentos familiares, sociais e trabalho. A reabilitação surge neste contexto com um papel relevante para maximizar o potencial da pessoa ou impedir o declínio funcional, de forma proporcionar melhoria sintomática e mesmo proporcionar qualidade de vida³.

O principal diagnóstico médico do caso aqui descrito é a Fibrose Pulmonar Idiopática que é uma doença pulmonar progressiva, irreversível e crónica que causa cicatrizes no tecido pulmonar sem cura conhecida, que normalmente ocorre em pessoas com mais de 45 anos de idade, sendo que o paciente médio tem 65 anos de idade. Esse processo de cicatrização do tecido pulmonar (denominada fibrose) diminui a capacidade de este funcionar corretamente.⁴

Não se sabe em concreto porque razão algumas pessoas desenvolvem esta doença, mas supõe-se que seja uma combinação dos genes da própria pessoa com as substâncias aspiradas para os pulmões ao longo da vida. Algumas investigações sugerem que a Fibrose Pulmonar Idiopática é uma forma de envelhecimento precoce dos pulmões.⁴

IV. Avaliação inicial

Parâmetros vitais
Frequência cardíaca (btm/min) – 87
Tensão arterial (mmHg) – 109/73
Temperatura (°C) 36
Dor (EN) – Sem dor (0)
Frequência respiratória (cicl/min) - 35-40
Respiração
Tipo de ventilação: Espontânea com necessidade de oxigenioterapia suplementar permanente por cateter bi-nasal a 2l/min
Padrão respiratório: Taquipneia com dispneia
Tosse: Produtiva pouco eficaz
Secreções: Não observáveis
Avaliação objetiva – Exame físico: Inspeção- Palidez cutânea. Sem cianose central ou periférica; Hipocratismo digital.
Escala de Borg modificada- 8 (em repouso)
Consciência
Vígil. Orientado na pessoa, tempo e espaço. Dificuldade na comunicação por dispneia.
Nutrição
Modo de alimentação: Oral. Consegue mastigar pequenas quantidades de alimentos sólidos se previamente partidos em pequenas partes, movimentando-os na boca demoradamente e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue ingerir líquidos em pequena quantidade.
Estado nutricional: Emagrecido
Peso: 58Kg Altura: 173cm
IMC: 19,4 Kg/m ²
Eliminação
Alterações urinárias: Incontinência.
Hábitos intestinais: 1 dejeção cada 8 a 9 dias com eventuais alterações da consistência
Alterações intestinais: Obstipação
Movimento corporal e Espasticidade
Índice Força Muscular (Escala Medical Council Research):
Cabeça e pescoço: 5
MSD: 5 MSE: 5
MID: 5 MIE: 5
Escala de Ashworth modificada por membro:
MSD: 0 MSE: 0
MID: 0 MIE: 0

Equilíbrio	
Sentado estático: Bom	Sentado dinâmico: Bom
Em pé estático: Bom	Em pé dinâmico: Bom
Risco de queda	
Escala de Morse: 15 (sem risco)	
Autocuidado	
Escala de Barthel: 30 (Dependência em grau elevado)	
Tegumento	
Pele e mucosas pálidas e hidratadas. Integridade cutânea mantida.	
Escala de Braden: 11 (Alto risco de úlcera por pressão)	

Esta pessoa está a ser acompanhada por ECSCP e ECCI. A avaliação apresentada ocorreu numa das visitas domiciliárias realizadas. Trata-se de uma pessoa acamada, vígil, orientada. Com extrema dificuldade em comunicar por dispneia. Com necessidade de oxigenoterapia permanente. Muito ansioso, pela dificuldade em gerir a dispneia e pelo desconforto. Refere já não conseguir fazer levantar sem ajuda, pelo que só faz levantar para cadeira de rodas por curtos períodos e com ajuda total. Tem apoio de cuidadora particular nos cuidados de higiene. Dependente em grau elevado nas Atividades de Vida Diária (AVD) (Barthel=30). Cuidadora (familiar) notoriamente em exaustão.

Em visita domiciliária da ECSCP foram aferidas expectativas da família e da pessoa face às informações dadas na última consulta de pneumologia/transplante. Negociadas estratégias recomendadas na promoção do conforto das vias aéreas, plano de exercícios, plano alimentar, horas de sono e repouso, técnicas de conservação de energia, uso de oxigénio suplementar por máscara facial. A descendente manifesta grande dificuldade na gestão do tempo ao fim de semana, pois tem pouca disponibilidade de tempo para os cuidados ao pai, bem como os restantes membros da família, pelo que a equipa sugere contratação de cuidadora particular ao fim de semana.

Face ao descrito, foi proposto acompanhamento da pessoa e cuidadora duas a três vezes por semana e sempre que necessário, com os seguintes objetivos:

- Apoio psicoemocional à pessoa e cuidadora;
- Apoio na gestão do regime terapêutico e controle de sintomas em articulação com a ECSCP;
- Reeducação funcional respiratória com ensino de estratégias de conservação de

energia e de gestão da dispneia;
- Articulação com assistente social.

V. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Os objetivos da intervenção de enfermagem de reabilitação foram elaborados em conjunto com a pessoa e sua família (quadro nº1) indo de encontro aos seus objetivos e tendo em conta o seu processo de doença grave e sua progressão com vista à melhoria da qualidade de vida, bem-estar e conforto.

Quadro n.º 1 - Objetivos do Programa de Enfermagem de Reabilitação

Curto prazo	Longo prazo
Manter uma ventilação alveolar eficaz	Prevenir insuficiência respiratória caso ocorra infecção das vias respiratórias
Melhorar eficácia da tosse e aumentar a capacidade do pulmão e da parede torácica se distender	Evitar internamento hospitalar; caso ocorra, diminuir duração do mesmo
Aumentar a tolerância ao exercício	Maximizar a funcionalidade

Face ao exposto pode-se identificar vários diagnósticos de enfermagem, quase todos diretamente relacionados com a ventilação comprometida e a intolerância à atividade, cada vez mais acentuada e que condicionam a realização das AVD (quadro nº2).

Quadro n.º 2 – Diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a intolerância à atividade (escala de Borg modificada) - Avaliar a função respiratória; - Supervisionar resposta ao exercício; - Gerir atividade física (realizar a atividade física no leito); - Planear atividade física; - Ensinar e Treinar técnica de conservação de energia.
Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar ventilação e respiração; - Otimizar oxigenoterapia; - Executar técnicas: (posicionamentos no leito de relaxamento e descanso; treino de controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação diafragmática;

	reeducação costal global; abertura costal seletiva; inspirometria de incentivo);
Potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica respiratória;	-Ensinar sobre técnicas respiratórias (descritas acima);
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória	-Instruir sobre técnicas respiratórias (descritas acima); -Providenciar material educativo (programa de intervenção para a pessoa e cuidador para que possam realizar as técnicas diariamente mesmo na ausência do EEER).
Transferir-se alterado	- Avaliar o transferir-se; - Transferir a pessoa; - Ensinar, instruir e treinar com a família o transferir-se.
Andar comprometido	- Treino de marcha assistido e tendo sempre em conta a gestão de esforço; - Favorecer a mobilidade, mesmo que possa ser mínima;
Dependente no autocuidado: higiene	- Avaliar o autocuidado de higiene - Assistir no autocuidado (pessoa com cuidadora particular) - Tomar banho sentado; - Utilizar roupão para secar.
Dependente no autocuidado: vestuário	- Avaliar o autocuidado de vestuário; - Assistir no autocuidado.
Dependente no autocuidado: alimentar-se	- Avaliar o autocuidado de alimentar-se; - Iniciar pelos alimentos de maior teor energético, dar preferência a alimentos preferidos, - Realizar várias refeições ao longo do dia com menos quantidade (polifracionada); - Iniciar pelos alimentos com maior teor energético, limitar a ingestão de líquidos durante a refeição, preferir comidas frias (dão menos sensação de saciedade que as comidas quentes); - Repousar antes das refeições, realizar terapêutica inalatória antes da refeição, comer pausadamente, usar lábios semicerrados para respirar; - Evitar alimentos que levem à formação de gases (brócolos, couve, leguminosas, ...), comer pausadamente.

Dependente no autocuidado: uso do sanitário	- Assistir no autocuidado;
Obstipação	- Incentivar o reforço hídrico durante o dia; - Ensinar a importância de manter a terapêutica laxante.
Risco de Úlcera de Pressão	- Monitorizar do risco de úlcera de pressão utilizando a escala de Braden; - Consciencializar a pessoa e cuidador para os riscos para promover a prevenção;

VI. Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Perante o já exposto foi elaborado e implementado um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação individualizado e de acordo com os objetivos apurados junto da pessoa e família. Este programa de intervenção foi também utilizado como instrumento de reforço dos ensinamentos realizados para a pessoa e família assim poderem dar continuidade ao plano mesmo nos dias que o EEER não está presente.

Conservação de energia

- Tomar banho sentado e utilizar roupão para secar (ou ter ajuda de cuidador)
- Ao deambular, inspirar quando parado e expirar quando deambula em pequenos passos
- Realizar exercício físico no leito, ou sentado
- Tomar os laxantes conforme prescrição médica, desta forma evita esforço excessivo para evacuar

Nutrição

A dispneia (ou “falta de ar”) e o cansaço fácil podem levar a redução da ingestão de alimentos como forma de defesa. Seguem-se algumas estratégias consoante a manifestação que se apresente:

- Falta de apetite: iniciar pelos alimentos de maior teor energético, dar preferência a alimentos preferidos, realizar várias refeições ao longo do dia (polifracção)
- Saciedade precoce: iniciar pelos alimentos com maior teor energético, limitar a ingestão de líquidos durante a refeição, preferir comidas frias (dão menos sensação de saciedade que as comidas quentes)
- Dispneia: repousar antes das refeições, realizar terapêutica inalatória antes da refeição, comer pausadamente, usar lábios semicerrados para respirar
- Enfartamento: ingerir refeições menores ao longo do dia, evitar alimentos que levem à formação de gases (brócolos, couve, leguminosas, ...), comer pausadamente

A realização de exercício promove o aumento da massa muscular magra e do apetite.

Exercícios respiratórios

1. Posição de conforto e relaxamento

Regule a cama de maneira a que fique bem posicionado em semi-fowler, numa posição de relaxamento, que permita reduzir a tensão psíquica e muscular, promovendo o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores, bem como facilitando a respiração diafragmática.



2. Controlo da respiração

Inspire pelo nariz, como se “cheirasse uma flor”, e conte até 3. De seguida, deve franzir os lábios como se fosse assobiar ou “soprar uma vela sem a apagar” e contar até 4, mantendo os lábios semi-cerrados. Realizar 10 repetições.



1º Inspiração lenta e profunda pelo nariz

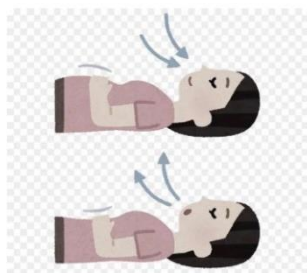


2º Expiração com lábios semi-cerrados

Este exercício permite melhorar a coordenação e a eficiência dos músculos respiratórios, melhorar a capacidade em controlar a sua respiração, contribuir para o relaxamento da parte superior do tórax e região escapulo-umeral, e consequentemente relaxamento físico e psíquico, essenciais a uma ventilação eficaz.

3. Respiração diafragmática

Realizar a mesma técnica de controlo da respiração do ponto anterior, desta feita com uma das mãos a pressionar o abdómen aquando da expiração. Realizar 10x.



Esta técnica permite reduzir o trabalho respiratório, proporcionando uma maior excursão do diafragma, através de inspirações profundas e lentas, melhorando a eficiência da ventilação e favorecendo um padrão respiratório fisiológico.

4. Reeducação diafragmática

Realizar a mesma técnica de controlo da respiração anterior, desta feita colocando o peso de 1 kg sobre a região do diafragma / epigastro. Realizar 10x.

Este exercício permite utilizar mais o diafragma durante a respiração, para reduzir o trabalho da mesma e melhorar a ventilação pulmonar e a dispneia (falta de ar)

5. Reeducação costal global

Com os braços em extensão, com as mãos entrelaçadas uma na outra, eleve os braços enquanto inspira pelo nariz, e baixe os braços devagar enquanto expira. Como alternativa, pode segurar entre as mãos a faixa elástica, e ao afastar lateralmente os braços inspira pelo nariz, ao juntar os braços expira pela boca. Pode realizar 3 séries de 5 repetições.



Esta técnica promove a expansão torácica, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar, e também o fortalecimento muscular e a mobilidade articular.

6. Abertura costal selectiva

Segurando entre as mãos a faixa elástica, com os braços em extensão, eleve alternadamente cada braço (flexão do ombro), sincronizando com a técnica de controlo respiratório: quando eleva inspira pelo nariz, quando baixa expira pela boca. Pode realizar 2 séries de 5 repetições cada membro.

De seguida, baixando a cabeceira da cama, posicione-se em decúbito lateral (a perna de baixo fletida e a que está por cima em extensão, o braço de baixo fletido junto à almofada e o de cima em extensão ao longo do tronco) e realize a elevação do braço que está por cima sincronizando com a técnica de controlo respiratório: quando eleva inspira pelo nariz, quando baixa expira pela boca. Pode realizar 2 séries de 5 repetições de cada lado.



Este exercício permite promover e recuperar a mobilidade costal, favorecendo a expansão pulmonar e torácica do lado afetado.

7. Inspirometria de incentivo

Com a cabeceira elevada, sentado na cama, coloque o espirómetro de incentivo à altura dos olhos. Antes de iniciar o exercício, deve **expirar completamente** todo o ar dos pulmões, fechar firmemente os lábios em volta do bucal e realizando uma inspiração forte, controlada, de cerca de 3 segundos (manter a bola na cara feliz). Realizar 3 a 4 vezes por dia.



A função principal deste exercício é a reexpansão pulmonar, manter a permeabilidade das vias aéreas e o fortalecimento da musculatura respiratória. Ao realizar inspirações profundas pretende-se também recrutar alvéolos colapsados, contribuindo para a estabilização dos mesmos, melhorando a ventilação.

Exercício físico

1. Flexão dos membros superiores com peso

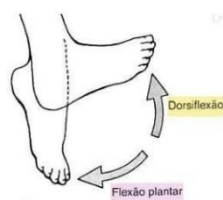
Em posição semi-fowler, segure um peso de 1 Kg na mão e execute a flexão do cotovelo, sincronizando com a técnica do controlo respiratório. Realize 3 séries de 5 repetições, alternando o membro entre cada série. Se não tolerar o peso, substitua por 1 garrafa de água de 0,5 L.



2. Dorsiflexão e flexão plantar

Mantendo-se na cama, eleve o dorso do pé na sua direção e mantenha durante 5 segundos. Descanse e repita, num total de 5 repetições cada pé.

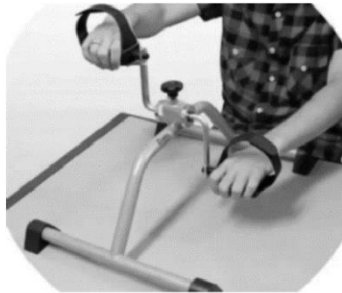
De seguida, faça o movimento contrário (movimentar o pé como se estivesse a carregar no pedal do automóvel) e mantenha por 5 segundos. Descanse e repita, num total de 5 repetições cada pé.



3. Cicloergómetro

Apoie a pedaleira numa superfície estável (ex. mesa) e execute 5 minutos com os membros superiores. Pode realizar 2 vezes ao longo do dia.

Quando estiver sentado numa cadeira ou cadeirão, execute 5 minutos com os membros inferiores, 1 a 2 vezes por dia.



Recomendações:

Este Programa de Reabilitação é individual, pois teve em consideração a sua patologia, a idade, os objetivos do mesmo, os recursos existentes, entre outros fatores. Caso tenha dificuldade ou dúvidas na execução do programa, comunique-o(s) ao seu Enfermeiro Especialista em Reabilitação para eventual ajuste ou otimização.

Ao realizar os exercícios, tente manter um ambiente calmo, podendo recorrer a música para ajudar no relaxamento e concentração.

Dada a sua patologia, é fundamental realizar o exercício respiratório de **controlo da respiração** várias vezes ao longo do dia, pois não só otimiza a ventilação, como também ajuda no relaxamento e controlo emocional.

VII. Avaliação

Durante o período de estágio foram realizadas mais duas visitas domiciliares com a ECCI à pessoa em questão.

Durante a 1ª visita foi apresentado o plano de intervenção à pessoa e cuidadora informal e executado. Todos os exercícios foram realizados tendo sempre em consideração a avaliação contínua da escala de Borg modificada de forma a pessoa não entrar em exaustão.

Na segunda visita, embora não tenham sido quantificadas melhorias na sua avaliação, tendo em conta a evolução da sua patologia, já é um ganho não ter havido agravamento da sua ventilação, intolerância ao esforço e funcionalidade.

VIII. Considerações finais

Tal como apresentado na breve fundamentação teórica, a integração de cuidados de reabilitação num contexto de cuidados paliativos surge como resposta à necessidade de mudança do paradigma de saúde atual dando resposta ao aumento de pessoas com incapacidades e doenças graves. A prestação de cuidados de reabilitação surge como uma estratégia do cuidar holístico para otimizar as capacidades funcionais da pessoa, minimizar agravamento sintomático da doença promovendo a qualidade de vida numa pessoa com uma situação de doença crónica grave, muitas vezes em fim de vida.

Como se verificou nesta pequena exposição do caso acompanhado em estágio, as intervenções de enfermagem de reabilitação foram fundamentais para atrasar a progressão dos sintomas da doença da pessoa, permitindo pelo menos não agravar a sua incapacidade. Por vezes estes ganhos em saúde não são quantificáveis, mas são sem dúvida ganhos de extrema importância para a pessoa, cuidador e família.

IX - Bibliografia

- 1 - Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e métodos*. Bookman editora.
- 2 - Alves, J.; Babo, M. Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos, *in* Ribeiro, O. Enfermagem de Reabilitação: concepções e práticas, Lisboa: Lidel, Edições Técnicas; 2021.
- 3 - MINOSSO, Jéssica Sponton Moura; SOUZA, Luciene Jacinto de; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2016, 25.
- 4 - <https://europeanlung.org/pt-pt/information-hub/lung-conditions/fpi-fibrose-pulmonar-idiopatica/>

Apêndice O - Atuação do EEER em Contexto de Pediatria / Neonatologia

Respiração	Sensório-motor	Alimentação	Educação parental
Otimizar a independência respiratória e funcionalidade	Inibir os padrões anormais de movimento e postura	Desenvolver competências para a alimentação	Potenciar o desenvolvimento de competências parentais
Minimizar as atelectasias pós-extubação	Induzir e facilitar os movimentos normais	Prevenção de disfunções oro-motoras	Colaborar na preparação para o regresso a casa e integração na comunidade
Prevenir a reentubação	Normalizar o tónus global		
Favorecer o desmame da ventilação e da oxigenoterapia	Conferir simetria e alinhamento corporal		
	Prevenir alterações músculo-esqueléticas		
	Melhorar a acuidade visual e auditiva		

Apêndice P - Reflexão segundo o ciclo de Gibbs sobre o contexto de Estágio de Pediatria

Ciclo Reflexivo de Gibbs – Atuação emergente em Pediatria

1. Introdução:

Durante o contexto de estágio breve de apenas 4 turnos numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, deparei-me com um desafio significativo: um recém-nascido em mal convulsivo. Essa experiência breve, embora intensa e pouco relacionada com a atuação específica do Enfermeiro de Reabilitação, proporcionou uma oportunidade única para reflexão sobre a atuação do enfermeiro diante de situações clínicas complexas. Este relato detalhado percorrerá as etapas do ciclo de Gibbs, explorando as nuances emocionais, técnicas e estratégicas envolvidas na gestão de uma situação grave em contexto específico de cuidados neonatais.

2. Descrição:

No segundo dia do estágio, estava junto da Enfermeira de Reabilitação a observar uma criança, quando do outro lado da sala o monitor de um outro recém-nascido alarma. A minha primeira reação foi aproximar-me para verificar a natureza do alarme, e deparei-me com os parâmetros vitais do recém-nascido bastante alterados, com níveis de saturação de oxigénio exageradamente baixos, e a frequência cardíaca em curva descendente, num cenário típico de peri-paragem cardiorrespiratória. Acontece que o recém-nascido se encontrava em mal convulsivo, ainda que de forma subtil, pois não apresentava movimentos clónicos e/ou tónicos evidentes, apenas perceptível pelo movimento anómalo das pálpebras e por vezes dos pés. A atuação rápida da Enfermeira de Reabilitação, que nesse turno assumia a chefia de equipa, sendo o elemento mais sénior da equipa, foi crucial para a reversão do quadro, estimulando taticamente a criança e realizando manobras de ressuscitação manual de forma célere e eficaz. A atuação em equipa também ficou evidenciada nesta situação, pois de imediato duas enfermeiras de cuidados gerais surgiram de imediato para a eventualidade de ser necessário algum procedimento, não tendo sido necessário.

3. Sentimentos:

A situação que vivenciei fez-me colocar algumas questões a mim próprio, nomeadamente: o que faria eu naquela situação, visto não estar familiarizado com a tipologia de utentes do serviço, e das suas particularidades; o facto de ter sido um evento que eu já presenciei diversas vezes na minha prática profissional, ainda em que apenas em adultos, e eu ter ficado com receio de avançar para qualquer prática; o receio ou medo que senti perante a possível perda de uma vida tão frágil e prematura causou-me angústia. Perante o desfecho positivo, senti alívio de ter presenciado uma atuação tão eficaz, assertiva e fulcral por parte de uma colega de profissão.

4. Avaliação:

Este tipo de eventos permite-nos chegar a conclusões sobre a nossa prática diária, e de todos os profissionais de saúde empenhados e qualificados. O facto de, no caso, estarmos perante um utente frágil, com um diagnóstico e prognóstico vital periclitante e complexo, faz-me pensar na importância da formação contínua e na necessidade de

enriquecimento pessoal, profissional e curricular para, assim, poder haver qualidade acrescida nos cuidados prestados diariamente em qualquer contexto. A segurança e a rapidez da Enfermeira de Reabilitação neste caso concreto só foram possíveis pela assimilação de vários fatores: experiência profissional, enriquecimento curricular, tempo de prática elevado no serviço.

5. Análise:

Naquele dia senti que, apesar de já ter muita experiência em meio hospitalar e na prática da enfermagem, e também ter várias formações em suporte básico e avançado de vida, bem como muita experiência na alteração neurológica de pacientes neurocríticos, o facto de estar num ambiente que não me é familiar, com uma tipologia de utentes totalmente diferentes da que estou habituado, num contexto de estágio curto e num âmbito de Reabilitação, contribuiu para a minha inação e para o facto de ter ficado apenas a observar a atuação da Enfermeira de Reabilitação. Ainda assim, esta situação serviu refletir sobre a atuação nesta área tão específica, e para ter a percepção de, após algum tempo do evento, ter sido possível fazer uma breve sessão de reabilitação motora, com segurança e sob monitorização eletrocardiográfica contínua, que foi bem-sucedida, sem qualquer intercorrência.

6. Conclusão:

Conclui-se então que, apesar do EEER ser muito importante na sua intervenção numa perspetiva holística, nos domínios das funções respiratórias, motoras, sensoriais, na alimentação e na educação parental, podendo ter uma posição de destaque por conseguir intervir em todo o processo de recuperação da criança, o facto de ser um elemento qualificado, devendo mesmo ser uma referência para os outros colegas do serviço, é uma mais valia para todos os intervenientes nesta área: a criança, a família e os restantes profissionais de saúde. Sendo certo que a formação por si só não garante uma prática de elevada qualidade, pois deve ser complementada com experiência e constante aprofundar de conhecimentos baseados em evidência, poder desempenhar as funções acrescidas de Enfermagem de Reabilitação na área que se conhece melhor e em que se investiu mais em tempo e conhecimento, é, certamente, fundamental para que se consiga atingir um nível de excelência na profissão, e poder atuar em conformidade, em segurança e com eficácia como na situação relatada.

7. Planeamento de ação

Dado que a situação descrita não é, de todo, previsível, embora a criança em questão tenha tido outros episódios semelhantes anteriormente, o facto de ter sido a minha primeira situação de atuação rápida e emergente neste contexto e nesta criança em específico, faz-me antever que, caso acontecesse no futuro, conseguiria ter outro tipo de reação e de atuação junto da mesma. O facto de ser um elemento externo ao serviço não me permitiu também ter uma disponibilidade total em termos de atuação rápida, até porque estava mais vocacionado para observar e entender a atuação específica do Enfermeiro de Reabilitação. Estivesse eu noutro contexto, como uma integração em serviço, ou num serviço de adultos, e provavelmente teria reagido de outra forma. Ainda assim, para o futuro fica a percepção que tenho experiência, conhecimento e qualificação para poder atuar em situações similares, caso ocorram.

Apêndice Q - Instrumento de Recolha de Dados e Registo de Atividades no Serviço de Ortopedia

Registos de Enfermagem de Reabilitação

Nome:	Idade:	DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE ALTA:
Antecedentes Pessoais:			
Diagnóstico:		Cirurgia:	
História atual:			

Data									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TA	Antes								
	Após								
FC	Antes								
	Após								
Dor	Antes								
	Durante								
	Após								
RFR									
Pré-operatório									
Pós-operatório									
Mobilidade									
Isométricos									
Mobilização MI direito									
Mobilização MI esquerdo									
Mobilização MS direito									
Mobilização MS esquerdo									
Alternar decúbitos									
Levante									
Transferência									
Tala dinâmica									
Deambulação									
Subir/descer escadas									

AT – Ajuda total AP – Ajuda parcial S – Supervisão I – Independente AM – Auto-mobilização MP – Mobilização passiva AA – Mobilização ativa assistida AR – Mobilização ativa resistida AL – Mobilização ativa livre

Apêndice R – Quadro de Utentes do Serviço de Ortopedia

Utente (diagnóstico principal)	Avaliação Inicial	Programa de Reabilitação		Avaliação Final
		Primeira sessão	Última sessão	
A (Fratura do acetábulo esquerdo)	Índice Barthel: 45	Primeira sessão - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas do MIE - Ensinos sobre mobilizações no leito e controlo da dor	Última sessão - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas do MIE - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e andarilho - Ensinos sobre levantar/deitar, andar com andarilho, inverter sentido de marcha, prevenção de acidente, mobilizações no leito e controlo da dor	Índice Barthel: 60
B (Artroplastia total do joelho esquerdo)	Índice Barthel: 65	Primeira sessão - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações passivas e ativas-assistidas do MIE - Tala dinâmica 0°-40° durante 30' - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e andarilho - Ensinos sobre levantar/deitar, andar com andarilho, prevenção de acidentes, inverter o sentido de marcha, utilização do sanitário	Última sessão - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas do MIE - Tala dinâmica 0°-50° durante 30' - Levante com supervisão - Deambulou com canadianas com supervisão - Ensinos sobre andar com canadianas, prevenção de acidentes, inverter o sentido de marcha, subir/descer escadas	Índice Barthel: 75

C (Artroplastia total do joelho direito)	Índice Barthel: 30	<p>Primeira sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas-resistidas do MID - Tala dinâmica 0°-50° durante 30' - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e andarilho - Ensinos sobre mobilizações, levantar/deitar, andar com andarilho, prevenção de acidentes e inverter o sentido de marcha 	<p>Última sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas livres do MID - Tala dinâmica 0°-60° durante 30' - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e canadianas - Ensinos sobre levantar/deitar, andar com canadianas, prevenção de acidentes e inverter o sentido de marcha 	Índice Barthel: 60
D (Luxação da artroplastia total da anca direita)	Índice Barthel: 15	<p>Primeira sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-assistidas e ativas-livres do MIE - Ensinos sobre mobilizações do MIE e posição anti-luxante do MID 	<p>Última sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-livres do MIE - Levante com supervisão - Deambulou com ajuda parcial e canadianas - Ensinos sobre levantar/deitar, andar 	Índice Barthel: 65

			com canadianas e posição anti-luxante	
E (Artroplastia total do joelho esquerdo)	Índice Barthel: 55	Primeira sessão	Última sessão	Índice Barthel: 70
		<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-assistidas do MIE - Tala dinâmica 0°-50° durante 30' - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e andarilho - Ensinos sobre posicionamento no leito, levantar/deitar, andar com andarilho, prevenção de acidentes, inverter o sentido de marcha, utilização do sanitário 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas do MIE - Tala dinâmica 0°-60° durante 30' - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e canadianas - Treino de subir e descer escadas com canadianas - Ensinos sobre levantar/deitar, andar com canadianas, subir/descer escadas, prevenção de acidentes, inverter o sentido de marcha, utilização do sanitário, exercícios para o domicílio 	

F (Artroplastia total do joelho direito)	Índice Barthel: 45	<p>Primeira sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-assistidas do MID - Tala dinâmica 0°-50° durante 30' - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e andarilho - Ensinos sobre posicionamento no leito, levantar/deitar, andar com andarilho, inverter o sentido de marcha, prevenção de acidentes, utilização do sanitário 	<p>Última sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas do MID - Tala dinâmica 0°-60° durante 30' - Levante com supervisão - Deambulou com ajuda parcial e canadianas - Treino de subir e descer escadas com canadianas - Ensinos sobre levantar/deitar, andar com canadianas, subir/descer escadas, prevenção de acidentes, exercícios para o domicílio 	Índice Barthel: 70
G (Artroplastia total da anca esquerda)	Índice Barthel: 55	<p>Primeira sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-livres do MID - Mobilizações passivas e ativas-assistidas do MIE - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e andarilho - Ensinos sobre mobilizações no leito, posições anti-luxantes, 	<p>Última sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-livres do MID - Mobilizações ativas-assistidas do MIE - Levante com ajuda parcial - Deambulou com ajuda parcial e canadianas - Ensinos sobre posicionamentos no leito, posições anti-luxantes, levantar/deitar, andar 	Índice Barthel: 55

		levantar/deitar, andar com andarilho, inverter sentido de marcha, utilização do sanitário/poliban, prevenção de acidentes, extensão lombo-pélvica no leito	com canadianas, inverter sentido de marcha, utilização do sanitário, prevenção de acidentes, exercícios para o domicílio	
--	--	--	--	--

**Apêndice S - Questionário Informal às Equipas de Enfermagem e de
Assistentes Operacionais do Serviço de Ortopedia**

Na qualidade de estudante do 1.º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste curto questionário sobre a ergonomia e a mecânica corporal nos cuidados diários aos utentes, nomeadamente posicionamentos, transferências e utilização de produtos de apoio.

Desde já agradeço a sua colaboração e o tempo dispensado.

Bruno Salgueiro (brunosalgueiro8665@esscvp.eu)

Que função que desempenha no serviço?

- Enfermeira/o
- Assistente Operacional
- Enfermeira/o especialista

Com que frequência utiliza as seguintes ajudas técnicas ou produtos de apoio na transferência / levante dos utentes? (coloque uma cruz)

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito frequentemente
Elevador mecânico				
Transfer				
Cinto de transferência				
Dispositivo para colocar meias de contenção				
Calçadeira				

Com que frequência realiza os seguintes procedimentos na mobilização dos utentes no leito? (coloque uma cruz)

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito frequentemente
Ajustar a altura do plano da cama ao centro de gravidade				
Fletir os joelhos				
Aumentar a base de sustentação				
Contrair os músculos abdominais durante a realização do esforço				

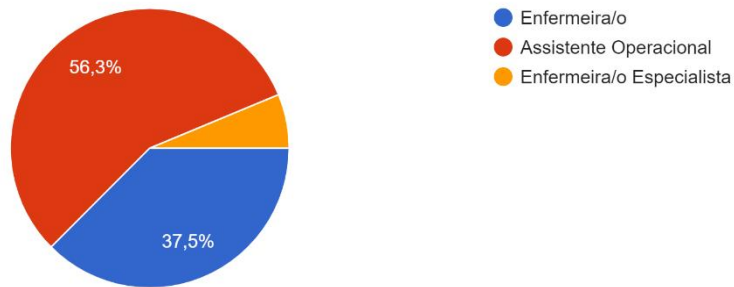
Para dar resposta a eventuais dúvidas neste âmbito, que instrumento considera mais útil?

- Sessão de formação presencial
- Folheto
- Poster informativo
- Vídeo
- Outro _____

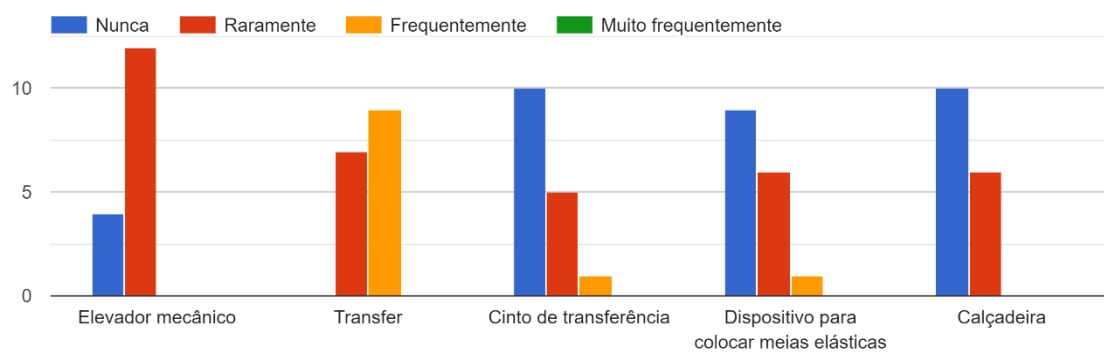
Apêndice T - Respostas ao Questionário Informal às Equipas de Enfermagem e de Assistentes Operacionais do Serviço de Ortopedia

Que função desempenha no Serviço?

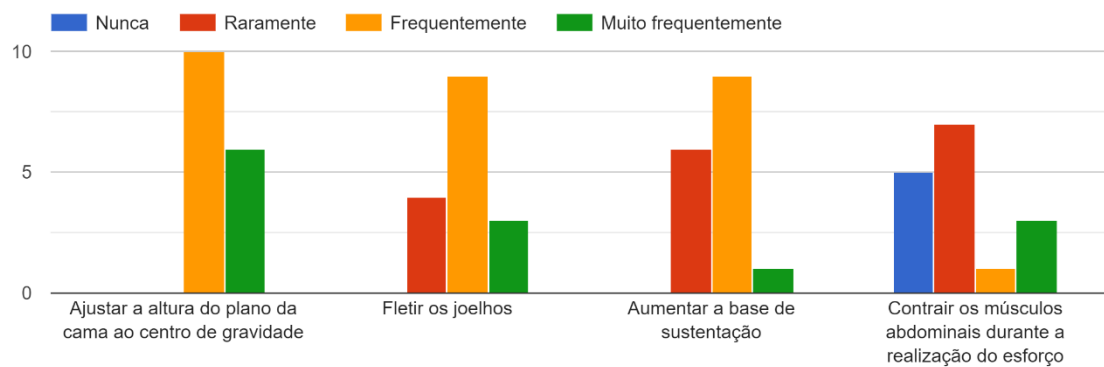
16 respostas



Com que frequência utiliza os seguintes produtos de apoio na transferência / levante dos utentes?

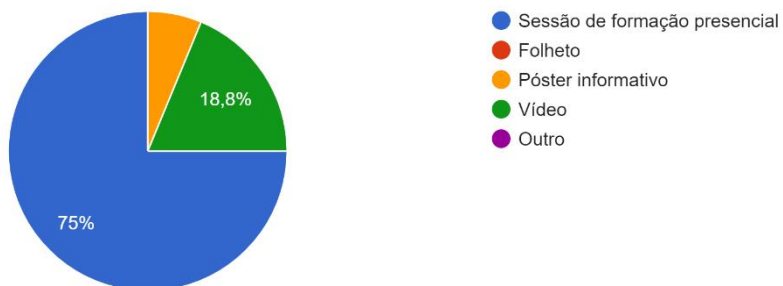


Com que frequência realiza os seguintes procedimentos na mobilização dos utentes no leito?



Para dar resposta a eventuais dúvidas neste âmbito, que instrumento considera mais útil?

16 respostas



Apêndice U – Plano da Sessão de Formação: “A mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

Grupo a que se destina: Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Serviço de Internamento de Ortopedia do [REDACTED]

Local: [REDACTED]

Data: 08 de Abril de 2024

Hora: 14h

Duração: 50 minutos

Formador: Bruno Salgueiro, aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa

Supervisor Clínico: Enf.^a Especialista [REDACTED]

Supervisor Pedagógico: Prof.^a Joana Marques

Objetivo específico:

- Sensibilizar a equipa para a importância da mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

Objetivos operacionais:

- Apresentar a temática das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho;
- Apresentar a temática da mecânica corporal;
- Apresentar as técnicas de mobilização dos utentes;
- Exemplificar as técnicas descritas;
- Esclarecer dúvidas e escutar opiniões;
- Avaliar a sessão.

Conteúdos	Método/ Técnica	MAE	Tempo
1. Apresentação do orador e da temática	Expositivo/ Participativo	Computador/Projetor	2 min
2. Definição de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho	Expositivo/ Participativo	Computador/Projetor	8 min
3. Definição de mecânica corporal	Expositivo/ Participativo	Computador/Projetor	5 min
4. Explicação de técnicas de mobilização da pessoa	Expositivo/ Participativo	Computador/Projetor	8 min
5. Exemplificação das várias técnicas descritas	Ativo/participativo	Projetor/Cama/Cadeira de rodas/Materiais de apoio	20 min
6. Dúvidas / Opiniões	Ativo/Participativo		3 min
7. Avaliação da Sessão	Ativo/Participativo	Impresso de preenchimento individual e anónimo	4 min

Bibliografia

1 - Takala, J. - Foreward. In OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU - Facts and figures. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, 2010.

2 - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Factsheet 71. 2007. Disponível em: https://osha.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Factsheet_71_-_Introduction_to_Work-Related_Musculoskeletal_Disorders.pdf

3 – Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos OE. Série 1. Número 7. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

4 – Hoeman, S. Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ª ed. Loures: Lusodidacta; 2011. 840 p.;

5 - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde. 2021. Disponível em: https://osha.europa.eu/sites/default/files/2021-10/pt_efact28.pdf

6 - Sousa-Uva, A., Carnide, F., Serranheira, F., Miranda, L., Lopes, M.. Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: Guia para a prevenção (2008). Direção-Geral de Saúde. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/229605604_Lesoes_musculoesqueleticas_relacionadas_com_o_trabalho_guia_para_a_prevencao

Apêndice V - Sessão de Formação: “A mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”

MECÂNICA CORPORAL NA PREVENÇÃO DAS LMERT



- **Elaboração:** Bruno Salgueiro, aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
- **Supervisão clínica:** [Redacted]
- **Supervisão pedagógica:** Prof.ª Joana Marques

LMERT

✓ Conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor, que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho¹

Dor e fadiga localizada

Desconforto

Formiguento

Sensação de peso

Sensação ou perda de
força muscular

Edema

LMERT

- O mais frequente problema de saúde dos trabalhadores da União Europeia²
- Atinge, de uma forma geral, todos os setores e profissões²
- 60% dos trabalhadores com alguma doença refere que são as que causam mais impacto³
- Os trabalhadores na área da saúde têm 1,5 mais probabilidade de adquirir uma lesão músculo-esquelética relacionada com o trabalho³

LMERT

24%

Lombalgias

22%

Dores
musculares

Aumento dos custos em saúde

Diminuição da produtividade

Ausências prolongadas / doença crónica

LMERT

FATORES DE RISCO³



LMERT

LMERT

Vários estudos direcionados para os enfermeiros evidenciam elevado risco de LMERT relacionado com as atividades de:



LMERT

MECÂNICA CORPORAL

✓ Esforços coordenados dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o **equilíbrio**, a **postura** e o **alinhamento do corpo** nas diversas atividades, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular³

MECÂNICA CORPORAL

LMERT

MECÂNICA CORPORAL

Manter uma postura correta, com as costas direitas e os joelhos ligeiramente fletidos, e o peso corporal sobre o centro de gravidade com flexão do tronco até 10°

- Manter a base de sustentação utilizando de igual modo ambos os lados do corpo
- Fletir a anca e joelhos, ao invés de utilizar os músculos das costas
- Movimentar-se perto do objeto ou pessoa (ex: braços junto ao tronco)
- Empurrar ou puxar, ao invés de elevar, com movimentos suaves e fluidos

MECÂNICA CORPORAL

LMERT

MECÂNICA CORPORAL

Não torcer o corpo, mas antes rodar ou deslocar os pés para rodar

- Sempre que necessário, optar por utilizar dispositivos de apoio: transfer, cinto de transferência, tábua de transferência, elevador eletromecânico, entre outros

- Avaliar o ambiente envolvente antes de movimentar a pessoa ou objeto (ex: piso seco, espaço suficiente, estabilidade do mobiliário, recursos humanos suficientes)

- Realizar contrações isométricas dos músculos abdominais durante a realização do esforço

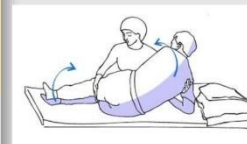
Em caso de acidente ou lesão, comunicar e procurar avaliação para tratamento precoce

TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO

MECÂNICA CORPORAL

LMERT

TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO



TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO

MECÂNICA CORPORAL

LMERT

Posicionamento no leito

☐ Mover de uma extremidade para a outra do leito

1 profissional	2 profissionais
Explicar procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar	Explicar procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar
Ajustar a altura do plano do leito	Ajustar a altura do plano do leito
Colocar-se do lado do leito para a qual vai deslocar a pessoa	Colocados do lado do leito para onde vão mobilizar a pessoa, executam os movimentos de forma sincronizada, utilizando uma comunicação eficiente
Dividir o processo em 3 fases: membros inferiores, cintura pélvica e tronco	
Utilizar a base de sustentação e a força dos membros inferiores ao invés dos membros superiores	
Pedir à pessoa para olhar para os pés de maneira a que contraia os músculos abdominais e consiga cooperar	

TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO

MECÂNICA CORPORAL

LMERT

Posicionamento no leito

☐ Mover a pessoa para cima no leito

1 profissional	2 profissionais
Explicar procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar	Explicar procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar
Ajustar a altura do plano do leito	Ajustar a altura do plano do leito
Pedir à pessoa que flita o joelho (os 2, se possível) e realizar força com o pé (ou pés)	Cada profissional posiciona-se de cada lado do leito
Deslocar a pessoa com o seu peso, mantendo as costas direitas	Pedir à pessoa que flita o joelho (os 2, se possível) e realizar força com o pé (ou pés), e que encoste o queixo ao peito. Se possível, deve utilizar o trapézio
	Os profissionais devem realizar os movimentos de forma sincronizada

TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO

MECÂNICA CORPORAL

LMERT

Posicionamento no leito

- Mover a pessoa para outra cama ou maca

2 profissionais

Explicar procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar

Ajustar a altura do plano do leito

Cada profissional posiciona-se de cada lado

Se possível utilizar resguardo de tecido, utilizando-o para lateralizar a pessoa de modo a que o *transfer* seja colocado debaixo do resguardo na região do quadril

Na posição dorsal, com o transfer debaixo da pessoa, fazer deslizar esta com a utilização do resguardo de uma superfície para a outra, removendo de seguida o *transfer*

TÉCNICAS DE
MOBILIZAÇÃO
MECÂNICA
CORPORAL
LMERT

Transferência do leito para a cadeira

- Pessoa com dependência reduzida ou moderada

1 profissional

1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar

2. Providenciar o material adequado à pessoa (cadeira de rodas ou cadeirão, cinto de transferência se possível)

3. Preparar o cadeirão ou cadeira de rodas (bloquear as rodas, baixar ou remover os apoios de braços, remover ou recolher os apoios dos pés)

4. Partindo da posição dorsal, ajudar a pessoa a lateralizar; pedir à pessoa para fletir os joelhos e, se necessário, colocar uma mão na região popliteia (atrás do joelho) e outra na cintura escapular (abaixo do ombro).

5. Assistir na elevação do tronco com uma mão, ao mesmo tempo que se assiste na retirada dos membros inferiores do leito, de forma a que a pessoa fique sentada à beira do leito

6. Vigiar sinais e sintomas de hipotensão ortostática (tonturas, visão turva, sensação de desmaio, ...)

TÉCNICAS DE
MOBILIZAÇÃO
MECÂNICA
CORPORAL
LMERT

Transferência do leito para a cadeira

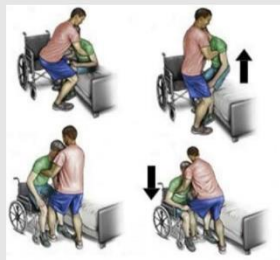
- Pessoa com dependência reduzida ou moderada (cont.)

1 profissional

7. Baixar o plano do leito para que a pessoa consiga ficar com os pés bem assentes no chão, assegurando que esta tem calçado antiderrapante e bem adaptado

8. Pedir à pessoa para inclinar o tronco para a frente para assumir de seguida a posição ortostática

9. Assistir a pessoa na deslocação para a cadeira, pedindo a esta para se apoiar no braço da cadeira se necessário



TÉCNICAS DE
MOBILIZAÇÃO
MECÂNICA
CORPORAL
LMERT

Transferência do leito para a cadeira

- Pessoa com dependência elevada (elevador mecânico)

1 ou 2 profissionais

1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar

2. Providenciar o material adequado à pessoa (cadeira de rodas ou cadeirão, elevador eletromecânico, lona de transferência)

3. Preparar o cadeirão ou cadeira de rodas (bloquear as rodas, baixar ou remover os apoios de braços, remover ou recolher os apoios dos pés)

4. Assistir na lateralização da pessoa, colocando a lona debaixo da mesma de forma a que apoie a zona cervical até à zona sacrococcígea (cóccix), colocando de seguida debaixo dos membros inferiores

5. Colocar o elevador num ângulo de 90° com o leito, com o triângulo de suspensão por cima da pessoa, travando as rodas do mesmo

6. Fazer descer o triângulo da pessoa até cerca de 1 palmo desta, colocando as presilhas nos respetivos ganchos

TÉCNICAS DE
MOBILIZAÇÃO
MECÂNICA
CORPORAL
LMERT

Transferência do leito para a cadeira

□ Pessoa com dependência elevada (elevador mecânico)

1 ou 2 profissionais

7. Fazer descer o triângulo da pessoa até cerca de 1 palmo desta, colocando as presilhas nos respetivos ganchos

8. Elevar o triângulo, verificando se a pessoa está bem apoiada, destravar o elevador e deslocá-lo na direção da cadeira de modo a que a pessoa fique centrada

9. Fazer descer o triângulo ao mesmo tempo que apoia a pessoa

10. Remover a lona e ajustar a pessoa na cadeira



TÉCNICAS DE
MOBILIZAÇÃO

MECÂNICA
CORPORAL

LMERT

Corrigir posicionamento na cadeira

1 profissional (dependência reduzida ou moderada)	1 profissional (dependência elevada)
1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar	1. Explicar o procedimento à pessoa, incentivando-a a cooperar
2. Pedir para a pessoa colocar os pés mais próximo possível do cadeirão (quando for possível)	2. Pedir à pessoa para cruzar os braços no tronco, enquanto o profissional se coloca atrás da cadeira
3. Solicitar à pessoa que incline o tronco para a frente	3. O profissional passa as mãos por debaixo das axilas e cruza-as para agarrar os antebraços da pessoa para evitar magoar os ombros (mão direita agarra o antebraço esquerdo, a mão esquerda agarra o antebraço direito)
4. Elevar a pessoa com o auxílio das calças ou de um cinto de transferência, e voltar a sentá-la	4. Fletir os joelhos e endireitar o tronco
5. Verificar se a pessoa está confortável, com apoio da região dorso-lombar na cadeira	5. Fazer extensão dos membros inferiores segurando firmemente o tronco da pessoa e realizando força nos quadríceps

TÉCNICAS DE
MOBILIZAÇÃO

MECÂNICA
CORPORAL

LMERT



TÉCNICAS DE
MOBILIZAÇÃO

MECÂNICA
CORPORAL

LMERT

Referências bibliográficas

- 1 - Sousa-Uva, A., Camide, F., Serranheira, F., Miranda, L., Lopes, M. Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: Guia para a prevenção (2008). Direção-Geral de Saúde. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/229605604_Lesoes_musculoesqueleticas_relacionadas_com_o_trabalho_guia_para_a_prevencao
- 2 - Takala, J. - Foreward. In OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU - Facts and figures. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, 2010.
- 3 - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Factsheet 71. 2007. Disponível em: https://osha.europa.eu/sites/default/files/2021-10/Factsheet_71_-_Introduction_to_Work-Related_Musculoskeletal_Disorders.pdf
- 4 - Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos OE. Série 1. Número 7. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Referências bibliográficas

- 5 – Hoeman, S. *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta; 2011. 840 p.;
- 6 - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. *Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde*. 2021. Disponível em: https://osha.europa.eu/sites/default/files/2021-10/pt_efact28.pdf

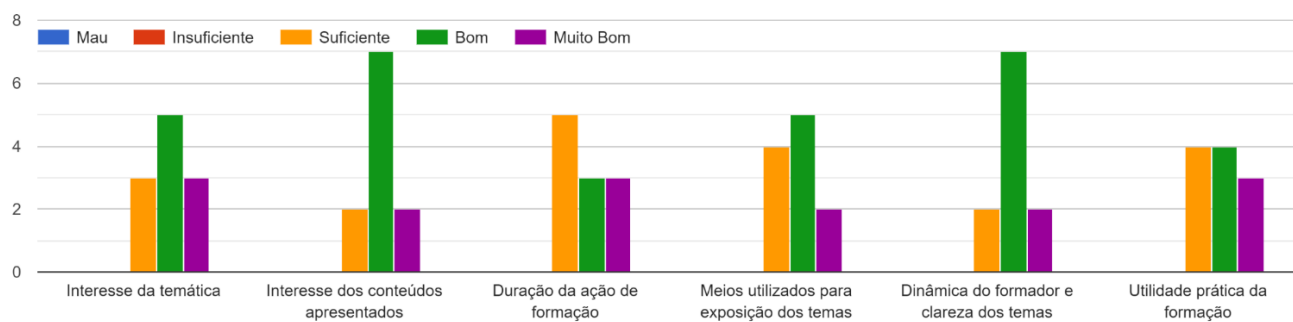


A sua opinião é importante!



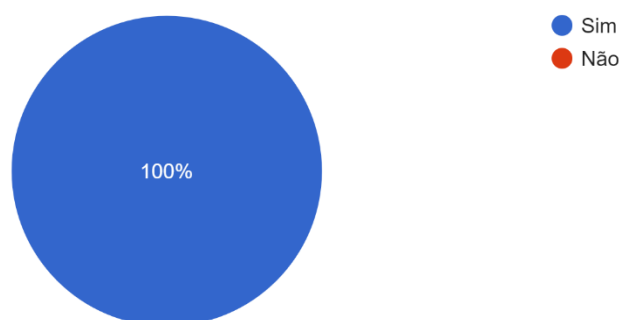
Apêndice W – Avaliação da Sessão de Formação: “A mecânica corporal na prevenção das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho”

Classifique a sessão segundo os pontos apresentados



Recomendaria esta sessão de formação a um(a) colega?

11 respostas



Apêndice X – Quadro de utentes do Serviço de Neurologia

Utente (diagnóstico principal)	Avaliação Inicial	Programa de Reabilitação		Avaliação Final
		Primeira sessão	Última sessão	
A (AVC isquémico)	Índice Barthel: 70 Escala de NIHSS: 5 Escala de Morse: 85	Primeira sessão	Última sessão	Índice Barthel: 90 Escala de NIHSS: 2 Escala de Morse: 35
		<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas do MSD + MID - Auto-mobilização do MSD - Treino de motricidade fina mão direita - Ponte no leito - Rolar na cama - Treino de equilíbrio sentado - Levante com ajuda parcial - Treino de equilíbrio em ortostatismo - Treino de marcha com ajuda do enfermeiro - Treino de AVD: vestir/despir, alimentar-se, calçar-se e descalçar-se, pentear o cabelo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações ativas resistidas do MSD com halter de 1 Kg - Mobilizações ativas resistidas MID com peso de 2 Kg - Treino de motricidade fina da mão direita - Mobilizações ativas do MID com bola suíça - Cicloergómetro membros inferiores 10' - Treino de marcha com supervisão - Treino de subir/descer escadas com supervisão 	
B (AVC isquémico)	Índice Barthel: 15 Escala de NIHSS: 7 Escala de Morse: 30	Primeira sessão	Última sessão	Índice Barthel: 15 Escala de NIHSS: 6 Escala de Morse: 15
		<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações passivas e ativas-assistidas do MSE (não tolera mobilizações no membro inferior por dor na articulação coxofemoral) - Auto-mobilização do MSE - Ponte - Rolamentos no leito - Levante para cadeirão com ajuda total 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações ativas dos membros inferiores com bola suíça no leito - Ponte - Rolamentos no leito - Treino de equilíbrio sentado com bola suíça - Treino de AVD: alimentar-se, vestir/despir - Levante com elevador mecânico (stand-up) 	

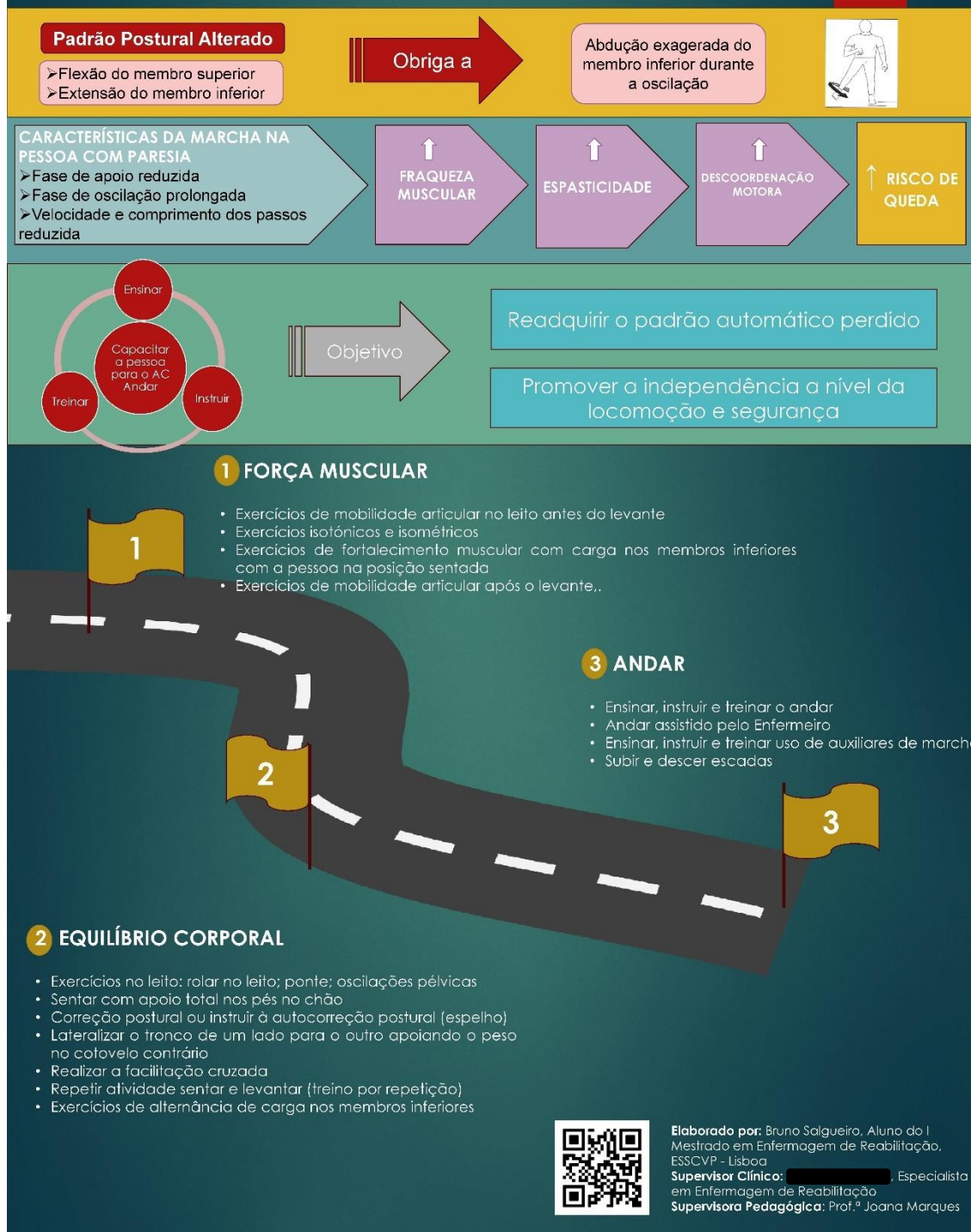
C (Síndrome confusional)	Índice Barthel: 15 Escala de Morse: 70	Primeira sessão	Última sessão	Índice Barthel: 35 Escala de Morse: 60
		<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Abertura costal global com bastão - Exercícios isométricos (abdominais e glúteos) - Mobilizações ativas-assistidas dos membros superiores (limitada por dor no ombro direito) - Mobilizações ativas-assistidas dos membros inferiores - Exercícios isométricos dos músculos adutores - Cicloergómetro membros inferiores 10' - Treino de equilíbrio em ortostatismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações ativas dos membros inferiores no leito com bola suíça - Ponte no leito - Rolamentos no leito - Oscilações pélvicas - Treino de equilíbrio sentado com bola suíça - Treino de agachamentos em ortostatismo com apoio dos membros superiores - Cicloergómetro dos membros inferiores 10' - Levante com supervisão - Treino de marcha com apoio unilateral - Treino de subir/descer escadas com apoio unilateral - Treino de AVD: higiene no WC, vestir/despir, pentear-se, alimentar-se, calçar/descalçar 	
D (Síndrome Guillain-Barré)	Índice Barthel: 20 Escala de Morse: 35	Primeira sessão	Última sessão	Índice Barthel: 40 Escala de Morse: 15
		<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Abertura costal global com bastão - Reeducação abdominodiafragmática - Auto-mobilização dos membros superiores - Mobilizações ativas-resistidas dos membros inferiores 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Abertura costal global com bastão - Reeducação abdominodiafragmática - Mobilizações ativas dos membros superiores com bola suíça - Mobilizações ativas dos membros inferiores com peso de 1 Kg 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Ponte no leito - Rolamentos no leito - Treino de equilíbrio sentado à beira do leito - Levante com elevador mecânico (stand-up) - Exercícios dos músculos da face e língua (disfagia) - Inspirómetro de incentivo (2500 ml) 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de agachamentos com apoio dos membros superiores - Levante com supervisão - Treino de marcha com apoio unilateral - Treino de subir/descer escadas com apoio unilateral - Exercícios dos músculos da face e língua (disfagia) - Inspirómetro de incentivo (3000 ml) 	
--	--	--	---	--

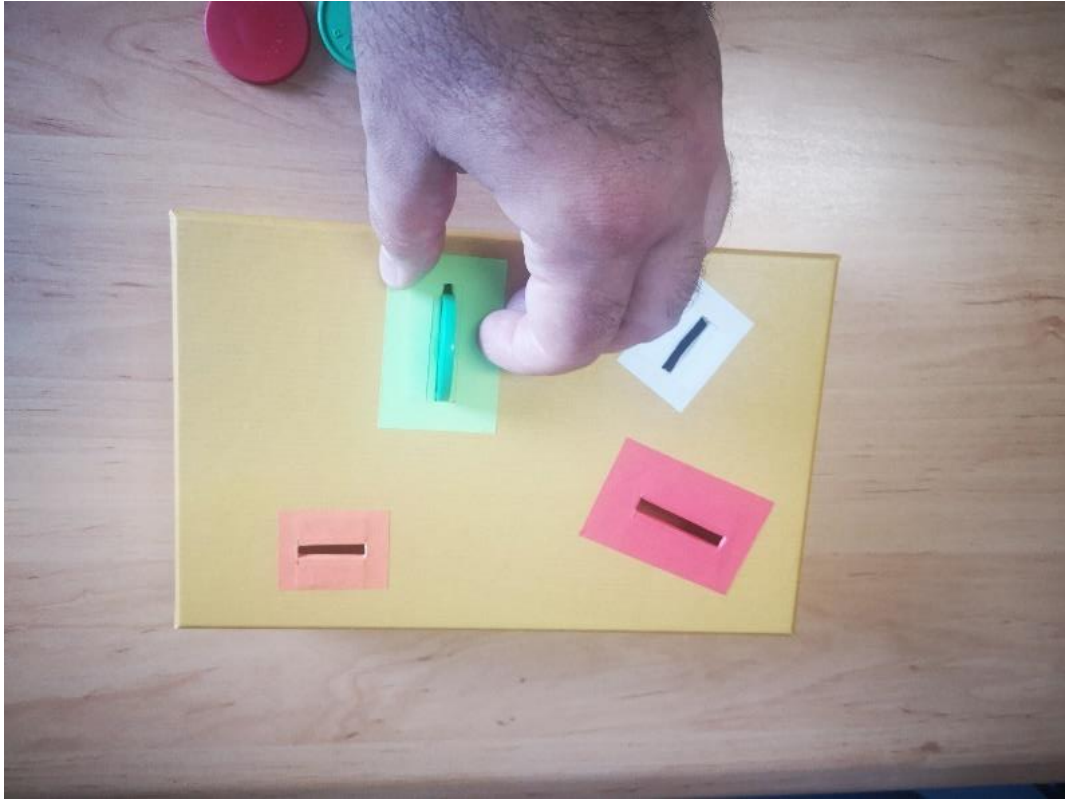
Apêndice Y - Póster: “Autocuidado Andar: capacitação da pessoa com alteração da marcha, após AVC, na perspectiva do Enfermeiro Especialista em Reabilitação”

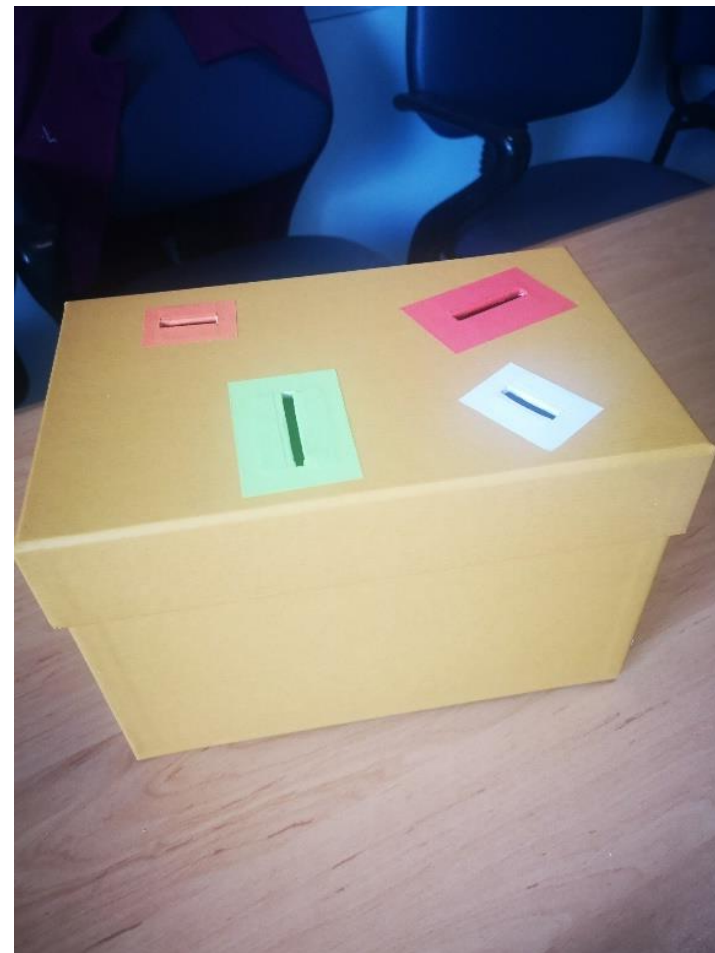
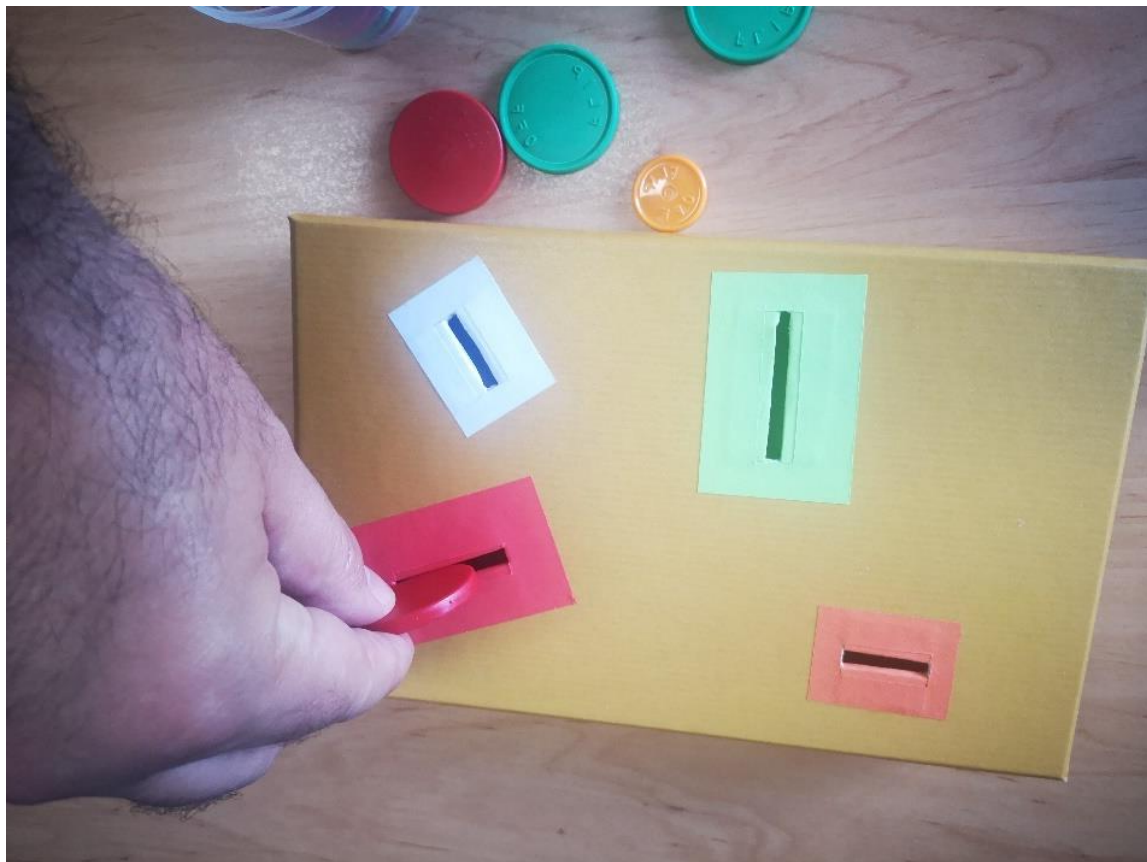
AUTOCUIDADO ANDAR

Capacitação da pessoa com alteração da marcha, após AVC, na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Reabilitação



Apêndice Z - Caixa de Atividades para Estímulo de Motricidade Fina





Apêndice AA - Questionário Informal Aplicado à Equipa (Médicos e Enfermeiros) da ECSCP

Na qualidade de estudante do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste curto questionário sobre a capacitação do cuidador da pessoa com mobilidade comprometida.

Desde já agradeço a sua colaboração e o tempo dispensado.

Bruno Salgueiro (brunosalgueiro8665@esscvp.eu)

1 – Existe na unidade algum instrumento de suporte para os cuidadores de utentes com a mobilidade comprometida?

Sim Não

2 – Que instrumento considera pertinente realizar?

Guia Manual

Folheto Outro: _____

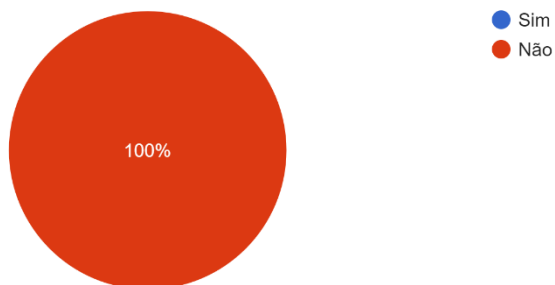
3 – Considerando os elementos a constar desse instrumento, mencione a relevância de cada um:

	Irrelevante	Relevante	Muito relevante
Higiene			
Transferência			
Prevenção de úlceras por pressão			
Posicionamentos			
Cuidados ao próprio cuidador			

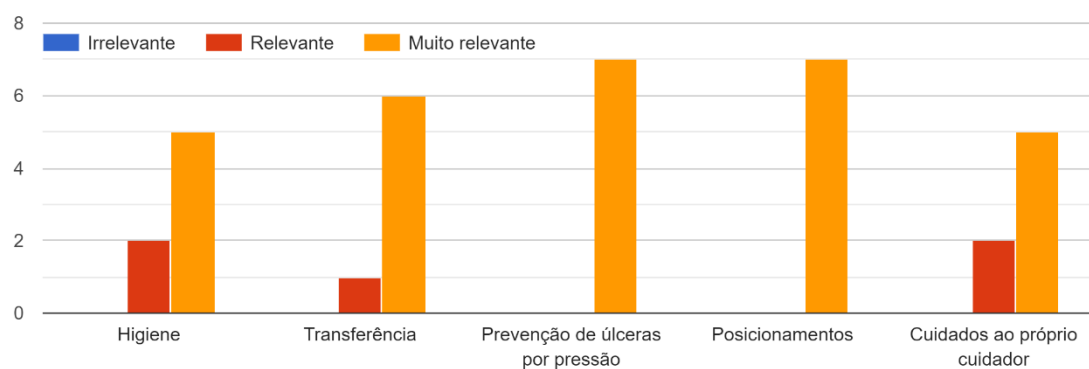
Apêndice AB - Respostas ao questionário informal aplicado à equipa da ESCSP

Existe na unidade um instrumento de suporte informativo para os cuidadores de utentes com mobilidade comprometida?

7 respostas

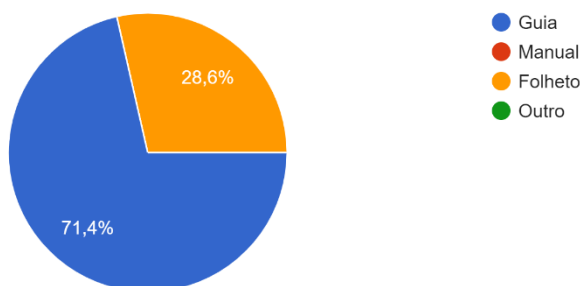


Considerando os elementos a constar desse instrumento, mencione a relevância de cada um:



Que instrumento considera pertinente realizar neste âmbito?

7 respostas



Apêndice AC - Guia: “Guia para Cuidadores da Pessoa com Alteração da Mobilidade”

Guia para Cuidadores da Pessoa com Alteração da Mobilidade



Elaborado por: Bruno Salgueiro, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP-Lisboa

Supervisora clínica: [REDACTED] Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Supervisora pedagógica: Prof.^a Joana Marques

Índice

- 1) Para si, que é cuidador
 - 2) Higiene
 - 3) Vestuário e roupa da cama
 - 4) Mobilização na cama
 - 5) Transferência
 - 6) Prevenção de úlceras por pressão
 - 7) Cuide de si
 - 8) Bibliografia
-

Para si, que é cuidador:

- Pretende-se que este guia seja de fácil leitura e compreensão, a fim de colocar em prática as informações que nele constam

- É um guia que abrange diferentes fases de dependência da pessoa, independentemente da sua idade

- Estas orientações vão ajudá-lo na execuções de cuidados ao seu familiar ou pessoa dependente; se tal não for possível, fale com as equipas comunitárias a fim de encontrar a melhor solução

- Espera-se que seja uma mais-valia para si e para os que o rodeiam, na manutenção ou maximização da autonomia da pessoa dependente

Higiene



Higiene

- A higiene é um dos fatores mais importantes para o conforto e manutenção da qualidade de vida de uma pessoa.
- É importante avaliar o grau de dependência da pessoa, e adaptar a sua condição ao local onde é realizada a sua higiene pessoal (na casa-de-banho ou na cama)
- O cuidador deve auxiliar apenas o necessário, estimulando ao máximo a participação da pessoa.

Banho

- * O banho completo deve ser diário, a higiene íntima e das mãos sempre que necessário
- * Pode ser realizado a qualquer hora do dia, de acordo com a preferência da pessoa e com a sua disponibilidade física
- * Se o movimento provocar dor, deve ser administrado um analgésico 30 minutos



Chuveiro

- Ter em atenção a deslocação até à casa de banho, podendo ser necessário utilizar dispositivos de apoio (andarrilho ou cadeira de rodas, barras de apoio, etc.)
- Se a pessoa passou muitas horas deitada, é importante deixá-la sentada um pouco à beira da cama
- **Usar cadeira de apoio durante o banho (poliban ou banheira)**



Higiene

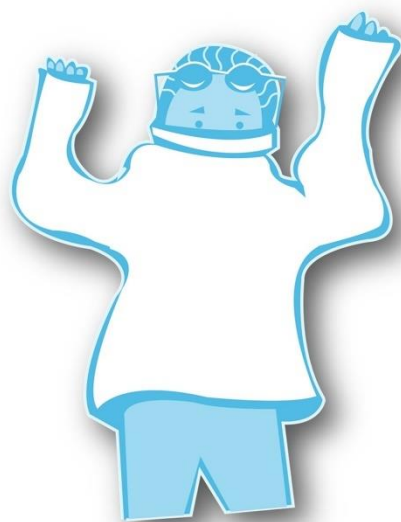
Cama

- Sempre que possível, deve ser realizado por 2 pessoas, dependendo do grau de dependência
- Ajuste a altura da cama, caso seja possível, de maneira a que fique ao nível da sua cintura
- Estimule a participação da pessoa
- Na mudança da roupa da cama, com a pessoa lateralizada, aproveite para vigiar a pele e massajar com creme hidratante as zonas que não estão avermelhadas
- Coloque um resguardo de pano desde a região dos ombros até à anca para facilitar a mudança de posição
- No final, com a cabeceira mais elevada ou com a pessoa sentada, proceda à higiene oral. Esta deverá ser repetida ao longo do dia.



Realize a higiene dos genitais sempre que mudar a fralda. Não só previne infeções, como também permite vigiar melhor a integridade da pele.

Vestuário e Roupa da cama



Vestuário

- Promova a mudança diária de roupa. A roupa limpa e atrativa ajuda a manter a auto-imagem e auto-estima.
- Dê preferência a roupa larga, confortável, sem costuras nem botões que possam magoar a pele.
- Os sapatos devem ser fechados, com sola de borracha, bem adaptados ao pé e sem salto.

Vestir a pessoa sentada

- Explique à pessoa o que vai fazer para que esta possa ajudar, se possível
- Tanto a nível de braços como das pernas, vestir sempre primeiro o lado que tem menos força e só depois o lado com mais força



Vestir a pessoa deitada

- Faça uma abertura nas costas das camisolas ou camisas de dormir, e substitua o cinto por elástico nas calças (ex. fato de treino)
- Se a pessoa tem o braço/perna sem movimento, vista primeiro esse membro e só depois o membro menos afetado; para despir faça pela ordem inversa

Roupa da cama

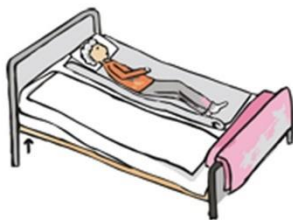
Para quem passa muito tempo na cama, convém que esta se mantenha limpa e confortável.

De preferência use lençóis 100% algodão, pois evitam a transpiração da pessoa e podem ser lavados a altas temperaturas.

Se necessário, mude diariamente os lençóis da cama. Se não, mantenha-os bem esticados e livres de migalhas ou outros restos de comida.

Os lençóis enrugados, além de desconfortáveis, podem levar ao aparecimento de feridas. Se a pessoa puder sair da cama, é nesse período que se pode aproveitar para a muda da cama. Se não sair da cama, deve proceder com a pessoa na cama da seguinte maneira:

1. Rode a pessoa na cama, apoiando o ombro e a anca de maneira a que fique virada para si
2. Certifique-se de que a pessoa está confortável e numa posição estável
3. Liberte o lençol de baixo e encoste-o às costas da pessoa
4. Coloque o lençol de baixo limpo, aproximando-o das costas da pessoa
5. Desloque a pessoa para o lado contrário, rodando-a no leito sobre o lençol limpo (para maior segurança efetue este passo com as grades do lado contrário levantadas)
6. Retire o lençol sujo e estique bem o lençol lavado
7. Posicione a pessoa de modo confortável, e coloque a roupa de cima



Mobilização na cama

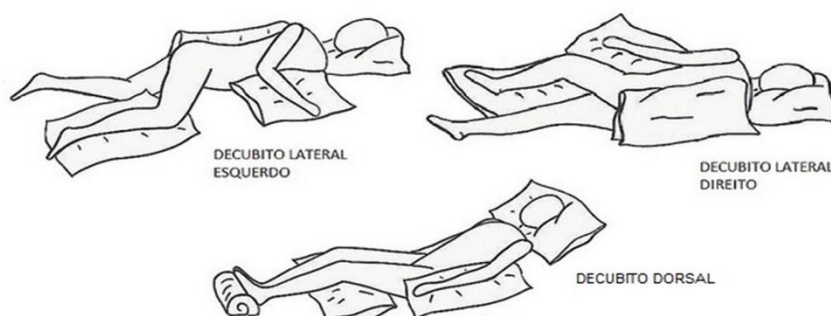


Mobilização na cama

- A mobilização na cama é a mudança de posição da pessoa na cama, com ou sem colaboração da mesma.
- Importante utilizar o **resguardo de pano**, que permite realizar os movimentos com mais facilidade e segurança.
- **Cuide da sua postura** ao realizar os movimentos: mantenha as costas direitas, os joelhos dobrados e os pés afastados um do outro 30 cm. Se não for capaz de realizar esta tarefa sozinho, peça ajuda de um familiar ou cuidador

A pessoa com limitações físicas que permanece muito tempo na mesma posição tem um risco aumentado de feridas e problemas de circulação

Quando deitado na cama, são 3 as posições que devem alternar entre si:



- * Mude de posição idealmente de 2 em 2 horas
- * O tempo entre cada posicionamento pode ser ajustável, dependendo do grau de dependência da pessoa, do seu conforto e da condição da pele
- * Utilize um colchão e almofadas adaptados à necessidade da pessoa. Em caso de dúvida, fale com a equipa

Mobilização na cama

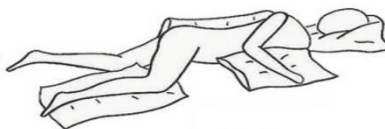
Decúbito dorsal (deitado de costas)

- 1) Firme bem os seus pés e separe-os 30 cm. Ajuste a altura da cama ao nível da sua cintura, se possível
- 2) Dobre os joelhos da pessoa e peça para firmar os pés no colchão (se possível)
- 3) **Com um braço debaixo dos ombros e o outro debaixo das coxas**, eleve a pessoa no sentido da cabeceira da cama
- 4) Coloque as almofadas de maneira a que alivie a pressão nos calcanhares e fique confortável (por exemplo, debaixo dos joelhos e a



Decúbito lateral (direito ou esquerdo)

- 1) **Utilize o resguardo** para mobilizar a pessoa, tendo o cuidado de levantar e não arrastar (pode provocar feridas por fricção)
- 2) Para rodar a pessoa, coloque uma mão debaixo do ombro e a outra na anca e faça rolar a pessoa na sua direção
- 3) Coloque uma almofada a apoiar as costas e ajuste à pessoa para lhe dar apoio e conforto
- 4) Verifique se o ombro e o braço que ficam por baixo estão confortáveis, podendo aliviar a pressão nos mesmos
- 5) O braço que fica por cima pode ficar mais confortável se ficar apoiado numa almofada
- 6) Posicione a perna que fica por cima ligeiramente para a frente para evitar que fique pousada sobre a de baixo e coloque uma almofada ao longo da coxa



Transferência

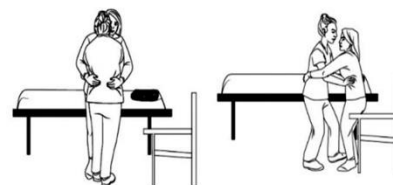
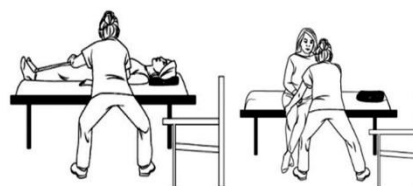


Transferência

- Transferir significa a deslocação da pessoa de uma superfície para outra, como da cama para a cadeira
- Antes de realizar a transferência, deve ser avaliada a capacidade da pessoa ajudar, e eventualmente realizar o procedimento com a ajuda de outro cuidador
- Se necessário, existem produtos de apoio disponíveis para ajudar a realizar o procedimento em segurança

Levante com apenas com um cuidador

- 1) Chegue a pessoa para a beira da cama após colocar a poltrona junto à cabeceira
- 2) Se a pessoa tiver menos força de um dos lados, pode **colocar uma almofada ao longo da poltrona desse mesmo lado**, de maneira a que apoie a coxa e a nádega do lado afetado
- 3) Afaste os seus pés para aumentar a base de apoio e sente a pessoa com os pés para fora da cama. A partir deste momento não se afaste pelo risco de queda (por tonturas, desequilíbrio, etc.)
- 4) Apoie os braços da pessoa nos seus ombros
- 5) Dobre os joelhos e segure na cintura da pessoa enquanto esta sai da cama para ficar na posição vertical
- 6) Rode a pessoa de maneira a que esta fique com as pernas junto à poltrona e ajude a sentá-la
- 7) Para voltar ao leito, repetir os passos por ordem inversa.



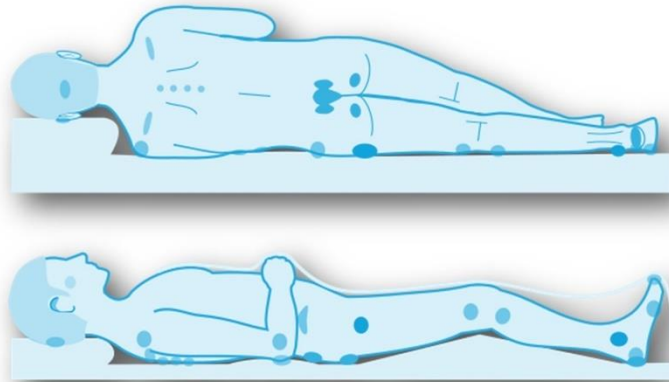
Transferência

Levante com elevador mecânico

- 1) De preferência realize este procedimento com ajuda de outra pessoa
- 2) Reunir o material necessário (poltrona ou cadeirão junto à cama, lona de transferência e o elevador); bloquear as rodas da poltrona.
- 3) Se a pessoa tem menos força de um dos lados do corpo, **pode colocar uma almofada na poltrona de maneira a que dê apoio ao longo da perna e da ná-dega** (evita lateralização do tronco)
- 4) Se estiver só, ou se a pessoa não tem equilíbrio sentada, lateralize-a e coloque a lona nas costas desde a cervical à região do cóccix; caso a pessoa tenha equilíbrio, sente-a à beira da cama com as pernas para fora e ajuste a lona da mesma forma
- 5) Coloque os braços da lona debaixo das coxas
- 6) Coloque as presilhas da lona nos ganchos do elevador e faça a transferência (**bloqueie as rodas do elevador para maior segurança**)
- 7) Ao fazer descer a pessoa na poltrona ou cadeirão, dê apoio de maneira a que fique centrada e bem sentada
- 8) Remova a lona e ajuste a pessoa na poltrona
- 9) Para transferir a pessoa para a cama, repetir os passos por ordem inversa

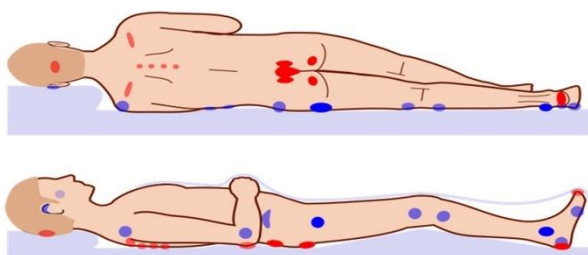


Prevenção de úlceras por pressão






Prevenção de úlceras por pressão

- As úlceras por pressão (UP), também chamadas de escaras ou úlceras de decúbito, são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície (colchão, almofada, cadeira, ...)
- Considera-se UP quando surge uma **zona avermelhada na pele** que não desaparece ao fim de 1 hora após o alívio da pressão, podendo ser classificada em diferentes graus consoante a sua gravidade.
- Os locais mais comuns são nas chamadas proeminências ósseas, zonas onde existe pouco tecido debaixo da pele, estando os ossos mais salientes.



Se detetar uma ou mais zonas avermelhadas que não aliviam com a mudança de posição ou alívio da pressão, feridas ou bolhas na pele, deverá falar com o enfermeiro

Prevenção de úlceras por pressão

Locais de maior risco de UP conforme a posição		
Decúbito dorsal (deitado de costas)	Decúbito lateral (deitado de lado)	Sentado na poltrona ou cadeira
<p>Nuca, omoplatas, cotovelos, região sacrococcígea (fundo das costas) e calcanhares</p> 	<p>Orelha, ombro, grelha costal (costelas), cotovelo, anca, joelho, tornozelo, pé</p> 	<p>Nuca, omoplatas, região sacrococcígea ou nádegas, joelho (posterior), calcanhares</p> 

Como prevenir?

Observação da pele

Vigiar a pele durante os cuidados de higiene e sempre que ocorre mudança de posição

Cuidados à pele

Manter limpa e seca (ter atenção às pregas cutâneas). Nos cuidados de higiene deve-se utilizar um sabão neutro. Usar creme hidratante sem massajar as proeminências ósseas ou zonas avermelhadas

Posicionamentos

Alternar de posição regularmente de maneira a aliviar a pressão nas zonas onde o corpo se encontra em contacto com a superfície. É importante que incentive a pessoa a mudar de posição quando esta ainda o consegue fazer; caso não o consiga, deve mudar a pessoa de posição e posicioná-la com recurso a almofadas

Prevenção de úlceras por pressão

Como prevenir?

Roupa da cama e vestuário

Deve estar limpa, seca e bem esticada, sem costuras que possam magoar a pele. Tanto a roupa da cama como o vestuário devem estar adequados à temperatura ambiente

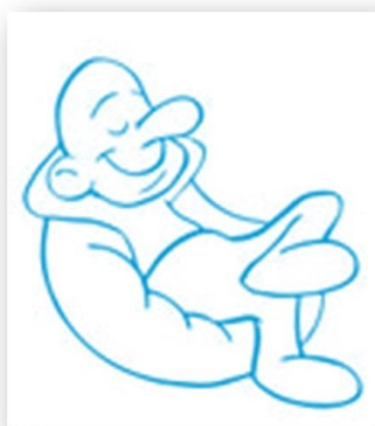
Alimentação e exercício

Realizar uma alimentação rica e equilibrada, bem como uma hidratação adequada, poderá ajudar na prevenção de UP. Deve ser encorajado o movimento e realização de pequenos exercícios simples, bem como a realização das suas atividades de vida diária sempre que possível

Dispositivos para alívio de pressão

Para alívio de pressão entre o corpo e a superfície da cama ou cadeira, existem dispositivos que podem ser usados, como almofadas de gel, colchões de pressão alternada, calcanheiras, etc. Caso sinta necessidade de usar um destes dispositivos, antes de o adquirir fale com o seu enfermeiro.

Cuide de si



Cuide de si

Quando alguém próximo de nós adoecer, a adaptação a esta nova realidade pode ser difícil. Ao cuidarmos de alguém que necessita de cuidados permanentes, no nosso domicílio, acaba por alterar muito a nossa rotina diária. Perante isto, é **normal que se sinta cansado, física e mentalmente, frustrado ou até mesmo incapaz** de realizar as suas atividades.

Quando se cuida dos outros, pode acontecer “esquecer-se” dos restantes familiares e amigos, ou até de si próprio. Se não estiver bem consigo mesmo, dificilmente estará bem para cuidar do outro.

Ficam aqui alguns conselhos para si:

Reserve algum tempo para a prática de exercício físico

Solicite a ajuda de familiares e/ou amigos sempre que se sentir sobrecarregado/a ou cansado/a

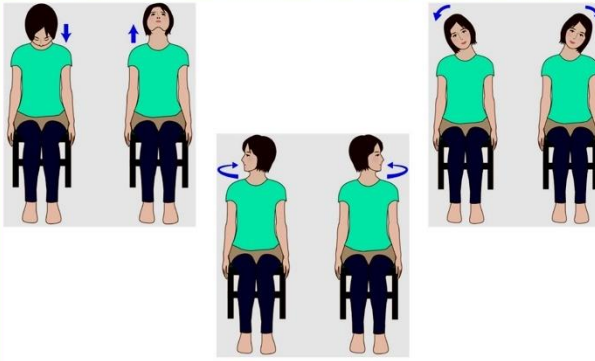
Peça e aceite ajuda de outras pessoas

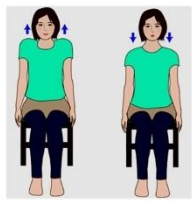
Chore se ajudar, ria sem se sentir culpado


Fale dos seus sentimentos e preocupações com alguém da sua confiança

Cuide de si

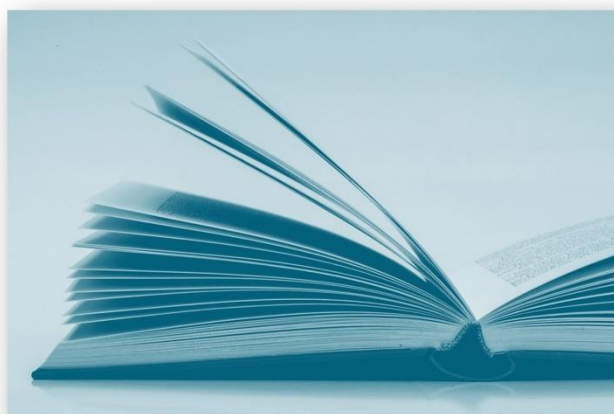
São diversos os exercícios que pode realizar em casa, sentado/a, para ajudar a relaxar a tensão muscular, e a reduzir o cansaço físico e psicológico. Aqui ficam alguns exemplos:

Cabeça	
<ul style="list-style-type: none"> • Realize flexão da cabeça (juntar o queixo ao peito) e extensão (olhar para o teto), repita 5x • Rode a cabeça para um lado e para o outro (dizer que não) 5x cada lado • Incline a cabeça para um lado e para o outro (junte a orelha ao ombro 5x) 	

Pescoço	
<ul style="list-style-type: none"> • Eleve os ombros como se os quisesse juntar às orelhas, enquanto inspira profundamente pelo nariz; quando baixar os ombros expire pela boca 	

Braços e pernas	
<ul style="list-style-type: none"> • Levante um braço enquanto baixa o outro. Repita 5x cada lado. • Estique uma perna de cada vez, alternadamente. Mantenha alguns segundos e descansa. Repita 5x cada perna. 	

Bibliografia



Bibliografia

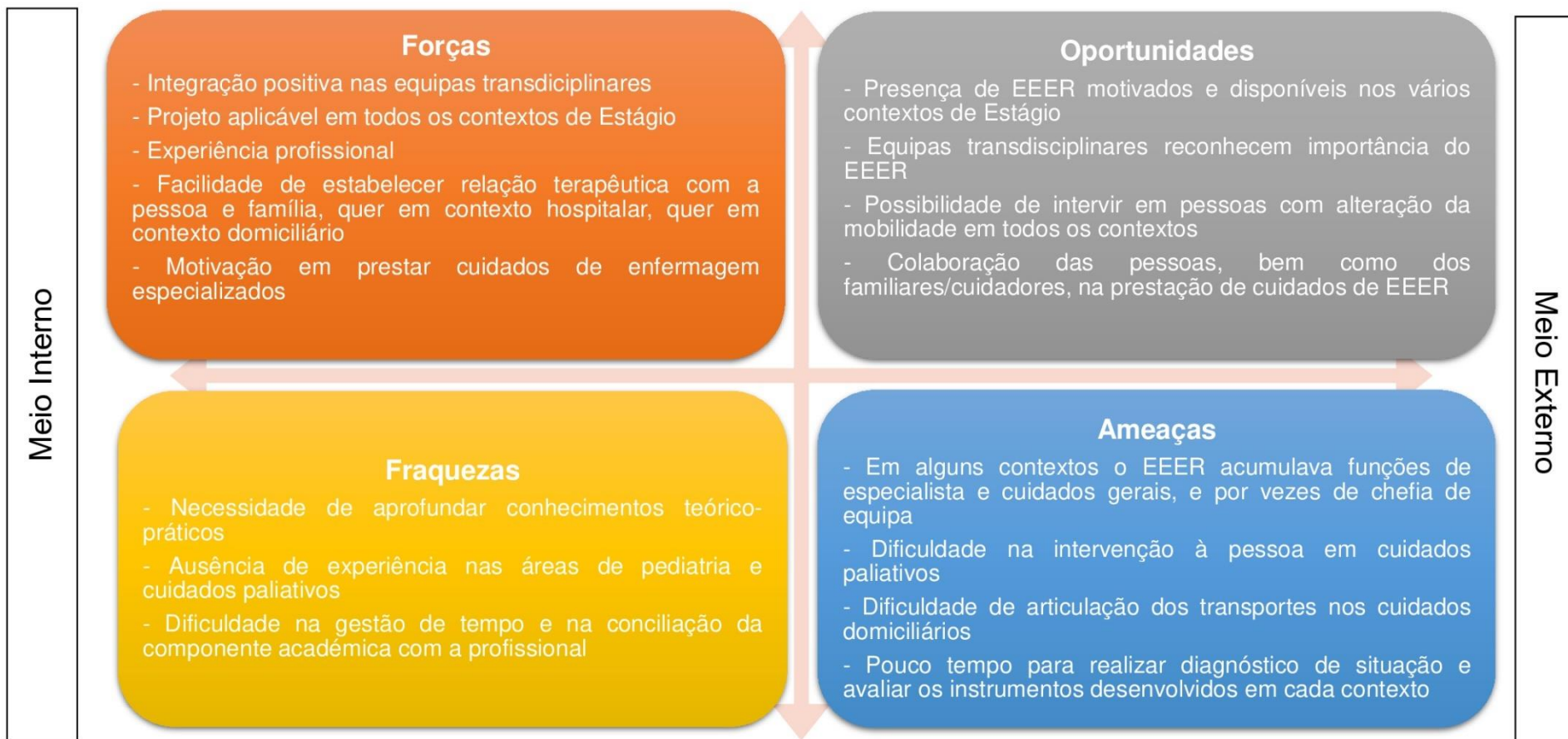
1. Manual do Cuidador ACES Espinho/Gaia [Internet]. 2014. Available from: <https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-do-Cuidador-Infomal-de-Utentes-Dependentes.pdf>
2. Dixe M, Querido A, Pereira C, Soares E, Gomes J, Teixeira L, Sousa P, Amado S, Peralta T. Apoiar no autocuidado de utentes e cuidadores informais [Internet]. 1.^a ed., Nov 2018. Available from: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3945/1/Manual%20do%20Cuidador%20final.pdf>
3. Prevenção de úlceras por pressão: guia prático ilustrado. Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. Manual do Cuidador [Internet]. Available from: https://usism.azores.gov.pt/wp/?wpfb_dl=5
4. Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos OE. Série 1. Número 7. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Apêndice AD – Quadro de utentes da UHD

Utente (diagnóstico principal)	Avaliação Inicial	Programa de Reabilitação		Avaliação Final
		Primeira sessão	Última sessão	
A (Síndrome de imobilidade prolongada + Espondilodiscite)	<p>Índice Barthel: 15</p> <p>Escala de força muscular MRC: Grau 4/5 nos membros inferiores, Grau 5 nos membros superiores</p> <p>Borg no início da sessão: 0</p> <p>Borg no final da sessão: 7</p>	<p>- RFR: dissociação e controlo dos tempos respiratórios + reeducação abdominodiafragmática</p> <p>- Mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas dos membros inferiores</p> <p>- Rolamentos no leito (6x cada lado)</p> <p>- Ponte no leito (6x 5 segundos cada)</p> <p>- Treino de equilíbrio sentado</p> <p>- Levante com ajuda total e apoio bilateral</p> <p>- Treino de AVD: alimentar-se, eliminação vesical em urinol.</p>	<p>- RFR: dissociação e controlo dos tempos respiratórios + reeducação abdominodiafragmática</p> <p>- Mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas dos membros inferiores</p> <p>- Rolamentos no leito (6x cada lado)</p> <p>- Ponte no leito (6x 5 segundos cada)</p> <p>- Treino de equilíbrio sentado</p> <p>- Levante com ajuda total e apoio unilateral com andarilho</p> <p>- Treino de transferência para cadeirão.</p>	<p>Índice Barthel: 30</p> <p>Escala de força muscular MRC: Grau 4+/5 nos membros inferiores, Grau 5 nos membros superiores</p> <p>Borg no início da sessão: 0</p> <p>Borg no final da sessão: 5</p>

		Primeira sessão	Última sessão	
B (Insuficiência cardíaca + renal)	Índice Barthel: 55 Oxigenoterapia a ser administrada: 1 L/min Borg no início da sessão: 2 Borg no final da sessão: 4	- RFR: dissociação e controlo dos tempos respiratórios + reeducação abdominodiafragmática + abertura costal global com bastão	- RFR: dissociação e controlo dos tempos respiratórios + reeducação abdominodiafragmática + abertura costal global com bastão - RFM: treino de marcha no corredor com ensino de técnicas de conservação de energia	Índice Barthel: 65 Oxigenoterapia a ser administrada: 1,5 L/min Borg no início da sessão: 2 Borg no final da sessão: 3
C (Infeção respiratória + Esclerose múltipla)	Índice Barthel: 25 Oxigenoterapia a ser administrada: 4 L/min Borg no início da sessão: 3 Borg no final da sessão: 7	- RFR: dissociação e controlo dos tempos respiratórios + reeducação abdominodiafragmática + abertura costal seletiva bilateral	- RFR: dissociação e controlo dos tempos respiratórios + reeducação abdominodiafragmática + abertura costal global com bastão + abertura costal seletiva bilateral - RFM: mobilizações passivas dos membros inferiores	Índice Barthel: 25 Oxigenoterapia a ser administrada: 2,5 L/min Borg no início da sessão: 2 Borg no final da sessão: 5

Apêndice AE - Análise SWOT do percurso de aquisição de competências nos contextos de Estágio



Anexos

Anexo 1 - Certificado de Participação no Webinar “Monitorização eletrocardiográfica para enfermagem”



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Bruno Salgueiro

participou no Webinar “**Monitorização Eletrocardiográfica para Enfermagem**” realizado no dia **17 de janeiro de 2024**, com a duração de 1 hora.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Vila Nova".

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo 2 - Certificado de Participação no Webinar “Benefícios da câmara expansora na inalação de medicamentos”



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Bruno Salgueiro

participou no **Webinar** “Benefícios da câmara expansora na inalação de medicamentos” realizado no dia **10 de abril de 2024**, com a duração de 1 hora.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Vila Nova".

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo 3 - Certificado de Participação no Webinar “A importância do in-exsuflador: modo de utilização e as suas vantagens”



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Bruno Salgueiro

participou no **Webinar** “A importância do In-Exsuflador: modo de utilização e as suas vantagens” realizado no dia **29 de maio de 2024**, com a duração de 1 hora.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Vila Nova".

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo 4 - Certificado de Participação no Webinar “Abordagem Paliativa em Diferentes Contextos”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

BRUNO MIGUEL DOMINGOS SALGUEIRO

membro nº **51720** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Abordagem Paliativa em Diferentes Contextos**", realizado no(s) dia(s) **no dia 8 de Maio de 2024**, com duração total de 2h, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 8 de Maio de 2024

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**Anexo 5 - Certificado de Participação como Membro da Comissão Organizadora
no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP –
Lisboa**



CERTIFICADO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que **Bruno Salgueiro integrou a Comissão Organizadora** do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado *online* nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Patricia Martins

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 8 de junho de 2024

