



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

**Reeducação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-
Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

Inês Rafaela Valente Silva

**Lisboa
2021**



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

**Reeducação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-
Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal**

Inês Rafaela Valente Silva



Orientador: Professora Doutora Maria de Fátima Marques



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e
nunca se arrepende.”*

Leonardo Da Vinci

AGRADECIMENTOS

Às pessoas e famílias que fizeram parte deste meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me ser melhor um pouco todos os dias.

À Professora Maria de Fátima, que foi o meu maior suporte durante este percurso e me incentivou a ser mais e melhor pessoal e profissionalmente, que com a sua orientação me ajudou a ser mais exigente e atingir os meus objetivos. Uma grande incentivadora durante o meu percurso e que nunca me deixou desistir.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Marisa Santa Bárbara e Rosa Rodrigues, pela tutoria e pelo exemplo profissional que me deram.

Aos meus pais que durante toda a minha vida têm sido o meu pilar, o meu suporte e o meu maior tesouro, amor incondicional.

À minha irmã, que sempre me dá o abanão da realidade mas me dá um apoio incondicional.

À minha família, que fizeram da ausência um hábito fazendo-se sempre presentes com o seu apoio e amor.

Ao Diogo, que nunca me deixou desistir.

À Vera, minha amiga e companheira de sempre e para sempre, junta comigo neste barco que chegou a bom porto.

Aos meus bons amigos, que compreenderam a minha ausência, me obrigaram a sair da rotina tantas vezes, me apoiaram sempre e contribuíram para manter uma alimentação saudável nos tempos conturbados.

O meu eterno agradecimento a todos.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipas Coordenadoras Locais

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EPAP – Expiratory Positive Airway Pressure

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EESMO – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISBAR - Identificação, Situação, *Background* (antecedentes), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendações)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito, Contexto

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RTAT – Respiratory Therapy Asses-and-Treat

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT - Strengths, Weaknesses/ limitations, Opportunities, Threats

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

URR - Unidade de Reabilitação Respiratória

WHO- World Health Organization

RESUMO

O número de intervenções cirúrgicas tem vindo a aumentar nos últimos anos relacionado com o aumento da incidência de doenças crónicas e de processos oncológicos, que são influenciadas pelos estilos de vida e comportamentos de saúde adotados. Com o aumento do volume de cirurgias aumentam as complicações associadas ao procedimento cirúrgico podendo muitas destas ser preveníveis, por exemplo nas cirurgias programadas, através de cuidados de saúde adequados e programados.

As complicações respiratórias no pós-operatório têm um impacto significativo na recuperação da pessoa submetida a cirurgia abdominal e na sua qualidade de vida, aumentando a morbilidade e mortalidade, tempos de internamento hospitalar e os custos associados.

A RFR apresenta benefícios comprovados na prevenção e tratamento das complicações respiratórias associadas a cirurgia abdominal, possuindo o EEER competências específicas que permitem intervir a este nível através programas de RFR individualizados e personalizados às necessidades de cada pessoa.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação, a temática desenvolvida foi a RFR no pré e pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal. Durante este percurso delineei um projeto de formação de forma a operacionalizar a temática nos contextos de estágio, culminando com a elaboração deste relatório onde se descrevem as atividades desenvolvidas e o percurso reflexivo que permitiu desenvolver as competências do EEER.

A teoria de Enfermagem foi, também, mobilizada para a elaboração e implementação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação com base no referencial teórico de Betty Neuman.

Palavras-Chave: Terapia Respiratória; Enfermagem de Reabilitação; Cirurgia; Cuidados pré-operatórios; Cuidados pós-operatórios.

ABSTRACT

The number of surgical interventions has been increasing in the last few years and is related to the increased incidence of chronic diseases and oncological procedures, which are influenced by the lifestyles and health behaviors adopted. With the increasing volume of surgeries, complications associated with the surgical procedure may be preventable, for example in scheduled surgeries, through appropriate and programmed health care.

Post-operative respiratory complications have a significant impact on the recovery of the person undergoing abdominal surgery and their quality of life, increasing morbidity and mortality, hospital admission times and associated costs.

Respiratory therapy presents proven benefits in the prevention and treatment of respiratory complications associated with abdominal surgery. Associating a Nurse practitioner specialized in Nursing Rehabilitation, makes it possible to intervene by using individualized respiratory therapy programs personalized to the needs of each person.

Within the framework of the Master Degree in Nursing specialized in the area of Rehabilitation Nursing, the theme developed was the respiratory therapy in the pre- and post-operative of the person undergoing abdominal surgery. During this journey I outlined a training project in order to put in practice the thematic in the in internship contexts, culminating in the preparation of this report describing the activities developed and the reflective path that allowed the development of the Nurse Specialized in Nursing Rehabilitation competences.

Nursing theory was also mobilized for the elaboration and implementation of nursing rehabilitation care based on Betty Neuman's theoretical framework.

Key Words: Respiratory therapy; Rehabilitation Nursing; Surgery; preoperative care; postoperative care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	13
1.1 Enquadramento Teórico	13
1.2 A Pessoa submetida a Cirurgia Abdominal e a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	16
1.3 Quadro de Referência Teórico de Enfermagem.....	20
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	22
2.1 Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos Definidos	22
2.2 Avaliação Global das Aprendizagens Realizadas em Estágio: a Reconstituição de Enfermeira Generalista para Especialista	40
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de formação

Apêndice II – Folheto ECCI

Apêndice III – Folheto RFR

Apêndice IV – Jornal de aprendizagem 3

Apêndice V – Jornal de aprendizagem 4

Apêndice VI – Jornal de aprendizagem 5

Apêndice VII – Plano de Cuidados

Apêndice VIII – Estudo de caso ECCI

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Técnicas de RFR no período pré e pós-operatório segundo a evidência/literatura analisada.....	19
Quadro 2. Objetivos específicos associados às competências a desenvolver.....	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Betty Neuman adaptado aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia abdominal.....	21
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Ferramenta SWOT aplicada ao estágio.....	41
---	----

INTRODUÇÃO

Este documento é denominado por Relatório de Estágio elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O relatório de estágio foi desenvolvido no seguimento do culminar de um percurso iniciado no ano letivo 2018/2019 explanando a reflexão e apreciação do percurso durante o Estágio, orientado para a aquisição das competências científicas, técnicas e humanas exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Decreto-lei nº 140/2019, 6 de fevereiro) e acreditação dos pontos de referência requeridos pelo Ministério da Educação para aquisição do grau de Mestre – Descritores de Dublin (Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho).

Reflete, ainda, o estudo da intervenção do EEER no âmbito da intervenção do EEER ao nível da Reeducação Funcional Respiratória (RFR) no pré e pós-operatório da Pessoa submetida a Cirurgia Abdominal com intuito de prevenir complicações pulmonares, melhorar a capacidade pulmonar e ventilatória de forma a uma recuperação mais eficaz.

Sucintamente, visa apresentar a apreciação dos resultados da implementação do projeto de formação elaborado anteriormente, intitulado “*Reabilitação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal*”, através da descrição e análise das atividades programadas e executadas e, também, das competências desenvolvidas durante o percurso de estágio.

A escolha da problemática decorreu, primeiramente, de um interesse pessoal pois, diariamente, lido com pessoas submetidas a cirurgia abdominal com repercussões a nível do sistema respiratório em consequência dos longos períodos em que estão sujeitos a anestesia/entubações e, alguns dos casos, a ventilação mecânica no período em que permanecem nos cuidados intensivos. Estes clientes não tendo sido submetidos a qualquer tipo reabilitação respiratória nos períodos pré ou pós-operatório têm uma recuperação mais lenta e difícil sofrendo maiores complicações no pós-operatório.

Por outro lado, as intervenções autónomas do Enfermeiro de Reabilitação ao nível da função respiratória é, ainda, uma das áreas consideradas emergentes para investigação e produção de conhecimento, pela Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação no documento emanado em 2015 sobre as áreas de investigação prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Para guiar a execução e desenvolvimento deste projeto de formação e o desenvolvimento de competências do EEER, ao longo do percurso de estágio, foram determinados dois objetivos gerais e nove objetivos específicos que correspondem às competências gerais do enfermeiro especialista (Decreto-lei nº 140/2019, 6 de fevereiro) e às competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019, 3 de maio).

O primeiro objetivo geral definido *“Desenvolver competências como EEER, no âmbito da reabilitação Funcional Respiratória, no pré e pós-operatório de clientes submetidos a cirurgia abdominal”*, tendo sido operacionalizado no estágio de contexto hospitalar (Unidade de Reabilitação Respiratória - URR). O segundo objetivo geral: *“Desenvolver competências como EEER no âmbito da reabilitação cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade”* foi operacionalizado no contexto da comunidade (Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI).

A operacionalização dos objetivos sucedeu ao longo do primeiro semestre do ano letivo de 2019/2020 durante 750 horas, distribuídas por 500 horas de estágio, divididas em dois contextos da prática clínica – comunitário e hospitalar, tendo ficado sob tutela de um Enfermeiro Especialista perito na área de Enfermagem de Reabilitação.

De 24 de setembro a 23 de novembro de 2019 o estágio decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e de 26 de novembro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020 numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR).

O documento estruturador do percurso encontra-se no APÊNDICE I – Projeto de formação: Reabilitação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal.

O presente Relatório de Estágio é constituído pela introdução, primeiro capítulo e segundo capítulo, considerações finais, referências bibliográficas e apêndices.

A Introdução é composta pela apresentação do intuito da elaboração deste Relatório de Estágio e do projeto de formação, problemática escolhida e justificação da pertinência da sua escolha. Apresenta, ainda, os objetivos gerais do projeto de formação fazendo referência ao documento integral e os contextos de implementação do mesmo.

O primeiro capítulo é constituído pela componente científica e formativa do projeto de estágio realizando-se um enquadramento teórico onde se incluem dados estatísticos relacionado com a temática em estudo evidenciando-se a sua pertinência e metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto. Realiza-se, também, uma revisão da evidência científica subordinada ao tema do pré e pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal e da intervenção específica do EEER. Por fim, o enquadramento do quadro de

referência teórico de Enfermagem – Modelo de Sistemas de Betty Neuman – no tema em estudo e a sua aplicação prática na intervenção do EEER.

O segundo capítulo refere-se ao desenvolvimento de competências do EEER durante o estágio sendo composto pela descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos definidos, das competências adquiridas e desenvolvidas neste período. Neste capítulo, realiza-se a avaliação global de todas as aprendizagens realizadas durante o percurso de estágio, contributo do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados e a minha reconstituição enquanto EEER.

Como culminar deste relatório as considerações finais onde se apresentam a síntese das principais ideias e resultados para a Enfermagem de Reabilitação, incluindo-se as dificuldades surgidas ao longo deste período, a contribuição deste percurso para o desenvolvimento profissional e as perspetivas para o futuro/ continuidade da implementação deste projeto de formação na prática diária de cuidados.

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

1.1 Enquadramento Teórico

Em Portugal, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 80,80 anos para o total da população sendo que para o sexo masculino é de 77,78 anos e para o sexo feminino é de 83,43 anos (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2020). As principais causas de morte devem-se a doenças do aparelho circulatório (29% do total de óbitos) e a tumores malignos (24,6% dos óbitos), seguindo-se as doenças do aparelho respiratório (11,7%) (INE, 2020).

As doenças do aparelho respiratório registaram em 2018 o maior aumento de óbitos em pessoas com 85 anos e mais (INE, 2020) sugerindo que o aumento da esperança média de vida tem um impacto importante da morbilidade e mortalidade das doenças respiratórias crónicas, sendo que a sua maior expressão ocorre nas faixas etárias mais elevadas (Direção Geral de Saúde - DGS, 2018). As doenças respiratórias crónicas com maior expressão em Portugal são a Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (DGS, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o impacto crescente das intervenções cirúrgicas na saúde pública associando-se a um aumento a nível mundial da esperança média de vida e da incidência das doenças oncológicas, cardiovasculares e traumáticas (World Health Organization - WHO, 2009).

A OMS assume uma taxa mundial de 3% de eventos adversos peri-operatórios e de 0,5% de mortalidade cirúrgica. Estes dados traduzem-se em quase sete milhões de pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos por ano que sofrem de complicações, em que destes, um milhão morre durante ou imediatamente após a cirurgia, sendo que destes quase metade são considerados preveníveis (WHO, 2009).

Segundo as Estatísticas da Saúde 2018 do INE, foram realizadas 970,2 mil cirurgias (excluindo-se aqui as pequenas cirurgias) o que corresponde a um aumento de 28,5 mil cirurgias relativamente ao ano de 2017. Sendo que as especialidades que mais realizaram cirurgias foram a oftalmologia (25,8%), cirurgia geral (18%), ortopedia (16,9%) e ginecologia-obstetrícia (9,2%) (INE, 2020).

Em 2018 foi, também, o ano em que se realizou o maior número de sempre na área da obesidade e das neoplasias malignas de forma a dar resposta ao crescimento de procura que se registou (Ministério da Saúde, 2019).

Os dados sobre as cirurgias encontram-se dispersos e são genéricos, não existindo dados específicos sobre mortalidade e morbilidade operatória, complicações associadas ao procedimento cirúrgico tal como os seus custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Como base formativa para este relatório, como já foi referido anteriormente, está o projeto de estágio onde se optou pela realização de uma revisão scoping com objetivo de dar resposta à pergunta de investigação, segundo a terminologia PCC (população, conceito e contexto): Qual a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias (C) de pessoas submetidas a cirurgia abdominal (P) a nível hospitalar? (C).

Foram definidos como critérios de inclusão: adulto, submetido a cirurgia, intervenções de terapia respiratória, cuidados pré-operatórios e cuidados pós-operatórios. Os critérios de exclusão foram considerados: não ser adulto. Para esta revisão foram considerados todos os artigos publicados em revistas científicas, em texto integral sem limite temporal, em Português, Inglês ou Espanhol. Foram, também, consideradas diretrizes e normas de intervenção e livros de interesse na área de Enfermagem de Reabilitação. Desta pesquisa e posterior análise foram incluídos 5 artigos na revisão que são referenciados os seus resultados abaixo. Adiciono, também, artigos mais recentes sobre esta temática visto que passou mais de um ano após a pesquisa para a revisão realizada.

No estudo de Huang et al. (2017), este concluiu que um programa intensivo de reabilitação pré-operatório diminui positivamente os valores da proteína-D surfactante em pacientes com cancro do pulmão com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Valores elevados de proteína-D surfactante podem estar relacionados com o elevado risco de incidência de complicações respiratórias no pós-operatório podendo, assim, ser considerada um potencial preditor para avaliação da eficiência dos programas de reabilitação pré-operatória e do risco de ocorrência complicações respiratórias no pós-operatório

Dailey, Malinowski, Baugher & Rowley (2017) concluiu que a implementação do protocolo RTAT (Respiratory Therapy Assess-and-Treat que inclui terapias de expansão pulmonar, higiene brônquica e aerossoloterapia) demonstrou diferença estatisticamente significativa na redução das causas de readmissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) no pós-operatório de cirurgia torácico-cardiovascular, mas, também que o estudo não é suficientemente abrangente para produzir resultados com evidência significativa (Dailey et al., 2017).

Adams (2017), realizou uma revisão da literatura com o objetivo de compreender se no pós-operatório da cirurgia abdominal é mais eficaz a utilização do espirómetro de incentivo do que “inspirações profundas seguidas de tosse forçada” para diminuir as complicações pulmonares tendo concluído que as duas técnicas têm equivalente nível de eficácia sendo que o papel do espirómetro de incentivo ainda está pouco estudado.

Ferreira, Delgado, Santos, Noro, Coelho & Paola (2020), referem na sua revisão que não existem diferenças significativas entre a utilização do espirómetro de incentivo e pressão

positiva intermitente. Sendo que a eficácia do espirómetro de incentivo fica demonstrada em pessoas submetidas a cirurgia abdominal mas é, ainda, necessária mais investigação nesta área.

Schwartz et al., (2020) referem que a utilização do inspirómetro de incentivo é considerada tão eficaz como a técnica de inspirações profundas para reduzir as complicações respiratórias no pós-operatório.

Naswa, Tuteja, Gupta, Aggarwal & Moiz (2017), concluíram que o Acappella® é tão eficaz como o ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR) na redução de complicações pulmonares após cirurgia de substituição de válvula cardíaca. Em ambos os grupos, as radiografias de tórax e complicações respiratórias melhoraram após instituição das técnicas (Naswa et al., 2017).

O' rman et al. (2010) concluiu que a máscara de Pressão Positiva Expiratória (EPAP) é mais efetiva do que o espirómetro de incentivo e tão efetiva como a Pressão Positiva Contínua (CPAP) no que diz respeito a volumes pulmonares, oxigenação e prevenção de atelectasia; que o CPAP diminui o risco de complicações pulmonares pós-operatórias após cirurgia abdominal. Assim, os resultados indicam que a EPAP tem um efeito similar a outros tratamentos incluindo o CPAP e não há evidência que a EPAP seja menos eficaz que outras técnicas (O' rman et al., 2010).

As complicações respiratórias continuam a ser a principal causa de morbilidade e aumento do número de dias de internamento após cirurgia (Ferreira et al., 2020; Lumb, 2019; Naswa et al., 2017; Schwartz et al., 2020). Sendo que os programas de reabilitação pulmonar foram confirmados como uma estratégia eficiente para aliviar sintomas, aumentar a tolerância ao exercício, melhora a qualidade de vida e reduz potencialmente o tempo de internamento e a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório (Ferreira et al., 2020; Huang et al., 2017; Marlow et al., 2020; Schwartz et al., 2020).

No que se refere ao período de intervenção pré-operatório, Schwartz et al. (2020) referem na sua revisão de literatura que a intervenção do terapeuta respiratório é essencial permitindo diminuir a incidência de complicações respiratórias após os procedimentos cirúrgicos em pessoas com comorbilidades associadas. A intervenção passa pela reeducação diafragmática, técnicas de limpeza das vias aéreas, ensinamentos sobre mobilizações e transferências (Schwartz et al., 2020). Os planos de intervenção no pós-operatório incluem, além de todas as atividades referidas acima, mobilização precoce e adequado controlo da dor de forma a permitir a adequada mobilização da musculatura respiratória (Schwartz et al., 2020).

Schwartz et al., (2020) consideram que os terapeutas respiratórios têm um papel preponderante na educação e supervisão dos programas de reabilitação no pré-operatório.

Considerando que, os programas reabilitação pulmonar pré-operatória são ferramentas cruciais na prevenção e redução das complicações respiratórias e que deveriam ser implementadas meses antes das cirurgias de forma a serem mais eficazes (Schwartz et al., 2020). Também, Marlow et al. (2020), referem que é importante identificar e iniciar programas de RFR meses antes dos procedimentos cirúrgicos de forma a otimizar a função respiratória e prevenir as complicações. Quanto mais eficazes e prolongados são os programas de intervenção a nível do pré-operatório mais eficaz será a prevenção e redução das complicações, incluindo pessoas fumadoras e que devem cumprir programas de cessação tabágica (Lumb, 2019).

Assim, dando resposta à questão de investigação pode concluir-se que as intervenções referidas em todos estes artigos trazem benefícios a nível da função respiratória no pré e pós-operatório de pessoas submetidos a cirurgia abdominal e são intervenções que pertencem ao âmbito de intervenção do EEER.

O EEER tem um campo de atuação abrangente, no entanto, pouco estudado e descrito em artigos de âmbito científico na área da intervenção da RFR no pré e pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal.

1.2 A Pessoa submetida a Cirurgia Abdominal e a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O procedimento cirúrgico inclui atos de diagnóstico e tratamento médico de traumatismos, deformidades e doença através de atos manuais e instrumentais podendo ser realizados a nível endoscópico ou por via aberta através de uma incisão na pele (Phipps, Sands & Marek, 2003). Estes procedimentos implicam uma preparação prévia e cuidados pós-operatórios, considerando-se todos estes períodos o peri-operatório.

A enfermagem perioperatória é centrada na pessoa, pretende dar respostas às alterações fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais do indivíduo causadas pela cirurgia (Monahan, Sands, Neighbors, Marek & Green, 2010). A segurança e o bem-estar da pessoa são o principal objetivo durante todo o período perioperatório¹ para uma adequada recuperação/reabilitação da pessoa cirúrgica.

Estas situações despertam reações de: *stress* psicológico que se manifesta pela ansiedade e medo do desconhecido, *stress* fisiológico manifestado por reações neuroendócrinas e, ainda, *stress* social pela possível implicação de alterações familiares e das funções e/ou papéis (Monahan et al., 2010).

¹ O período perioperatório inicia-se no momento em que a intervenção cirúrgica é decidida e culmina com o restabelecimento total das funções da pessoa (Phipps, Sands & Marek, 2003).

No que se refere aos sentimentos de medo e insegurança manifestados pela pessoa que irá ser submetida a cirurgia, estes são causados por: receio de eventuais consequências da cirurgia, falta de conhecimentos sobre a anestesia e os procedimentos que se associam ao procedimento cirúrgico em si, medo da dor, ansiedade da evolução no pós-operatório e o medo de perder funções (Queirós & Ventura, 2016).

As complicações respiratórias no pós-operatório são identificadas como uma das mais importantes causas de aumento da morbidade e mortalidade, tempo médio de internamento e nos custos associados a este (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Ferreira et al., 2020; Isaías, Sousa & Dias, 2012; Katsura, Kuriyama, Takeshima, Fukuhara & Furukawa, 2015; Lumb, 2019; Schwartz et al., 2020; Simmons & Simmons, 2012).

Os fatores de risco relacionados com complicações respiratórias no pós-operatório, identificados na literatura poder ser relacionados com a pessoa como a idade, sexo, tabagismo, obesidade, desnutrição ou relacionados com a cirurgia como a administração de opióides no intra-operatório, duração da anestesia, doença cardiopulmonar pré-existente, tempo de cirurgia e a técnica utilizada (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Isaías et al., 2012; Lumb, 2019; Schwartz et al., 2020; Silva & Filho, 2017; Simmons & Simmons, 2012).

São considerados por alguns autores como fatores preditivos de complicações respiratórias no pós-operatório a baixa saturação de oxigénio no pré-operatório, infeção respiratória recente e um teste de tosse positivo que consiste numa tosse indesejada após a pessoa realizar uma única tosse forçada após inspiração profunda (Lumb, 2019; Schwartz et al., 2020).

Lumb (2019) refere, ainda, na sua revisão que pessoas com co morbilidades têm maior probabilidade de complicações respiratórias no pós-operatório do que as pessoas sem co morbilidades, no entanto, todas têm risco de complicações e beneficiam de programas de RFR no pré-operatório.

A cirurgia abdominal pela manipulação da cavidade abdominal pode provocar a inibição reflexa do nervo frénico e a paresia do diafragma (Simmons & Simmons, 2012) e consequentemente a alterações na mecânica respiratória, nos volumes e capacidades pulmonares, na oxigenação e nos mecanismos de defesa pulmonar. A respiração é superficial, em decorrência da depressão do centro respiratório e da dor, com consequente redução dos volumes e das capacidades pulmonares. Esta é uma diminuição que pode permanecer de 7 a 14 dias após o procedimento cirúrgico. (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Fernandes et al., 2016; Simmons & Simmons, 2012).

A anestesia pelos fármacos administrados, próteses ventilatórias utilizadas e pela quantidade de oxigénio em concentrações inspiratórias elevadas provoca o aumento da

viscosidade do muco e redução da sua velocidade de deslocação e eliminação (Isaías et al., 2012).

Todos os fatores acima referidos conjuntamente com o aumento do tónus abdominal provocado pelo espasmo muscular reflexo têm como consequência uma maior incidência de complicações respiratórias no pós-operatório (Isaías et al., 2012). As principais complicações a nível respiratório são: atelectasia, derrame pleural, hipoxemia e pneumonia.

O EEER é detentor de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados estando descrito nas suas competências que “concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardíaco; respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade” (Regulamento n.º 392/2019, 3 de maio)

Os objetivos da RFR são: preparar a pessoa para a intervenção, consciencializá-lo de forma a obter melhor colaboração e aprendizagem, melhorar o padrão respiratório, aumentar a expansão pulmonar, a força dos músculos respiratórios, a capacidade residual funcional e o volume de reserva inspiratório (Zancan & Fozza, 2013; Isaías et al., 2012).

Os principais objetivos de RFR são: mobilizar e eliminar secreções brônquicas; assegurar permeabilidade das vias aéreas; melhorar a ventilação pulmonar; promover a reexpansão pulmonar; melhorar as trocas gasosas; diminuir o trabalho respiratório; aumentar a mobilidade da caixa torácica e a força muscular respiratória; promover a independência funcional respiratória; prevenir e corrigir as alterações músculo esqueléticas e ventilatórias; aumentar a endurance; melhorar a performance dos músculos respiratórios; reduzir a tensão psíquica e muscular; diminuir subcarga muscular; reeducar para o esforço e prevenir complicações (Isaías et al., 2012; Lumb, 2019).

As contraindicações para a sua utilização são situações de: hemoptises, hemorragia digestiva, febre, edema agudo do pulmão, choque, síndrome de dificuldade respiratória no adulto, embolia pulmonar, tuberculose na fase ativa, cancro do pulmão e pleura.

A otimização da função respiratória, principalmente, no pós-operatório, ajuda nos posicionamentos no leito e mobilizações, na deambulação precoce e na prevenção da limitação da amplitude de movimentos (Schwartz et al., 2020; Zancan & Fozza, 2013). Sendo que a mobilização precoce e deambulação devem ser instituída, sempre que possível, para reduzir a incidência de atelectasia, minimizar o uso de analgésicos, reduzir o tempo de recuperação e prevenir a atrofia muscular. Os objetivos da mobilização incluem: aumentar a função respiratória através da otimização da ventilação/ perfusão, aumento da expansão pulmonar e abertura das vias respiratórias, reduzir os efeitos adversos da imobilidade, aumentar os níveis de consciência, aumentar a função e promover a independência, melhorar

a função cardiovascular, melhorar a sensação de bem-estar (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Silva & Filho, 2017).

O quadro 1 resume as técnicas de RFR no período pré e pós-operatório, de acordo com a literatura analisada:

Quadro 1. Técnicas de RFR no período pré e pós-operatório segundo a evidência/literatura analisada

Pré-operatório	Pós-operatório
Ensino da posição de descanso e relaxamento	Promover posição de conforto e relaxamento
Consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios	Técnicas de relaxamento
Controlo da respiração	Drenagem postural modificada
Ensino da respiração abdomino-diafragmática	Tosse dirigida ou assistida com contenção da ferida cirúrgica
Ensino da tosse com contenção da ferida cirúrgica	CATR
Ensino da mobilização e movimentação ativa do corpo	Reeducação diafragmática
Ensino sobre correção Postural	Reeducação costal global ou assistida
Drenagem postural, tosse assistida e dirigida, ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), sempre que necessário (Isaías et al., 2012; Lumb, 2019; Schwartz et al., 2020; Zancan & Fozza, 2013)	Exercícios de expansão torácica
	Treino dos músculos respiratórios
	Inspirações profundas
	Correção postural em frente a espelho quadriculado
	Mobilização da cintura escapular
	Reeducação no esforço (levante precoce, marcha, subida de escadas) (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Boden et al., 2018; Isaías et al., 2012; Schwartz et al., 2020; Silva & Filho, 2017)

Aliadas às técnicas de RFR já referidas, a literatura descreve benefícios na diminuição das complicações respiratórias no pós-operatório com a utilização da CPAP, da EPAP e da pressão positiva intermitente. Também, os dispositivos como o inspirómetro de incentivo são considerados benéficos para este propósito.

Segundo Ambrosino e Gabbrielli (2010) o espirómetro de incentivo, a pressão positiva intermitente e a CPAP são técnicas adotadas mais recentemente, e que a utilização do espirómetro de incentivo conjuntamente com expirações profundas traz benefícios na recuperação no pós-operatório. Fernandes et al. (2016), conclui que tanto o espirómetro de incentivo como a pressão positiva intermitente mostraram ganhos a nível da capacidade vital.

Todas as ações e métodos descritos anteriormente não são exclusivos do EEER ou para a pessoa submetida a cirurgia abdominal, mas conjugam evidência científica dentro desta área podendo ser idênticos para pessoas com outras patologias e que têm ganhos com a RFR. No entanto, tanto no caso da cirurgia abdominal como nouro tipo de patologias não é possível deixar de se salvaguardar que cada pessoa é única, com as suas necessidades e expectativas específicos. Assim, cada uma necessita de uma intervenção personalizada baseada numa relação de confiança e empatia para que sejam alcançados resultados positivos nos programas de reabilitação.

A RFR é umas das intervenções com melhor relação custo-efetividade em doenças como a doença respiratória associando-se à redução das hospitalizações por agudização da doença e recorrência aos serviços de urgência (DGS, 2015). No entanto, é uma intervenção subutilizada e com oferta deficiente face às necessidades da população tendo-se constatado que a nível da rede hospitalar existe uma baixa capacidade instalada de RFR tanto em centros que a disponibilizam como quanto ao número de pessoas tratadas (DGS, 2015). Geograficamente, em Portugal, os centros com programas de RR localizam-se maioritariamente na região litoral a norte do rio Tejo e nos grandes centros urbanos, sendo que abaixo do rio Tejo existem apenas 2 centros localizados na região do Algarve (DGS, 2015).

1.3 Quadro de Referência Teórico de Enfermagem

O Modelo de Sistemas de Neuman reflete uma teoria de enfoque holístico em que os organismos vivos são considerados sistemas abertos e dinâmicos, pois, encontram-se em constante adaptação (Freese, 2004). Sendo que, o sistema da pessoa, que constitui a estrutura básica deste modelo, é composto pelas suas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em interação contínua com o ambiente onde se encontra inserido (Freese, 2004; Neuman, 2011).

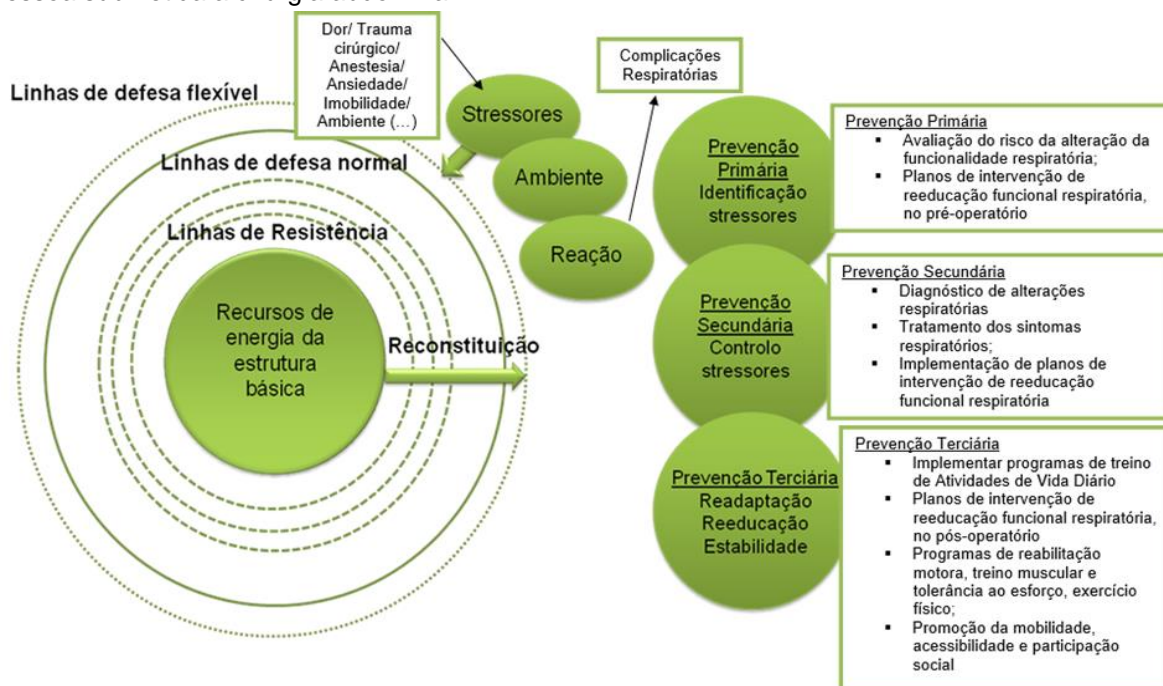
O processo de adaptação é dinâmico e contínuo, uma vez que a vida é caracterizada por um contínuo equilíbrio/desequilíbrio no organismo. O desequilíbrio acontece quando há incapacidade de satisfazer as suas necessidades podendo, assim, surgir a doença (Freese, 2004).

No modelo de Neuman, a Enfermagem é vista como uma profissão única pois está relacionado com todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa ao *stress* e, assim, os Enfermeiros são participantes ativos em todo o processo de aplicação do modelo ao sistema da pessoa.

A aplicação deste modelo aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e, neste contexto da pessoa submetida a cirurgia abdominal cirúrgico, é possível fazer o paralelismo entre a cirurgia e a experiência cirúrgica como evento *stressor* que provoca a alteração do equilíbrio da pessoa e as suas normais linhas de defesa. A reação a este evento *stressor* serão as complicações respiratórias decorrentes da cirurgia e, assim, a atuação do EEER será a nível da prevenção.

A prevenção primária relaciona-se com as ações preventivas de complicações respiratórias como a avaliação dos fatores de risco de alteração da funcionalidade respiratória e a implementação de programas de RFR no pré-operatório com objetivo de melhorar a função respiratória e prevenir as complicações e incapacidades. A nível da prevenção secundária, a instituição de medidas como o diagnóstico de alterações respiratórias, tratamento dos sintomas respiratórios e implementação de planos de intervenção de RFR e controlo da dor, entre outros. A prevenção terciária centra-se na maximização das funções e do potencial da pessoa de forma a minimizar o impacto das capacidades, promover a independência e a qualidade de vida (Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019; Neuman, 2011) (Figura 1).

Figura 1. Modelo de Betty Neuman adaptado aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia abdominal



Fonte: adaptado de Neuman, B. (2011).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1 Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos Definidos

De forma a dar resposta tanto ao projeto definido como às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) foram definidos dois objetivos gerais para o Estágio:

- ✓ Desenvolver competências como EEER, no âmbito da reabilitação Funcional Respiratória, no pré e pós-operatório de pessoas submetidos a cirurgia abdominal;
- ✓ Desenvolver competências como EEER no âmbito da reabilitação cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade.

A partir destes objetivos foram construídos objetivos específicos, que correspondem às competências que se pretendem desenvolver como EEER e que se encontram explanadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, nº 140, série 2, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392, série 2, 2019).

O quadro 2 apresenta os objetivos definidos associados às respetivas competências a desenvolver.

Quadro 2. Objetivos específicos associados às competências a desenvolver

		Objetivos Específicos
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	Domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal	Demonstrar uma tomada de decisão ética baseada em normas éticas e deontológicas promovendo o melhor interesse da pessoa
	Domínio B – Da melhoria contínua da qualidade dos cuidados	Mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a garantir a qualidade de cuidados, a melhoria contínua de forma e a promoção de um ambiente terapêutico gerador de segurança

	Domínio C – Da gestão dos cuidados	Integrar a equipa de cuidados interdisciplinar participando ativamente nas tomadas de decisão
	Domínio D – Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Demonstrar capacidades de autoconhecimento e de reflexão crítica no desenvolvimento do percurso de aprendizagem
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório das pessoas programadas/ submetidas a cirurgia abdominal; Conceber e implementar planos de intervenção (pré e pós-operatório) adequados às necessidades da pessoa de modo a otimizar/ reeducar a função respiratória e prevenir complicações respiratórias no pós-operatório.
	Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	Desenvolver e operacionalizar programas de treino de Atividades de Vida Diária (AVD), maximizando a qualidade de vida e promovendo a inclusão social
	Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiorrespiratória e motora Monitorizar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e reajustar consoante os resultados esperados

Nesta fase, pretendo analisar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, refletir sobre as aprendizagens realizadas e o meu percurso para me tornar EEER. A reflexão é estruturada pela análise dos objetivos específicos acima apresentados. Iniciando pelos

objetivos definidos no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considera o exercício profissional responsável baseado nos princípios ético-deontológicos baseado num corpo de conhecimentos sólidos, na avaliação das melhores práticas disponíveis e na vontade manifesta da pessoa (Diário da República, nº 140, série 2, 2019). O objetivo estabelecido:

- ✓ **Demonstrar uma tomada de decisão ética baseada em normas éticas e deontológicas promovendo o melhor interesse da pessoa.**

Este é um objetivo de grande amplitude e transversal a todos os outros objetivos definidos no âmbito deste projeto de formação, podendo ser avaliado em todas as ações realizadas diariamente. De forma a cumpri-lo procurei conhecer os diferentes contextos de estágio em termos de recursos, organizacionais, a constituição das equipas multidisciplinares e o seu funcionamento. Esta fase do projeto foi realizada em dois momentos distintos, uma visita prévia aos locais de estágio com uma reunião com a enfermeira-chefe de cada serviço de forma a apresentar os mesmos e permitir esclarecimento de dúvidas. Posteriormente, o contexto de estágio permitiu aprofundar todo este conhecimento do serviço.

De forma a propiciar a aprendizagem e a realização das atividades que responderiam ao desenvolvimento das competências do EEER e à operacionalização do projeto de formação, procurei integrar-me nas equipas multidisciplinares. Foi um processo demorado pela minha atitude de insegurança e medo, tal como pela minha dificuldade em definir o meu papel pois se por um lado era estudante por outro era profissional com competências certificadas e com experiência. Os enfermeiros orientadores e a professora, foram elementos cruciais para a minha integração desenvolvendo um papel de facilitadores da integração e, também, de auxílio na reflexão sobre o meu papel, os meus objetivos e os contributos que poderia dar enquanto profissional. Ainda, no sentido de melhorar a integração e facilitar o cumprimento do projeto de formação, os orientadores foram desde logo informados sobre os objetivos definidos e as atividades delineadas. Após a integração nas equipas considero que fui capaz de participar nas tomadas de decisão em equipa dando o meu contributo de forma ponderada e refletida, oscilando entre uma posição mais ativa e dinâmica ou mais observadora.

Esta experiência permitiu-me ser mais confiante em mim e a gerir melhor o meu tempo e as minhas prioridades, tanto a nível pessoal como profissional, tal como a distinguir o meu papel como profissional e enquanto estudante. No entanto, se voltasse a repetir, deveria ter uma postura mais confiante em mim como pessoa e nos meus conhecimentos, ser mais organizada a nível de gestão de tempo, recorrer aos enfermeiros orientadores mais cedo e discutir acerca das minhas dificuldades e sobre as estratégias que poderiam ser colocadas em prática para maximizar o meu percurso de aprendizagens.

As equipas dos dois contextos são bastante diferentes em termos de dinâmica e de intervenção, começando logo pelas características sendo uma de ambiente comunitário e outra de ambiente hospitalar. As diferenças entre elas permitiram-me vivenciar e refletir sobre diferentes formas de intervenção do EEER, autonomia dos profissionais inerentes aos cuidados especializados de reabilitação, a necessidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, sobre as diferenças de avaliação e planeamento dos objetivos entre os diferentes elementos da equipa e, ainda, sobre gestão do tempo e priorização de atividades. Em relação a este último aspeto referido, pretendo salientar uma diferença que para mim foi notória, pois se a na ECCI a prioridade era realizar intervenção junto das pessoas conforme o programado com a maior qualidade possível e, muitas vezes com necessidade de reajustar as visitas de forma a dar resposta a algumas necessidades maiores que uma das pessoas necessitasse. No contexto da URR, pelo elevado número de pessoas com necessidades de planos de intervenção e o reduzido número de profissionais que integram o serviço, importava chegar ao maior número de pessoas possível para que todas beneficiassem dos cuidados especializados de reabilitação. No entanto, apesar destas dificuldades enfrentadas diariamente pelos EEER, a gestão das pessoas alvo de intervenção era realizada através da sua distribuição ao longo dos dias da semana, por serviço e por EEER permitindo, assim, que todas as pessoas que necessitavam de cuidados especializados de reabilitação pudessem beneficiar destes.

Este aspeto leva-me a refletir sobre os resultados dos processos de tomada de decisão, em termos dos planos de intervenção de reabilitação pois a sua intervenção não se foca apenas nos ganhos em termos de capacidade funcional.

O processo de tomada de decisão em Enfermagem são um conjunto de decisões tomadas pelos enfermeiros em interação com a pessoa alvo dos cuidados e/ou seu cuidador baseadas na sua condição e funcionalidade, no seu diagnóstico e, também, nas suas necessidades e vontades expressas (Campos & Graveto, 2009). Valendo-se o enfermeiro da ferramenta da comunicação eficaz e da relação que estabelece com a pessoa para que em conjunto possam estabelecer um plano de intervenção adequado. Devendo, também, ser incluído neste processo a avaliação dos recursos disponíveis, dos desejos da pessoa, dos conhecimentos que os enfermeiros possuem da sua prática e da evidência ao seu dispor (Campos & Graveto, 2009).

O EEER intervém de forma à adaptação à incapacidade, o processo de reconstituição inerente, a capacitação da pessoa e do seu cuidador, apoio emocional e as condições sociais e familiares. A pessoa alvo dos cuidados do EEER é um sistema dinâmico que numa situação de desequilíbrio (doença) não consegue satisfazer as suas necessidades (Freese, 2004) e, por isso, o EEER é um participante ativo em todo o processo de reconstituição do sistema da

pessoa de forma holística sendo que o sistema da pessoa pode ser o indivíduo como pode incluir família e/ou comunidade (Neuman, 2011).

Em relação à prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, suportados nos princípios ético-deontológicos que regem a profissão, identifiquei as necessidades das pessoas alvo dos cuidados através do contacto direto, no estabelecimento de relação de cuidados, na consulta dos processos clínicos, conhecimento dos recursos disponíveis sempre com o suporte das enfermeiras orientadoras.

Neste processo, compreendi a importância da avaliação sistemática das intervenções desenvolvidas, comparando o resultado alcançado com o objetivo definido ponderando-se a necessidade de reformulação dos objetivos e do plano de intervenção de forma a corresponder às necessidades da pessoa. Este é um dos aspetos preconizados na avaliação dos processos e dos resultados das tomadas de decisão, tal como a avaliação dos resultados das intervenções implementadas (Diário da República, nº 140, série 2, 2019).

A avaliação sistemática da pessoa pretende traduzir a sua funcionalidade inicial e a progressão ao longo do tempo, tendo em conta o plano de intervenção delineado. Assim, o EEER deve ter competências para compreender a necessidade de adequar as suas intervenções especializadas de acordo com os resultados obtidos e a exigência de cada situação. Deve ter, também, capacidade para reconhecer os limites à sua intervenção especializada em função dos recursos pessoais e sociais disponíveis, das competências profissionais e da sua experiência profissional.

Para exemplificar este aspeto, saliento uma situação vivenciada durante a permanência da ECCI. Como objetivo de uma conferência familiar pretendia-se que tanto a família como a EEER entrassem em sintonia para definição de um plano de intervenção para a pessoa gerindo as suas expectativas e esperanças. Uma pessoa com artrite reumatoide já com postura cifótica, diminuição da força muscular e dor descontrolada que o limita nas suas AVD. A família ainda não tinha aceite a condição de saúde desta pessoa e não tinham expectativas realistas em relação ao futuro. Tiveram bastante dificuldade em aceitar a opinião objetiva da EEER e que, apesar das diversas formas utilizadas para explicar a intervenção segura do EEER, esta não é aceite nem pela pessoa nem pela cuidadora. Aqui, a EEER ponderou que estaria no limite da sua intervenção especializada e que este seria uma pessoa que deveria continuar a ser acompanhado pela equipa de cuidados paliativos para controlo da sintomatologia e não teria condições para manter um plano de intervenção de reabilitação. Esta foi uma decisão, também, discutida no seio da equipa multidisciplinar baseando na capacidade e necessidade da pessoa, na sua vontade expressa e da cuidadora e nos princípios ético-deontológicos (Diário da República, nº 140, série 2, 2019).

Este exemplo insere-se, também, na tomada de decisão no âmbito dos cuidados de Enfermagem onde surge o conflito entre a pessoa e cuidador terem o direito a exprimir a sua autonomia e o enfermeiro querer fazer valer a sua prática baseada no princípio da beneficência (Campos & Graveto, 2009). A pessoa deverá ser responsabilizada pelas suas escolhas consciente do plano de intervenção que lhe é oferecido e dos recursos disponíveis consoante a avaliação da sua situação clínica. Daqui, a importância do consentimento informado da pessoa e do estabelecimento de uma relação de ajuda entre enfermeiro e pessoa cuidada sendo a tomada de decisão uma negociação de objetivos, estratégias e resultados esperados entre ambos (Campos & Graveto, 2009).

No que se refere ao âmbito de atuação do enfermeiro especialista no domínio de competências da melhoria contínua da qualidade dos cuidados pretende-se que este colabore na conceção e operacionalização dos projetos institucionais na área da qualidade dos cuidados e sua disseminação (Diário da República, nº 140, série 2, 2019) traduzindo a sua capacidade de análise e revisão das práticas de cuidados. Para o desenvolvimento de competências neste âmbito defini o seguinte objetivo:

- ✓ **Mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a garantir a qualidade de cuidados, a melhoria contínua de forma e a promoção de um ambiente terapêutico gerador de segurança.**

Para a concretização deste objetivo, procurei refletir sobre as práticas de cuidados especializados e os seus resultados, de forma a identificar as necessidades de melhoria e procurar estratégias para o fazer, baseando-me na evidência científica disponível e nas normas de boas práticas (Diário da República, nº 140, série 2, 2019). Esta foi uma atividade transversal ao tempo total do estágio e a ambos os contextos. Sendo inerente ao processo de integração nas equipas e ao desenvolvimento das minhas competências como EEER, ao desempenho de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tendo em conta as realidades e necessidades vivenciadas diariamente no meu percurso.

Numa reflexão pessoal, em termos de melhoria da qualidade de cuidados no contexto hospitalar, poderá passar por uma otimização dos instrumentos de avaliação e registos de dados de Enfermagem. Aqui, os processos físicos são em papel e separados do contexto do internamento e dos cuidados de reabilitação. Quando o EEER vai prestar cuidados a uma pessoa na enfermaria tem de consultar o seu processo físico mas depois os registos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação são feitos num processo em separado que acompanha sempre o EEER. Assim, dificulta-se o processo de partilha de informação entre todos os profissionais e, portanto, uma necessidade identificada por mim como melhoria.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350, série 2, 2015) constitui um instrumento essencial para a

melhoria contínua dos cuidados e um referencial sobre a prática especializada. A prática do EEER baseia-se nos enunciados: satisfação dos clientes promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 350, série 2, 2015). Neste âmbito, e de forma a contribuir para as reformas no carácter, estrutura e prestação dos cuidados nos serviços de saúde a implementação de um processo simples e de fácil manuseamento de transmissão de informação e planos de intervenção entre os EEER e a equipa multidisciplinar seria um projeto pertinente na área da melhoria da qualidade dos cuidados.

No desenvolvimento deste objetivo e em colaboração com as equipas de saúde foi-me permitido desenvolver algumas atividades em termos de suporte para as pessoas alvos dos cuidados especializados. O EEER na sua intervenção implementa atividades de carácter educacional no sentido de promover o autocuidado, a gestão da doença, capacitação para a sua situação atual e inserção no seu quotidiano e maximização da funcionalidade (Diário da República nº85, série 2, 2019; Neuman, 2011).

No contexto da comunidade, pude desenvolver um folheto (APÊNDICE II) com exercícios de reabilitação motora que as pessoas podem realizar no domicílio com acompanhamento do seu cuidador permitindo, assim, capacitar a pessoa e o cuidador para a melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida.

A nível hospitalar, uma das grandes necessidades referidas pelas pessoas que realizavam RFR em ambulatório era não saberem que tipo de exercícios realizar em casa, para reeducação ao esforço, quando estava a chover uma vez que não podiam realizar caminhadas. Assim, surgiu a vontade de elaborar um folheto (APÊNDICE III) que colmatasse esta necessidade e apresentasse opções para que o plano de reabilitação tivesse continuidade no domicílio.

Tendo em atenção que a gestão do ambiente terapêutico é essencial para o sucesso dos cuidados, diminuição dos riscos associados e prevenção de acidentes (Diário da República, nº 140, série 2, 2019; Regulamento n.º 350, série 2, 2015), considero que atingi este objetivo nas várias atividades desenvolvidas ao longo da prestação de cuidados especializados promovendo um ambiente terapêutico para a pessoa e cuidador/família.

Incluem-se neste objetivo o respeito pelos princípios ético-deontológicos inerentes aos cuidados de Enfermagem e aos cuidados especializados, desenvolvimento de relação de confiança com a pessoa e cuidador/família, respeito pelas dinâmicas familiares, o planeamento e implementação de cuidados baseadas na necessidade da pessoa e no seu consentimento promovendo-se um ambiente terapêutico para a pessoa. Todos estes foram

aspectos desenvolvidos por mim diariamente ao longo de todo o estágio tendo sido essenciais para a perceção de um ambiente seguro de cuidados pelas próprias pessoas.

Os EEER desenvolvem um papel único e importante na educação e supervisão dos planos de intervenção e sua constante reavaliação (Schwartz et al., 2020; Regulamento n.º 350, série 2, 2015). Nesta vertente, incluo o ensino informal realizado às várias pessoas e cuidadores/famílias que cuidei contribuindo para a sua segurança e prevenção de riscos de acordo com as suas características pessoais e objetivos do processo de reabilitação.

No que se refere ao domínio da gestão de cuidados, este reflete as ações que contribuem para a otimização das respostas da Enfermagem e da equipa de saúde de forma a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (Diário da República, nº 140, série 2, 2019). Neste âmbito, defini como objetivo específico:

✓ **Integrar a equipa de cuidados interdisciplinar participando ativamente nas tomadas de decisão**

O estágio foi repleto de oportunidades diversificadas que enriqueceram este percurso desde todos os contactos realizados com as pessoas e suas famílias como com o trabalho dentro da equipa. Durante a permanência na ECCI, tive oportunidade de participar em reuniões de equipa interdisciplinar (enfermeiros, médica, assistentes sociais e psicólogo) em que o objetivo era apresentar as pessoas em ECCI e discutir os casos, a sua evolução e dúvidas existentes.

Outra das reuniões em que pude participar foi com o elemento de ligação da Equipa Coordenadora Local (ECL), que recebem e selecionam os processos das pessoas admissíveis em ECCI. Antes desta reunião, pude conversar com a enfermeira da ECL que me explicou o circuito das pessoas desde a sua referenciação pelas equipas hospitalares até chegar à ECCI ou outra unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados e perceber a importância das notas da referenciação serem o mais completas possíveis e referirem o máximo de informação sobre os graus de dependência dos pessoas e as suas necessidades.

Como futura EEER, foram reuniões importantes para compreender a dinâmica da equipa e o seu trabalho tal como me permitiram desenvolver a capacidade de análise dos problemas de cada pessoa e dos planos estabelecidos e poder partilhar a minha experiência e conhecimentos noutras áreas como as feridas, entre outras. A satisfação no trabalho em equipa tem uma grande importância do desempenho de cada profissional e no desenvolvimento das suas competências sendo um espaço primordial para um processo contínuo de autoconhecimento, autodesenvolvimento, enfatizando a contribuição ao desenvolvimento dos pares (Laccort & Oliveira, 2017).

Na URR, o trabalho em equipa multidisciplinar faz-se por intermédio das equipas prestadoras de cuidados em cada enfermaria e o EEER que presta cuidados em cada dia.

Existe transmissão de informação relevante de cada pessoa alvo de cuidados entre o enfermeiro e o EEER no início e no final da intervenção deste sobre cada pessoa. Em relação, às pessoas que realizam RFR em contexto de ambulatório o EEER trabalha em parceria com o pneumologista do serviço, havendo uma avaliação contínua das necessidades de cada pessoa e reavaliação dos planos de cuidados sempre que necessário.

O trabalho em equipa é entendido como uma estratégia para melhorar a efetividade do trabalho, a organização do trabalho e proporcionar um ambiente mais harmonioso ficando os seus elementos mais satisfeitos e tornando as suas competências mais eficientes (Laccort & Oliveira, 2017). Sendo que a comunicação é a principal ferramenta no trabalho em equipa para a avaliação das pessoas cuidadas, desenvolvimento de planos de cuidados e estratégias de intervenção adaptadas a cada uma. É, também, através da comunicação que os conflitos são resolvidos e transformados em situações de crescimento para os elementos da equipa (Laccort & Oliveira, 2017).

Nos dois contextos, foram realizados devidos registos sobre os planos de cuidados e atividades realizadas com todas as pessoas alvos da intervenção do EEER de forma a assegurar a continuidade de cuidados. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos de transição de cuidados, quer seja realizada oralmente ou por escrito (DGS, 2017). A comunicação deve ser eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para a segurança da pessoa alvo de cuidado e, para isso, normalizada através da técnica ISBAR (*Identificação, Situação, Background* (antecedentes), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendações)) (DGS, 2017).

A utilização desta técnica ao longo do estágio para a transmissão de informação constitui um dos elementos para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e fundamental para a segurança da pessoa cuidada, tornando-se numa ferramenta essencial no desenvolvimento das competências enquanto EEER.

Para dar resposta a este objetivo, durante o estágio considero que colaborei nas decisões e nas intervenções desenvolvidas pelas equipas dos contextos em que estive inserida, contribuindo com o meu conhecimento especializado para as tomadas de decisão e para a otimização dos cuidados. As vivências de ambos os contextos, demonstraram a pertinência da existência de um elemento de referência como facilitador do processo de transição de cuidados entre os vários níveis de prevenção até à reconstituição do sistema da pessoa (Neuman, 2011).

Por último, no que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista, as do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que pretende demonstrar a capacidades para o autoconhecimento e processo reflexivo baseando a sua prática na

evidência científica (Diário da República, nº 140, série 2, 2019). O objetivo definido para este domínio foi:

✓ **Demonstrar capacidades de autoconhecimento e de reflexão crítica no desenvolvimento do percurso de aprendizagem.**

Ao refletir acerca deste objetivo e todas as suas componentes, considero que os desenvolvi transversalmente ao longo do estágio. Diariamente, procurei identificar as minhas necessidades de aprendizagem, oportunidades de aprendizagem e de crescimento como futura EEER. Nos diferentes contextos de estágio, procurei diversificar as aprendizagens proporcionadas e rentabilizar ao máximo as experiências de forma a desenvolver habilidade e destreza nos cuidados especializados (Diário da República, nº 140, série 2, 2019).

Os contextos diferentes proporcionaram-me experiências diversificadas tanto pelas características das pessoas cuidadas com pelo próprio ambiente onde de desenvolvem os cuidados. Os cuidados de enfermagem de reabilitação foram prestados no domicílio e a nível hospitalar, a pessoas com diferentes faixas etárias e necessidades, com diferentes incapacidades funcionais. Procurei que as aprendizagens correspondessem aos objetivos do projeto de formação individual, no entanto, não desperdicei nenhuma das oportunidades de aprendizagem que surgiram e que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências.

Assim, procurei nas situações de cuidados em que estive envolvida, refletir sobre o processo de reabilitação e a pertinência das intervenções efetuadas, tentando compreender quais seriam os resultados esperados e os objetivos para as necessidades de cada pessoa. O processo reflexivo sobre a prática de cuidados permitiu-me identificar as minhas necessidades de desenvolvimento e aprendizagem, tal como a realizar escolhas pertinentes para o desenvolvimento de competências.

O processo reflexivo revelou-se muito importante para mim ao longo de todo o percurso de estágio, sustentando as minhas aprendizagens e o meu desenvolvimento de competências. Foi, também, o que me ajudou a perceber as minhas dificuldades e as estratégias que deveria adotar para melhorar a minha prática nos cuidados especializados. Algumas das situações mais complexas de cuidados e que foram marcantes a nível do meu desenvolvimento foram descritas e alvo de processo reflexivo através de jornais de aprendizagem (APÊNDICES IV, V e VI). Foi uma forma de melhor estruturar o meu pensamento, explanar as dificuldades e aprendizagens realizadas sustentadas, também, em evidência científica.

O referencial teórico de Enfermagem utilizado na planificação dos cuidados especializados – Betty Neuman – apesar, de inicialmente, ter sido um grande desafio adaptá-lo aos cuidados especializados de reabilitação ajudou-me a compreendê-los melhor e a

aplicá-los na prática. Sendo mais organizador no planeamento das intervenções a realizar e no desenvolvimento/ adaptação do programa ao longo do processo de reabilitação de cada pessoa.

Durante o meu percurso de estágio, foram ainda várias as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo e não estavam planeadas, mas que aproveitei de forma a enriquecer o meu percurso e o meu desenvolvimento como futura EEER. Abaixo, indico algumas dessas atividades e a importância que tiveram para o meu desenvolvimento.

No contexto comunitário, pude participar numa formação realizada por um elemento da Nestlé® em que foram dados a conhecer vários suplementos alimentares e os benefícios da sua utilização. Apesar de existirem neste momento profissionais da área da nutrição que trabalham nas instituições de saúde e integram as equipas e geram os esquemas alimentares das pessoas, sempre foi competência dos enfermeiros prestar apoio nesta área e supervisão nesta área sendo por isso importante estar atualizado de todas as opções existentes. O EEER faz a sua intervenção junto de pessoas em situação de doença que necessitam ser vistas como um todo e, por isso, além de implementar o plano de reabilitação seja ele motor ou respiratório ou ambos, deve estar atento a todas as necessidades que tenha de forma a poderem ser satisfeitas. Assim, o conhecimento sobre as necessidades e os produtos que podem ser utilizados para colmatar são excelentes ferramentas de trabalho atuando a todos os níveis de prevenção do sistema da pessoa (Neuman, 2011), com intuito de melhorar a saúde da pessoa e a sua qualidade de vida.

Ainda no contexto da comunidade, assisti a uma sessão de preparação para o parto que teve como tema – estratégias não farmacológicas de controlo da dor no trabalho de parto tendo sido apresentada pela Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Foi interessante participar nesta sessão, que foi composta por uma exposição sobre o tema e partilha de experiências das diversas grávidas presentes. As grávidas participam, ainda, no ginásio numa sessão onde lhes são ensinadas técnicas de reeducação postural, exercícios de reeducação do pavimento pélvico e posições antiálgicas que podem adotar consoante o estado de desenvolvimento da gravidez. Estes exercícios permitem o fortalecimento do pavimento pélvico e manutenção da contratilidade esfíncteriana.

A organização, tanto dos cursos de preparação para o nascimento como os de recuperação pós-parto, todas as sessões são lecionadas pela EESMO e fisioterapeuta e a sessão dos cuidados ao recém-nascido pela enfermeira especialista de saúde infantil. Perguntei-me por que motivo o EEER não faria parte das sessões dos cursos pois segundo os conhecimentos que adquiri e as competências que são atribuídas a este especialista, as sessões de técnicas posturais e reeducação do pavimento pélvico poderiam ter a sua

intervenção. Questionei a enfermeira orientadora sobre este assunto que me esclareceu que era uma organização antiga da equipa e que sempre teria funcionado assim. Mais tarde, assisti, a uma “discussão” entre pares sobre os intervenientes nestes cursos em que a EESMO é da opinião que estes cursos deveriam apenas ser dados por elas pois têm todas as competências para o fazer e que não precisam de outras especialidades.

Da minha perspetiva como futura EEER, esta experiência fez-me refletir sobre a importância do trabalho em equipa, a entajuda interprofissional e sobre o autoconhecimento que cada profissional tem sobre si reconhecendo os seus recursos e limites (Diário da República, nº 140, série 2, 2019), vendo nos outros profissionais as suas competências e prática profissional que trará benefícios a este tipo de projetos.

A reunião de coordenadores do ACES foi uma outra oportunidade de aprendizagem e partilha de experiências, em que a ECCI que integrei apresentou um estudo de caso sobre o acompanhamento e encaminhamento de uma criança com doença crónica complexa. Estas são crianças integradas nas equipas de cuidados paliativos e que requerem acompanhamento interdisciplinar e de cuidados permanentes prestados tanto por profissionais como pelas suas famílias que necessitam de ser, também, cuidadas. Sendo esta uma realidade desconhecida para mim foi importante conhecer o trabalho que é realizado por estas equipas, especificamente, e os recursos que são mobilizados para prestar os melhores cuidados a estas crianças e suas famílias. Enfermeiros de outras ECCI dos ACES acabaram por partilhar as suas próprias experiências e dificuldades nestes casos específicos.

Como futura EEER foi uma oportunidade de aprendizagem pois permitiu-me ter uma nova perspetiva da atuação dos cuidados especializados de reabilitação. A partilha de experiências e de conhecimentos é importante para a evolução das equipas (Diário da República, nº 140, série 2, 2019) e da sua intervenção permitindo perceber aquilo que se faz bem e as dificuldades sentidas e como ultrapassá-las, observando-se aqui uma partilha interdisciplinar. O trabalho em equipa é um espaço primordial para um processo contínuo de autoconhecimento, autodesenvolvimento, enfatizando a contribuição ao desenvolvimento dos pares (Laccort & Oliveira, 2017).

Tive ainda oportunidade de apresentar à equipa da UCC o estudo de caso que realizei a nível académico com uma das pessoas da ECCI. Foi uma forma de mostrar o trabalho que as enfermeiras orientadoras e professora fazem connosco enquanto estudantes, os conhecimentos mobilizados na formação pós graduada, valorizar a intervenção realizada com a pessoa e família, mostrar o trabalho interdisciplinar realizado e salientar a intervenção específica do EEER. Desta pequena reunião, em que foram apresentados os estudos de caso, foi salientado pela equipa de enfermagem da UCC que não tinham presente que haveria todo este trabalho realizado, que acharam importante a partilha para compreender melhor a

intervenção dos enfermeiros de reabilitação e a utilização das teóricas de Enfermagem como fio condutor dos cuidados. Foi-nos também pedido que partilhássemos a nossa experiência como elementos integrantes da UCC e que salientássemos as aprendizagens que levávamos para os nossos locais de trabalho. Nesta experiência, os enfermeiros presentes fizeram críticas positivas acerca do trabalho desenvolvido principalmente pela integração da teoria de Enfermagem na prática de cuidados e, também, sugestões de intervenção e outros olhares sobre o mesmo plano de intervenção. Foi uma partilha interessante de ideias e experiências que me faz crescer como estudante e como profissional, acrescentando mais conhecimentos e outras perspetivas à minha partilha sobre os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação.

Já no contexto hospitalar, tive oportunidade de participar no congresso de reabilitação organizado pela instituição hospitalar onde me encontrava a estagiar. Foi bastante interessante toma conhecimento dos vários projetos na área dos cuidados especializados de reabilitação desenvolvidos em várias instituições no nosso país. É uma oportunidade única de conhecer outros EEER e conhecer os seus projetos em desenvolvimento nesta área. Para mim como futura EEER uma maneira de abrir os meus horizontes nesta área e compreender que os cuidados especializados de reabilitação são um mundo que nos permite fazer mais e melhor pelas pessoas, providenciando melhores cuidados, capacitando-os para as suas limitações e maximizando a sua função (Diário da República, nº 140, série 2, 2019).

No que diz respeito ao desenvolvimento das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392, série 2, 2019) e, também, para dar resposta à problemática do projeto de formação estabeleci os seguintes objetivos específicos:

- ✓ **Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório das pessoas programadas/ submetidas a cirurgia abdominal;**
- ✓ **Conceber e implementar planos de intervenção (pré e pós-operatório) adequados às necessidades da pessoa de modo a otimizar/ reeducar a função respiratória e prevenir complicações respiratórias no pós-operatório.**

O meu projeto de formação, como tema pessoal de interesse na área da reabilitação, refere-se à Reeducação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal. Os objetivos definidos puderam ser trabalhados e desenvolvidos apenas no contexto hospitalar, uma vez que a nível da comunidade, as pessoas com necessidade de cuidados de cuidados especializados de reabilitação centram-se mais a nível da reabilitação da pessoa em contexto motor, de capacitação para as AVD e de reinserção na sua comunidade.

O contexto hospitalar permitiu-me desenvolver as minhas competências no âmbito de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia abdominal e com maior nível de cuidados, especificamente internadas em UCI e unidade de cuidados intermédios.

Todo este trabalho iniciou-se pela compreensão das alterações que a cirurgia abdominal provoca na pessoa, a importância de todas as fases que compõem o período perioperatório para melhor avaliar e conceber planos de reabilitação adequados e direcionados para as necessidades de cada pessoa. Os procedimentos a nível abdominal acarretam uma série de complicações que podem ocorrer durante ou após a cirurgia (Phipps, Sands & Marek, 2003), sendo que as complicações respiratórias são umas das mais importantes causas do aumento da morbidade e mortalidade (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Isaías et al., 2012; Lumb, 2019; Katsura et al., 2015; Schwartz et al., 2020; Simmons & Simmons, 2012).

A reabilitação respiratória é uma alternativa terapêutica que atua tanto na prevenção como no tratamento de complicações pulmonares pós-operatórias e objetiva no restabelecimento precoce da função pulmonar (Lumb, 2019; Schwartz et al., 2020; Silva & Filho, 2017). E como parte dos cuidados a pessoas submetidas a cirurgia abdominal podem ajudar na prevenção e tratamento de complicações respiratórias como a retenção de secreções, atelectasia e pneumonia por meio de diversas técnicas. As inspirações profundas estão entre os primeiros exercícios realizados no pós-operatório (Ambrosino & Gabbrielli, 2010).

Todo o meu trabalho de cuidados especializados de reabilitação foi guiado pelo modelo teórico de Betty Neuman, sendo que o EEER pode atuar aos três níveis de prevenção consoante a avaliação realizada a cada pessoa. A aplicação deste modelo aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e, neste contexto da pessoa submetida a cirurgia abdominal, é possível fazer o paralelismo entre a cirurgia e a experiência cirúrgica como evento *stressor* que provoca a alteração do equilíbrio da pessoa e as suas normais linhas de defesa. A reação a este evento *stressor* serão as complicações respiratórias decorrentes da cirurgia e, assim, a atuação do EEER será a nível da prevenção.

A prevenção primária relaciona-se com as ações preventivas de complicações respiratórias como a avaliação dos fatores de risco de alteração da funcionalidade respiratória e a implementação de programas de RFR no pré-operatório com objetivo de melhorar a função respiratória e prevenir as complicações e incapacidades. Nesta fase, torna-se importante a avaliação das características pessoais e dos fatores de risco pessoais e relacionados com o procedimento.

A preparação para a cirurgia é tão importante como a própria cirurgia. Nesta fase, a pessoa apresenta ansiedade, medos e receios relacionados com a cirurgia e a educação pré-

operatória é fundamental para que a pessoa e a sua família possam ser esclarecidas e tranquilizadas. É uma intervenção que deve ser personalizada e orientada consoante as necessidades, expectativas e ansiedades de cada pessoa (Isaías et al., 2012).

O estabelecimento de uma relação de confiança e parceria é crucial, para que o EEER seja capaz de capacitar a pessoa para a participação no seu plano de reabilitação tornando-se a pessoa parte integrante do seu processo de reconstituição (Neuman, 2011).

Neste nível de prevenção, o foco dos cuidados é o fortalecimento das linhas de defesa flexíveis da pessoa e a redução dos *stressores* sendo que atingir este objetivo está dependente da reação pessoal de cada um. A minha atuação a este nível de prevenção foi reduzida pois trabalhei somente com uma pessoa em contexto de pré-operatório. Este facto deveu-se à organização do serviço, a não existir nenhum programa instituído no sentido da RFR em contexto de preparação pré-operatório e esta estar depende da referenciação pela parte médica que é restringida.

Esta pessoa fez o programa de RFR em contexto de pré-operatório (cirurgia programada: lobectomia superior esquerda do pulmão). Foi-me possível realizar a primeira avaliação, programar e instituir a um programa de cuidados especializados de reabilitação que teve a duração de 10 sessões (sendo que participei ativamente em cerca de metade), realizar ensinamentos sobre técnicas de posicionamentos e transferências e contenção da sutura operatória ao esforço e na tosse. Desta experiência de aprendizagem acabei por redigir um documento com toda a avaliação e programa de reabilitação instituído (APÊNDICE VII). Por ter sido, um processo realizado já no culminar do estágio e pela cirurgia ter sido realizado noutra instituição hospitalar não me foi possível ter acompanhamento nem obter os resultados no pós-operatório. Segundo Lumb (2019), pessoas que realizam programas de RFR no pré-operatório que incluem reeducação ao esforço, exercícios de expansão pulmonar, inspirações profundas, espirómetro de incentivo, ensinamentos e capacitação da pessoa, treino de exercício e mobilizações associando-se, ainda, a vertente apoio nutricional e psicológico têm menos probabilidade de complicações respiratórias no pós-operatório.

Em relação, à ocorrência de complicações respiratórias em pessoas submetidas a cirurgia abdominal, foi possível identifica-las ao longo do estágio a nível hospitalar, constatando que as mais comuns são os derrames pleurais, pneumonias e hipoxemia e que necessitam da intervenção do EEER, tal como referido por Ambrosino e Gabbrielli, 2010; Isaías, Sousa e Dias, 2012; Katsura, Kuriyama, Takeshima, Fukuhara e Furukawa, 2015; Simmons & Simmons, 2012.

A intervenção a este nível enquadra-se na prevenção secundária do modelo de Betty Neuman, instituindo-se nos cuidados especializados de reabilitação, medidas como o

diagnóstico de alterações respiratórias, tratamento dos sintomas respiratórios e implementação de planos de intervenção de RFR e controlo da dor, entre outros.

A minha intervenção ao longo do estágio, neste nível de prevenção, foi a avaliação das necessidades de cada pessoa e o diagnóstico das alterações a nível respiratório, que provocaram a alteração da funcionalidade. Esta avaliação conduziu à conceção e implementação de planos de intervenção de reabilitação personalizados com o objetivo de otimização/ reeducação da função respiratória e redução das complicações no período pós-operatório (Regulamento n.º 350, série 2, 2015).

Ao longo de todo o período de implementação do plano de intervenção, foram realizadas avaliações da pessoa no início e no final de cada sessão (sinais vitais e auscultação pulmonar) de forma a avaliar os resultados a curto e a médio prazo, levando à reavaliação sistemática do plano de intervenção e sua reformulação conforme os resultados esperados *versus* resultados obtidos.

Nesta fase de intervenção dos cuidados de especializados de reabilitação, além do foco da intervenção ser na recuperação da funcionalidade e na redução das complicações, tornou-se importante durante a minha intervenção manter a realização dos ensinamentos já abordados no nível de prevenção primária. Esta intervenção teve como objetivo melhorar a capacidade e funcionalidade da pessoa e preparando o seu regresso ao domicílio e vida na comunidade. Como refere Neuman (2011), a abordagem à totalidade da pessoa encara os sistemas de forma aberta e dinâmica com as suas variáveis interdependentes entre si e, por isso, a intervenção deve fazer-se consoante as necessidades da pessoa e com vista às suas preocupações no futuro. O plano de cuidados de reabilitação é dinâmico e altera-se ao longo da sua implementação pela resposta que a pessoa dá ao mesmo, pela resposta que dá aos eventos *stressores* e pela reconstituição do seu sistema, sendo que o objetivo é alcançar o bem-estar (equilíbrio entre todas as partes do sistema) (Neuman, 2011).

Todas estas intervenções referidas, realizadas a nível no contexto hospitalar, que integram os planos de reabilitação de cada pessoa submetida a cirurgia abdominal contribuem também para minimizar o impacto das alterações e, assim, centrar-se na maximização das funções e do potencial da pessoa de forma a minimizar o impacto das capacidades, promover a independência e a qualidade de vida (Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019; Neuman, 2011). Realizando-se, assim, o nível de prevenção terciária de Neuman com o objetivo de reconstituição do sistema da pessoa e manutenção da estabilidade.

Para terminar, e refletindo sobre todo este caminho realizado no contexto hospitalar, com a realização de todas estas atividades e no período pós-operatório, considero que consegui atingir os objetivos definidos para o meu projeto de formação e o desenvolvimento de competências do EEER. Ao longo deste processo, pude compreender e constatar como

as características pessoais e as estratégias de *coping* de cada pessoa são importantes para a gestão da reconstituição do seu sistema, tal como a influência da disposição anímica para a participação ativa e colaboração no seu plano de reabilitação.

Outra das reflexões que destaco, foi não me ter sido possível, pelas questões de organização do serviço onde me encontrava, acompanhar uma destas pessoas mais próximo da data da alta para o domicílio de forma a poder reforçar alguns dos ensinamentos e realizá-los a um cuidador, reforçar a importância da manutenção do plano de reabilitação no domicílio e a sua adaptação. No entanto, é no primeiro dia de contacto com a pessoa e na avaliação e estabelecimento da relação de confiança, que o enfermeiro deve começar a preparar o regresso ao domicílio de cada pessoa consoante as suas necessidades e preocupações (Cardoso, Felizardo & Januário, 2012). O regresso a casa é um momento crítico para a pessoa alvo dos cuidados, tal como, para o seu cuidador sendo um momento de desequilíbrio no seu sistema mas em que o EEER trabalha de forma a reconstituir o seu sistema pessoal e criar um equilíbrio na relação com o seu cuidador, capacitando-os para as limitações e maximizando a função da pessoa (Neuman, 2011; Regulamento n.º 392, série 2, 2019).

O processo de preparação do regresso a casa é uma área de excelência, onde os enfermeiros devem demonstrar a sua competência contribuindo para a melhoria dos cuidados de Enfermagem e desenvolvimento da profissão (Cardoso, Felizardo & Januário, 2012).

No que concerne, ainda, ao desenvolvimento das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392, série 2, 2019) defini os seguintes objetivos:

- ✓ **Desenvolver e operacionalizar programas de treino de Atividades de Vida Diária (AVD), maximizando a qualidade de vida e promovendo a inclusão social;**
- ✓ **Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiorrespiratória e motora;**
- ✓ **Monitorizar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e reajustar consoante os resultados esperados.**

Ao refletir sobre estes objetivos e as atividades realizadas por mim de forma a cumpri-los, percebo que traduzem o objetivo maior de todas as intervenções do EEER – ajudar a pessoa na reconstituição do seu sistema, garantir máxima autonomia, qualidade de vida e reintegração no seu ambiente familiar e social.

Neste sentido, e mantendo sempre a minha atuação com base no modelo teórico de Betty Neuman, durante todo o meu percurso de estágio participei nos planos de intervenção multidisciplinares estabelecidos para cada pessoa e seus cuidadores, iniciando este processo sempre pelo conhecimento da pessoa e/ou cuidador e sua avaliação, planeando e operacionalizando planos de intervenção de reabilitação, sob supervisão.

Durante a minha prática, compreendi que o autocuidado é de extrema importância para a pessoa e cuidador e, assim, para a expressão da autonomia e qualidade de vida (Regulamento n.º 350, série 2, 2015). A capacitação e a parceria foram conceitos que ganharam uma nova dimensão e que mantive sempre presentes nos cuidados que prestei.

Em contexto comunitário, tive oportunidade de realizar ensinamentos às pessoas e seus cuidadores relacionadas com técnicas específicas de autocuidado para mobilização no leito e levante, utilização de ajudas técnicas para entrada e saída da banheira, prevenção de acidentes e diminuição dos riscos no interior do domicílio, de forma a promover a máxima capacidade funcional da pessoa, adaptação às suas limitações e às suas necessidades/desejos (Lumb, 2019; Schwartz et al., 2020).

Em relação, a este tópico, gostava de salientar uma experiência que tive durante o percurso de estágio. Uma pessoa 83 anos que tinha sofrido um hematoma subdural e como sequelas apresentava força muscular contra-resistência diminuída, diminuição do equilíbrio e uma marcha domiciliar. Anteriormente, era uma pessoa autónoma que diariamente gostava de sair de casa para fazer a sua caminhada e conversa com os amigos do bairro. Saliento este exemplo, pelas barreiras arquitetónicas que se lhe apresentavam devido às suas limitações: 1º andar sem elevador, escadas de acesso ao prédio sem corrimão numa das partes e calçada no exterior com partes de piso acidentado e com declive. Esta era uma pessoa que tinha como um dos seus objetivos voltar a sair à rua autonomamente, voltando aos seus hábitos de vida (APÊNDICE VIII).

Durante a implementação do programa de reabilitação, em que foram atingidos os objetivos planeados, foi muito importante em todas as sessões os ensinamentos sobre técnicas de levante e transferências principalmente para a banheira, prevenção de quedas e a gestão das expectativas em relação à continuidade de cuidados. Todas estas intervenções permitiram a reconstituição do sistema da pessoa promovendo a sua capacitação, maximização da função e a sua inclusão na comunidade que permite a manutenção da sua saúde mental (Regulamento n.º 392, série 2, 2019).

No contexto hospitalar, como já referi anteriormente, todas as minhas intervenções tiveram em conta a preparação do regresso a casa com o máximo de autonomia funcional possível. Ainda, neste contexto, saliento a intervenção do EEER no hospital de dia de pessoas com fibrose quística a nível da abordagem educacional. Ensinamentos sobre a adesão à terapêutica, uso correto dos dispositivos inaladores e o ensino sobre técnicas de RFR que fazem parte do seu programa diário, são um excelente exemplo sobre a monitorização dos planos de intervenção e seu reajuste conforme os resultados tal como, da capacitação para a gestão da doença, maximização da qualidade de vida e inclusão social. Esta foi, também, uma vertente

bastante rica da minha aprendizagem e desenvolvimento com futura EEER e onde pude participar ativamente.

Para concluir a minha reflexão e dando resposta aos últimos dois objetivos referidos acima, todas as atividades desenvolvidas ao longo de todo o meu percurso estão aqui incluídas pois é a intervenção diária realizada pelo EEER. Muitas destas atividades foram já descritas ao longo desta reflexão e foram norteadas pelo modelo teórico de Betty Neumam.

De forma sucinta, em relação a estes objetivos: contruí planos de intervenção personalizados de reabilitação; realizei sessões de ensino personalizadas para ensinar, instruir e treinar a pessoa para técnicas/ intervenções com objetivo de maximizar a sua funcionalidade ou adaptação às suas limitações; realizei a minha intervenção tem em vista os objetivos pessoais da pessoa e do processo de reabilitação e monitorizei a implementação dos programas e os resultados obtidos.

Todos os objetivos e reflexão explanados servem para demonstrar a riqueza do meu percurso e o desenvolvimento das minhas competências para me tornar uma EEER, que foram cumpridos e atingidos. Considero que foi um percurso extremamente rico de oportunidades e de aprendizagens, foi um percurso de altos e baixos, mas que termino com sucesso. Vivemos tempos conturbados, de pandemia e de muita instabilidade nas nossas vidas pessoais e profissionais, todos os dias são um novo desafio e terminar este percurso tornou-se uma luta entre o continuar e o desistir. É com grande satisfação que termino esta etapa ansiosa por me tornar numa EEER e poder colocar ao serviço das pessoas as minhas competências.

2.2 Avaliação Global das Aprendizagens Realizadas em Estágio: a Reconstituição de Enfermeira Generalista para Especialista

Os serviços de saúde são o palco do exercício profissional onde são praticados os cuidados de Enfermagem. Um dos desafios para o setor da saúde passa pela formação de um cuidado direcionado pela integralidade, onde o trabalho em equipa é encarado como um dos elementos que promovem esse processo e permitem alcançar os cuidados de excelência (Decreto-lei nº 140/2019, 6 de fevereiro).

A Enfermagem como profissão exerce a arte de cuidar de excelência permitindo a estes profissionais uma relação mais próxima e de maior confiança com as pessoas que cuida. Estabelece-se uma intervenção mais adaptada e adequada a cada pessoa e cada situação patológica. Por outro lado, os cuidados de Enfermagem “*são pouco pontuados por ações científicas quantitativas*”, facto que viabiliza “*um espaço de liberdade para atuar como verdadeiros prestadores de cuidados*” (Hesbeen, 2001, p. 46). Cada Enfermeiro tem à sua

disposição um tempo de ação mais prolongado do que os outros profissionais de saúde permitindo-lhe maximizar um cuidar individualizado, no estabelecimento de intervenções específicas e metas objetivas no processo de doença/ saúde de cada pessoa.

A relação de ajuda faz parte integrante dos cuidados diários prestados pelos Enfermeiros e para que isso aconteça importa que se desenvolvam capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais. É fundamental que cada Enfermeiro seja detentor de saberes, habilidades e atitudes que cooperem para uma elevada competência neste domínio (Mendes, 2006). A empatia e o respeito são considerados pelo mesmo autor, como as atitudes essenciais para a relação de ajuda no cuidar em Enfermagem. Nesta relação de ajuda, o enfermeiro deve estar recetivo a quem ajuda e desperto para as suas reações e sentimentos permitindo que se desenvolvam capacidades de relacionamento interpessoais e estabelecimento uma relação de confiança.

A análise das aprendizagens realizadas foi realizada através do acrónimo SWOT (Strengths, Weaknesses/ limitations, Opportunities, Threats – Forças, Oportunidades/ limitações, Fraquezas e Ameaças)².

Apresento abaixo a tabela que resume a aplicação da ferramenta SWOT ao estágio fazendo, posteriormente, a análise descritiva das atividades e relacionando com a evolução enquanto estudante e aquisição de competências.

Tabela 1. Ferramenta SWOT aplicada ao estágio

	Positivo	Negativo
<i>Origem Interna</i>	<p><u>Strengths (Forças)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivação ✓ Empenho ✓ Vontade de aprender e desenvolver as competências do EEER ✓ Atenção ✓ Facilidade em assimilar e compreender todas as informações integrando no sistema da pessoa promovendo o cuidado holístico ✓ Reflexão crítica em relação à minha prestação enquanto estudante 	<p><u>Weakness (Fraquezas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insegurança ✓ Medo/ receio ✓ Falta de autoconfiança ✓ Dificuldade em assimilar o pensamento/ lógica do EEER em todas as vertentes do sistema da pessoa e do seu processo de reabilitação ✓ Desmotivação relacionada com cansaço ✓ Gestão do tempo
<i>Origem Externa</i>	<p><u>Opportunities (Oportunidades)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientação proporcionada ✓ Reuniões de ECCI (3) 	<p><u>Threats (Ameaças)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contexto estágio (URR) ✓ Reduzido nº de

² Ferramenta criada por Albert Humphrey em 1960 com o objetivo auxiliar no planeamento e elaboração de estratégias competitivas de gestão de empresas (Gurel & Tat, 2017). De acordo com esta abordagem, as organizações são todos que estão em interação com seus ambientes e consistem em vários subsistemas assim, uma organização existe em dois ambientes, sendo um que depende de si próprio e o outro que depende de fatores externos à própria organização (Gurel & Tat, 2017). Esta é uma ferramenta que pode ser utilizada em vários contextos permitindo relacionar os pontos fortes e fracos da organização ou pessoa, relacionando-se com as suas competências, com as oportunidades e ameaças que enfrentam do ambiente externo.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com ECL ✓ Reunião do ACES com apresentação de estudo de caso da ECCI ✓ Formação da Nestlé® ✓ 1 Sessão do curso de preparação para o nascimento ✓ 2 Conferências familiares ✓ Apresentação do estudo de caso realizado, que promoveu a partilha de experiências e de sugestões entre mim e a equipa da UCC ✓ Possibilidade de publicação do estudo de caso em artigo de revista ✓ Comunicação oral do estudo de caso em congresso de ER no próximo ano ✓ Participação no 2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação 	<p>personas submetidas a cirurgia abdominal que realizam RFR no período pré-operatório</p>
--	--

Começando pelas fraquezas, pois foram estas que condicionaram grandemente a minha evolução e crescimento enquanto estudante e prolongaram o tempo da minha integração nos serviços e nas equipas como elemento participativo e ativo, tal como a interação e trabalho com as pessoas e suas famílias.

Ambos os contextos de cuidados foram novos para mim, visto que como enfermeira generalista tenho experiência em contexto de internamento e consulta externa, e tornou-se um pouco assustador ir ao desconhecido sem saber bem o que esperar e desconhecendo o papel do EEER nestes contextos. Apesar de ter realizado, anteriormente ao início do estágio, visitas de preparação do campo de estágio sinto que estas apenas me permitiram ter uma visão muito abrangente e geral daquilo que é o trabalho realizado, os projetos e atividades desenvolvidos não tendo sido transmitida uma visão objetiva da intervenção do EEER e dos desafios com que se depara diariamente.

O desconhecido criou em mim medo/ receio. A nível da ECCI as visitas domiciliárias proporcionaram o aumento deste sentimento pois estava a entrar na privacidade/ intimidade das pessoas e suas famílias e não sabia bem que tipo de postura adotar ou como iniciar uma abordagem com pessoas que não me conheciam. Já na URR, a rotatividade constante de serviços e pessoas onde eram realizados os cuidados de reabilitação, mostraram-me a dificuldade que existe diariamente em avaliar pessoas recém-admitidas e elaborar planos de reabilitação mas não lhes dar seguimento ao longo dos dias. Não me tendo sido possível observar e avaliar a sua evolução nos programas estabelecidos.

Tenho experiência no estabelecimento de relações enquanto enfermeira no meu quotidiano de cuidados, no entanto o hospital é a minha casa e recebo os pessoas e famílias

enquanto neste contexto domiciliar são as pessoas que nos recebem no seio da sua privacidade. É óbvio que em qualquer contexto as pessoas merecem respeito, dedicação, preocupação e respeito pela sua privacidade e desejos, comportamento este que creio que sempre adotei. Mas senti-me sempre retraída e com algum medo de fazer abordagens mais direcionadas para a minha intervenção específica pois as pessoas já conheciam a enfermeira orientadora há mais tempo, confiavam nela e apesar de saber qual o plano de intervenção destas pessoas não me sentia à vontade nem confiante o suficiente para intervir na sua aplicação. Relativamente, à questão do não acompanhamento regular das mesmas pessoas torna mais difícil o estabelecimento de uma relação de confiança/ ajuda. O estabelecimento de uma relação de ajuda contribui para a qualidade e eficácia dos cuidados em saúde (Mendes, 2006), tornando-se numa ferramenta essencial para a negociação com a pessoa cuidada do plano de intervenção de cuidados especializados de reabilitação, dos objetivos e resultados esperados.

Demorei bastante tempo, em ambos os contextos, a sentir-me completamente à vontade e ter confiança suficiente para intervir, para começar a ganhar autonomia e ser mais proactiva no meu desenvolvimento enquanto estudante. A insegurança de estar num ambiente novo e desconhecido associado ao medo/receio do contexto da privacidade da casa das pessoas foram as principais fraquezas que identifico como retardadoras do meu processo enquanto estudante. No entanto, saliento associado a estas fraquezas a falta de autoconfiança e nos meus conhecimentos que me fez sempre ficar na minha posição de conforto – a de observadora em busca de compreensão do meio que me envolve. Na reflexão que faço sobre o meu desempenho, poderia ter referido mais as minhas dificuldades à enfermeira orientadora, confiado mais nos conhecimentos que possuía, ter tido maior autoconfiança e ter tentado encarar estes novos ambientes com menos receio e adotando as estratégias de comunicação e estabelecimento de relações que já utilizo no meu dia-a-dia.

Relacionado com todas as fraquezas acima descritas, também, a dificuldade que senti em assimilar o pensamento/ lógica do EEER em todas as vertentes do sistema da pessoa e do seu processo de reabilitação, o que acabou por tornar mais lento o meu desenvolvimento. Fui sempre lendo e estudando todos os documentos que me foram sugeridos, colocando em dia o estudo. Sinto que nunca foi todo o que deveria ter sido e que me poderia ter ajudado a evoluir, também devido à falta de tempo. Tendo, também, estabelecido um compromisso com a professora em adiantar os jornais de aprendizagem atrasados e tentar ao máximo manter em dia as minhas reflexões de forma a desenvolver competências de reflexão e contribuir para a minha aprendizagem.

O tempo é um aspeto crucial no dia-a-dia e gostaria certamente de fazê-lo parar ou fazer crescer os dias de forma a ser possível fazer tudo aquilo que quero, poder dar a atenção

merecida tanto ao meu trabalho como ao meu trabalho enquanto estudante e à minha vida pessoal/ familiar. A gestão do tempo foi algo que nestes estágios se tornou bastante importante pois o EEER tem de ser capaz de gerir os seus casos na sua agenda semanal, gerir a periodicidade das visitas e a prioridade tal como ser capaz de se reajustar consoante as necessidades das pessoas ao longo da semana. Ainda gerir o tempo que duram as intervenções com cada pessoa para que as intervenções seguintes não sejam prejudicadas. Como estudante e futura EEER as maiores aprendizagens que realizei neste âmbito foi a gestão do tempo da duração da intervenção com cada pessoa, gestão do número de pessoas que podem ser visitados por dia de acordo com as suas necessidades e o ajuste do tempo conforme surgem necessidades com as quais não se contava. Aqui tendo sempre em conta as intervenções realizadas junto de cada pessoa e/ou cuidador, e sempre que há a necessidade de se alterar a intervenção com outra pessoa contactá-la ou ao cuidador para avisar e perceber se se mantém estável e que a alteração não prejudica a pessoa, aplicando-se o princípio da não maleficência.

Este processo de ser trabalhadora e estudante é muito desgastante física e psicologicamente exigindo uma boa gestão do tempo que no início deste estágio não estava a conseguir realizar de forma adequada. Tentei encontrar outras estratégias para melhorar a gestão do tempo e reduzir o meu cansaço pois foi, também, um dos motivos que por volta da segunda/terceira semana e no final deste percurso me começou a prejudicar e a criar desmotivação. Na tentativa de fazer os trabalhos e estudar, com má gestão de tempo, acabei por ter muitas noites quase em branco, tendo acentuado o meu cansaço (físico e psicológico) e com este veio a desmotivação, em alguns dias a vontade de desistir deste percurso, associado ainda à falta de confiança em mim e naquilo que sou capaz de fazer.

No entanto, creio que consegui ultrapassar, em parte, a gestão do tempo encontrando outras estratégias para melhor me organizar e melhorando o meu desempenho, entre elas, a otimização do meu tempo através do estabelecimento de prazos limite para finalizar partes de trabalho ou completá-los e definindo um tempo específico de folga para mim que só se realizaria se tivesse cumprido os meus próprios prazos. Podem não ter sido o suficiente para mostrar aquilo que sou enquanto estudante e tudo o que poderia ter evoluído, mas ajudou a melhorar o meu percurso e a tomar mais consciência daquilo que preciso para evoluir enquanto estudante/ profissional e pessoa.

Apesar de não ter sido um percurso totalmente ascendente, a minha capacidade de refletir sobre o dia-a-dia, identificar e compreender as minhas dificuldades, aceitando-as fez com que me fosse possível ir melhorando aos poucos. Sou capaz de refletir criticamente em relação à minha prestação enquanto estudante sendo capaz de perceber as minhas dificuldades e refletindo sobre a melhor maneira de as ultrapassar. Não tenho dificuldades em

admitir aquilo que atrasa a minha evolução, procurando estratégias, sozinha ou em conjunto com as pessoas que me orientam, de forma a melhorar o meu percurso, trabalhando para a promoção do desenvolvimento do autoconhecimento e das aprendizagens profissionais (Diário da República, nº 140, série 2, 2019).

Outra das forças que saliento em relação a este estágio foi a minha motivação, pessoal e profissional, pelo investimento que tenho feito desde o início deste percurso em que a categoria profissional não é o mais expressivo. Quando decidi iniciar este percurso de estudante da EEER fi-lo por uma vontade profissional de aprender mais e saber-fazer mais, proporcionar melhor cuidados às pessoas que cuido e cuidados mais diferenciados. Acabou, também, por determinar ser esta a minha especialidade de eleição pelas pessoas que cuido diariamente e as necessidades que identifico neles, e a vontade que tenho de lhes proporcionar uma melhor recuperação e capacitação para o seu percurso após a alta.

Além desta motivação profissional, é uma vontade pessoal de aprender mais e ser melhor profissional, neste caso específico, diferenciada. Atualmente, as valorizações e diferenciações profissionais não nos permitem uma evolução na carreira, no entanto, este motivo não nos deve deixar de acreditar no valor da formação e num futuro mais promissor, devendo ser as pessoas que cuidamos e os serviços que integramos o foco da nossa vontade de evoluir. Acreditando no valor da Enfermagem e tentando sempre mostrar o valor do trabalho que desenvolvemos, proporcionando cuidados de qualidade e humanizados a todos aqueles que deles necessitam. Assim, a motivação profissional e pessoal, têm sido um grande fator impulsionador deste meu percurso e me tem ajudado a manter neste caminho de desenvolvimento profissional.

A verdade é que o investimento tem sido imenso a vários níveis, pessoais e familiares, para poder dedicar-me a este percurso de estudante, sempre com a determinação de concluir esta etapa com sucesso, poder trabalhar para um futuro melhor para mim e para a Enfermagem e prestar cuidados de qualidade diferenciados. Isto tornou-se na minha motivação diária, para enfrentar os dias de trabalho e de estágio, os dias bons e os menos bons, a continuar neste percurso nem sempre correspondente às expectativas que tinha, mas que me surpreendeu pela positiva. No início deste percurso não tinha noção de como o âmbito de atuação do EEER é tão alargado a tantas especialidades e áreas de intervenção e não fazia sequer ideia, enquanto enfermeira generalista, que estes exerciam a sua intervenção no âmbito dos cuidados na comunidade.

De mãos dadas com a motivação veio a vontade de aprender e desenvolver as competências do EEER, saber-saber e saber-fazer mais e melhor contando com o meu empenho em tudo aquilo que realizei, evolui e concretizei nestas semanas. Pode ter sido uma

evolução lenta, mas com empenho e vontade de dar o meu melhor sempre condicionado pelo tempo que está disponível.

Outras das forças que considero que tive durante o estágio, foi a minha capacidade de atenção e integração dos conhecimentos que me foram transmitidos e das reflexões que realizava diariamente e me ajudaram a compreender melhor todo o trabalho do EEER tanto na comunidade como em meio hospitalar, na especificidade da sua intervenção, a ser ainda uma melhor enfermeira de cuidados gerais melhorando, por exemplo, as minhas técnicas de comunicação. Parece um pouco estranho dissociar o papel de enfermeira generalista do de EEER, no entanto, encontro-me a percorrer o caminho para me tornar especialista e no meu local de trabalho benefício das aprendizagens que tenho feito e ponho-as em prática. Quero com isto dizer, que o meu percurso como estudante da especialidade foi um crescimento como enfermeira e aquisição de competências de especialista, um crescimento em uníssono.

Tudo isto permitiu-me assimilar e compreender todas as avaliações realizadas pelo EEER e a elaboração de planos de cuidados de direcionados para as necessidades e integrando no sistema da pessoa promovendo o cuidado holístico, promovendo a minha evolução e desenvolvimento enquanto estudante.

No decorrer do estágio muitas foram as mudanças sentidas por mim tanto no meu desenvolvimento pessoal como profissional. Aprender a distinguir os diferentes papéis que desempenhamos e entre os quais transitamos ao longo de um dia foi extremamente importante. Ao percorrer o caminho para me tornar EEER não deixei de ser a Enfermeira que cuida pessoas diariamente, nem orientadora de alunos da licenciatura nem a minha pessoa nos meus papéis pessoais, familiares e sociais, no entanto, em prol do meu percurso académico foram papéis que descurei porque nem sempre o tempo entre o trabalho e o estágio incluindo todo o tempo despendido em casa com atividades relacionada com o estágio. Sem dúvida que a melhoria da gestão do tempo e das prioridades foram das grandes aprendizagens que realizei ao longo deste caminho. A vivência deste percurso académico possibilitou-me, ainda, uma reflexão sobre a minha prestação enquanto enfermeira e futura EEER que potencializou as aprendizagens efetuadas.

Uma das experiências de aprendizagem que destaco foi a participação numa conferência familiar teve como intuito promover a continuidade de cuidados e apoiar a família numa tomada de decisão informada e esclarecida. O resultado desta conferência familiar foi a institucionalização da pessoa num lar, permitindo à cuidadora retomar as suas consultas de vigilância de saúde, promover inserção na comunidade e a saúde mental.

Foi uma experiência, que me gerou sentimentos de proximidade e de identificação pelas minhas experiências pessoais e familiares. Apesar de ser um elemento externo àquela família, e estar presente como espectadora e elemento facilitador neste período de

reconstituição conjuntamente com os outros profissionais, foi uma situação que me fez avaliar o meu comportamento enquanto pessoa e profissional. Tendo já vivido de perto uma situação familiar deste género, foi-me possível compreender melhor os sentimentos de ambiguidade que estão presentes neste tipo de decisões enquanto família com vontade de cuidar dos seus e dar-lhe os melhores cuidados e conforto possível. Por outro lado, enquanto profissional foi impossível separar-me da minha experiência pessoal acabando por transferir alguns dos meus sentimentos pessoais. Não considero que isto seja um ponto negativo, pois após ter refletido e debatido este assunto com a enfermeira orientadora sinto que acabou por me trazer maior maturidade para lidar com estes assuntos e tornou-se num crescimento tanto a nível pessoal, pois é um assunto que tenho resolvido comigo mesma, como a nível profissional. Segundo Neto (2003), *“trabalhar com as famílias envolve frequentemente expor a nossa vulnerabilidade, embora desejavelmente respeitando sempre a distância terapêutica.”*

Uma outra experiência impactante para mim foi numa outra conferência familiar em que se pretendia que tanto a família como a EEER entrassem em sintonia para definição de um plano de intervenção para a pessoa gerindo as suas expectativas e esperanças. Uma pessoa com diagnóstico de artrite reumatoide já com postura cifótica, diminuição da força muscular e dor descontrolada que o limita nas suas AVD. A família ainda não tinha aceite a condição de saúde desta pessoa e não tinham expectativas realistas em relação ao futuro. Tiveram bastante dificuldade em aceitar a opinião objetiva da EEER e que, apesar das diversas formas utilizadas para explicar a intervenção segura do EEER, esta não é aceite nem pela pessoa nem pela cuidadora.

A reflexão em relação a esta situação, foi se seria possível alguma vez executar um plano de reabilitação, após controlo da dor, se ele não aceita as medidas de segurança e se se deveria manter na ECCI se após o controlo de sintomas não houvesse adesão nem motivação para capacitação da pessoa dentro das suas limitações. Foram temas que suscitaram discussão dentro da equipa multidisciplinar trazendo à discussão o conceito de qualidade de vida pois este será em grande parte subjetivo. Não devendo nós, profissionais de saúde, deixar que as nossas crenças e valores interfiram nas decisões de cada pessoa e sua família.

Como futura EEER, estas duas situações vivenciadas por mim, trouxeram-me momentos de reflexão importantes sobre não deixar que os nossos sentimentos e emoções interfiram com o trabalho que estamos a desenvolver. É algo que nos molda como pessoas e faz parte do nosso sistema de valores, no entanto, não devemos deixar que interfira nas decisões das pessoas e suas famílias. Outra reflexão importante acerca destas situações, foi o facto de no nosso âmbito de atuação como EEER sabermos identificar quando chegamos

ao limite da nossa intervenção, assumi-lo e ser capaz de fornecer novos recursos para a pessoa e seu cuidador/ família de forma a colmatar as suas necessidades e cuidados.

Inerente a todas estas reflexões, foram situações que me permitiram desenvolver competências comunicacionais e relacionais, integrar-me em ambientes familiares distintos e ter uma voz ativa e profissional sobre o assunto sempre com o suporte da enfermeira orientadora, poder crescer e desenvolver-me a nível pessoal e profissional.

A grande aprendizagem realizada nesta experiência em particular é a necessidade que cada profissional de saúde, neste caso, o EEER tem não permitir que as suas crenças e valores interfiram na decisão que é tomada pela pessoa e seu cuidador. É inato aos enfermeiros a capacidade de cuidar do outro, de querer sempre o melhor para quem necessita dos seus cuidados, no entanto, é importante parar para ouvir e respeitar os desejos da pessoa, tentando compreendê-los e levar o plano de intervenção no sentido do objetivo da pessoa, ou seja, uma tomada de decisão partilhada entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados (Marques, 2015). Só, assim, uma parceria entre EEER e a pessoa cuidada poderá levar ao sucesso do plano de intervenção de reabilitação.

A OMS define Qualidade de Vida como *“As percepções dos indivíduos da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHO, 1998, p. 8).

Qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e, assim, as várias profissões da área da saúde têm um papel fundamental na criação de sistemas de qualidade e na definição dos seus padrões para cada um dos domínios específicos que caracterizam cada um dos grupos profissionais envolvidos. Estes padrões tornam-se precursores dos cuidados de Enfermagem, baseados na evidência, o que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Daí a utilidade de serem estabelecidas *guidelines* orientadoras da boa prática (Diário da República, nº 140, série 2, 2019).

Outras experiências vividas por mim ao longo deste percurso fizeram-me refletir sobre quão é importante conhecermos um pouco das pessoas que temos à frente, quais são as suas dúvidas, necessidades e expectativas. Só assim de poderá adequar a comunicação, as informações fornecidas e o apoio prestado tentando-se ao máximo corresponder áquilo que são as verdadeiras dificuldades da pessoa e sua família. Exigindo dos profissionais uma boa capacidade de comunicação, de relação e de estabelecimento de confiança; aquisição do respeito da família; conhecimento amplo da situação de saúde das pessoas que tratam como da sua família e as suas sensibilidades. Exige responsabilização pelo seu trabalho e pelas suas competências, uma visão holística dos cuidados não apenas na teoria mas, também, na prática diária.

Enquanto profissional, interessa dar resposta às necessidades de cada um individualmente, sendo que as experiências pessoais podem condicionar a atuação ou, se bem resolvidas, podem proporcionar maior maturidade e sensibilidade para lidar com as situações tendo sempre presente que os juízos de valor não devem ser realizados e atender à singularidade da pessoa. Segundo McCormack e McCance (2006), o cuidado centrado na pessoa caracteriza-se por todas as intervenções/cuidados de excelência individualizados e únicos, desenvolvidos para e com a pessoa, abrangendo toda a esfera de vertentes que a envolve. Esta, ao cruzar-se com as competências e conhecimentos do enfermeiro, dá origem a uma negociação de cuidados (plano de intervenção individual do cliente), que contempla uma abordagem multidisciplinar, baseada no respeito, comunicação, observação atenta, individualidade, escuta ativa, atender às necessidades de conforto e suporte emocional, autonomia e envolvimento na tomada de decisão. O enfermeiro necessita ser detentor de competências que lhe permitam planear e desenvolver atividades, possibilitando a implementação de um modelo de cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006). Para isto, é fundamental o desenvolvimento de novas práticas e métodos de trabalho que contemplem momentos de reflexão e envolvimento dos profissionais e da pessoa, no sentido de obter um *feedback* contínuo que conduza aos tão ambicionados cuidados de excelência (McCormack & McCance, 2006).

A abordagem centrada na pessoa alvo de cuidados é também, o enfoque da teoria de Betty Neuman e que foi a abordagem realizada por mim ao longo deste percurso. Betty Neuman considera cada pessoa como um sistema aberto e dinâmico, pois, encontram-se em constante adaptação (Freese, 2004). Assim, o sistema da pessoa é composto pelas suas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em interação contínua com o ambiente onde se encontra inserido (Freese, 2004; Neuman, 2011). Os enfermeiros são participantes ativos em todo o processo de reconstituição do sistema da pessoa em resposta aos eventos stressores que lhe provocaram alterações funcionais e necessidades, norteando a ação através dos vários níveis de prevenção (Neuman, 2011).

Os EEER desenvolvem o seu trabalho, quer em contexto agudo e pós-agudo (hospitalar), quer na comunidade. Neste processo estão incluídos diversos intervenientes, como sejam a equipa de saúde, as pessoas e suas famílias como o meio social onde estes se inserem, com o intuito de maximizar o processo de reabilitação e minimizar a deficiência. Outro dos papéis do EEER é o de facilitador da relação com outros profissionais envolvidos no processo de reabilitação. São, também, responsáveis pela orientação da equipa de Enfermagem na definição de prioridades e na conceção dos cuidados, no sentido de práticas seguras e que visem a máxima funcionalidade das pessoas e melhoria da qualidade de vida, sendo aqui, mais uma vez, o trabalho em equipa fulcral para a continuidade dos cuidados.

Também, aqui a teoria de Betty Neuman, tem um papel preponderante no desenvolvimento das minhas competências e nos cuidados especializados por mim prestados. Segundo o seu modelo, a intervenção do EEER faz-se ao longo de três níveis de prevenção consoante quanto o sistema da pessoa está enfraquecido tendo este um papel ativo na articulação com a equipa multidisciplinar. Ao nível da prevenção primária o EEER no seu planeamento e ação deve ter em contas ações preventivas para a situação que colocou a pessoa numa situação de doença. Ao nível da prevenção secundária deve fazer a avaliação das alterações da função das pessoas, estabelecer um plano de tratamento e intervenção nos fatores que levaram à situação de doença. Na prevenção terciária, o EEER deve focar-se na maximização das funções e do potencial da pessoa de forma a minimizar o impacto das capacidades, promover a independência e a qualidade de vida (Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019; Neuman, 2011).

No que se refere ao percurso nos cuidados na comunidade, o meu conhecimento sobre a intervenção do EEER era pouco e não conhecia os projetos em que colocam em curso e cheguei a considerar que poderia ser uma experiência pouco rica. No entanto, mantive-me aberta a esta oportunidade de aprendizagem tendo sido uma experiência muito rica de aprendizagens sobre a intervenção do EEER neste contexto que me exigiu um grande investimento, quer pelo aprofundar de conhecimentos, quer pela reflexão sobre a minha prática.

O estágio em contexto hospitalar despertava em mim uma grande motivação pela possibilidade de aplicar e desenvolver o meu projeto e enormes expectativas de desenvolvimento e de novas aprendizagens. Acabou por não ser como eu imaginava pois foi menos direcionado à RFR à pessoa submetida a cirurgia abdominal e mais à pessoa com patologia respiratória (internamento e ambulatório) e, ainda, pessoas com fibrose quística em consulta de ambulatório. De todas as formas, apesar deste contexto de estágio não ter sido integralmente dedicado ao desenvolvimento dos objetivos do meu projeto, aproveitei todas as oportunidades ao meu dispor para avaliar as necessidades das pessoas e desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiorrespiratória e motora. E fazer o seu acompanhamento durante um curto período de tempo.

Em termos de pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, aproveitei a oportunidade de ter uma pessoa em contexto de ambulatório que iria ser submetida a lobectomia superior esquerda do pulmão. Pude, assim, realizar a avaliação inicial desta pessoa, programar e implementar o programa de reabilitação no período pré-operatório tendo realizado um documento escrito sobre esta intervenção (APÊNDICE VII).

Os contextos da comunidade e do meio hospitalar são locais de intervenção do EEER completamente diferentes e que exigem muito das suas competências e conhecimentos. Os

planos de intervenção da reabilitação têm objetivos diferentes, no entanto, com um objetivo em comum – cuidar a pessoa com deficiência, capacitá-la para a sua limitação permitindo a reinserção no seu meio social e familiar, maximizar a sua funcionalidade. Esta intervenção do EEER é sempre na perspetiva de promover a reconstituição da pessoa (Neuman, 2011) perante esta situação de saúde vivenciada.

Para finalizar as oportunidades deste estágio, com balanço bastante positivo, tenho intenção de publicar o estudo de caso desenvolvido em contexto comunitário. Projeto em que o contributo da orientadora clínica e da docente foram muito importantes e que pretende dar visibilidade à Enfermagem de Reabilitação.

Este projeto, desafio proposto pela orientadora docente, passava também por uma comunicação num congresso da especialidade que pela situação pandémica não se realizou. Apesar de uma das minhas dificuldades ser falar para o público considero que é importante partilhar o trabalho de Enfermagem de Reabilitação que é feito na comunidade é um desafio cada vez maior e mais importante para nós enquanto enfermeiros e especialistas.

Este acaba por ser, um estudo de caso que reflete muitas das minhas aprendizagens e do meu desenvolvimento sendo a sua publicação e comunicação um grande desafio para mim.

Todas estas fases do meu percurso para me tornar uma EEER, incluindo todo o trajeto de aprendizagem teórica, foram sem dúvida enormes oportunidades de aprendizagem e crescimento, pessoal e profissional, permitindo-me ultrapassar medos que estavam relacionados com experiências do passado, desenvolver o meu raciocínio enquanto futura especialista de EEER, aplicar na prática os conhecimentos adquiridos ajustando-me às condicionantes de cada pessoa, cada família e cada situação social, desenvolvendo uma visão abrangente e, no entanto, específica desta intervenção especializada.

Hoje, olhando para trás, teria tentado logo desde o primeiro dia adotar uma postura mais confiante, deixaria o medo e o receio. Tentaria maximizar o meu tempo e fazer uma melhor gestão de todas as minhas atividades, aplicar mais o pensamento reflexivo sobre o trabalho desenvolvido e um maior questionamento sobre as intervenções do EEER na comunidade. Tudo isto de forma a aproveitar ainda mais todas as oportunidades de aprendizagem que me foram proporcionadas maximizando o meu percurso de aprendizagem como futura EEER.

Para mim, aprender com estes EEER que dão o seu máximo diariamente para proporcionar cuidados de qualidade e capacitar as pessoas para as suas novas realidades, gerou ainda maior motivação e paixão pela profissão e pela Enfermagem de Reabilitação. E que para sermos melhores profissionais nunca devemos deixar de procurar o melhor conhecimento científico, produzir conhecimento e partilhá-lo com os nossos pares. Nunca

devemos deixar de investir na nossa profissão e na nossa formação pois por mais difícil que o caminho possa ser o conhecimento e as competências são as nossas armas na luta pelo futuro das pessoas que cuidamos e na defesa da nossa profissão.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realização deste relatório, procurou-se relatar o percurso realizado enquanto estudante e profissional na minha reconstituição de Enfermeira generalista em EEER. Um percurso académico intenso e repleto de desafios, mas que me permitiu um grande desenvolvimento profissional e pessoal.

A Enfermagem evolui como disciplina através do conhecimento adquirido pela investigação sendo utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006). Assim, torna-se imprescindível a produção e renovação contínua de conhecimentos, assegurado pela investigação e produção contínua de novos conhecimentos fornecendo um contributo importante à prática clínica de Enfermagem.

Na prática diária como Enfermeira generalista num serviço de cirurgia, fui-me apercebendo das necessidades e dificuldades vivenciadas pelas pessoas submetidas a cirurgia abdominal. Tal como, o défice de conhecimento sobre a cirurgia, cuidados pré e pós-operatórios e a ausência de conhecimento sobre cuidados respiratórios tornam-se uma barreira para a sua reabilitação. Ciente desta situação, torna-se de essencial importância a intervenção do EEER, tanto no pré-operatório como no pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal.

Neste contexto, surgiu o tema deste projeto, a sua posterior aplicação e desenvolvimento, culminando neste relatório, mas principalmente na reconstituição enquanto EEER.

A revisão scoping realizada permitiu demonstrar que as complicações respiratórias pós cirurgia abdominal são das mais frequentes e que os programas de RFR iniciados no pré-operatório são benéficos para a prevenção de complicações, diminuição da ansiedade e para reabilitação da pessoa no pós-operatório de cirurgia abdominal.

Na pessoa submetida a cirurgia abdominal EEER deve atuar no sentido de recuperar a função respiratória e motora alterada pelo ato cirúrgico, otimizando o seu estado funcional através de programas de RFR. Estas ações permitem diminuir as complicações respiratórias, melhorar a funcionalidade, facilitar a recuperação e fornecer ferramentas à pessoa para lidar com as alterações provocadas pelo ato cirúrgico.

Na fase de elaboração do projeto que culminou na definição de um plano de ação para desenvolvimento de competências durante o Estágio, o conhecimento que possuía, tanto sobre os contextos, como sobre a intervenção do EEER era superficial, sendo que pretendia abarcar todo o período desde o pré-operatório até ao pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal. No entanto, após este percurso concluo, baseando a minha prática em

toda a evidência analisada, que o período de pré-operatório é amplamente deixado de parte no processo de reabilitação desta tipologia de pessoas. Durante as 16 semanas de Estágio apenas tive oportunidade de trabalhar com uma pessoa que iria ser submetida a lobectomia do pulmão. Foi uma experiência enriquecedora e que permitiu aplicar um plano de intervenção com o intuito de preparação para o procedimento cirúrgico tanto a nível respiratório como a nível motor.

De toda a literatura analisada neste percurso e que os resultados foram apresentados anteriormente, sabemos que a preparação para o procedimento cirúrgico deve começar antes da cirurgia trazendo benefícios na prevenção de complicações pós-cirúrgicas tanto a nível respiratório como a nível físico. Uma das condicionantes à minha aprendizagem foi o facto de haver um número muito reduzido de pessoas submetidas a cirurgia abdominal que realizam RFR no período pré-operatório. É um período tido pouco em conta, na minha perspetiva pessoal, pelas contingências organizacionais e pela falta de sensibilização das equipas multidisciplinares para o benefício que estes programas trazem às pessoas e ao sucesso dos procedimentos cirúrgicos. Assim, não me foi possível atingir este meu objetivo na sua total dimensão.

No que concerne ao período pré-operatório, destaco outra reflexão, sabendo pela literatura analisada este é um período fulcral de intervenção do EEER porque não está ele incluído nos programas e serviços onde poderia ser implementado? Qual o real motivo de não existirem programas de reabilitação mais completos e que abranjam a RFR para as pessoas que irão ser submetidas a cirurgia abdominal desde o pré-operatório até ao final do seu processo de cura cirúrgica? Quando questioneei a enfermeira sobre este assunto, ela disse-me que as referenciações no pré-operatório são muitas escassas e as poucas que acontecem são realizadas pela pneumologista que está alocada ao serviço para pessoas em contexto de ambulatório.

Nesta questão, uma das intervenções que se poderia realizar de forma a otimizar as pessoas que irão ser submetidas a cirurgia logo no período pré-operatório seria a sensibilização das equipas para o benefício dos programas de RFR e incentivo à referenciação para a equipa de reabilitação.

Pelos dados emanados pela DGS sabemos que a RFR é umas das intervenções com melhor relação custo-efetividade em doenças como a doença respiratória associando-se à redução das hospitalizações por agudização da doença e recorrência aos serviços de urgência (DGS, 2015). No entanto, é uma intervenção subutilizada e com oferta deficiente face às necessidades da população constatando-se existe uma baixa capacidade instalada de RFR tanto em centros que a disponibilizam como quanto ao número de pessoas tratadas (DGS, 2015).

Na minha opinião, os serviços que neste momento oferecem cuidados de reabilitação deviam ser reforçados com recursos humanos de forma a chegar a um maior número de pessoas com estas necessidades e, a longo prazo, que tanto a nível da comunidade e como hospitalar os serviços pudessem estar dotados de EEER.

No meu ponto de vista, é aqui se torna fulcral o trabalho de investigação dos EEER e a sua capacidade de construir e implementar este género de programas de reabilitação, colhendo dados e mostrando a evidência da sua eficácia e benefícios. Ao terminar este percurso académico é a reflexão que me deixa inquieta e que foi um dos motivos que me levou a enveredar por esta especialidade em específico e desenvolver o meu percurso direccionado para a pessoa submetida a cirurgia abdominal.

Uma das minhas perspetivas para o futuro é construir e implementar um programa de RFR no serviço onde exerço funções. Numa perspetiva realista e sabendo que é um serviço de internamento irei começar pelo período pós-operatório que será o mais simples de instituir pelas características do serviço. Neste momento, no serviço onde exerço funções não existe qualquer programa de reabilitação instituído, tal como os EEER existente no serviço não exercem os cuidados especializados de reabilitação. Perante esta situação, poderei começar a implementar programas de reabilitação em pessoas submetidas a cirurgia abdominal avaliando, colhendo e registando os dados da sua evolução, de forma a poder demonstrar o benefício destes programas para a recuperação da pessoa, melhoria da sua qualidade de vida e diminuição do tempo de internamento.

A nível do pré-operatório, sendo que, as pessoas só são internadas no dia anterior à sua cirurgia poderá ser possível instituir, pelo menos, alguns exercícios a nível da consciencialização dos tempos respiratórios, ensinamentos sobre técnica de tosse com contenção da sutura e de levantar. A longo prazo, o ideal seria o de instituir também um programa a nível do período pré-operatório fazendo uma avaliação da pessoa nesta fase com introdução de um plano de reabilitação que acompanhasse a pessoa até à alta com ensinamentos que a capacitem para manter o seu plano de reabilitação no domicílio.

Nesta fase de apresentação do relatório, é com satisfação que denoto algumas mudanças no serviço onde exerço funções, especificamente o planeamento de formação nesta área para a equipa de Enfermagem de forma a sensibilizar para a importância dos programas de reabilitação e, também, na criação de folhetos sobre exercícios de RFR e reabilitação motora com exercícios simples e que as pessoas possam continuar a fazer após a alta do internamento. A equipa que se encontra a delinear esta formação na área da Enfermagem de Reabilitação e, também, estruturação de projetos de intervenção na área da RFR e reabilitação motora é constituída pelos EEER do serviço, tendo participado com estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Neste percurso, além dos objetivos que defini no projeto específico para a pessoa submetida a cirurgia abdominal o maior objetivo era desenvolver as competências que se encontram explanadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, nº 140, série 2, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EEER (Diário da República nº85, série 2, 2019).

Refletindo sobre todo o percurso que realizei, considero que desenvolvi as competências que formam o EEER e que me permitiram o desenvolvimento profissional e pessoal inerente ao título. Durante este percurso, cuidei de pessoas com necessidade de reabilitação a nível sensoriomotor tendo-me focado na sua recuperação e capacitação e melhoria da sua qualidade de vida. Desenvolvi competências em termos de treino e reeducação ao esforço, readaptação da vida no meio familiar e social.

Noutro contexto, tive oportunidade de desenvolver as minhas competências em termos de RFR em vários contextos de internamento e com pessoas com diferentes graus de dependência. O foco dos cuidados foi tanto em pessoas ainda em contexto de UCI como já numa fase de preparação para a alta no internamento de cirurgia. Sendo um serviço, também, com contexto de ambulatório tive a oportunidade de trabalhar com pessoas com patologias respiratórias diferentes uns em fase mais descompensada do que outros.

O leque de competências do EEER é extenso e abarca um sem número de alterações em todos os sistemas do organismo humano, sendo que o período temporal do Estágio não permite abarcar todos e, também, tendo que selecionar dois contextos específicos as experiências vividas durante a permanência nos mesmo é definidas pela tipologia de pessoas com necessidade de reabilitação que integram as unidades nesses períodos específicos. No entanto, não considero este ponto como uma limitação, uma vez que o meu contexto de ECCEI me permitiu um leque de experiências muito enriquecedoras e uma atuação muito diversificada em termos de programas de reabilitação, com uma faixa etária muito alargadas desde os 8 anos até aos 90 anos. O contexto hospitalar permitiu-me desenvolver competências a nível da RFR mas com pessoas em contexto de internamento e de ambulatório e, principalmente, para a intervenção direcionada para o meu projeto de estágio que são as pessoas submetidas a cirurgia abdominal.

Considero que os contextos onde estive inserida, tiveram os seus pontos positivos e negativos que influenciaram a minha aprendizagem e a minha capacidade e reflexão. Os orientadores com quem trabalhei e as pessoas que cuidei foram essenciais para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Sendo que este é só o meu percurso inicial para me tornar EEER e a base para continuar a desenvolver as minhas competências e a minha intervenção.

Neste percurso, constatei a importância do EEER como elemento crucial da equipa

multidisciplinar de saúde, a diferença que a sua intervenção junto de cada pessoa faz a diferença no processo de reconstituição e adaptação à nova condição e no processo de busca de melhor qualidade de vida e como elo de ligação com a família e meio social. A intervenção do EEER faz a diferença na educação para a saúde, na capacitação para a gestão da doença e incapacidade, na continuidade de cuidados e na reintegração no contexto familiar e comunitário.

Na convivência com os seus parceiros profissionais o EEER deve assumir-se como uma referência para a melhoria da qualidade dos cuidados, líder e gestor de situações nos vários contextos de saúde promovendo a reflexão e motivação da procura do conhecimento e desenvolvimento profissional (Diário da República nº85, série 2, 2019).

Para o meu futuro, enquanto profissional de saúde e EEER, tenho a responsabilidade de exercer diariamente uma prática de cuidados com base nas competências desenvolvidas, caracterizada pela qualidade e fundamentada na evidência científica atualizada, enriquecendo a intervenção do EEER nos vários contextos de intervenção.

O grande desafio será a utilização de forma pertinente e com qualidade o conhecimento adquirido neste processo de desenvolvimento de competências, transpondo para a minha prática diária de cuidados a identidade profissional que adquirir de forma a encontrar o meu espaço, com tenacidade e persistência, na equipa multidisciplinar e na instituição de saúde onde exerço a minha atividade profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, D (2017). *Where is the Incentive in incentive Spirometry?*. (s.l.). Acedido a 9 de maio de 2020. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=adea9c2f-9da4-4f0c-9fb6-445ffbbf10c1%40sdc-v-sessmgr01>
- Ambrosino, N. & Gabbrielli, L. (2010). Physiotherapy in the perioperative period. *Best Practice & Research Anaesthesiology*, 24, 283-289. Doi: 10.1016/j.bpa.2010.02.003
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de março de 2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Boden, I., Sullivan, K., Hackett, C., Winzer, B., Lane, R., McKinnon, M. & Robertson, L. (2018). ICEAGE (Incidence of complications following emergency abdominal surgery: get exercising): study protocol of a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial testing physiotherapy for the prevention of complications and improved physical recovery after emergency abdominal surgery. *World Journal of Emergency Surgery*, 13(29), 1-17. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0189-y>
- Campos, D. C. F. & Graveto, J. M. G. N. (2009). Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(6). Acedido em julho de 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600021>
- Cardoso, A. F., Felizardo, H. M., & Januário, J. C. (2012). O enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa. In P. Queirós (Coord.). *Enfermagem de Nihingale aos dias de hoje*, 100, (pp.75-88). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em julho de 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318641435_O_enfermeiro_como_gestor_do_processo_de_preparacao_do_regresso_a_casa
- Dailey, R. T., Malinowski, T., Baugher, M. & Rowley, D. D. (2017). Impact of a respiratory therapy assess-and-treat protocol on adult cardiothoracic ICU readmissions.

Respiratory Care, 62(5), 517-523. Acedido a 7 de maio de 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.4187/respcare.05269>

Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho. *Diário da República* – 1.ª Série, nº 107, de 25 de junho de 2008. Acedido em julho de 2021 ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* – 2.ª Série, nº 140, de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em julho de 2021. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Relatório de análise da capacidade instalada de reabilitação respiratória nos hospitais do serviço nacional de saúde*. Lisboa, 2015. Acedido em julho de 2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-506885-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa, 2017. Acedido em julho de 2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2018). *Doenças respiratórias – desafios e estratégias*. Lisboa, 2018. Acedido a 3 de março de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/doencas-respiratorias-desafios-e-estrategias-2018-.aspx>

Fernandes, S., Santos, R., Giovanetti, E., Taniguchi, C., Silva, C., Eid, R., ... Cazati, D. (2016). Impacto da fisioterapia respiratória na capacidade vital e na funcionalidade de pacientes submetidos a cirurgia abdominal. *Einstein*, 14 (2), 202-207. Doi: 10.1590/S1679-45082016AO3398

Ferreira, J., Delgado, B., Santos, A., Noro, M., Coelho, A. & Paola, V. (2020). Impacto da espirometria de incentivo na redução de complicações respiratórias no pós-operatório da laparotomia: revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 21-26. Acedido em julho de 2021. Doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.3.4613>

- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Allgood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência.
- Gurel, E. & Tat, M. (2017). SWOT Analysis: A theoretical review. *The Journal of International Social Research*, 10 (51), 994-1006. Doi: <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>
- Hesbeen W. (2001). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Huang, J., Lai, Y., Gao, K., Du, H., Su, J... Zhou, X. (2017). Surfactant Protein-D: A sensitive predictor for efficiency of preoperative pulmonary rehabilitation. *Internacional Journal of Surgery*, 41, 136-142. Doi: 10.1016/j.ijssu.2017.03.084.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatísticas da Saúde 2018*. Acedido a 3 de março de 2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2
- Isaiás, F., Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Katsura, M., Kuriyama, A., Takeshima, T., Fukuhara, S. & Furukawa, TA. (2015). Preoperative Inspiratory muscle training for postoperative pulmonar complications in adults undergoins cardiac and major abdominal surgery (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. Doi: 10.1002/14651858.CD010356.pub2
- Laccort, A.A. & Oliveira, G.B. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da Enfermagem. *Revista Uningá*, 29(3), 6-10. Acedido em julho de 2021. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976/1572>
- Lumb, A.B. (2019). Pre-operative respiratory optimisation: an expert review. *Association of Anaesthetists*, 74(1), 43-48. Acedido em julho 2021. Doi: 10.1111/anae.14508
- Marlow, L.L., Lee, A.H.Y., Hedley, E., Grocott, M.P., Steiner, M.C., Young, J.D., Rahman, N.M., Snowden, C.P. & Pattinson, K.T.S. (2020). Findings of a feasibility of pre-operative pulmonar rehabilitation to reduce post-operative pulmonar complications in people with chronic obstructive pulmonar disease scheduled for major abdominal

surgery. *F1000Research*, 9(172), 1-17. Doi:
10.12688/f1000research.22040.1. eCollection 2020

Marques, M. F. M. (2015). *Aprender a decidir em tempos de escola. A formação superior e a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados* (Tese de Doutoramento). Disponível em:
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/TESE%20CORRIGIDA%20Maria%20de%20Fatima%20Mendes%20Marques%20%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/TESE%20CORRIGIDA%20Maria%20de%20Fatima%20Mendes%20Marques%20%20(1).pdf)

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. Acedido em julho de 2021. Doi: [10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x)

Mendes, J. M. G. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de Enfermagem. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 36, 71-77. Acedido em julho de 2021. Disponível em:
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006%20(1).pdf)

Ministério da Saúde (2019). *Relatório Anual – Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2018*. Acedido a 3 de março de 2020. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf

Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F. & Green, C. J. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspetivas de Saúde e de Doença*. (8ª ed.) (Volume 1). Loures: Lusociência.

Naswa, S., Tuteja, R., Gupta, V.P. Aggarwal, R. & Moiz, J. A. (2017). Comparison of Acapella® versus active cycle of breathing technique in post-operative pulmonary complications after valve replacement surgeries. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 11(2), 24-29. Doi: 10.5958/0973-5674.2017.00030.2

Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, 68-74. Acedido a 18 de novembro de 2020. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906>

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J.Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th edition) (pp.3-33). New Jersey: Pearson.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Lisboa.

Acedido a 20 de Maio 2021. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Orman, J. & Westerdahl, E. (2010). Chest physiotherapy with positive expiratory pressure breathing after abdominal and thoracic surgery: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54 (3), 261–267. Doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02143.x

Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. (6ª ed.) (Volume I). Loures: Lusociência.

Queirós, P. & Ventura, A. (2016). *A Enfermagem de reabilitação e a pessoa submetida a cirurgia toraco-abdominal*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, 15, 95-115. Acedido a 15 junho de 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/301221376>

Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª Série, nº 119, de 22 de junho de 2015. Acedido em julho de 2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552234>

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido em julho de 2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

Schwartz, J., Parsey, D., Mundangeppufu, T., Tsang, S., Pranaat, R., Wilson, J. & Papadacos, P. (2020). Pre-operative patient optimization to prevent postoperative pulmonary complications – insights and roles for the respiratory therapist: a narrative review. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, 56, 79-85. Doi: [10.29390/cjrt-2020-029](https://doi.org/10.29390/cjrt-2020-029)

Silva, D. C. B., & Filho, L. S. S. (2018). Fisioterapia respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: uma revisão de literatura. *Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)* 16(55), 115-123. Doi: [10.13037/ras.vol16n55.4854](https://doi.org/10.13037/ras.vol16n55.4854)

Simmons, M. & Simmons, P. (2012). Postoperative respiratory care. In D.R. Hess, N.R. MacIntyre, S.C. Mishoe, W.F. Galvin & A.B. Adams (Eds.) *Respiratory care: Principles and practice* (2ªed.) (pp.856-867). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

World Health Organization – Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1998). *WHOQOL User Manual*. Acedido a 5 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol>

World Health Organization (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery save lives*. Acedido a 30 de maio de 2019. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf?ua=1

Zancan, M., & Fozza, F.C. (2013). Fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia abdominal e torácica. *EFDeportes*, 18(179). Acedido a 19 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd179/fisioterapia-abdominal-e-toracica.htm>

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de formação

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação
Projeto de Estágio

Reeducação Funcional Respiratória: Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia
Abdominal

Inês Rafaela Valente Silva

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação
Projeto de Estágio

Reeducação Funcional Respiratória: Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia
Abdominal

Inês Rafaela Valente Silva

Orientação: Professora Doutora Maria de Fátima Marques

Lisboa
2019

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized leaves or waves, extending from the right edge towards the center.

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CPAP – Pressão Positiva Contínua
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipas Coordenadoras Locais
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EGA – Equipa de Gestão de Altas
ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
EPAP – Pressão Positiva Expiratória
INE – Instituto Nacional de Estatística
MAC – Maternidade Alfredo da Costa
RFR – Reabilitação Funcional Respiratória
RNCCI – rede Nacional de Cuidados Integrados
RTAT – Respiratory Therapy Asses-and-Treat
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
URR - Unidade de Reabilitação Respiratória
WHO – World Health Organization



ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	11
1.1. Título.....	11
1.2. Questão de investigação.....	11
1.3. Palavras-chave.....	11
1.4. Data de início.....	11
1.5. Duração.....	11
2. REVISÃO SCOPING.....	13
2.1. Background.....	13
2.2. Critérios de Inclusão.....	19
2.2.1. Tipo de participantes.....	19
2.2.2. Conceito.....	20
2.2.3. Contexto.....	20
2.2.4. Tipos de Estudo.....	21
2.3. Estratégia de Pesquisa.....	21
2.3.1. Proposta para extração de resultados.....	22
2.3.2. Proposta de apresentação de resultados.....	22
2.3.3. Apresentação dos resultados.....	22
3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	27
4. CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO.....	31
5.OBJETIVOS.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

APÊNDICES

Apêndice I - Diagrama de Revisão Scoping

Apêndice II - Modelo da Ficha de Leitura

Apêndice III - Fichas de Leitura Elaboradas

Apêndice IV - Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Apêndice V – Modelo de Sistemas de Betty Neuman na perspetiva da problemática do Projeto

Apêndice VI – Guião de Entrevista Formal

Apêndice VII – Descrição dos Contextos de Ensino Clínico

Apêndice VIII - Objetivos Específicos e Planeamento de Atividades

Apêndice IX – Cronograma

Apêndice X - Apresentação PowerPoint de 6 de Junho 2019

Apêndice XI - Apresentação PowerPoint de 11 de Julho 2019

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Complicações respiratórias no pós-operatório e causas associadas.....	15
Quadro 2 – Técnicas de RFR no pré e pós-operatório.....	18
Quadro 3 – Objetivos Específicos.....	33

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Opção II – Projeto, foi proposto a elaboração de um Projeto de formação a partir de um tema do nosso interesse pessoal. A elaboração deste projeto pretende ser o início da preparação e programação do desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nos contextos de Ensino Clínico que serão realizados no próximo semestre.

No caso específico deste projeto, pretende-se desenvolver competências de EEER no contexto da Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) da pessoa submetida a cirurgia abdominal. No entanto, apesar do interesse pessoal passar por este tema e da vontade de desenvolver competências específicas nesta área, todas as outras áreas da reabilitação serão tidas em conta neste percurso académico e serão programadas a nível dos objetivos e atividades deste projeto e do Ensino Clínico.

A escolha da problemática decorre, primeiramente, de um interesse pessoal pois, diariamente, lido com pessoas submetidas a cirurgia abdominal com repercussões a nível do sistema respiratório em consequência dos longos períodos em que estão sujeitos a anestesia/ entubações e, alguns dos casos, a ventilação mecânica no período em que permanecem nos cuidados intensivos. Estas pessoas não tendo sido submetidos a qualquer tipo reabilitação respiratória nos períodos pré ou pós-operatório têm uma recuperação mais lenta e difícil.

As Intervenções autónomas do Enfermeiro de Reabilitação na função respiratória é, ainda, uma das áreas consideradas emergentes para investigação e produção de conhecimento, pela Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). Tendo no caso específico deste projeto, opto por afunilar para a RFR nas pessoas submetidos a cirurgia abdominal fundamentando-se nos factos de que:

- ✓ O número de intervenções cirúrgicas tem vindo a aumentar nos últimos anos relacionado com o aumento da incidência de doenças crónicas e de processos oncológicos, que são influenciadas pelos estilos de vida e comportamentos de saúde adotados (WHO, 2009);
- ✓ Com o aumento do volume de cirurgias aumentam, também, as complicações associadas ao procedimento cirúrgico sendo

muitas destas preveníveis (no caso das cirurgias programadas) através de cuidados de saúde adequados e programados (WHO,2009);

✓ As complicações respiratórias no pós-operatório têm um impacto significativo na recuperação da pessoa submetido a cirurgia abdominal e na sua qualidade de vida, aumentando a morbilidade e mortalidade, tempos de internamento hospitalar e os custos associados (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Katsura et al., 2015; Isaías et al., 2012; Naswa et al., 2017; Simmons & Simmons, 2012);

✓ Pela sua localização, as cirurgias abdominais estão associadas a complicações respiratórias no pós-operatório como pneumonia, atelectasia, derrame pleural e hipoxémia (Silva & Filho, 2017; Isaías et al., 2012; Katsura et al., 2015; Simmons & Simmons, 2012);

✓ A RFR apresenta benefícios comprovados na prevenção e tratamento das complicações respiratórias associadas a cirurgia abdominal (Huang et al.,2017; O' rman et al., 2010);

✓ O EEER possui competências específicas que permitem intervir a este nível e pode desenvolver programas de RFR individualizados e personalizados às necessidades de cada pessoa.

Para o desenvolvimento deste projeto optou-se pela realização de uma revisão scoping com objetivo de dar resposta à pergunta de investigação: Qual a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias (C) de pessoas submetidas a cirurgia abdominal (P) a nível hospitalar (C)?

Os critérios de inclusão definidos para esta revisão scoping foram: Adulto, submetido a cirurgia, intervenções de terapia respiratória, cuidados pré-operatórios e cuidados pós-operatórios. Quanto aos critérios de exclusão foram considerados: não ser adulto.

Para a definição dos marcadores booleanos foi realizada pesquisa dos Descritores em Ciências da Saúde, através da utilização de linguagem natural, tendo sido definidos os seguintes marcadores:

✓ Em português: Cirurgia; Adulto; Terapia Respiratória; Enfermagem em Reabilitação; Cuidados pré-operatórios; Cuidados pós-operatórios.

✓ Em inglês: Surgery; Adult; Respiratory therapy; rehabilitation nursing; preoperative care; postoperative care.

A pesquisa foi realizada a 07 de Maio de 2019 utilizando os descritores definidos. Como limitadores de pesquisa os artigos teriam de estar em texto integral, publicados em revistas científicas e analisados por pares sem limite temporal.

Foi utilizada a EBSCOhost para realizar a pesquisa recorrendo às seguintes bases de dados: Academic Search Complete, Business Source Complete; CINAHL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers; Cochrane database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; ERIC; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with full text e, ainda, na base de dados PEDro.

A combinação de descritores utilizada na pesquisa foi: “surgery and adult and respiratory therapy or rehabilitation nursing and preoperative care and postoperative care”, tendo sido pesquisados 71 artigos. Destes 71 artigos, 2 estavam repetidos sendo um total de 69 artigos dos quais foram extraídos 65 artigos para leitura (os restantes 5 artigos encontram-se em bases de dados pagas). Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos ficaram 10 artigos para análise tendo, ainda, sido 5 excluídos após leitura integral restando, assim 5 para integrar a revisão.

O projeto encontra-se organizado em cinco partes: identificação do projeto, revisão scoping, modelo teórico de Enfermagem aplicado ao projeto, descrição dos contextos de ensino clínico, definição de objetivos gerais e específicos com o devido planeamento de atividades para operacionalizar no percurso do ensino clínico. Por fim, as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices que são compostos pelos documentos enumerados ao longo do projeto.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

Reabilitação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no pré e pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal

1.2. Questão de investigação

Qual a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias (C) de pessoas submetidas a cirurgia abdominal (P) a nível hospitalar (C)?

P (População): Adulto submetido a cirurgia abdominal

C (Conceito): Enfermagem de Reabilitação, Terapia Respiratória, cuidados pré e pós-operatórios, complicações respiratórias

C (Contexto): Hospitalar – Enfermaria

1.3. Palavras-chave

Português: Cirurgia; Adulto; Terapia Respiratória; Enfermagem de Reabilitação; Cuidados pré-operatórios; Cuidados pós-operatórios

Inglês: Surgery; Adult; Respiratory therapy; rehabilitation nursing; preoperative care; postoperative care

1.4. Data de início

24 de setembro 2019

1.5. Duração:

24 de setembro de 2019 a 8 de fevereiro de 2020

2. REVISÃO SCOPING

2.1. Background

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o impacto crescente das intervenções cirúrgicas na saúde pública associando-se a um aumento a nível mundial da esperança média de vida e da incidência das doenças oncológicas, cardiovasculares e traumáticas (WHO, 2009).

A OMS assume uma taxa mundial de 3% de eventos adversos peri-operatórios e de 0,5% de mortalidade cirúrgica. Estes dados traduzem-se em quase sete milhões de pessoas cirúrgicos por ano que sofrem de complicações, em que destes, um milhão morre durante ou imediatamente após a cirurgia, sendo que destes quase metade são considerados preveníveis (WHO, 2009).

O Relatório de Acesso aos Cuidados de Saúde de 2017 do Ministério da Saúde refere que a cirurgia programada cresceu 1,2% em relação ao ano anterior correspondendo a 587 283 cirurgia programadas no ano de 2017 (Ministério da Saúde, 2017). Os dados sobre as cirurgias encontram-se dispersos e são genéricos, não existindo dados específicos sobre mortalidade e morbilidade operatória, complicações associadas ao procedimento cirúrgico tal como os seus custos.

Em 2017, as doenças do aparelho respiratório, causaram a morte a 12819 indivíduos (sexo feminino e masculino) entre os 0 e os 64 anos e 12143 acima dos 65 anos (INE, 2019). A mortalidade respiratória (excluindo o cancro do pulmão e a tuberculose) manifesta-se sobretudo acima dos 70 anos, sendo que em 2018 morreram 13448 indivíduos (Ministério da Saúde, 2017).

O Plano Nacional para as Doenças Respiratórias 2017, tem como objetivos promover a vigilância epidemiológica, desenvolver estratégias de gestão e controlo, melhorar a prestação de cuidados e promover as boas práticas, colaborar com parceiros internacionais e promover a literacia em saúde em relação às doenças respiratórias crónicas e hábitos de vida saudáveis (DGS, 2015). Neste âmbito, já foram implementadas várias normas e orientações relativas a cuidados respiratórios domiciliários, diagnóstico e tratamento a várias doenças crónicas respiratórias.

Procedimento cirúrgico é qualquer ato de “*diagnóstico e tratamento*”

médico de traumatismo, deformidade e doença, por actos manuais e instrumentais” (Phipps, Sands & Marek, 2003). Estes procedimentos implicam uma preparação prévia e cuidados pós-operatórios, considerando-se todos estes períodos o peri-operatório.

O peri-operatório divide-se nestes três períodos com intervenções específicas em cada um deles (Phipps, Sands & Marek, 2003). O pré-operatório inicia-se no momento da decisão da intervenção cirúrgica e tem como atividades para a enfermagem: avaliação inicial do estado físico, psicológico e social da pessoa, planeamento dos cuidados de preparação para a cirurgia e sua implementação (Phipps, Sands & Marek, 2003). Já o período intra-operatório, é aquele que se inicia quando a pessoa que irá ser submetida a cirurgia é entregue ao enfermeiro da sala cirúrgica. Neste período, o enfermeiro centra-se na monitorização do estado fisiológico, na implementação de intervenções com vista a promover a privacidade e segurança da pessoa, prevenir a infeção da incisão e promover a cicatrização (Phipps, Sands & Marek, 2003).

O pós-operatório inicia-se quando a admissão da pessoa na unidade de cuidados pós-anestésicos ou na unidade de cuidados intensivos, consoante a cirurgia realizada, e, termina com o encaminhamento da pessoa para o domicílio e para os enfermeiros dos cuidados na comunidade. Durante este período, as atividades de enfermagem são: avaliação contínua do estado físico e psicológico da pessoa, promoção da melhoria do seu estado, monitorização hemodinâmica, administração de medicação, vigilância das feridas e drenos, comunicação com a equipa interdisciplinar e inclusão da família nos cuidados e a preparação para a alta (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Os procedimentos cirúrgicos acarretam uma série de complicações que podem ocorrer durante ou após a cirurgia e que têm relação direta com os cuidados prestados. Estas podem ser a nível: hemodinâmico, respiratório, cardíaco e vascular, gastrointestinal, renal e urinário, sistema nervoso, motor, ferida cirúrgica e por procedimentos ou terapias (Phipps, Sands & Marek, 2003).

As complicações respiratórias no pós-operatório são identificadas como uma das mais importantes causas de aumento da morbilidade e mortalidade, tempo médio de internamento e nos custos associados a este (Ambrosino &

Gabrielli, 2010; Isaías et al., 2012; Katsura et al., 2015; Simmons & Simmons, 2012).

Os fatores de risco relacionados com complicações respiratórias no pós-operatório, identificados na literatura poder ser relacionados com a pessoa como a idade, sexo, tabagismo, obesidade, desnutrição ou relacionados com a cirurgia como a administração de opióides no intra-operatório, duração da anestesia, doença cardiopulmonar pré-existente, tempo de cirurgia e a técnica utilizada (Ambrosino & Gabrielli, 2010; Silva & Filho, 2017; Isaías et al., 2012; Simmons & Simmons, 2012).

A cirurgia abdominal pela manipulação da cavidade abdominal pode provocar a inibição reflexa do nervo frénico e a paresia do diafragma (Ambrosino & Gabrielli, 2010; Gastaldi et al, 2008, Ribeiro et al., 2008, citados em Isaías et al., 2012; Simmons & Simmons, 2012) e conseqüentemente a alterações na mecânica respiratória, nos volumes e capacidades pulmonares, na oxigenação e nos mecanismos de defesa pulmonar. A respiração é superficial, em decorrência da depressão do centro respiratório e da dor, com conseqüente redução dos volumes e das capacidades pulmonares. Esta é uma diminuição que pode permanecer de 7 a 14 dias após o procedimento cirúrgico. (Ambrosino & Gabrielli, 2010; Fernandes et al., 2016; Simmons & Simmons, 2012).

A anestesia geral pelos fármacos administrados, próteses ventilatórias utilizadas e pela quantidade de oxigénio em concentrações inspiratórias elevadas provoca o aumento da viscosidade do muco e redução da sua velocidade de deslocação e eliminação (Isaías et al., 2012).

Todos os fatores acima referidos conjuntamente com o aumento do tónus abdominal provocado pelo espasmo muscular reflexo têm como conseqüência uma maior incidência de complicações respiratórias no pós-operatório (Neto et al., 2005 citado em Isaías et al., 2012).

O quadro seguinte resume as principais complicações respiratórias e as causas associadas ao seu aparecimento e desenvolvimento.

Complicações Respiratórias	Causas associadas
	▪ Por obstrução (retenção de muco) ou hipoventilação

<p>Atelectasia</p>	<p>(diminuição da tensão da superfície alveolar)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tosse ineficaz, respiração superficial, efeito anestésico e altas concentrações de oxigénio <p>(Favorece a proliferação bacteriana, reduzir as trocas alveolares e aumentando a probabilidade de desenvolver pneumonia)</p> <p>(Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Simmons & Simmons, 2012)</p>
<p>Derrame Pleural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por manipulação do diafragma durante o procedimento cirúrgico que provoca a sua retração e consequente lesão (Isaías et al., 2012)
<p>Hipoxémia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração da ventilação alveolar que decorre da redução da capacidade funcional residual e do aumento da retração elástica pulmonar; ▪ Associa-se à limitação dos movimentos respiratório, imobilidade pela dor, retenção de secreções e inibição da tosse (Isaías et al., 2012)
<p>Pneumonia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anestesia geral - diminuição da capacidade vital e capacidade funcional residual durante vários dias no pós-operatório ▪ Tosse ineficaz e inibição da função ciliar ▪ Acumulação de muco ▪ Alteração do padrão ventilatório ▪ Alteração do estado de consciência que aumenta o risco de regurgitação gástrica e aspiração <p>(Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Isaías et al., 2012; Simmons & Simmons, 2012)</p>

Quadro 1 – Complicações respiratórias no pós-operatório e causas associadas

A preparação para a cirurgia é tão importante como a própria cirurgia. Nesta fase, a pessoa apresenta ansiedade, medos e receios relacionados com a cirurgia e a educação pré-operatória é fundamental para que a pessoa e a sua família possam ser esclarecidos e tranquilizados. É uma intervenção que deve ser personalizada e orientada consoante as necessidades, expectativas e ansiedades de cada pessoa (Isaías et al., 2012).

No seu estudo, Katsura (2015), concluiu que o treino dos músculos inspiratórios no pré-operatório utilizando duas técnicas diferentes (treino de expirómetro e treino de resistência através da hiperpneia) está diretamente associado à diminuição da ocorrência de atelectasia e pneumonia no pós-operatório e, em segunda análise a redução do internamento hospitalar e custos associados (Katsura et al., 2015). O treino foi realizado todos os dias em períodos de 15 a 30 minutos, durante as duas semanas antecedentes à cirurgia (Katsura et al., 2015). Ambrosino (2010) que refere este treino, no pré-operatório, reduz em cerca de 50% a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório comparando com as pessoas que fazem preparações prévias.

É já nesta fase, que o EEER, pode iniciar a sua intervenção e nível da Reabilitação Funcional Respiratória (RFR). Apesar de a literatura explorar amplamente as intervenções a nível da fisioterapia respiratória (RFR é um termo utilizado apenas em Portugal) no pós-operatório, são poucos os estudos realizados por EEER efetuados no âmbito da preparação respiratória no pré-operatório, sendo que grande maioria destes são de áreas de intervenção como a anestesiologia e a fisioterapia (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Fernandes et al., 2016; Naswa et al., 2017; Silva & Filho, 2017).

Os objetivos da RFR são: preparar a pessoa para a intervenção, consciencializá-lo de forma a obter melhor colaboração e aprendizagem, melhorar o padrão respiratório, aumentar a expansão pulmonar, a força dos músculos respiratórios, a capacidade residual funcional e o volume de reserva inspiratório (Fozza, 2013; Isaías et al., 2012).

A fisioterapia respiratória é uma alternativa terapêutica que atua tanto na prevenção como no tratamento de complicações pulmonares pós-operatórias e objetiva no restabelecimento precoce da função pulmonar (Silva & Filho, 2017). E como parte dos cuidados a pessoas submetidos a cirurgia cardíaca, abdominal e torácica pode ajudar na prevenção e tratamento de complicações respiratórias como a retenção de secreções, atelectasia e pneumonia por meio de diversas técnicas. As inspirações profundas estão entre os primeiros exercícios realizados no pós-operatório (Ambrosino & Gabbrielli, 2010).

A otimização da função respiratória, principalmente, no pós-operatório, ajuda nos posicionamentos no leito e mobilizações, na deambulação precoce e

na prevenção da limitação da amplitude de movimentos (Fozza, 2013). Sendo que a mobilização precoce e deambulação devem ser instituída, sempre que possível, para reduzir a incidência de atelectasia, minimizar o uso de analgésicos, reduzir o tempo de recuperação e prevenir a atrofia muscular. Os objetivos da mobilização incluem: aumentar a função respiratória através da otimização da ventilação/ perfusão, aumento da expansão pulmonar e abertura das vias respiratórias, reduzir os efeitos adversos da imobilidade, aumentar os níveis de consciência, aumentar a função e promover a independência, melhorar a função cardiovascular, melhorar a sensação de bem-estar (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Silva & Filho, 2017). A melhoria da função respiratória está diretamente associada à melhoria da mobilidade e marcha, e vice-versa.

O quadro seguinte resume as técnicas de RFR no período pré e pós-operatório, de acordo com a literatura analisada:

Pré-operatório	Pós-operatório
Ensino da posição de descanso e relaxamento	Promover posição de conforto e relaxamento
Consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios	Técnicas de relaxamento
Controlo da respiração	Drenagem postural modificada
Ensino da respiração abdomino-diafragmática	Tosse dirigida ou assistida com contenção da ferida cirúrgica
Ensino da tosse com contenção da ferida cirúrgica	CATR
Ensino da mobilização e movimentação ativa do corpo	Reeducação diafragmática
Ensino sobre correção Postural	Reeducação costal global ou assistida
Drenagem postural, tosse assistida e dirigida, ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), sempre que necessário (Fozza, 2013; Isaías et al., 2012; Kale et al, 2016)	Exercícios de expansão torácica
	Treino dos músculos respiratórios
	Inspirações profundas
	Correção postural em frente a espelho quadriculado
	Mobilização da cintura escapular

	<p>Reeducação no esforço (levante precoce, marcha, subida de escadas) (Ambrosino & Gabbrielli, 2010; Boden et al., 2018; Isaías et al., 2012; Silva & Filho, 2017)</p>
--	--

Quadro 2 – Técnicas de RFR no pré e pós-operatório

Aliadas às técnicas de RFR já referidas, a literatura descreve benefícios na diminuição das complicações respiratórias no pós-operatório com a utilização da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), da pressão positiva expiratória (EPAP) e da pressão positiva intermitente. Também, os dispositivos como o inspirómetro de incentivo são considerados benéficos para este propósito.

Segundo Ambrosini (2010) o espirómetro de incentivo, a pressão positiva intermitente e a CPAP são técnicas adotadas mais recentemente, e que a utilização do espirómetro de incentivo conjuntamente com expirações profundas traz benefícios na recuperação no pós-operatório. Fernandes (2016), conclui que tanto o espirómetro de incentivo como a pressão positiva intermitente mostraram ganhos a nível da capacidade vital.

Todas as ações e métodos descritos anteriormente não são exclusivos do EEER ou para a pessoa submetida a cirurgia abdominal mas conjugam evidência científica dentro desta área podendo ser idênticos para pessoas com outras patologias e que têm ganhos com a RFR. No entanto, tanto no caso da cirurgia abdominal como noutra tipo de patologias não é possível deixar de se salvaguardar que cada pessoa é única, com as suas necessidades e expectativas específicos. Assim, cada uma necessita de uma intervenção personalizada baseada numa relação de confiança e empatia para que sejam alcançados resultados positivos nos programas de reabilitação.

2.2. Critérios de Inclusão

2.2.1. Tipo de participantes

Para este protocolo de Revisão Scoping irão ser considerados todos os artigos que incluam adultos de ambos os sexos submetidos a cirurgia

abdominal. São considerados adultos todas as pessoas compreendidas entre os 19 e 64 anos de idade. Estes indivíduos devem, também, ter sido submetidos a terapia respiratória no pré-operatório ou pós-operatório ou em ambos os períodos.

Todos os artigos que se referirem a adultos obesos submetidos a cirurgia bariátrica serão excluídos pelas características específicas da função pulmonar e pelo risco prévio de complicações respiratórias no pós-operatório pois o excesso de peso pode causar alterações da função respiratória como uma alteração ventilatória restritiva e, menos frequente, obstrutiva (Mendonça et al., 2013). As síndromes restritivas ocorrem pela acumulação de gordura no tórax e abdómen, o que provoca um aumento do trabalho respiratório, redução dos volumes pulmonares, redução do volume de reserva expiratório e da capacidade residual funcional pela redução da parede torácica e complacência pulmonar e maior resistência respiratória. A obesidade provoca uma maior resistência à passagem de ar devido ao estreitamento das vias aéreas condicionando hipoxemia de repouso e de decúbito dorsal (Guimarães, Martins & Santos, 2012). Todas estas alterações conduzem, ainda, à diminuição da tolerância ao exercício físico (Barbalho-Moulin, Miguel, Forti & Costa, 2009).

2.2.2. Conceito

Para esta revisão serão pesquisados todos os artigos que incluam especificamente: intervenções de terapia respiratória em cuidados pré-operatórios e pós-operatórios, que previnam o aparecimento de complicações respiratórias em pessoas submetidos a cirurgia abdominal.

2.2.3. Contexto

Irão ser considerados todos os artigos desenvolvidos em contexto hospitalar.

2.2.4. Tipos de Estudo

Para esta revisão serão considerados todos os artigos publicados em revistas científicas, em texto integral sem limite temporal, em Português, Inglês ou Espanhol. Serão, também, consideradas diretrizes e normas de intervenção e livros de interesse na área de Enfermagem de Reabilitação.

2.3. Estratégia de Pesquisa

Antes do início da pesquisa nas bases de dados foi necessário a definição de descritores. Através da utilização de linguagem natural e realizando pesquisa dos Descritores em Ciências da Saúde foram definidos:

✓ Em português: Cirurgia; Adulto; Terapia Respiratória; Enfermagem em Reabilitação; Cuidados pré-operatórios; Cuidados pós-operatórios

✓ Em inglês: Surgery; Adult; Respiratory therapy; rehabilitation nursing; preoperative care; postoperative care.

Após a definição dos descritores a pesquisa foi realizada a 07 de Maio de 2019. Como limitadores de pesquisa definiu-se que os artigos deveriam estar em texto integral, publicados em revistas científicas e analisados por pares sem limite temporal (tendo este sido decidido após uma primeira pesquisa com limite temporal de 5 anos em que os artigos elegíveis eram apenas 2) em Português, Inglês e Espanhol.

Para efetivação da pesquisa, foi utilizada a EBSCOhost recorrendo às seguintes bases de dados: Academic Search Complete, Business Source Complete; CINAHL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers; Cochrane database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; ERIC; Library Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with full text e, ainda, na base de dados PEDro.

A combinação de descritores utilizada na pesquisa foi: “surgery and adult and respiratory therapy or rehabilitation nursing and preoperative care and postoperative care”, tendo sido pesquisados 71 artigos. Destes 71 artigos, 2 estavam repetidos sendo um total de 69 artigos dos quais foram extraídos 65 artigos para leitura (os restantes 5 artigos encontram-se em bases de dados pagas). Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos ficaram 10 artigos para análise tendo, ainda, sido 5 excluídos após leitura integral restando, assim 5 para integrar a revisão. O Diagrama para o processo de revisão Scoping pode ser consultado no Apêndice I.

Para complementar a pesquisa foram, também, extraídos artigos através

da plataforma Google Académico®, livros na área da Enfermagem de Reabilitação e documentos/ diretrizes institucionais, cujos resultados foram já previamente apresentados.

2.3.1. Proposta para extração de resultados

Os dados serão extraídos recorrendo a um instrumento de extração de dados e denominado por Ficha de Leitura (Apêndice II), de forma a retirar a informação pertinente de cada artigo.

2.3.2. Proposta de apresentação de resultados

Para a questão de investigação “*Qual a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias de pessoas submetidos a cirurgia abdominal a nível hospitalar?*”, os dados serão apresentados de forma narrativa e alinhado com o objetivo.

2.3.3. Apresentação dos resultados

Após a revisão das definições e temas deste projeto foi, então, realizada uma pesquisa pelas bases de dados de forma a responder à questão de investigação colocada. Da pesquisa resultaram 5 artigos (Apêndice III) para incluir nos resultados pelo processo já descrito anteriormente.

Nenhum dos artigos selecionados foi elaborado por enfermeiros nem são específicos da Enfermagem de Reabilitação, são antes sim elaborados por médicos e fisioterapeutas. No entanto, todos se direcionam para as intervenções a serem realizadas no âmbito da prevenção das complicações respiratórias no pré e pós-operatório.

Huang et al. (2017), realizou um estudo baseado nos valores proteína-D surfactante com objetivo de Validar a fiabilidade do uso da proteína-D surfactante como preditor de efetividade do programa de reabilitação pré-operatória. A proteína-D surfactante é considerada um valor de monitorização associada à progressão da doença pulmonar e pensa-se que a nível do pulmão tenha efeitos anti-oxidantes e anti-inflamatórios desempenhando um papel fundamental na defesa imunitária do hospedeiro pulmonar e na homeostase, promovendo a eliminação de agentes patogénicos, bem como a fagocitose de células apoptóticas e a inibição da libertação de sinais pro-inflamatórios (Huang

et al., 2017).

Huang et al. (2017) concluiu que um programa intensivo de reabilitação pré-operatório diminui positivamente os valores da proteína-D surfactante em pacientes com cancro do pulmão com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Valores elevados de proteína-D surfactante podem estar relacionados com o elevado risco de incidência de complicações respiratórias no pós-operatório podendo, assim, ser considerada um potencial preditor para avaliação da eficiência dos programas de reabilitação pré-operatória e do risco de ocorrência complicações respiratórias no pós-operatório

A utilização de protocolos de terapia respiratória são efetivos na redução de incidências, tempo de internamento e o número de hospitalizações. O protocolo RTAT (Respiratory Therapy Assess-and-Treat) inclui terapias de expansão pulmonar, higiene brônquica e aerossoloterapia estando comprovado que melhoram a performance da pessoa e a qualidade dos indicadores de cuidados hospitalares sendo também, efetivos na redução da medicação administrada e custos para o hospital (Dailey et al., 2017).

Com intuito de compreender a reincidência nas Unidades de Cuidados Intensivos no pós-operatório de pessoas submetidas a cirurgia cardíaca e torácica, Dailey (2017) realizou uma análise retrospectiva de dados registados relacionados com a aplicação do protocolo RTAT na UCI no pós-operatório de cirurgia torácico-cardiovascular. Após esta análise concluiu que a implementação do protocolo RTAT demonstrou diferença estatisticamente significativa na redução das causas de readmissão na UCI mas, também que o estudo não é suficientemente abrangente para produzir resultados com evidência significativa (Dailey et al., 2017).

Adams (s.d.), realizou uma revisão da literatura com o objetivo de compreender se no pós-operatório da cirurgia abdominal é mais eficaz a utilização do espirómetro de incentivo do que “inspirações profundas seguidas de tosse forçada” para diminuir as complicações pulmonares tendo concluído que as duas técnicas têm equivalente nível de eficácia sendo que o papel do espirómetro de incentivo ainda está pouco estudado.

Já Naswa (2017), com objetivo de determinar a eficácia do Acapella® sobre o ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR) no tratamento de

complicações pós-operatórias após cirurgia de substituição de válvula cardíaca realizou um estudo com dois grupos utilizando uma técnica para cada um deles. Assim, concluiu que o Acappela® é tão eficaz como o CATR na redução de complicações pulmonares após cirurgia de substituição de válvula cardíaca. Em ambos os grupos, as radiografias de tórax e complicações respiratórias melhoraram após instituição das técnicas (Naswa et al., 2017).

O’rman (2010) através de uma revisão da literatura quis compreender qual efeito da pressão positiva expiratória (EPAP) na redução das complicações respiratórias após cirurgia abdominal alta ou cirurgia torácica. Todos os estudos que foram analisados apresentavam o efeito da EPAP no pós-operatório comparando com outras técnicas respiratórias ou como adição a tratamento de fisioterapia respiratória. As suas principais conclusões foram que a máscara de EPAP é mais efetiva do que o espirómetro de incentivo e tão efetiva como o CPAP no que diz respeito a volumes pulmonares, oxigenação e prevenção de atelectasia; que o CPAP diminui o risco de complicações pulmonares pós-operatórias após cirurgia abdominal. Assim, os resultados indicam que a EPAP tem um efeito similar a outros tratamentos incluindo o CPAP e não há evidência que a EPAP seja menos eficaz que outras técnicas (O’rman et al., 2010).

As complicações respiratórias continuam a ser a principal causa de morbilidade e aumento do número de dias de internamento após cirurgia (Naswa et al., 2017).

Os programas de reabilitação pulmonar foram confirmados como uma estratégia eficiente para aliviar sintomas, aumentar a tolerância ao exercício, melhora a qualidade de vida e reduz potencialmente o tempo de internamento e a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório (Huang et al., 2017).

Assim, dando resposta à questão de investigação *“Qual a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias de pessoas submetidos a cirurgia abdominal a nível hospitalar?”* pode concluir-se que as intervenções referidas em todos estes artigos trazem benefícios a nível da função respiratória no pré e pós-operatório de pessoas submetidos a cirurgia abdominal. Sendo que estas intervenções também pertencem ao âmbito de intervenção do EEER, este tem um campo de atuação abrangente e pouco

estudado de atuação nesta tipologia de pessoas.

O EEER pode implementar todas estas intervenções através de planos de RFR no pré e no pós-operatório com benefícios comprovados tanto para a função respiratória como para a função motora e cardíaca, melhoria da qualidade de vida e independência.

3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM

O Modelo de Sistemas de Neuman reflete uma teoria de enfoque holístico em que os organismos vivos são considerados sistemas abertos e dinâmicos, pois, encontram-se em constante adaptação (Freese, 2004). Sendo que, o sistema da pessoa, que constitui a estrutura básica deste modelo, é composto pelas suas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em interação contínua com o ambiente onde se encontra inserido (Freese, 2004; Neuman, 2011).

O processo de adaptação é dinâmico e contínuo, uma vez que a vida é caracterizada por um contínuo equilíbrio/desequilíbrio no organismo. O desequilíbrio acontece quando há incapacidade de satisfazer as suas necessidades podendo, assim, surgir a doença (Freese, 2004).

No modelo de Neuman, a Enfermagem é vista como uma profissão única pois está relacionado com todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa ao *stress* e, assim, os Enfermeiros são participantes ativos em todo o processo de aplicação do modelo ao sistema da pessoa.

Os principais conceitos deste modelo (Apêndice IV) e que definem a sua estrutura e aplicação são:

- Reconstituição – é o conceito base deste modelo, definindo o estado de adaptação aos *stressores* no ambiente interno ou externo. Inicia-se em qualquer grau de reação e que avança a sua regeneração no sentido da estrutura básica até à reconstituição das linhas de resistência e linha de defesa normal. Incluindo-se aqui todos os *stressores*, fatores ambientais e o sistema da pessoa;
- Abordagem da totalidade da pessoa – encara os sistemas de forma dinâmica e aberta, de forma a melhor compreender a pessoa e a sua interação com o ambiente. Enquanto sistema, a pessoa pode ser definido como indivíduo, família, grupo ou comunidade;
- Holismo – a pessoa é uma composição de inter-relações de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;

- Sistema Aberto – existe troca de informação entre os seus vários elementos sendo o *stress* e a reação ao *stress* componentes deste tipo de sistema;
- Ambiente – são todos os fatores internos e externos que afetam ou são afetadas pelo pessoa;
- Ambiente Criado – é a mobilização inconsciente por parte da pessoa de todas as variáveis do sistema com o fim de atingir a integração, estabilidade e integridade do seu sistema;
- Estrutura básica – é o sistema da pessoa que inclui todos os fatores de sobrevivência que este possui e os seus recursos de energia, as suas fraquezas e medos, as suas crenças;
- Estabilidade – quando a pessoa consegue manter o equilíbrio funcional mantendo assim a saúde;
- Stressores – são estímulos produtores de tensão no sistema da pessoa podendo ser de origem intrapessoal (do indivíduo), interpessoal (entre um ou vários indivíduos, como as expectativas) ou extrapessoal (são externas ao indivíduo, como problemas financeiros);
- Bem-estar – quando todas as partes do sistema se encontram em equilíbrio, no melhor estado de saúde possível;
- Linha de defesa normal – círculo exterior do modelo, representa a estabilidade do sistema, o estado habitual de saúde da pessoa sendo dinâmica pois pode aumentar ou diminuir ao longo do tempo. Funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar da pessoa (inclui estratégias de *coping* individuais, estilos de vida, estágio de desenvolvimento);
- Linha de defesa flexível – é um limite exterior à linha de defesa normal que serve como proteção, impedindo que os stressores alterem o estado de bem-estar;
- Linhas de resistência – representados por círculos incompletos e que envolvem a estrutura básica. Representam os fatores de recurso da pessoa que o ajudam a lutar contra o *stressor* e protegem a sua integridade como por exemplo o sistema imunitário. A efetividade destas linhas permite eliminar o *stressor* e a reconstituição do sistema da pessoa;

- Grau de reação – quantidade de energia necessária para que a pessoa se ajuste ao *stressor*;
- Prevenção como intervenção – ações que ajudam a pessoa a reter, atingir e manter a sua estabilidade e que se baseiam no grau de reação, recursos, objetivos e resultados. Pode ser ao nível da:
 - Prevenção primária (identificação dos *stressores* permitindo a de estratégias de fortalecimento da linha flexível de defesa e diminuído o grau de reação);
 - Prevenção Secundária (controlo ou tratamento dos *stressores* após início dos sintomas no sentido da estabilização do sistema e fortalecimento das linhas de resistência e redução do grau de reação);
 - Prevenção terciária (centra-se na readaptação, reeducação e manutenção da estabilidade e fortalecimento da resistência aos *stressores* de forma a evitar o reaparecimento da reação no futuro, caminhado novamente no sentido da prevenção primária). (Freese, 2004; Neuman, 2011).

A aplicação deste modelo aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e, neste contexto da pessoa submetida a cirurgia abdominal, é possível fazer o paralelismo entre a cirurgia e a experiência cirúrgica como evento *stressor* que provoca a alteração do equilíbrio da pessoa e as suas normais linhas de defesa. A reação a este evento *stressor* serão as complicações respiratórias decorrentes da cirurgia e, assim, a atuação do EEER será a nível da prevenção.

A prevenção primária relaciona-se com as ações preventivas de complicações respiratórias como a avaliação dos fatores de risco de alteração da funcionalidade respiratória e a implementação de programas de RFR no pré-operatório com objetivo de melhorar a função respiratória e prevenir as complicações e incapacidades. A nível da prevenção secundária, a instituição de medidas como o diagnóstico de alterações respiratórias, tratamento dos sintomas respiratórios e implementação de planos de intervenção de RFR e controlo da dor, entre outros. A prevenção terciária centra-se na maximização das funções e do potencial da pessoa de forma a minimizar o impacto das

capacidades, promover a independência e a qualidade de vida (Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019; Neuman, 2011).

Apresenta-se no Apêndice V a compreensão do modelo na perspetiva da problemática deste projeto, explicitada acima.

4. CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

De forma a poder compreender a adaptação da temática deste projeto aos contextos de ensino clínico, elaboração dos objetivos específicos e planeamento de atividades foram realizadas visitas aos contextos de Ensino Clínico e entrevistas (Apêndice VI) aos Enfermeiros em funções de chefia. Assim, foi possível conhecer os espaços e recursos materiais e humanos de cada contexto tal como as atividades que desenvolvem e projetos em que estão envolvidos. Apresenta-se no Apêndice VII, a descrição de cada um destes contextos de Ensino Clínico.

5. OBJETIVOS

De forma a dar continuidade a este processo de formação e aprendizagem, e para dar resposta a este projeto e todas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) foram definidos dois objetivos gerais para o Ensino Clínico:

- Desenvolver competências como EEER, no âmbito da reabilitação Funcional Respiratória, no pré e pós-operatório de pessoas submetidos a cirurgia abdominal;
- Desenvolver competências como EEER no âmbito da reabilitação cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade.

A partir destes objetivos foram construídos objetivos específicos, que correspondem às competências que se pretendem desenvolver como EEER e que se encontram explanadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, nº 140, série 2, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EEER (Diário da República nº85, série 2, 2019).

O quadro seguinte apresenta os objetivos definidos associados às respetivas competências a desenvolver.

		Objetivos Específicos
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	Domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal	Demonstrar uma tomada de decisão ética baseada em normas éticas e deontológicas promovendo o melhor interesse da pessoa
	Domínio B – Da melhoria contínua da qualidade dos cuidados	Mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a garantir a qualidade de cuidados, a melhoria contínua de forma e a promoção de um ambiente terapêutico gerador de segurança
	Domínio C - Da gestão dos cuidados	Integrar a equipa de cuidados interdisciplinar participando ativamente nas tomadas de decisão

	Domínio D - Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Demonstrar capacidades de autoconhecimento e de reflexão crítica no desenvolvimento do percurso de aprendizagem
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório das pessoas programadas/ submetidas a cirurgia abdominal; Conceber e implementar planos de intervenção (pré e pós-operatório) adequados às necessidades da pessoa de modo a otimizar/ reeducar a função respiratória e prevenir complicações respiratórias no pós-operatório.
	Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	Desenvolver e operacionalizar programas de treino de AVD, maximizando a qualidade de vida e promovendo a inclusão social
	Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiorrespiratória e motora Monitorizar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e reajustar consoante os resultados esperados

Quadro 3 – Objetivos Específicos

A partir destes objetivos específicos foram definidas atividades a desenvolver, indicadores e critérios de avaliação, que pretendem operacionalizar a aplicação do projeto e o desenvolvimento de todas as competências do EEER. Os recursos a utilizar para a realização das atividades são transversais a todas elas. Esta informação encontra-se esquematizada e apresenta-se para consulta no Apêndice VIII.

Os objetivos definidos tal como as atividades que lhes estão elencadas pretende-se que sejam desenvolvidas em ambos os contextos de ensino clínico – comunidade e hospitalar, estando programado um total de 9 semanas em cada um deles. A programação temporal foi esquematizada em cronograma que pode ser consultada no Apêndice IX.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um projeto de estágio que comporta um plano de desenvolvimento de competências direcionadas para a área específica da Reabilitação Funcional Respiratória nas pessoas submetidos a cirurgia abdominal. No entanto, dado ser um percurso de desenvolvimento de competências como EEER integra todas as áreas de intervenção estando estas, também, incluídas nos objetivos e nas atividades a desenvolver durante o ensino clínico.

Apesar de terem sido realizadas visitas e entrevistas nos contextos de ensino clínico o conhecimento destes é superficial e, por isso, poderá haver necessidade de alguns ajustamentos nessa fase de modo a permitir uma abordagem mais personalizada e direcionada para o desenvolvimento de competências.

A problemática em destaque no projeto assume-se como pertinente para a investigação e intervenção do EEER estando já comprovado a efetividade das intervenções por outras profissões na área da saúde. Ao longo do processo do ensino clínico esta será uma temática que poderá, ainda, necessitar de maior aprofundamento do conhecimento.

O desenvolvimento deste projeto, o estudo da problemática nos contextos bem como a aplicação dos conhecimentos adquiridos pretende-se que seja um ponto de partida para o desenvolvimento de competências específicas no âmbito do EEER sendo este um processo reflexivo, de aprendizagens e oportunidades de integração do conhecimento teórico na prática de cuidados.

O modelo teórico de Enfermagem – Teoria de Sistemas de Betty Neuman, enquadra-se nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na medida em que se pretende a reconstituição do sistema da pessoa fornecendo-se ferramentas para lidar com os stressores. No pré-operatório pretende-se que a pessoa seja capacitada para a otimização/ reeducação da sua função respiratória realizando-se a instrução e treino de intervenções nesse sentido. Já no pós-operatório, a pessoa poderá trazer consigo o background da preparação prévia mas pretende-se instituir um plano de intervenções de forma a melhorar a função ventilatória, reduzir as complicações, promover e recuperação pós-cirúrgica e, assim, diminuir o tempo de internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, D (s.d.). *Where is the Incentive in incentive Spirometry?*. (s.l.). Acedido a 9 de Maio de 2019. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=adea9c2f-9da4-4f0c-9fb6-445ffbbf10c1%40sdc-v-sessmgr01>

Ambrosino, N. & Gabrielli, L. (2010). Physiotherapy in the perioperative period. *Best Practice & Research Anaesthesiology*, 24, 283-289. Doi: 10.1016/j.bpa.2010.02.003

Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de Março de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Barbalho-Moulin, M., Miguel, G., Forti, E. & Costa, D. (2009). *Comparação entre inspirometria de incentivo e pressão positiva expiratória na função pulmonar após cirurgia bariátrica*. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (2), 166 – 172. Acedido a 12 de Julho de 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/224975906_Comparacao_entre_insp_irometria_de_incentivo_e_pressao_positiva_expiratoria_na_funcao_pulmonar_apos_cirurgia_bariatrica

Boden, I., Sullivan, K., Hackell, C., Winzer, B., Lane, B., McKinnon, M. & Lain Robertson (2018). *ICEAGE (Incidence of Complications following Emergency Abdominal Surgery: Get Exercising): study protocol of a pragmatic, multicentre, randomized controlled trial testing physiotherapy for the prevention of complications and improved physical recovery after emergency abdominal surgery*. *World Journal Of Emergency Surgery*, 13 (29). Doi: 10.1186/s13017-018-018-0189-y. Acedido a 9 de Abril de 2019.

Coover, L. & Gronkiewicz, C. (2011). Reabilitação Respiratória e Pulmonar. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.295-317). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes, 4th ed., 2008, Mosby Inc.)

Dailey, R., Malinowski, T., Baugher, M. & Rowley, D. (2017). Impact of a Respiratory Therapy Assess-and-treat Protocol on Adult Cardiothoracic ICU readmissions. *Respir Care* 2017; 62(5), p. 517-523. Acedido a 7 de Maio de 2019. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=c0c9c9db-ffc9-4735-8338-776249dc45cd%40sessionmgr103>

Decreto-Lei nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* – 2.ª Série, nº 140, de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em 5 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Direção Geral de Saúde (2015). *Relatório de Análise da Capacidade Instalada de Reabilitação Respiratória nos Hospitais do Serviço Nacional de saúde*. Acedido a 25 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/relatorios-e-publicacoes.aspx>

Fernandes, S., Santos, R., Giovanetti, E., Taniguchi, C., Silva, C., Eid, R., ... Cazati, D. (2016). Impacto da fisioterapia respiratória na capacidade vital e na funcionalidade de pacientes submetidos a cirurgia abdominal. *Einstein*, 14 (2), 202 - 207. Doi: 10.1590/S1679-45082016AO3398. Acedido a 19 de Maio de 2019.

Fozza, M. (2013). Fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia abdominal e torácica. *EFDeportes Revista Digital*, 179. Acedido a 19 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd179/fisioterapia-abdominal-e-toracica.htm>

- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.)
- Guimarães, C., Martins, M. & Santos, J. (2012). Função pulmonar em doentes obesos submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18 (3), 115 – 119. Acedido a 21 de Julho de 2019. Disponível em: <https://www.journalpulmonology.org/pt-funcao-pulmonar-em-doentes-obesos-articulo-S0873215912000153>
- Huang, J., Lai, Y., Gao, K., Du, H., Su, J.... Zhou, X. (2017). Surfactant Protein-D: A sensitive predictor for efficiency of preoperative pulmonary rehabilitation. *Internacional Journal of Surgery*, 41, 136-142. Doi: 10.1016/j.ijssu.2017.03.084.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estatísticas da Saúde 2017*. Acedido a 4 de Junho de 2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2
- Isaiás, F., Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Kale, P., Mohite, V., RV, M., Chendake, M., Gholap, M. (2016). The effectiveness of pre-operative deep breathing exercise on post-operative patients of abdominal surgery. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 10 (2), p. 157–160). Acedido a 12 de Julho de 2019. Disponível em: <https://innovareacademics.in/journals/index.php/ajpcr/article/view/14912/9763>
- Katsura, M., Kuriyama, A., Takeshima, T., Fukuhara, S. & Furukawa, TA. (2015). Preoperative Inspiratory muscle training for postoperative pulmonar

complications in adults undergo cardiac and major abdominal surgery (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. DOI: 10.1002/14651858.CD010356.pub2.

Kelly-Hayes, M. & Phipps, M.A. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.177-186). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes*, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).

Martins, M. M., Martins, A. C & Martins, A. R. (2017). Reeducação Familiar/Social-Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp 67-76). Loures, Lusodidacta

Mendonça, J., Pereira, H., Xará, D., Santos, A. & Abelha, F.J. (2013). Doentes obesos: complicações respiratórias na unidade pós-anestésica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20, p. 12-19. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2013.04.002>

Ministério da Saúde (2017). *Relatório Anual – Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2017*. Acedido a 4 de Junho de 2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2009). Preferred reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6 (7). Doi: [10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097)

Naswa, S. et al. (2017). Comparison of Acapella Versus Active Cycle of Breathing technique in Post-Operative Pulmonary Complications after Valve Replacement Surgeries. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 11(2), 24-29. Doi: 10.5958/0973-5674.2017.00030.2

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B.Neuman & J.Fawcett (Eds.).

The Neuman Systems Model (5th edition) (pp.3-33). New Jersey: Pearson.

Ordem dos Enfermeiros, OE (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Colégio da Especialidade de Reabilitação. Lisboa. Acedido a 25 de Março de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

O’rman, J. & Westerdahl, E. (2010). Chest physiotherapy with positive expiratory pressure breathing after abdominal and thoracic surgery: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*, 54, p. 261–267. Doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02143.x

Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. (6ª ed.) (Volume I). Loures: Lusociência.

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 15 de junho de 2019. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&date=2019-05-01&dreld=122202664

Silva, D., & Filho, L. (2017). Fisioterapia Respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: uma revisão de literatura. *Revista de Atenção à Saúde*, 16, 115-123. Doi: 10.13037/ras.vol16n55.4854.

Simmons, M. & Simmons, P. (2012). Postoperative respiratory care. In D.R. Hess, N.R. MacIntyre, S.C. Mishoe, W.F. Galvin & A.B. Adams (Eds.) *Respiratory care: Principles and practice* (2ªed.) (pp.856-867). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

The Joanna Briggs Institute. (2015). Joanna Briggs institute reviewers` manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. Australia: Joanna Briggs Institute. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers->

[Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews 2015 v2.pdf](#)

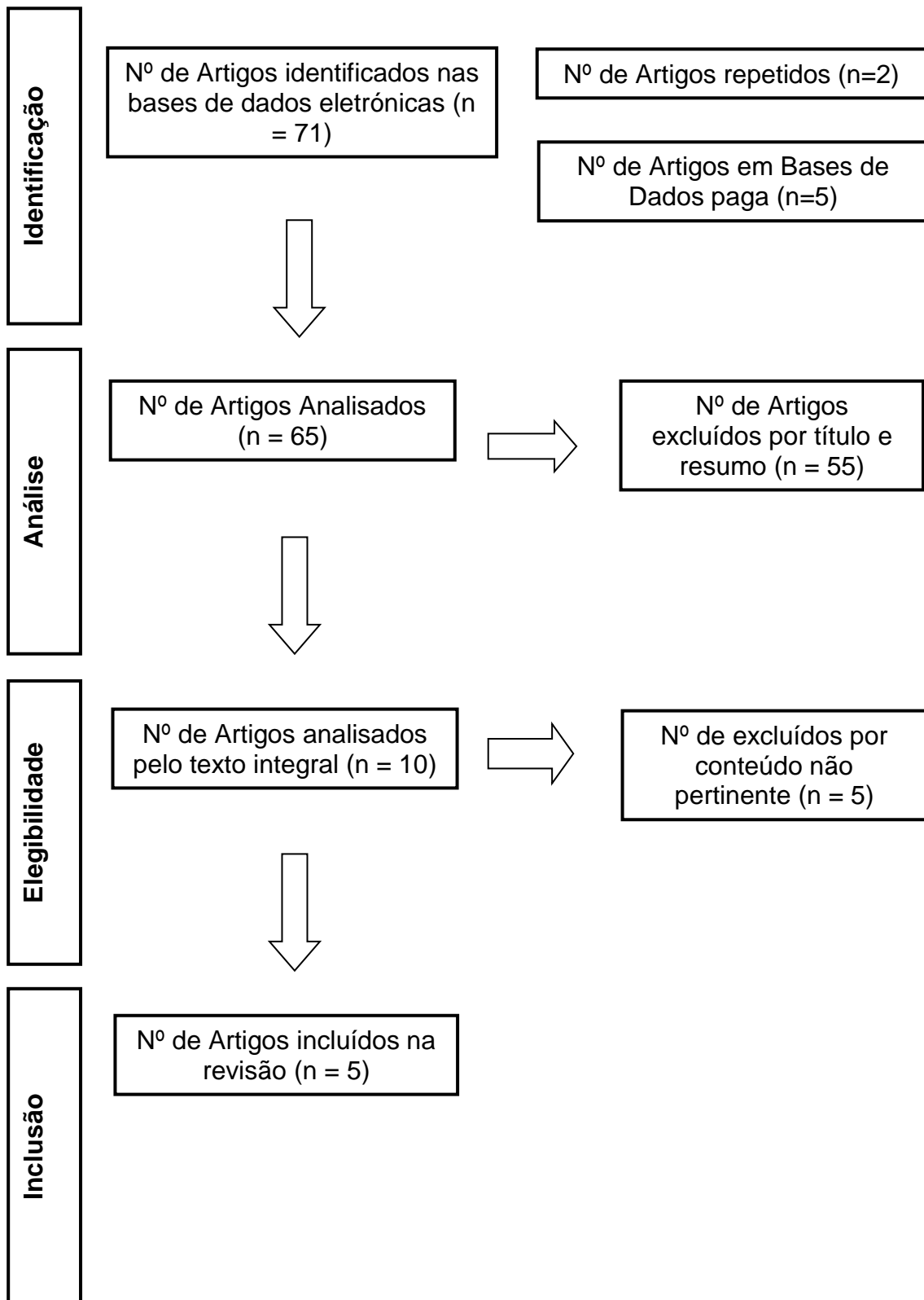
World Health Organization (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery save lives*. Acedido a 30 de Maio de 2019. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf?ua=1

APÊNDICES

Apêndice I - Diagrama de Revisão Scoping

DIAGRAMA DE REVISÃO SCOPING

Os resultados obtidos foram sujeitos a seleção através da aplicação de um diagrama adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff e Altman (2010), que se apresenta abaixo.



Apêndice II - Modelo da Ficha de Leitura

Ficha de leitura

Título	
Autores	
Ana de publicação	
Local	
Metodologia	
Objetivos	
Principais conclusões	
Data de acesso	
Link	
DOI	
Dados do Background	

Apêndice III - Fichas de Leitura Elaboradas

Ficha de leitura

Título	Where is the incentive in incentive spirometry?
Autores	D Adams
Ano de publicação	
Local	Canada
Metodologia	<ul style="list-style-type: none">- Revisão da literatura- Pesquisa de artigos em bases de dados (PubMed, CINAHL, EMBASE e Cochrane Library databases)- Palavras-chave: abdomen, surgery, incentive spirometry, postoperative complications, deep breathing- 14 artigos (3 estudos controlados randomizados, 6 revisões sistemáticas, 2 guidelines de prática clínica, 3 artigos excluídos) publicados entre 2006 e 2017
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- No pós-operatório da cirurgia abdominal é mais eficaz a utilização do espirómetro de incentivo do que “inspirações profundas seguidas de tosse forçada” para diminuir as complicações pulmonares
Principais conclusões	<ul style="list-style-type: none">- Não existe elevado nível de evidência- Os resultados demonstram que as duas técnicas têm equivalente nível de eficácia- O papel do espirómetro de incentivo ainda está pouco estudado
Data de acesso	7 de Maio de 2019
Link	https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=adea9c2f-9da4-4f0c-9fb6-445ffbbf10c1%40sdc-v-sessmgr01
Referência Bibliográfica	Adams, D (s.d.). <i>Where is the Incentive in incentive Spirometry?</i> . (s.l.). Acedido a 9 de Maio de 2019. Disponível em: https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=adea9c2f-9da4-4f0c-9fb6-445ffbbf10c1%40sdc-v-sessmgr01

Ficha de leitura

Título	Surfactant Protein-D: A sensitive predictor for efficiency of preoperative pulmonary rehabilitation
Autores	Huang, J., Lai, Y., Gao, K., Du, H., Su, J., Che, G., Zhou, X
Ano de publicação	2017
Local	Internacional Journal of Surgery
Metodologia	<ul style="list-style-type: none">- Estudo prospetivo com 80 pacientes de cancro do pulmão com fatores de risco para desenvolvimento de complicações respiratórias;- Foram divididos em dois grupos de forma aleatória:<ul style="list-style-type: none">• Grupo de intervenção (36) – 1 semana de reabilitação pré-operatória• Grupo de controlo (44) – preparação de rotina para lobectomia
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Explorar a correlação entre os valores da proteína D surfactante e o programa de reabilitação pré-operatória- Validar a fiabilidade do uso da proteína D surfactante como preditor de efetividade do programa de reabilitação pré-operatória
Principais conclusões	<ul style="list-style-type: none">- Programa intensivo de reabilitação pré-operatório diminui positivamente os valores da proteína D surfactante em pacientes com cancro do pulmão com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias- Valores elevados de SPD podem estar relacionados com o elevado risco de incidência de complicações respiratórias no pós-operatório- SPD poderá ser um potencial preditor para a avaliação da eficiência dos programas de reabilitação pré-operatória e do risco de ocorrência complicações respiratórias no pós-operatório
Data de acesso	7 de Maio de 2019
Link	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28385654
DOI	10.1016/j.ijsu.2017.03.084
Referência Bibliográfica	Huang, J., Lai, Y., Gao, K., Du, H., Su, J.... Zhou, X. (2017). <i>Surfactant Protein-D: A sensitive predictor for efficiency of</i>

	<p><i>preoperative pulmonary rehabilitation</i>. <i>International Journal of Surgery</i>, 41, 136-142. Doi: 10.1016/j.ijssu.2017.03.084. Acedido a 7 de Maio de 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28385654</p>
Dados do Background	<ul style="list-style-type: none">- Programas de reabilitação pulmonar foram confirmados como uma estratégia eficiente para aliviar sintomas, aumentar a tolerância ao exercício, melhora a qualidade de vida e reduz potencialmente o tempo de internamento e a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório;- Proteína D surfactante é uma proteína hidrofílica específica pulmonar que é inicialmente sintetizadas nos alvéolos e conciliada pelas células brônquicas do tipo II- SPD demonstrou ter maior sensibilidade e especificidade do que outros subtipos;- No pulmão, SPD tem efeitos anti-oxidantes e anti-inflamatórios e pensa-se que desempenha um papel fundamental na defesa imunitária do hospedeiro pulmonar e na homeostase, promovendo a eliminação de agentes patogénicos, bem como a fagocitose de células apoptóticas e a inibição da libertação de sinais pro-inflamatórios;- SPD é considerada um valor de monitorização associada à progressão da doença pulmonar, estados de risco e clinicamente relevantes.

Ficha de leitura

Título	Impact of a Respiratory Therapy Assess-and-treat Protocol on Adult Cardiothoracic ICU readmissions
Autores	Dailey, R., Malinowski, T., Baugher, M., Rowley, D.
Ano de publicação	Maio de 2017
Local	Respir Care 2017; 62(5):517-523. Deedalus Enterprises
Metodologia	Análise retrospectiva de dados registados prospectivamente (1400 registos médicos) relacionados com a aplicação do protocolo RTAT (Respiratory therapy assess-and-treat) na UCI no pós-operatório de cirurgia torácico-cardiovascular. Entre janeiro de 2015 e outubro de 2016.
Objetivos	Relato de reincidência para a UCI no pós-operatório de doentes submetido de cirurgia cardíaca e torácica com avaliação e submetido ao protocolo RTAT
Principais conclusões	<ul style="list-style-type: none">- A implementação do protocolo RTAT demonstrou diferença estatisticamente significativa na redução das causas de readmissão à UCI;- O estudo não é suficientemente abrangente para produzir resultados com evidência significativa.
Data de acesso	7 de Maio de 2017
Link	http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=c0c9c9db-ffcb-4735-8338-776249dc45cd%40sessionmgr103
Dados do Background	<ul style="list-style-type: none">- Protocolo RTAT mostrou-se efetivo no planeamento de intervenções necessárias para os utentes.- A utilização de protocolos de terapia respiratória são efetivos na redução de incidências, tempo de internamento e o número de hospitalizações;- Protocolo RTAT são, também, efetivos na redução da medicação administrada e custos para o hospital;- Melhoram a performance e a qualidade dos indicadores de cuidados hospitalares;- Complicações respiratórias relatadas foram identificadas como a principal causa de intercorrências e retornos à UCI em doentes submetidos a cirurgia cardíaca e torácica;- Protocolo RTAT inclui: terapias de expansão pulmonar, higiene brônquica e aerossoloterapia.

Ficha de leitura

Título	Comparison of Acapella® versus Active Cycle of Breathing Technique in post-operative pulmonary complications after valve replacement surgeries
Autores	Naswa, S., Tuteja, R., Gupta, V., Aggarwal, R., Miz, J.
Ano de publicação	2017
Local	Indian Journal of Phisioterapy and Occupational Therapy, Vol. 11, No. 2
Metodologia	<p>Grupo de 30 doentes submetidos a cirurgia de substituição de válvula divididos em 2 grupos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grupo A: Protocolo com Acapella®- Grupo B: Protocolo com Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias <p>Durante o tempo de internamento</p> <p>Foram utilizados Rx para comparação entre doentes.</p>
Objetivos	Determinar a eficácia do Acapella® sobre o ciclo ativo das técnicas respiratórias no tratamento de complicações pós-operatórias após cirurgia de substituição de válvula
Principais conclusões	<ul style="list-style-type: none">- Acappela® é tão eficaz como o ciclo ativo das técnicas respiratórias na redução de complicações pulmonares após cirurgia de substituição de válvula cardíaca- Em ambos os grupos, raio-x e complicações respiratórias melhoraram após instituição do protocolo
Data de acesso	7 de Maio de 2019
Link	http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=124c0eb5-3216-4323-819e-049bcbffaeb9%40pdc-v-sessmgr03
DOI	10.5958/0973-5674.2017.00030.2
Background	<ul style="list-style-type: none">- Complicações respiratórias continuam a ser a principal causa de morbidade e aumento do número de dias de internamento após cirurgia cardíaca;- As complicações respiratórias pós-operatórias foram definidas como: “qualquer anormalidade pulmonar que ocorra no pós-operatório provocando doenças ou disfunções identificáveis e que são clinicamente significantes e têm efeitos adversos na recuperação.”

Ficha de leitura

Título	Chest physiotherapy with positive expiratory pressure breathing after abdominal and thoracic surgery: a systematic review
Autores	O' rman, J.; Westerdahl, E.
Ano de publicação	2010
Local	Journal compilation r 2009 The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation Acta Anaesthesiol Scand 2010; 54: 261–267
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de literatura entre Outubro de 2007 e Novembro de 2008 em 5 bases de dados - Selecionados 6 RCT's que avaliavam a utilização da PEP em doentes submetidos a cirurgia abdominal (4estudos) ou torácica (2estudos) e em ventilação espontânea - Estes estudos foram realizados entre 1979 e 1993
Objetivos	- Determinar o efeito da pressão positiva expiratória (PEP) após cirurgia abdominal alta ou cirurgia torácica
Principais conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os estudos apresentam efeito da PEP no pós-operatório comparando com outras técnicas respiratórias ou como adição a tratamento de fisioterapia respiratória; - 1 dos estudos concluiu que a máscara de PEP é mais efetiva do que o espirómetro de incentivo e tão efetiva como o CPAP no que diz respeito a volumes pulmonares, oxigenação e prevenção de atelectasia; - Uma revisão sistemática, concluiu que o CPAP diminui o risco de complicações pulmonares pós-operatórias após cirurgia abdominal; - Os resultados indicam que a PEP tem um efeito similar a outros tratamentos incluindo o CPAP e não há evidência que a PEP seja menos eficaz que outras técnicas.
Data de acesso	7 de Maio de 2019
Link	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1399-6576.2009.02143.x
DOI	10.1111/j.1399-6576.2009.02143.x
Dados do Background	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgias abdominais e torácicas estão associadas a elevada incidência de complicações pulmonares pós-operatórias, aumento do tempo de internamento e aumento da mortalidade; - Fisioterapia respiratória tem vindo a tornar-se uma componente dos cuidados pós-operatórios com o objetivo de reduzir e/ou prevenir as complicações como a função pulmonar prejudicada, atelectasia, pneumonia e retenção de expetoração.

Ficha de leitura

Título	Impacto da fisioterapia respiratória na capacidade vital e na funcionalidade de pacientes submetidos a cirurgia abdominal
---------------	---

Autores	Shanlley Fernandes, Rafaella Dos Santos, Erica Giovanetti, Corinne Taniguchi, Cilene Silva, Raquel Eid, Karina Timenetsky, Denise Cazati
Ano de publicação	2016
Local	São Paulo, Brasil
Metodologia	<p>- Estudo prospectivo e randomizado</p> <p>- Doentes admitidos em UCI após cirurgia abdominal</p> <p>- Avaliadas: capacidade vital, força muscular (<i>Medical Research Council</i>) e funcionalidade (MIF) no primeiro momento dos doentes em respiração espontânea e na alta da UCI</p> <p>- Entre D1 e D alta foi realizada fisioterapia respiratória (Pressão positiva intermitente e incentivador inspiratório a volume);</p> <p>- Amostra de 38 doentes divididos em 2 grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo Pressão positiva intermitente – 20 indivíduos • Grupo incentivador inspiratório a volume – 18 indivíduos <p>- Excluídos: doentes com instabilidade hemodinâmica, diagnóstico de doenças respiratórias prévias e/ou neuromusculares e não colaborativos na fisioterapia respiratória.</p>
Objetivos	- Avaliar a capacidade vital comparando duas técnicas de fisioterapia respiratória em doentes submetidos a cirurgia abdominal
Principais conclusões	<p>- A cirurgia abdominal tem um grande impacto a nível da mecânica pulmonar com influência direta sobre os volumes e capacidades pulmonares;</p> <p>- A fisioterapia respiratória com qualquer um dos métodos mostra ganhos a nível da capacidade vital;</p> <p>- Não houve correlação entre o ganho da capacidade vital e a MIF e força muscular mas os doentes mostraram aumento da força e funcionalidade em separado sugerindo que o treino de força muscular é vantajoso e dá maior independência ao doente e nas suas AVD.</p>
Data de acesso	19 de Maio de 2019
Link	http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0202.pdf
Referência Bibliográfica	Fernandes, S., Santos, R., Giovanetti, E., Taniguchi, C., Silva, C., Eid, R., ... Cazati, D. (2016). <i>Impacto da fisioterapia respiratória na capacidade vital e na funcionalidade de pacientes submetidos a cirurgia abdominal</i> . <i>Einstein</i> , 14(2), 202-207. Doi: 10.1590/S1679-45082016AO3398. Acedido a 19 de Maio de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0202.pdf

	0202.pdf
Dados do Background	<ul style="list-style-type: none">- A cirurgia abdominal seja alta (acima da linha umbilical) ou baixa (abaixo da linha umbilical), levam a alterações na mecânica respiratória, nos volumes e capacidades pulmonares, na oxigenação e nos mecanismos de defesa pulmonar;- A respiração é superficial, em decorrência da dor, com consequente redução dos volumes e das capacidades pulmonares. É uma diminuição que pode permanecer de 7 a 14 dias após o procedimento cirúrgico;- A fisioterapia respiratória contribui desde a prevenção até ao tratamento das complicações pulmonares e compreende diversas técnicas. Aumenta a capacidade residual funcional garantindo maior estabilidade alveolar;- o uso do espirômetro de incentivo tem como objetivo encorajar o paciente, por meio de um incentivo visual, a manter a inspiração máxima;- A fisioterapia respiratória possui um papel importante enquanto reabilitação pulmonar independente da técnica utilizada, porém poucos são os estudos que expressam, de forma significativa, a comparação entre técnicas, como o espirômetro de incentivo e pressão positiva intermitente com dois níveis pressão nas vias aéreas em pós-operatório de cirurgia abdominal.

Ficha de leitura

Título	Physiotherapy in the perioperative period
Autores	Ambrosino, N.; Gabbielli, L.
Ano de publicação	2010
Local	Best Practice & Research Anaesthesiology, nº 24, 283-289
Metodologia	
Objetivos	
Principais conclusões	<ul style="list-style-type: none">- Cirurgia e anestesia geral têm efeitos diretos no sistema respiratório dependendo do órgão/sistema envolvido e modalidade cirúrgica, levando a potenciais complicações pulmonares pós-operatórias que aumenta a morbidade, prolongam o tempo de internamento e os custos hospitalares;- A maioria das complicações são devidas a uma disfunção dos músculos respiratórios e relacionadas com alteração das mecânicas pulmonares consequência da cirurgia;- Otimização pré-operatória de terapia médica combinada com fisioterapia e extubação precoce e mobilização podem melhorar os resultados nas cirurgias de alto risco, incluindo cirurgias altas abdominais e torácicas;- Complicações pulmonares pós-operatórias estão relacionadas com a indução de disfunção dos músculos respiratórios provocado pela anestesia e no pós-operatório;- Anestesia provoca danos no nervo frénico e o trauma da cirurgia podem provocar alterações na musculatura respiratória;- Estes mecanismos levam à diminuição da capacidade vital e capacidade funcional residual durante vários dias no pós-operatório e sequentemente a atelectasia (condição que pode favorecer a proliferação bacteriana, reduzir as trocas alveolares e aumentando a probabilidade de desenvolver pneumonia);- A fisioterapia como parte dos cuidados a doentes submetidos a cirurgia cardíaca, abdominal e torácica pode ajudar na prevenção e tratamento de complicações respiratórias como a retenção de secreções, atelectasia e pneumonia por meio de diversas técnicas;- Respirações profundas estão entre os primeiros exercícios realizados no pós-operatório;- Técnicas manuais como percussão, compressão, vibração são importantes para melhorar a abertura das vias respiratórias- Espirometria de incentivo, pressão positiva intermitente e pressão contínua positiva são técnicas adotadas mais recentemente;- Utilização no pré-operatório do espirómetro de incentivo e de expirações profundas são benéficos na recuperação no pós-operatório;- A mobilização precoce no pós-operatório deve ser instituída sempre que possível para reduzir a incidência de atelectasia, minimizar o uso

	<p>de analgésicos, reduzir o tempo de recuperação e prevenir a atrofia muscular;</p> <p>- Os objetivos da mobilização incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> * aumentar a função respiratória através da otimização do ventilação/ perfusão, aumento da expansão pulmonar e abertura das vias respiratórias * reduzir os efeitos adversos da imobilidade * aumentar os níveis de consciência * aumentar a função e promover a independência * melhorar a função cardiovascular * melhorar a sensação de bem-estar; <p>- Treino dos músculos respiratórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> * na redução da capacidade vital, volumes e capacidade pulmonar; * este treino no pré-operatório reduz em cerca de 50% a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório comparando com os doentes que fazem preparações standard; * doentes que fazem este tipo de preparação têm permanência no hospital significativamente mais reduzida.
Data de acesso	7 de Maio de 2019
Link	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689610000182
DOI	10.1016/j.bpa.2010.02.003
Dados do Background	

Ficha de leitura

Título	Fisioterapia Respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: uma revisão de literatura
Autores	Daísa Silva, Luciano Filho
Ano de publicação	2017
Local	São Caetano do Sul
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura - Pesquisa bibliográfica tipo descritiva realizada entre Janeiro e Março de 2017 - Incluídos: abordavam a questão e publicados entre 2005 e 2017 - Palavras-chave: reabilitação, cuidados pós-operatórios, exercícios respiratórios
Objetivos	- Debater e confrontar os achados de vários autores sobre a fisioterapia respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta
Principais conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os estudos ressaltam a importância da fisioterapia para redução ou prevenção de complicações pulmonares e que deve ser iniciada precocemente para que se reduza o tempo de permanência hospitalar e a redução de custos; - Os vários autores não são coerentes quanto ao tipo de exercício ou instrumento utilizado para a reabilitação; - Dos vinte artigos analisados: <ul style="list-style-type: none"> • 6 artigos – espirometro de incentivo • 4 artigos - cinesiterapia respiratória convencional • 3 artigos – ventilação mecânica (1 pelo método invasivo e 2 por CPAP) <p style="text-align: right;"><u>(artigo tem quadro comparativo dos artigos)</u></p>
Data de acesso	7 de Maio de 2019
Link	http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4854/pdf
Referência Bibliográfica	<p>Silva, D., & Filho, L. (2017). <i>Fisioterapia Respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: uma revisão de literatura</i>, 55, 115-123. Doi: 10.13037/ras.vol16n55.4854. Acedido a 19 de Maio de 2019. Disponível em :</p> <p>http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4854/pdf</p>
Background	- Cirurgias abdominais compreendem os procedimentos realizados nos quadrantes superiores da região abdominal e possuem alto índice de

complicações pulmonares devido à proximidade do local de intervenção com o músculo diafragma e o tórax;

- Os procedimentos cirúrgicos na porção superior do abdómen são:

- Gastrectomia (alta complexidade e elevada taxa de mortalidade)
- Laparotomia
- Colectomia (cirurgia abdominal mais frequente, baixos índices de mortalidade e de complicações)
- Colectomia laparoscópica (minimamente invasiva, reduz o tempo de cirurgia e de internamento tal como os custos)
- Esofagectomia (apresenta maiores taxas de complicações respiratórias no pós-operatório dentro das cirurgias abdominais)
- Gastroplastia

- Fatores de risco relacionados com complicações respiratórias no pós-operatório:

- Idade avançada
- Sexo
- Administração de opióides no intra-operatório
- Tabagismo
- Duração da anestesia
- Doença cardiopulmonar pré-existente
- Obesidade
- Desnutrição
- Tempo de cirurgia
- Técnica utilizada

- Principais complicações respiratórias pós-operatórias

- Atelectasia
- Hipoxémia
- Pneumonia

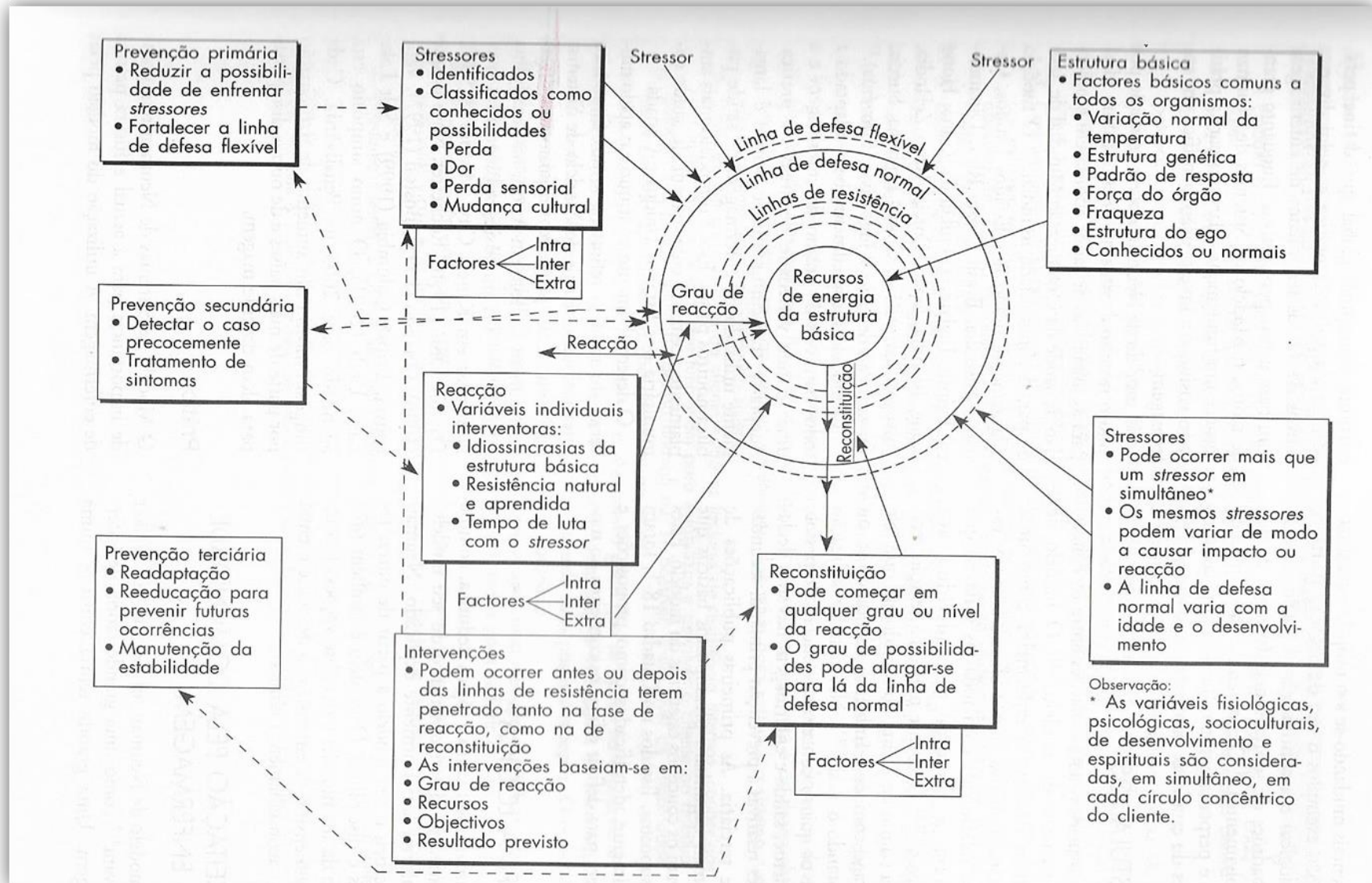
- De acordo com Forgiarini et al., devido à inibição reflexa do nervo frénico pela manipulação visceral durante o procedimento, além da dor após a operação e o colapso alveolar, ocorre uma redução de 50% a 60% da capacidade vital (CV) e de 30% da capacidade residual funcional (CFR) graças à disfunção diafragmática. A diminuição da CFR pode ser causada hipoxemia pelo aumento do fluxo sanguíneo, impedindo que ocorra troca gasosa.

- A fisioterapia respiratória é uma alternativa terapêutica que atua tanto na prevenção como no tratamento de complicações pulmonares pós-operatórias e objetiva no restabelecimento precoce da função pulmonar;

- Objetivos da fisioterapia respiratória são: minimizar o risco de complicações pulmonares, aumentar a capacidade pulmonar e residual funcional.

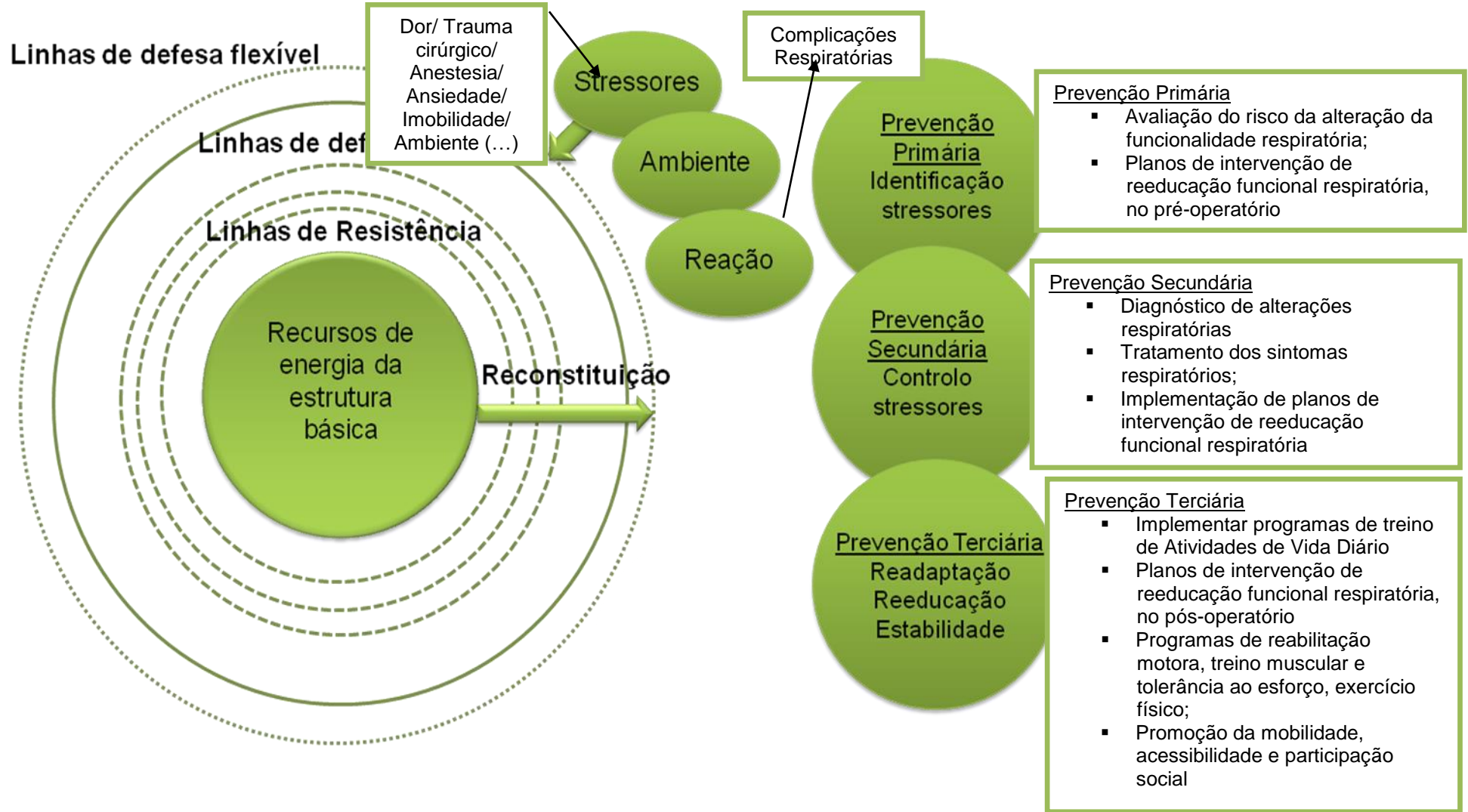
Apêndice IV - Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Extraído de Freese, 2004, p.341)



Apêndice V – Modelo de Sistemas de Betty Neuman na perspectiva da problemática
do Projeto

Modelo de Sistemas de Betty Neuman na perspectiva da problemática do Projeto



Apêndice VI – Guião de Entrevista Formal

Guião de Entrevista Formal

Local: _____

Data: _____

1. Caracterização do Serviço

- Número de Enfermeiros especialistas e generalistas
- Outros profissionais pertencentes à equipa e quantos
- Horários dos turnos
- Distribuição de Enfermeiros por turno e rácio utentes/ Enfermeiro especialista
- São os recursos humanos disponíveis suficientes?
- Quais as intervenções/ programas implementadas pelo Enfermeiro especialista?
- Qual o papel do enfermeiro especialista na avaliação e escolha dos recursos materiais?
- Quais são os recursos matérias disponíveis? Quais os que faltam?

- Qual a tipologia (sexo, faixa etária, contexto familiar e social) de doentes mais frequentes?
- Quais os problemas mais comuns que apresentam com necessidade reabilitação?
- Quais os problemas cirúrgicos mais comuns?

2. Cuidados de Reabilitação

- Como é feita a seleção e referenciação dos utentes?
- Como é realizada a articulação com serviços hospitalares?
- Articulação dos Enfermeiros de Reabilitação com a equipa multidisciplinar e com os cuidados de saúde primários
- Que tipo de apoio é dado à família e/ou cuidadores?
- Quais são os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação prestados ao utente submetido a cirurgia do tipo abdominal (tipo de intervenção, intervenção no pré e pós)
- Instrumentos de avaliação utilizados e planos de cuidados
- Como é realizada a avaliação dos cuidados prestados?
- Qual o sistema de informação de Enfermagem utilizado para os registos?
- Projetos de intervenção de Enfermagem de Reabilitação e/ ou multidisciplinares
- A importância do Enfermeiro de reabilitação neste contexto

Apêndice VII – Descrição dos Contextos de Ensino Clínico

Contexto da Comunidade

Equipa de Cuidados Continuados Integrados [REDACTED]

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) [REDACTED] está integrada no Centro de Saúde de [REDACTED] inserido no ACES [REDACTED].

A RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) foi criada com o objetivo de implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados na pessoa em situações de dependência que precisem de cuidados continuados de saúde e apoio social, psicossocial, cuidados preventivos, reabilitação ou paliativos. Estes cuidados são prestados através de unidades de internamento, ambulatório ou equipas domiciliárias como é o caso das ECCI.

A referenciação das pessoas a estas equipas é feita através das equipas interdisciplinar do hospital e que são depois avaliadas pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital e que gerem quais as necessidades das pessoas e para onde são encaminhados. Estes processos são, também, avaliados pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), que conjuntamente com a EGA atribuem a cada pessoa a sua vaga numa das suas instituições ou equipas.

A ECCI Saudar, quando recebe as referenciações de pessoa faz uma avaliação multidisciplinar (Enfermeiro Especialista, Assistente Social, Psicólogo e Médico) do mesmo, verificadas as necessidades da pessoa e se cumpre os ou não os critérios. Se cumpre os critérios é determinado e iniciado o programa adaptado às suas necessidades. Caso não cumpra os critérios tem alta com indicação do sucedido na avaliação multidisciplinar da pessoa.

A ECCI trabalha por indicadores de objetivos que estão disponíveis na plataforma do Sistema Nacional de Saúde (SNS) para verificação da evolução do seu trabalho numa base de transparência. Baseiam-se nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (geral e de especialidades). A ECCI [REDACTED] é uma das 17 equipas pertencentes ao ACES [REDACTED] sendo coordenada por uma Enfermeira em funções de chefia.

A ECCI [REDACTED] é constituída por 4 Enfermeiros Especialistas - 3 na área de Enfermagem de Reabilitação (uma delas em funções de chefia) e 1 na área de Saúde Infantil e Pediátrica, 2 Assistentes Sociais, 2 Psicólogos, 1 Médica em tempo

parcial e 1 administrativa. Esta equipa faz reuniões quinzenais para discussão de planos das pessoas e dos seus casos e faz articulação com os médicos de família de cada um.

Em termos de recursos disponíveis, esta ECCI, tem aos seu dispor um carro e uma carrinha conduzidos pelos seus enfermeiros para se deslocarem aos domicílios das pessoas. Na unidade, cada enfermeiro tem um posto de trabalho com um computador disponível e têm ainda alguns computadores portáteis. Os Sistemas de Informação utilizados são o SClínico® para realização de registos diários da evolução da pessoa e a Plataforma do RNCCI onde são realizados registos mensais.

Atualmente, o rácio de pessoas por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), nesta ECCI, é de 21/1. O foco da ECCI são o adulto e idoso dependente e encontram-se a desenvolver um projeto de cuidados paliativos pediátricos em parceria com uma médica formada na área dos cuidados paliativos pediátricos e uma enfermeira com pós-graduação nesta área. Neste momento, acompanham 3 crianças com portadoras de paralisia cerebral e uma delas encontra-se ventilada no domicílio. Sendo um projeto em fase de desenvolvimento perguntam-se qual será o papel do EER na atuação com estas crianças, que tipo de reabilitação poderá ser feita e onde termina o seu campo de atuação tendo, assim, a ECCI pedido um parecer ao Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre a definição de competências para esta situação específica, estando a aguardar resposta.

Relativamente à tipologia de pessoas que a equipa acompanha estes são, maioritariamente, pessoas em reabilitação pós-AVC e pós-fratura do colo do fémur, síndromes de imobilidade, pessoas com DPOC e/ou em adaptação a VNI e pessoas portadores de ELA. Esta equipa acompanha, também, algumas pessoas para controlo de sintomatologia em parceria com a equipa de cuidados paliativos.

A ECCI está envolvida em vários projetos em parceria com a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade). Na área da saúde materna colaboram nos cursos de preparação para o nascimento e num outro projeto – Banco de Leite Humano da [REDACTED] pertence à iniciativa ACES Amigo do Bebê já em processo de segunda certificação pela UNICEF. Neste processo, a equipa (enfermeiro e médico) faz visitas domiciliárias às mulheres que pretendem doar leite realizando a sua avaliação e acompanhando a extração e recolha do leite que é depois transportado em condições adequadas para a MAC onde é analisado,

pasteurizado e armazenado. Este leite destina-se aos bebês prematuros da [REDACTED] e de outras Unidades Neonatais da área de [REDACTED].

Colaboram, também, com a saúde escolar em projetos relacionados com exercício físico e alimentação saudável com foco na capacitação. Estes projetos envolvem, ainda, um enfermeiro especialista na área da saúde mental e destinam-se a uma população de 11 mil alunos mais pessoal docente e não docente. Sendo, ainda, dado apoio às crianças com necessidades especiais.

Colaboram, ainda, com os 2 Enfermeiros de Saúde Pública no núcleo de apoio às crianças em risco, proteção de menores e violência doméstica e acompanham semanalmente o núcleo de integração comunitária na sua atividade em bairros específicos.

Contexto Hospitalar

Unidade de Reabilitação Respiratória – [REDACTED]

O Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) e a Unidade de Fibrose Quística de Adultos fazem parte do serviço de Pneumologia do [REDACTED], que se encontra integrado no [REDACTED].

O serviço de Pneumologia e os profissionais que dele fazem parte e têm como objetivos:

- Contribuir para a melhoria da saúde das pessoas respiratórias mediante a prestação de cuidados diferenciados de saúde de qualidade, nas vertentes assistenciais de internamento e ambulatório;
- Contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença respiratória na comunidade;
- Prestar ensino e formação diferenciada na área respiratória a diversos grupos profissionais (médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde);
- Investigar na área respiratória.

A equipa é constituída por: três pneumologistas, uma assistente técnica, três assistentes operacionais e cinco enfermeiros EEER (um deles em funções de chefia) que desenvolvem a sua atividade nas duas unidades.

A URR presta cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a pessoas tanto internados nos vários serviços do hospital como em regime de ambulatório.

A sua estrutura física é composta por:

- Uma área com quatro unidades individuais com macas para a prestação de cuidados de reabilitação respiratória;
- Um ginásio equipado com passadeira, vários cicloergómetros, um sistema de roldanas, espaldar, espelho quadriculado, entre outros que possibilitam aos clientes fazer trabalho específico de ginásio e exercício físico;
- Sala de trabalho;
- Arrecadação;
- Copa;
- Hall de entrada que funciona como sala de espera;
- Gabinete de consulta médica, onde funciona a consulta de Reabilitação Respiratória.

Em regime de ambulatório, os clientes têm origem diversa, de acordo com a

referenciação que pode ser desde a consulta de Pneumologia, consultas externas de outras especialidades médicas e serviços de internamento. No que diz respeito ao regime de internamento, diariamente os enfermeiros prestam cuidados de reabilitação nos serviços de internamento, mediante solicitação destes. No entanto, sempre que os clientes têm condições vão à URR em regime de ambulatório realizar os seus programas de RFR.

A Unidade de Fibrose Quística de Adultos por uma equipa constituída por enfermeiro, dietista, técnica de serviço social, pneumologista, assistente operacional e técnica administrativa. Esta consulta, acompanha clientes/cuidadores em regime de ambulatório com intuito de melhorar o estado de saúde e a funcionalidade, tendo como objetivos:

- Garantir apoio e suporte à família;
- Proporcionar cuidados humanizados, esclarecendo o cliente e família sobre o tratamento da doença;
- Apoio na gestão do regime terapêutico.

A população alvo são clientes enviados: de consultas diversas, de outras Instituições para confirmação da doença, com diagnóstico de fibrose quística encaminhados para a unidade, para seguimento da doença. Pelo facto de a unidade ser considerada Centro de Referência para o tratamento da fibrose quística, são admitidos clientes a residir a sul de Coimbra e até ao Algarve.

Neste âmbito, foi criada uma consulta de transição de pediatria para a idade adulta, com objetivo de preparar e adaptar os adolescentes às unidades de adultos, facilitando o processo de transição. Esta consulta, corresponde à passagem intencional e planeada dos adolescentes com fibrose quística do centro de acompanhamento pediátrico para o de adultos.

A consulta de transição da fibrose quística tem como objetivos específicos: avaliação inicial individual do adolescente e sua família, garantir apoio e suporte ao doente e à família do jovem adulto com fibrose quística que transita da pediatria para os adultos, na tentativa de minimizar a relutância em deixar a pediatria; garantir uma boa comunicação entre a equipa de pediatria e a equipa de adultos; mostrar o espaço onde decorre a consulta de adultos e espaços dependentes assim como a equipa de adultos.

Os clientes portadores de fibrose quística, fazem consulta médica seguida da consulta de Enfermagem onde é realizado aconselhamento: sobre terapêutica oral e inalatória, manutenção dos aparelhos de nebulização, cinesiterapia respiratória,

hábitos de vida, oxigenoterapia e apoio emocional. São, ainda, reforçadas orientações e é dada oportunidade para que as pessoas esclareçam as suas dúvidas e os seus medos.

A Nutricionista faz a avaliação nutricional da pessoa e aconselhamento e sempre que existe necessidade é solicitado apoio quer da Técnica de Serviço Social, quer da Psicóloga do Serviço.

O hospital de dia permite melhorar a qualidade de vida da pessoa, reduzindo os custos inerentes ao internamento hospitalar tradicional, fornecendo um atendimento integral dentro de um contínuo dos cuidados que cada pessoa necessita, em diferentes momentos, evitando assim as exacerbações da doença e os internamentos prolongados.

Apêndice VIII - Objetivos Específicos e Planejamento de Atividades

Objetivos Específicos e Planejamento de Atividades

➤ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal			
A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional			
A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais			
(Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019)			
Objetivo	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de Avaliação
Demonstrar uma tomada de decisão ética baseada em normas éticas e deontológicas promovendo o melhor interesse do cliente	Prestação de cuidados especializados suportados na deontologia profissional e nos princípios éticos que suportam a profissão.	Ter prestado cuidados especializados suportados na deontologia profissional e nos princípios éticos que suportam a profissão.	Foram desenvolvidas competências no âmbito da prestação de cuidados especializados suportados na deontologia profissional e nos princípios éticos que suportam a profissão.
	Participação na tomada de decisão em equipa com base na evidência científica experiência e de acordo com a deontologia profissional e princípios	Ter participado na tomada de decisão em equipa com base na evidência científica experiência e de acordo com a deontologia profissional e	Participou na tomada de decisão em equipa com base na evidência científica experiência e de acordo com a deontologia profissional e

	éticos.	princípios éticos.	princípios éticos.
	Análise, avaliação e reflexão sobre os resultados dos processos de tomada de decisão.	Ter analisado, avaliado e refletido sobre os resultados dos processos de tomada de decisão.	Analisou, avaliou e refletiu sobre os resultados dos processos de tomada de decisão individualmente, com a equipa multidisciplinar e com a Enfermeira orientadora.

Domínio B – Da melhoria contínua da qualidade dos cuidados

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

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

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

(Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de Avaliação
Mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a garantir a	Utilização da melhor evidência científica e de normas de boas práticas de cuidados (Pesquisa e leitura de normas/ protocolos de boas práticas de cada serviço; guias de boas	Ter utilizado a melhor evidência científica e de normas de boas práticas de cuidados (Pesquisa e leitura de normas/ protocolos de boas práticas de cada serviço; guias de	Utilizou a melhor evidência científica e de normas de boas práticas de cuidados (Pesquisa e leitura de normas/ protocolos de boas práticas de cada serviço;

qualidade de cuidados	práticas da OE).	boas práticas da OE).	guias de boas práticas da OE).
Promover um ambiente terapêutico gerador de segurança	Colaboração com a equipa no desenvolvimento de estratégias/ programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem	Ter colaborado com a equipa no desenvolvimento de estratégias/ programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.	Colaborou com a equipa no desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.
	Colaboração com a equipa na avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem.	Ter colaborado com a equipa na avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem.	Colaborou com a equipa na avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem.
	Promoção de um ambiente terapêutico gerador de segurança e de proteção do indivíduo assegurando a satisfação das suas necessidades de forma holística.	Ter promovido um ambiente terapêutico gerador de segurança e de proteção do indivíduo assegurando a satisfação das suas necessidades de forma holística.	Promoveu um ambiente terapêutico gerador de segurança e de proteção do indivíduo assegurando a satisfação das suas necessidades de forma holística.

Domínio C - Da gestão dos cuidados

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

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

(Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de Avaliação
Integrar a equipa de cuidados multidisciplinar participando ativamente nas tomadas de decisão mobilizando todos os conhecimentos adquiridos	Integração na equipa multidisciplinar.	Ter integrado a equipa multidisciplinar.	Foi integrada na equipa multidisciplinar.
	Participação nas decisões da equipa, através da otimização da informação disponível e da avaliação dos cuidados prestados.	Ter participado nas decisões da equipa, através da otimização da informação disponível e da avaliação dos cuidados prestados.	Participou nas decisões da equipa, através da otimização da informação disponível e da avaliação dos cuidados prestados.
	Participação nas decisões de negociação ou na referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde.	Ter participado nas decisões de negociação ou na referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde.	Refletiu sobre as decisões da equipa e o seu impacto nos cuidados prestados. Participou nas decisões de negociação ou na referenciação

			para outros prestadores de cuidados de saúde.
	Utilização dos recursos (humanos, físicos, materiais) de forma eficiente.	Utiliza os recursos (humanos, físicos, materiais) de forma eficiente.	Utilizou os recursos (humanos, físicos, materiais) de forma eficiente.

Domínio D - Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

(Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de Avaliação
Demonstrar capacidades de autoconhecimento e de reflexão crítica no desenvolvimento	Otimização do autoconhecimento de forma a facilitar a identificação dos fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e/ ou equipa multidisciplinar.	Ter otimizado o autoconhecimento de forma a facilitar a identificação dos fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e/ ou equipa multidisciplinar.	Otimizou o autoconhecimento de forma a facilitar a identificação dos fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e/ ou equipa multidisciplinar.

do percurso de aprendizagem	Identificação dos recursos e limites pessoais e profissionais.	Ter identificado os recursos e limites pessoais e profissionais.	Identificou os recursos e limites pessoais e profissionais.
	Capacitação na gestão de situações de conflito.	Ter-se capacitado na gestão de situações de conflito.	Capacitou-se na gestão de situações de conflito.
	Identificação e utilização de todas as oportunidades de aprendizagem nos contextos de Ensino Clínico, com vista ao desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.	Ter identificado e utilizado todas as oportunidades de aprendizagem nos contextos de Ensino Clínico, com vista ao desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.	Identificou e utilizou todas as oportunidades de aprendizagem nos contextos de Ensino Clínico, com vista ao desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.
	Identificação das necessidades formativas no âmbito dos contextos de Ensino Clínico.	Ter identificado as suas necessidades formativas no âmbito dos contextos de Ensino Clínico.	Identificou as suas necessidades formativas no âmbito dos contextos de Ensino Clínico.
	Avaliação do impacto da formação no	Ter avaliado o impacto da	Avaliou e refletiu sobre o impacto

	desenvolvimento profissional.	formação no desenvolvimento profissional.	da formação no seu desenvolvimento profissional.
--	-------------------------------	---	--

➤ **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação**

Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.			
(Diário da República nº85, série 2, 2019)			
Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Critérios de Avaliação
<p>Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório dos clientes programados/ submetidos a cirurgia abdominal;</p> <p>Conceber planos de intervenção adequados às</p>	<p>Avaliação do risco da alteração da funcionalidade respiratória, na pessoa submetida a cirurgia abdominal.</p> <p>Diagnóstico de alterações respiratórias que determinam alterações da funcionalidade.</p>	<p>Ter colhida informação para a avaliação do risco de alteração da funcionalidade respiratória;</p> <p>Ter identificado/diagnosticado alterações da funcionalidade respiratória;</p> <p>Ter identificado necessidades de intervenção do âmbito do EEER.</p>	<p>Colheu informação para a avaliação do risco de alteração da funcionalidade respiratória;</p> <p>Identificou/diagnosticou alterações da funcionalidade respiratória;</p> <p>Identificou necessidades de intervenção do âmbito do EEER.</p>
	<p>Conceção de planos de intervenção personalizados visando a otimização/reeducação da função respiratória.</p>	<p>Ter concebido planos de intervenção personalizados no âmbito das competências do EEER.</p>	<p>Concebeu planos de intervenção personalizados no âmbito das competências do EEER.</p>

<p>necessidades do cliente de modo a prevenir complicações respiratórias no pós-operatório;</p> <p>Desenvolver cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação da função respiratória no período pré e pós-operatório</p>	<p>Implementar planos de intervenção, programando intervenções específicas para os períodos pré e pós-operatório, promovendo a otimização e a reeducação da função respiratória do cliente com vista à redução das complicações respiratórias no pós-operatório.</p>	<p>Ter implementado planos de intervenção, programando intervenções específicas para os períodos pré e pós-operatório, promovendo a otimização e a reeducação da função respiratória do cliente com vista à redução das complicações respiratórias no pós-operatório.</p>	<p>Implementou planos de intervenção, programando intervenções específicas para os períodos pré e pós-operatório, promovendo a otimização e a reeducação da função respiratória do cliente com vista à redução das complicações respiratórias no pós-operatório.</p>
	<p>Estabelecimento de relação de confiança e redução da ansiedade do cliente através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino de técnicas de relaxamento; ▪ Ensino sobre técnicas respiratórias - tosse com contenção da ferida operatória, mobilizações ativas e correção postural; ▪ Realização de técnicas que 	<p>Ter estabelecido uma relação de confiança e redução da ansiedade do cliente através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino de técnicas de relaxamento; ▪ Ensino sobre técnicas respiratórias - tosse com contenção da ferida operatória, mobilizações ativas e correção postural; ▪ Realização de técnicas que 	<p>Estabeleceu uma relação de confiança e redução da ansiedade do cliente através do:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino de técnicas de relaxamento; ▪ Ensino sobre técnicas respiratórias - tosse com contenção da ferida operatória, mobilizações ativas e correção postural; ▪ Realização de técnicas que

	<p>otimizem a função respiratória - drenagem postural, tosse assistida e dirigida, treino dos músculos respiratórios;</p>	<p>otimizem a função respiratória - drenagem postural, tosse assistida e dirigida, treino dos músculos respiratórios;</p>	<p>otimizem a função respiratória - drenagem postural, tosse assistida e dirigida, treino dos músculos respiratórios;</p>
	<p>Implementação de planos de intervenção de reeducação funcional respiratória, no pré e pós- operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios de relaxamento; ▪ Drenagem postural modificada; ▪ Tosse dirigida ou assistida/ CATR; ▪ Reeducação diafragmática; ▪ Reeducação costal global/ seletiva; ▪ Exercícios de expansão torácica; ▪ Treino dos músculos respiratórios; ▪ Técnicas de correção postural; 	<p>Implementa planos de intervenção de reeducação funcional respiratória, no pré e pós- operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios de relaxamento; ▪ Drenagem postural modificada; ▪ Tosse dirigida ou assistida/ CATR; ▪ Reeducação diafragmática; ▪ Reeducação costal global /seletiva; ▪ Exercícios de expansão torácica; ▪ Treino dos músculos respiratórios; 	<p>Implementou planos de intervenção de reeducação funcional respiratória, no pré e pós- operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios de relaxamento; ▪ Drenagem postural modificada; ▪ Tosse dirigida ou assistida/ CATR; ▪ Reeducação diafragmática; ▪ Reeducação costal global /seletiva; ▪ Exercícios de expansão torácica; ▪ Treino dos músculos

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilização da cintura escapular; ▪ Reeducação no esforço. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicas de correção postural; ▪ Mobilização da cintura escapular; ▪ Reeducação no esforço. 	<ul style="list-style-type: none"> respiratórios; ▪ Técnicas de correção postural; ▪ Mobilização da cintura escapular; ▪ Reeducação no esforço.
	Avaliação dos resultados dos planos de intervenção e sua reformulação conforme os resultados esperados.	Ter avaliado os resultados dos planos de intervenção ao nível da função respiratória e ajusta-os conforme os resultados esperados.	Avaliou os resultados dos planos de intervenção ao nível da função respiratória e ajusta-os conforme os resultados esperados.

Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

(Diário da República nº85, série 2, 2019)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de Avaliação
	Conceção de programas de treino de Atividades de Vida Diários	Ter concebido programas de treino de Atividades de Vida Diários	Concebeu programas de treino de Atividades de Vida Diários

Desenvolver e operacionalizar programas de treino de AVD, maximizando a qualidade de vida e promovendo a inclusão social	personalizados visando maximização do potencial funcional.	personalizados visando maximização do potencial funcional.	personalizados visando maximização do potencial funcional.
	Implementar programas de treino de Atividades de Vida Diárias, promovendo a maximização do potencial funcional.	Ter implementado programas de treino de Atividades de Vida Diárias, promovendo a maximização do potencial funcional.	Implementou programas de treino de Atividades de Vida Diárias, promovendo a maximização do potencial funcional.
	Realização de treinos específicos de Atividades de Vida Diária utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) ao cliente e cuidador.	Ter realizado treinos específicos de Atividades de Vida Diária utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) ao cliente e cuidador.	Realizou treinos específicos de Atividades de Vida Diária utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) ao cliente e cuidador.
	Avaliação dos resultados dos planos de intervenção e sua reformulação conforme os resultados esperados.	Ter avaliado os resultados dos planos de intervenção e sua reformulação conforme os	Avaliou os resultados dos planos de intervenção e sua reformulação conforme os

		resultados esperados.	resultados esperados.
	<p>Promover ambientes seguros incluindo a diminuição dos fatores de risco relacionados com a alteração da funcionalidade, tanto a nível doméstico como das barreiras arquitetónicas.</p>	<p>Ter promovido ambientes seguros incluindo a diminuição dos fatores de risco relacionados com a alteração da funcionalidade, tanto a nível doméstico como das barreiras arquitetónicas.</p>	<p>Promoveu ambientes seguros incluindo a diminuição dos fatores de risco relacionados com a alteração da funcionalidade, tanto a nível doméstico como das barreiras arquitetónicas.</p>
	<p>Promover a mobilidade, acessibilidade e a participação social.</p>	<p>Ter promovido a mobilidade, acessibilidade e a participação social.</p>	<p>Promoveu a mobilidade, acessibilidade e a participação social:</p> <p>Refletiu sobre as barreiras arquitetónicas e as acessibilidades na comunidade e a participação social da pessoa com alteração da funcionalidade.</p>

Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

(Diário da República nº85, série 2, 2019)

Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de Avaliação
Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiorrespiratória e motora Monitorizar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e reajustar consoante os resultados esperados	Colaboração na conceção e implementação de intervenções personalizadas, planeadas com o objetivo de otimizar/ maximizar o desempenho das funções cardiorrespiratória e motora: <ul style="list-style-type: none">▪ Programas de Reeducação Funcional Respiratória;▪ Programas de reabilitação motora;▪ Treino muscular e tolerância ao esforço;▪ Exercício físico.	Ter construído planos de intervenção personalizados no âmbito das competências do EEER; Ter realizado sessões de ensino personalizadas para ensinar, instruir e treinar o cliente para as técnicas/intervenções que podem maximizar a sua funcionalidade e desempenho.	Construiu planos de intervenção personalizados no âmbito das competências do EEER; Realizou sessões de ensino personalizadas para ensinar, instruir e treinar o cliente para as técnicas/intervenções que podem maximizar a sua funcionalidade e desempenho; Realizou programas tendo em vista os objetivos pessoais do cliente e do processo de reabilitação.
	Colaboração na avaliação e	Ter realizado programas tendo em	Monitorizou a implementação dos

	<p>monitorização dos programas implementados e sua reformulação consoante os resultados esperados.</p>	<p>vista os objetivos pessoais do cliente e do processo de reabilitação;</p> <p>Ter monitorizado a implementação dos programas e os resultados obtidos, em função dos objetivos do cliente e do processo de reabilitação.</p>	<p>programas e os resultados obtidos, em função dos objetivos do cliente e do processo de reabilitação.</p>
--	--	---	---

Recursos a mobilizar (Transversais ao desenvolvimento de todas as competências)	
Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeiro EEER Orientador ✓ Docente Orientador ✓ Equipas Multidisciplinares dos contextos de Ensino Clínico ✓ Clientes, famílias e cuidadores dos contextos de Ensino Clínico
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recursos físicos dos clientes e das instituições envolvidas
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Código Deontológico do Enfermeiro ✓ Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista ✓ Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação ✓ Normas, Orientações e Informações da Direção Geral de Saúde ✓ Orientações e Circulares Informativas da Direção Geral de Saúde ✓ Manuais de boas práticas ✓ Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online) ✓ Instrumentos de colheita de dados (do local de Ensino Clínico ou criados para o efeito) ✓ Escalas de Avaliação

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF)▪ Medida de Independência Funcional (MIF)▪ Medida de Adaptação Funcional (MAF)▪ Índice de Barthel▪ Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL)▪ Escala de Coma de Glasgow▪ Mini Mental State Examination (MMSE)▪ Teste de Tinetti▪ Time Up and Go Test (TUGT)▪ Teste marcha de seis minutos▪ Escala de Borg Modificada▪ Dor – Escala Visual Analógica (EVA) e Escala Numérica Visual▪ Outras de relevância |
|--|--|

(Coover, et al., 2011; Kelly-Hayes, et al., 2011; Martins, et al., 2017)

Apêndice IX – Cronograma

Apêndice X - Apresentação PowerPoint de 6 de Junho 2019

Reabilitação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal

Docente:
Inês Rafaela Valente Silva

Docente orientador:
Maria Fátima Marques

Lisboa, Junho de 2010

Índice

- Identificação do Projeto
- Dados Epidemiológicos
- Protocolo de Revisão Scoping
- Fundamentação Teórica
- Justificação do Tema
- Filosofia de Cuidados
- Contextos de Estágio
- Referências Bibliográficas



Identificação do Projeto

Proposta de título

Reabilitação Funcional
Respiratória: Intervenção do
Enfermeiro Especialista de
Reabilitação no pré e pós-
operatório de doentes
submetidos a cirurgia
abdominal

Palavras – chave

Cirurgia
Adulto
Terapia Respiratória
Enfermagem em Reabilitação
Cuidados pré-operatórios
Cuidados pós-operatórios

Dados Epidemiológicos

Estadísticas da Saúde 2017

- 1,2 milhões de internamentos hospitalares (+3,4 mil)
- Duração média de internamento: 7 dias em hospitais gerais e 37,3 dias em especialidades
- 941,7 mil cirurgias (+ 10,9 mil) - 171 763 na área da cirurgia geral
- 95,2% da mortalidade por doença (aparelho circulatório e tumores malignos)

Relatório para a capacidade instalada de RR nos hospitais do SNS

- Programas de RR: região litoral e a norte do rio Tejo, meio hospitalar
- DPOC, bronquectasias, cirurgia torácica, asma, neoplasia do pulmão, transplante pulmonar, doenças neuromusculares, fibrose quística.

ESEL Protocolo de Revisão Scoping

Pergunta de Investigação

Qual a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias (C) de doentes submetidos a cirurgia abdominal (P) a nível hospitalar (C)?

71 artigos



5 artigos

Estratégia de Pesquisa

- Limitadores: texto integral; publicados em revistas científicas; revistos por pares; sem limite temporal
- EBSCOhost (todas as bases de dados incluídas)
- surgery and adult and respiratory therapy or rehabilitation nursing and preoperative care and postoperative care and laparotomy

Google académico

Documentos institucionais

Livros

Crítérios de Inclusão

• Adulto, submetido a cirurgia, intervenções terapia respiratória, cuidados pré-operatórios, cuidados pós-operatórios

Crítérios de Exclusão

• Não ser adulto

ESEL Fundamentação Teórica

Tanto o ciclo das técnicas respiratórias como a utilização do Acapella são eficazes na redução das complicações respiratórias no pós-operatório.

Novo, B. et al. (2017)

Todos os estudos ressaltam a importância da fisioterapia para redução ou prevenção de complicações pulmonares e que deve ser iniciada precocemente para que se reduza o tempo de permanência hospitalar e a redução de custos.

Reis, D., & Pires, L. (2017)

Um programa intensivo de reabilitação no pré-operatório pode influenciar positivamente a decisão dos níveis de SP-D em doentes com cancro do pulmão com risco de complicações respiratórias no pós-operatório. Níveis elevados de SP-D no pré-operatório estão relacionados com mais incidência de complicações respiratórias.

Huang, J. et al. (2017)

ESEL Fundamentação Teórica

- A fisioterapia respiratória com qualquer um dos métodos mostra ganhos a nível de capacidade vital;
- Não houve correlação entre o ganho de capacidade vital e a MIF e força muscular mas os doentes mostraram aumento de força e funcionalidade em separado sugerindo que o treino de força muscular é vantajoso e dá maior independência ao doente e nas suas AVD.

Ferreira, S. et al. (2016)

O espirómetro de incentivo é tão eficaz na redução do risco de complicações respiratórias no pós-operatório como as inalações profundas seguidas de tosse forçada.

Adams, D. et al. (2014)

A fisioterapia pode ser um meio efetivo e com custos reduzidos para reduzir as complicações respiratórias no pós-operatório tal como reduzir custos por doente, tempos de internamento, taxas de readmissões e melhoria da qualidade de vida.

Baker, L. et al. (2016)

ESEL Justificação do tema

Implementação do projeto

Justificação do tema

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Melhoria Contínua de Qualidade

Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade

Aprendizagens Profissionais

Clinica Especializada em editos e válidos padrões de conhecimento

Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação 2015-2025

Área Considerada emergente

Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

Reeducação Funcional

Reeducação funcional

Prevenção de Complicações

CEP(17) CE(2016) CE(2016)

Apêndice XI - Apresentação PowerPoint de 11 de Julho 2019

Reabilitação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal

Docente:
 Inês Rafaela Vicente Silva

Docente orientador:
 Prof. Dra. Maria Fátima Marques

Lisboa, Julho de 2019

Índice

- Pertinência do Tema
- Metodologia Adotada
- Contexto de estágio
- Objetivos Gerais
- Objetivos Específicos
- Cronograma
- Referências Bibliográficas



Pertinência do Tema



(Pertinência do estágio de especialidade de enfermagem de reabilitação, 2018)

A Reabilitação Respiratória é uma intervenção terapêutica abrangente que se baseia numa avaliação abrangente do doente seguida de terapias personalizadas. (2018, 2019)

A fisioterapia pode ser um meio eficaz e com custos reduzidos para reduzir as complicações respiratórias no pós-operatório tal como reduzir os custos por doente, tempo de internamento, taxa de readmissões e melhoria da qualidade de vida. (2018, 2019)

Silva, I., 2019(18)

A Reabilitação Respiratória reduz os sintomas dos doentes e melhora a função muscular dos membros, a capacidade de exercício, a função emocional, a qualidade de vida, o conhecimento e a autoeficácia. (2018, 2019)

(2018, 2019)

Metodologia Adotada

Qual a intervenção do EEER na prevenção de complicações respiratórias (C) de doentes submetidos a cirurgia abdominal (P) a nível hospitalar (C)?

Revisão Scoping

Limitadores:
 texto integral;
 publicados em revistas científicas;
 revistos por pares

EBSCOhost
 Pubmed
 Google Académico
 Liris
 Documentos Institucionais

Cirurgia Abdominal
 Terapia Respiratória
 Enfermagem em Reabilitação
 Cuidados pré-operatórios
 Cuidados pós-operatórios

- A aplicação do Ciclo das Necessidades Respiratórias traz benefícios na redução das complicações respiratórias do pós-operatório;
- A importância da fisioterapia para redução ou prevenção de complicações pulmonares;
- A fisioterapia respiratória com qualquer um dos métodos mostra ganhos a nível da capacidade vital.

Peres, A. et al (2016), Sousa, J. et al. (2017), Silva, I., 2019(18)

Equipa de Cuidados
Continuados Integrados

Unidade de Reabilitação
Respiratória



Objetivos Gerais

Desenvolver competências como EEER, no âmbito da reabilitação Funcional Respiratória, no pré e pós-operatório de doentes submetidos a cirurgia abdominal

Desenvolver competências como EEER no âmbito da reabilitação cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade.

Demonstrar uma forma de decisão ética baseada em normas éticas e deontológicas promovendo o melhor interesse do cliente.	Integrar a equipa de cuidados multidisciplinar participando ativamente nas tomadas de decisão mobilizando todos os conhecimentos adquiridos	Demonstrar capacidades de autoconhecimento e de reflexão crítica no desenvolvimento do percurso de aprendizagem
Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório dos clientes programados/ submetidos a cirurgia abdominal	Desenvolver cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação de função respiratória no período pré e pós-operatório	Avaliar e diagnosticar problemas potenciais do cliente e limitações de atividade
Desenvolver e operacionalizar programas de treino de AVD, maximizando a qualidade de vida	Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiopulmonar e motora	Monitorizar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e reajustá-los consoante os resultados esperados

Objetivos Específicos	Atribuições e Responsabilidades	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório dos clientes programados/ submetidos a cirurgia abdominal ✓ Conduzir planos de intervenção adequados às necessidades do cliente de modo a promover a otimização e/ou reeducação de função respiratória no período pré e pós-operatório ✓ Desenvolver cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação de função respiratória no período pré e pós-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar o plano de intervenção respiratória no pré e pós-operatório de doentes submetidos a cirurgia abdominal ✓ Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório dos clientes programados/ submetidos a cirurgia abdominal ✓ Implementar programas de treino de AVD, maximizando a qualidade de vida ✓ Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiopulmonar e motora ✓ Monitorizar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e reajustá-los consoante os resultados esperados 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar em prática o plano de intervenção respiratória ✓ Avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade a nível respiratório dos clientes programados/ submetidos a cirurgia abdominal ✓ Implementar programas de treino de AVD, maximizando a qualidade de vida ✓ Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiopulmonar e motora ✓ Monitorizar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e reajustá-los consoante os resultados esperados

Competência 21: Avaliar e implementar intervenções de reabilitação da pessoa
Objetivo Específico 21.001

Objetivo Específico	Atividades e Descritores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver, programar e implementar programas de reabilitação funcional multidimensional e intersetoriais Avaliar e aplicar os planos de intervenção, avaliar e registrar os resultados esperados 	<ul style="list-style-type: none"> Colaboração na concepção e implementação de intervenções personalizadas, planejadas com o objetivo de atender aos níveis e desempenho das funções cardiorespiratórias e motoras <ul style="list-style-type: none"> Programas de Reabilitação Funcional Respiratória; Programas de reabilitação motora; Técnicas inovadoras e técnicas de segurança; Exercícios físicos; Colaboração na avaliação e monitorização dos programas implementados e sua efetividade com base nos resultados esperados. 	<ul style="list-style-type: none"> Condição plena de intervenção promovendo os níveis das competências do ESE; Realizar avaliações de análise personalizadas para avaliar, tratar e educar o cliente para as intervenções/verificações que podem melhorar a sua funcionalidade e desempenho; Realizar programas tanto em sala ou no ambiente externo de acordo com o plano de reabilitação; Realizar e implementar os programas e os resultados obtidos, em função dos objetivos de curto e de longo prazo de reabilitação.

Cronograma

Objetivo	2019			2020		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Desenvolver uma tomada de decisão ética baseada em normas éticas e legais, promovendo o melhor interesse do cliente						
Integrar a equipe de cuidados multidisciplinares participando ativamente nos tomadas de decisão, mobilizando todos os conhecimentos adquiridos						
Desenvolver capacidades de autoconhecimento e de reflexão crítica no desenvolvimento do processo de aprendizagem						
Avaliar e diagnosticar alterações de funcionalidade e nível respiratório dos clientes programados/admitidos a cirurgia abdominal						
Desenvolver habilidades que promovam a otimização da recuperação da função respiratória no período pré e pós-operatório						
Avaliar e diagnosticar problemas potenciais do cliente e estratégias de atuação						
Desenvolver e implementar programas de treino de PVC, mantendo a qualidade de vida						
Desenvolver, programar e implementar programas de reeducação funcional cardiorespiratória e motora						
Monitorar a aplicação dos planos de intervenção, avaliar e registrar os resultados esperados						

Referências Bibliográficas

- Assessment of self-care capabilities in caregivers of ventilator. (2018). *Journal Investigative Psychology* para a especialidade de enfermagem de reabilitação. *Cadernos de Reabilitação*, Junho de 2018. Disponível em: <https://www.repositorio.ufpb.br/handle/201118120001/11111>
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345
- Baron, J., Lichten, S., Tasson, E., Wilson, S., Latta, S., Williams, M. S. et al. (2017). *Effect of Preoperative Pulmonary Rehabilitation on Complications After Lung Resection for Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1345-1353. DOI: 10.1200/JCO.2016.35.12.1345

Reabilitação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Pré e Pós-Operatório da Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal

Discente:
Inês Rafaela Valente Silva
Docente orientadora:
Prof. Dra. Maria Fátima Marques

Lisboa, Julho de 2019

Apêndice II – Folheto ECCI

Espreguice-se... para alongar!

Alongar as costas e braços



- Em pé, estender os braços à frente com os dedos entrelaçados
- Manter corpo direito
- Esticar os braços como se estivesse a espreguicar-se
- Descanse e repita 4 vezes

Alongar as coxas

- Dobrar o joelho levando o calcanhar em direção ao corpo tentando agarrar o pé (pode puxar pela bainha das calças)
- Manter esta posição até contar até 8
- Descanse e repita 8 vezes



Não deve esquecer-se:

- Durante a realização dos exercícios deve respirar lentamente, inspirando ar pelo nariz e expirando pela boca;
- Faça apenas os exercícios se não se sentir cansado;
- Quando se sentir cansado ou o coração a bater rápido e respiração acelerada, pare e descanse. Só quando se sentir descansado deve retomar os exercícios;
- Beba água e alimente-se bem;
- Tome a sua medicação nos horários estipulados;
- Consulte regularmente o seu médico de família.



Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

Estudante: Inês Silva
IUP Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação
Professora: Maria Fátima Marques

Bibliografia:
Nechado, M.; Nuno-Pereira, Y.; Correia, F.; André, H.; Ramalho, F. & Valente, A. (2014). *Guia para um envelhecimento ativo*. Lisboa: Fundação Mapins.
Fontes das Imagens:
Google Images - www.google.pt

Manter-se ativo para a sua Reabilitação



Faça por si e pela sua saúde...

Mantenha-se ativo!

Importância de manter a atividade física

Após o seu processo de reabilitação é importante que se mantenha ativo por si e pela sua saúde.

A atividade física beneficia a saúde e qualidade de vida, ajudando a:

- Manter e melhorar a força e capacidade cardíaca e respiratória;
- Realizar as tarefas do dia-a-dia;
- Melhorar o equilíbrio;
- Controlar e prevenir doenças como a diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, entre outras;
- Manter os sentimentos de bem-estar e humor;
- Manter-se ativo e em contacto com os seus familiares e amigos.



Exercícios que pode realizar em casa

Caminhar

- Faça caminhadas na sua rua;
- Conseguir andar mais ou mais rápido depende se se cansa com facilidade;
- As caminhadas ajudam a melhorar a sua tolerância ao esforço.



Para melhorar o equilíbrio

Elevar os calcanhares



- Agarrado ao corrimão das escadas ou uma cadeira (como na figura)
- Elevar os calcanhares e ficar em pontas do pés o mais alto que conseguir

- Contar até 8 e depois baixar lentamente
- Repita 8 vezes

Treinar a força

Subir e descer escadas



- Subir e descer 2 lances de escadas sem parar
- Faça ao seu ritmo
- Descanse por alguns segundos e repita

Fletir as pernas

- Agarrado ao corrimão das escadas ou uma cadeira (como na figura)
- Dobre o joelho aproximando o calcanhar do corpo, alternando as pernas
- Mantenha o corpo direito



- Repita 8 vezes, descanse e volte a repetir
- Faça, ainda, elevando os joelhos à frente

Apêndice III – Folheto RFR

No final realize alongamentos para evitar lesões musculares. Abaixo ficam alguns exemplos que pode realizar:



Em pé com apoio de uma cadeira mantenha o corpo direito e coloque-se em pontas dos pés.
Conte até 10 e descanse.
(Repita 5x)



Estender os braços à frente com os dedos entrelaçados e mantendo o corpo direito estique os braços como se estivesse a espreguiçar-se
(Repita 5x)



Dobrar o joelho levando o calcanhar em direção ao corpo tentando agarrar o pé (pode puxar pela bainha das calças)
(Repita 5x em casa perna)

Benefícios do Exercício Físico



- ◆ Melhora a tolerância ao esforço
- ◆ Melhora o seu desempenho para a prática de exercício
- ◆ Melhora o controlo da respiração e os seus músculos
- ◆ Melhora o seu desempenho da realização das atividades diárias
- ◆ Melhora a sua qualidade de vida

Recomendações:

- ◆ Utilize sempre roupa confortável e calçado adequado
- ◆ Alimente-se de forma saudável e equilibrada
- ◆ Beba água



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Estudante: Inês Silva
10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação
Professora Dra. Maria Rátina Marques

Bibliografia:
Machado, M.; Monte-Pereira, V.; Correia, F.; André, H.; Namalho, F. & Veloso, A. (2014). Guia para um Envelhecimento mais ativo. Lisboa: Fundação Portugal 2007.
Fontes das imagens:
Google Images - www.google.pt



Exercício Físico em casa



Exercícios no interior

Se na sua casa tem escadas interiores, suba e desça as escadas (escolha os lances de escadas que é capaz de fazer. Suba e desça 2x.



Com o treino pode aumentar o número de lances).



Agarrado ao corrimão ou uma cadeira faça a flexão/ extensão dos joelhos levando o calcanhar até às nádegas (como mostra a figura).

Na flexão expire e na extensão inspire.

(Faça 10x cada perna, descanse 1 minuto e repita)



Eleve os joelhos a frente do corpo (como mostra a imagem ao lado). Na flexão expire e na extensão inspire.

Se se sentir mais seguro pode apoiar-se no corrimão ou numa cadeira. (Faça 10x cada perna, descanse 1 minuto e repita)



Deitado na cama, faça a flexão do joelho enquanto expira e faça a extensão enquanto inspira.

(Faça 10x cada perna, descanse 1 minuto e repita)



Sentado numa cadeira realize a extensão/flexão das pernas.

Expire enquanto faz extensão e inspire na flexão

(Faça 10x cada perna, descanse 1 minuto e repita)

Utilizando uma garrafa de água, sentado numa cadeira ou em pé, realize a flexão/ extensão do cotovelo levando a mão ao ombro.

Expire durante a flexão e inspire na extensão.

(Faça 10x cada braço, descanse 1 minuto e repita)



Em pé ou sentado num cadeirão, pode abrir os braços ao lado do corpo e realizar a flexão / extensão do cotovelo levando a mão ao ombro.



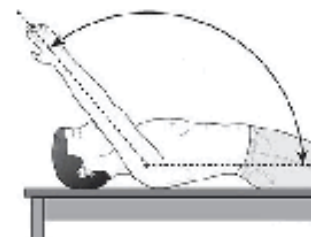
Pode utilizar uma garrafa de água como peso. Expire durante a flexão e inspire na extensão. (Faça 10x cada braço, descanse 1 minuto e repita)

Faça elevação dos membros superiores em extensão. Eleve o máximo que lhe for possível.

Pode realizar com auxílio de um bastão (por ex. pau de vassoura).

Faça em pé ou deitado (conforme as imagens demonstram).

(Faça 10x, descanse 1 minuto e repita)





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Inês Silva nº 8861

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravana

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Inês Silva nº 8861

Docente

Prof. Dra. Maria de Fátima Marques

Lisboa

Novembro de 2019

A conferência familiar é um “*instrumento de trabalho dos profissionais de saúde para apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções*” (Neto, 2003). É um instrumento utilizado amplamente no âmbito dos cuidados paliativos de forma a identificar o principal cuidador e avaliar as necessidades da pessoa/ cuidador/ família, desmistificar os medos e receios, capacitação para os cuidados necessários, promoção da adaptação emocional à situação e definição de um plano de cuidados que integre as respostas que a pessoa e família necessitam (Neto, 2003).

No entanto, a conferência familiar pode e deve ser utilizada noutras áreas de intervenção do enfermeiro e da equipa multidisciplinar, de forma a promover a comunicação entre os profissionais de saúde e a díade utente/família, otimizar o plano de intervenção consoante as suas necessidades, perceber as dificuldades e necessidades da família, fornecer informações e instrumentos necessários de forma a promover para a continuidade de cuidados.

No trabalho realizado na ECCI, este é um dos instrumentos utilizados pela equipa, com boa adesão por parte dos profissionais e das famílias e com bons resultados tendo em conta aquelas em que pude participar. Durante o meu percurso enquanto estudante tive oportunidade de participar em duas conferências familiares com utentes com necessidades diferentes, famílias com perspetivas diferentes em relação ao processo de saúde/ capacitação do seu familiar e com objetivos diferentes.

A primeira conferência familiar teve como intuito promover a continuidade de cuidados e apoiar a família numa tomada de decisão informada e esclarecida. O utente é um Sr. com demência que teve um AVC e que com os cuidados de Enfermagem de reabilitação conseguiu recuperar alguma da força muscular e auxiliar nas transferências. No entanto, devido à sua demência apenas é capaz de concentrar-se nas solicitações durante curtos períodos de tempo e, por isso, não conseguiu participar de forma a iniciar treino de marcha. A cuidadora é a sua esposa, por quem ele chama constantemente durante a noite, e que o prepara de manhã para as sessões de hemodiálise. Nas últimas semanas, este Sr. deixou de participar nos seus cuidados de higiene, realizados pela esposa, tendo tido algumas quedas assistidas e sem sequelas, mas com necessidade de telefonar ao filho (o único dos 3 filhos que vive perto e dá apoio aos pais) de forma a auxiliar nos levantes e restantes cuidados. Foi, também, aplicada a escala de sobrecarga do

cuidador - Escala de Zarit a esta cuidadora, tendo-se obtido um resultado de sobrecarga severa. A cuidadora por diversas vezes verbalizou que a ajudássemos e que a ajudássemos a arranjar uma solução para ele, que já não aguentava mais cuidar dele e que se sentia muito cansada e nem durante a noite conseguia descansar. Segundo a cuidadora, que teria já falado com os filhos, a vontade seria a de institucionalizar o Sr., por muito que lhe custasse tirá-lo da casa dele e do ambiente que lhe é familiar.

Assim, a decisão foi a de realização de uma conferência familiar com a presença do filho, esposa, Sr., enfermeira de reabilitação, estudante da especialidade de reabilitação e assistente social. Os objetivos da conferência foram: informar a família dos ganhos em termos de reabilitação e quais os entraves à sua continuação, perceber quais as expectativas da família em relação ao futuro e o que planeavam, disponibilizar recursos úteis para a continuidade de cuidados e apoio da equipa multidisciplinar.

Durante a conferência, tanto a cuidadora como o filho expressaram a sua preocupação com o futuro do Sr., com as dificuldades crescentes que têm sentido em cuidar dele e dar-lhe todo o apoio que necessita tendo o filho, também, demonstrado preocupação com a saúde da mãe. O filho referiu que já há 5 anos atrás teriam pensado em institucionaliza-lo mas a pedido da mãe não o fizeram porque esta demonstrou interesse em cuidar dele em casa, sendo que, no momento atual, e em consenso de toda a família queriam fazê-lo. Foram, assim, apresentados pela assistente social os apoios que poderiam requer junto da segurança social e uma lista com possíveis instituições para o Sr.. O filho referiu que iria entrar em contato com uma instituição que conhecia, perto das casa dos pais de forma a permitir que a cuidadora visitasse diariamente o Sr. e, assim, se mantivesse a dar todo o apoio possível aos pais.

O Sr. esteve presente durante toda a conferência tentando compreender o que se estava a passar mas, por vezes, com alheado à situação e pouco atento. No entanto, estando mesmo ao meu lado acabou por me verbalizar “estão a fazer-me a cama!” (*sic* Sr.). Após esta verbalização do Sr., tentei perceber se ele compreendia o que se estava a passar e porquê tendo ele referido que a esposa estava cansada e se tinha de ir para uma instituição iria desde que pudesse vê-la com regularidade. Para que isto acontecesse, na semana que antecedeu esta conferência familiar, os filhos do casal estiveram com estes e tentaram como família chegar a uma

conclusão e foi em família que explicaram ao Sr. o que se pretendia fazer em relação ao futuro de maneira a proporcionar a ambos os elementos do casal conforto e qualidade de vida. Este Sr., apesar de ter alguns períodos em que não está orientado na sua pessoa e no espaço pareceu compreender e aceitar ser institucionalizado, tendo-lhe sido novamente explicado pela EEER os passos que seriam dados pela sua família neste sentido.

O resultado desta conferência familiar foi a institucionalização do Sr. num lar onde lhe são prestados todos os cuidados de que necessita, perto da casa dele onde a cuidadora o visita diariamente. Tendo, assim, permitindo à cuidadora retomar as suas consultas de vigilância de saúde (agilizado através da enfermeira de reabilitação da ECCI), promover inserção na comunidade e a saúde mental.

No que se refere à segunda conferência familiar em que estive presente, não foi previamente programada mas acabou por acontecer numa das visitas domiciliárias. Houve necessidade de gestão das expectativas do utente e seus cuidadores, para estabelecimento do plano de intervenção que fosse de encontro às necessidades do utente mas, também, aos seus desejos tendo-se iniciado na tentativa de perceber o porquê do Sr. ter recusado ir almoçar à casa do filho no fim-de-semana.

Este é um Sr. com artrite reumatoide já com postura cifótica com diminuição da força muscular após internamento por pielonefrite e, no momento de admissão em ECCI, com dor descontrolada que o limita nas suas AVD (neste dia tinha já sido avaliado pela equipa da comunidade de suporte em cuidados paliativos para otimização do regime terapêutico, estando ainda em fase de ajuste). É um Sr. que tem como cuidadora informal a sua esposa e, ainda, um cuidador formal. Este último, vai 3x por semana durante a manhã, para prestar os cuidados de higiene e conforto ao Sr., preparar a medicação em unidoses para toda a semana e acompanha o Sr. sempre que necessário a consultas ou outras saídas.

Estavam, então, presentes o Sr., os cuidadores, a EEER e a eu como estudante. Quando questionado sobre o que se tinha passado no fim-de-semana o Sr. referiu que inicialmente tinha aceite ir almoçar à casa do filho mas que no própria dia de manhã tinha acordado com muitas dores e “todo torto! Não quero que me vejam assim!” (*sic* Sr.). Quando questionado sobre as condições arquitetónicas da casa do filho disse que tinha vários lances de escadas para ter acesso ao interior e que não conseguia subir. Recusa, também, o uso de andarilho e/ou cadeira de rodas

pois tem vergonha que o vejam assim.

Foi explicado ao Sr. que, neste momento, estava a tentar ajustar-se a terapêutica, que este referiu já sentir algum efeito, e que o próximo passo seria o início do plano de reabilitação com treino de marcha e subida/descida de escadas. No entanto, para isso fosse possível ele teria de participar e teria de ser feito em condições de segurança, sendo necessário recorrer por exemplo à cadeira de rodas (CR) para que lhe fosse permitido descansar a meio do percurso. Foi, ainda, sugerido que a CR poderia ser um bom dispositivo para acompanhar a esposa ao café enquanto ainda não estivesse com a dor controlada a dor e capacitado para marcha funcional em distâncias moderadas. O Sr. recusa o uso da CR por vergonha e a cuidadora acaba por referir que, também, não se sente muito à vontade que ele a acompanhe de CR. Já o cuidador formal está bastante recetivo e incentiva o seu uso dizendo que assim poderiam os dois dar passeios na rua e ir ao café.

O Sr. foi questionado acerca daquilo que pretende do seu plano de reabilitação referindo que gostaria de sair para ir ao café e passear, que tem vontade de visitar a casa do filho e ver os netos, que quer ir ao casamento de um familiar no próximo ano. No entanto, apesar de demonstrar vontade em cumprir um plano de reabilitação, não aceita fazê-lo em condições de segurança para ele e para a EEER. Tendo acabado por referir que a sua esperança estava depositada numa consulta que se realizará no próximo ano de neurocirurgia para poder ser operado e voltar a “andar direito como o meu vizinho que já foi operado. Ele agora está todo direitinho!” (*sic Sr.*).

No final desta conferência, e após serem explicadas todas as condicionantes (do Sr., do seu estado atual de saúde, das condições de segurança para ele e EEER) para a aplicação do plano de reabilitação, terem sido desmitificadas as expectativas e desejos do Sr. e cuidadora, serem reforçados ensinamentos para a prevenção de quedas e gestão do regime terapêutico a família ficou de refletir e conversar sobre a importância da aquisição e utilização da CR.

Em ambas as experiências, acabei por adotar um papel maioritariamente de observação tentando compreender os papéis dos presentes, as informações que são transmitidas com maior relevância, as formas de estar e de comunicar de cada um (tanto verbal como não verbal), as reações à medida que se avança na conferência e se abordam alguns temas mais sensíveis. É interessante perceber como um instrumento de trabalho como é conferência familiar pode ter objetivos e

percursos tão diferentes e como o EEER deve adaptar-se às circunstâncias e pessoas que tem à sua volta.

No tempo que antecedeu, à primeira conferência familiar pois foi aquela que foi agendada tentei compreender o seu intuito e qual seria o papel do EEER sendo que a preocupação da cuidadora seria encontrar uma solução definitiva para os cuidados que o seu marido necessitava. Enquanto por um lado, era perceptível que o papel do EEER seria o de fazer um balanço do processo de reabilitação/capacitação do Sr. e ser um mediador dos desejos da cuidadora com os desejos dos filhos, por outro lado um sentimento de poder estar a precipitar a saída de uma pessoa da sua casa e do seu ambiente, e se esta seria a atitude e/ou caminho correto para esta família.

Esta primeira experiência, em particular, tanto durante como após gerou-me sentimentos de proximidade e de identificação pelas minhas experiências pessoais e familiares. Apesar de ser um elemento externo àquela família, e estar presente como espectadora e elemento facilitador neste período de transição conjuntamente com os outros profissionais, esta foi uma situação que me fez avaliar o meu comportamento enquanto pessoa e profissional. Tendo já vivido de perto uma situação familiar deste género, foi-me possível compreender melhor os sentimentos de ambiguidade que estão presentes neste tipo de decisões enquanto família com vontade de cuidar dos seus e dar-lhe os melhores cuidados e conforto possível. Por outro lado, enquanto profissional foi impossível separar-me da minha experiência pessoal acabando por transferir alguns dos meus sentimentos pessoais. No entanto, não considero que seja um ponto negativo, pois após ter refletido e debatido este assunto com a enfermeira orientadora sinto que acaba por me trazer maior maturidade para lidar com estes assuntos e torna-se num crescimento tanto a nível pessoal, pois é um assunto que tenho resolvido comigo mesma, como a nível profissional. Segundo Neto (2003), *“trabalhar com as famílias envolve frequentemente expor a nossa vulnerabilidade, embora desejavelmente respeitando sempre a distância terapêutica.”*

Relativamente à segunda experiência, esta foi para que tanto a família como a EEER entrassem em sintomia para definição de um plano de intervenção para o Sr. gerindo as suas expectativas e esperanças. No desenrolar da conversa, senti que esta é uma família que ainda não aceitou a condição de saúde deste Sr. e não tem expectativas realistas em relação ao futuro. Têm dificuldade em aceitar a

opinião objetiva da EEER e que, apesar das diversas formas utilizadas para explicar a intervenção segura do EEER, esta não é aceite pelo Sr. e cuidadora.

Após sair da casa deste Sr., o pensamento era se seria possível alguma vez executar um plano de reabilitação, após controlo da dor, se ele não aceita as medidas de segurança e se se deveria manter este Sr. na ECCI se após o controlo de sintomas não houver adesão nem motivação para capacitação do Sr. dentro das suas limitações. Estes foram temas que suscitaram discussão com a enfermeira orientadora, optando-se por esperar pela próxima visita para perceber se existe alguma alteração do comportamento e expectativas para se avançar no plano de reabilitação. Caso não exista, o plano delineado passará pelo controlo adequado da dor com objetivo de proporcionar conforto ao Sr. e pela tentativa de algum reforço muscular através de mobilizações ativas e ativas-resistidas, de forma a manter a segurança tanto do Sr. como da EEER.

A cuidadora apesar de se envolver nos cuidados, se interessar pela vigilância de saúde e estar preocupada com o controlo da dor, também não aceita a condição do marido recusando-se a levá-lo a passear ou ao café de CR. O filho pouco se envolve na gestão deste processo de saúde/doença do pai, não procura estratégias nem incentiva a saída de casa do pai de forma a promover a companhia familiar e evitar o isolamento, tal como não visita muito o pai na sua casa. Esta é ainda uma situação em desenvolvimento não sendo possível ainda dizer quais os resultados da conferência nem a atitude da família após esta pois ainda não se realizou nova visita. Pondera-se a realização de uma nova conferência familiar, daqui a algumas semanas, com a presença do filho.

A primeira experiência de conferência familiar, que foi possível acompanhar até à resolução da situação, tem na minha perspectiva um resultado bastante positivo tanto para o Sr. como para a sua família. Algumas semanas mais tarde, foi possível contactar a cuidadora que referiu que o marido se adaptou bem ao local para onde foi, está bem cuidado e satisfeito e que ela já conseguiu restabelecer os seus sonos e ia, no dia do contacto, à consulta de vigilância com a médica de família. A cuidadora mantém as visitas diárias ao marido, os filhos visitam os pais regularmente e estão satisfeitos com os cuidados prestados e sentem-se mais seguros e menos preocupados.

Apesar dos sentimentos ambíguos que predominavam na equipa pois se por um lado queriam ajudar na resolução da situação por outro lado consideravam que

poderiam estar a precipitar a saída de casa do Sr. e que talvez outra forma de ajudar. Este foi um assunto para o qual também fui incentivada a dar o meu parecer, refletir e ajudar a equipa.

Analisando todos os acontecimentos que envolveram a resolução desta situação, considero que foi importante para a família compreender a situação de evolução da reabilitação do Sr. e que para o filho, foi essencial ouvir da sua mãe as dificuldades que sentia em cuidar do pai tendo chegado mesmo a recorrer a ele algumas vezes, atitude que ela nunca tinha tido. Foi essencial, para a reflexão da família, apesar de no dia da conferência os filhos já estivessem de acordo com a institucionalização do Sr. e estivessem já à procura de uma instituição.

Foi uma situação com uma resolução bastante positiva para todos os envolvidos e com uma sensação de trabalho cumprido por parte dos profissionais.

No entanto, tenho a salientar algo que correu menos bem. Neste tipo de conferências em que estão presentes vários elementos da família, com diferentes níveis de literacia e conhecimentos, a equipa que modera deve saber quem tem na sua frente e como deve ser abordado cada elemento e quais são as suas necessidades.

Aqui aconteceu que a assistente social estava pouco preparada para os familiares que tinha à sua frente, sendo que o filho do Sr. é administrativo numa unidade de saúde e possui conhecimentos que levaram a encontrar a vaga na instituição que pretendiam, tendo desta forma dado informações que já eram do conhecimento do filho, repetiu informações que este já tinha referido saber e insistiu por várias vezes que seria muito difícil uma vaga nessa instituição e que deveriam ponderar a inscrição noutras mais baratas. A verdade é que a sua intervenção foi bastante pertinente no fornecimento dos formulários para pedir o subsídio de dependência, para obtenção do atestado de incapacidade multiusos e do complemento para compra de fraldas mas não estava verdadeiramente informada e preparada para os elementos presentes na conferência.

Desta situação em específico, compreende-se que enquanto profissionais de saúde é de grande importância conhecermos um pouco das pessoas que temos à frente, quais são as suas dúvidas, necessidades e expectativas. Só assim de poderá adequar a comunicação, as informações fornecidas e o apoio prestado tentando-se ao máximo corresponder aquilo que são as reais dificuldades da pessoa e sua família.

Para mim enquanto estudante e neste caso, espetadora da situação que se desenrolou, sinto que não poderia ter feito nada mas o papel da EEER que se encontrava presente foi, na minha opinião, bastante preponderante em moderar a situação tentando manter os papéis de todos os elementos, definindo as informações que seriam necessárias salientar e no final fazendo um breve resumo da conferência e dos passos definidos. Considero, que em termos de aprendizagem foi bastante valorizador pois o papel de espetadora permitiu-me observar o comportamento de todos e as suas formas de comunicar. E, ainda, identificar as situações que poderiam ter sido abordadas de outra forma e maneiras de serem contornadas durante o decorrer das mesmas. Foi, também, uma situação que me permitiu um momento de reflexão com a enfermeira orientadora no sentido das conclusões que foram acima descritas.

Na minha opinião, destas experiências que vivi enquanto estudante, a conferência familiar é um ótimo instrumento de trabalho para promover o envolvimento da família e encontrar as melhores e mais adaptadas estratégias cada pessoa e cada família, permitindo perceber as suas dificuldades e necessidades sendo que “ *a possibilidade de reunir vários membros da família pode tornar a comunicação mais clara, pode facilitar a adesão do doente à terapêutica e melhorar o controlo sintomático e diminuir o sofrimento experimentado por todos.*” (Neto, 2003).

No entanto, exige dos profissionais que as aplicam uma boa capacidade de comunicação, de relação e de estabelecimento de confiança; aquisição do respeito da família; conhecimento amplo da situação de saúde dos utentes que tratam como da sua família e as suas sensibilidades. Exige responsabilização pelo seu trabalho e pelas suas competências, uma visão holística dos cuidados não apenas na teoria mas, também, na prática diária.

Foram duas experiências completamente diferentes com objetivos claramente distintos. Como estudante da especialidade e como profissional, foi-me permitido conhecer uma ferramenta tão importante e, que pode ser aplicado em situações para lá dos cuidados paliativos como a bibliografia tanto explora, pode ser aplicado em variadas situações do nosso dia-a-dia e que permite colmatar muitas das necessidades dos utentes e suas famílias.

Aprendi que para aplicar esta ferramenta é importante que o enfermeiro conheça a realidade dos seus utentes e das suas famílias, tais como as suas

sensibilidades e se estão disponíveis para este tipo de intervenção. Que há uma necessidade crescente de o enfermeiro ser perito em comunicar, em gerir relacionamentos e moderar conflitos entre os vários elementos, tal como é muito importante que, neste caso concreto, o EEER conheça bem as suas competências e o seu âmbito de atuação, tal como os seus limites.

O enfermeiro é um elemento privilegiado no contato com as pessoas cuidadas e as suas famílias e, tantas vezes, o seu elemento de referência tal como o elemento facilitador da articulação com outros profissionais de saúde. No entanto, nem sempre o seu papel tem o devido valor nem é respeitado e é através da sua atuação e do trabalho que realiza, neste caso específico na comunidade, que o enfermeiro demonstra respeito por quem cuida e suas famílias, preocupação com as suas necessidades e adaptação de estratégias específicas demonstrando, assim, o valor e a importância da sua atuação.

Enquanto profissional, interessa dar resposta às necessidades de cada um individualmente, sendo que as experiências pessoais podem condicionar a atuação ou, se bem resolvidas, podem proporcionar maior maturidade e sensibilidade para lidar com as situações tendo sempre presente que os juízos de valor não devem ser realizados e cada caso é um caso.

Ser enfermeiro e EEER, na comunidade, requer uma grande responsabilidade, capacidade de reconhecer as suas competências e limites, ser capaz de procurar noutros profissionais a ajuda necessária para dar as respostas mais adequadas a cada situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, 68-74. Acedido a 18 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906>

Apêndice V – Jornal de aprendizagem 4



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Inês Silva nº 8861

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravana

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Inês Silva nº 8861

Docente

Prof. Dra. Maria de Fátima Marques

Lisboa

Novembro de 2019

A análise SWOT (Strengths, Weaknesses/ limitations, Opportunities, Threats – Forças, Oportunidades/ limitações, Fraquezas e Ameaças) é uma ferramenta criada por Albert Humphrey em 1960 e tem como objetivo auxiliar no planejamento e elaboração de estratégias competitivas de gestão de empresas (Gurel & Tat, 2017). De acordo com esta abordagem, as organizações são todos que estão em interação com seus ambientes e consistem em vários subsistemas assim, uma organização existe em dois ambientes, sendo um que depende de si próprio e o outro que depende de fatores externos à própria organização (Gurel & Tat, 2017).

Esta é uma ferramenta que pode ser utilizada em vários contextos permitindo relacionar os pontos fortes e fracos da organização ou pessoa, relacionando-se com as suas competências, com as oportunidades e ameaças que enfrentam do ambiente externo. Abaixo, apresenta-se um quadro modelo com os principais componentes da ferramenta SWOT:

Tabela 1 – Ferramenta SWOT

	Positivo	Negativo
<i>Origem Interna</i>	Strengths (Forças)	Weakness (Fraquezas)
<i>Origem Externa</i>	Opportunities (Oportunidades)	Threats (Ameaças)

Recorrendo a esta ferramenta, o objetivo deste jornal de aprendizagem é realizar uma análise deste ensino clínico de forma a compreender o que condicionou o ensino clínico e estabelecer estratégias para melhorar no futuro.

Assim, apresento abaixo uma tabela que resume a aplicação da ferramenta SWOT às nove semanas de Ensino Clínico que decorreram de 24 de setembro a 22 de novembro de 2019. Posteriormente, farei a sua análise descritiva relacionando com a evolução enquanto estudante neste período.

Tabela 2 – Ferramenta SWOT aplicada ao Ensino Clínico

	Positivo	Negativo
<i>Origem Interna</i>	<p style="text-align: center;"><u><i>Strengths (Forças)</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Motivação ➤ Empenho ➤ Vontade de aprender e desenvolver as competências do EEER ➤ Atenção ➤ Facilidade em assimilar e compreender todas as informações integrando no sistema do utente promovendo o cuidado holístico ➤ Reflexão crítica em relação à minha prestação enquanto estudante 	<p style="text-align: center;"><u><i>Weakness (Fraquezas)</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Insegurança ➤ Medo/ receio ➤ Falta de autoconfiança ➤ Dificuldade em assimilar o pensamento/ lógica do EEER em todas as vertentes do sistema do utente e do seu processo de reabilitação ➤ Desmotivação relacionada com cansaço ➤ Gestão do tempo
<i>Origem Externa</i>	<p style="text-align: center;"><u><i>Opportunities (Oportunidades)</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientação proporcionada ➤ Reuniões de ECCI (3) ➤ Reunião com ECL ➤ Reunião do ACES com apresentação de estudo de caso da ECCI ➤ Formação da Nestlé® ➤ 1 Sessão do curso de preparação para o nascimento ➤ 2 Conferências familiares ➤ Apresentação do estudo de caso realizado, que promoveu a partilha de experiências e de sugestões entre mim e a equipa da UCC ➤ Possibilidade de publicação do estudo de caso em artigo de revista ➤ Comunicação oral do estudo de caso em congresso de ER no próximo ano 	<p style="text-align: center;"><u><i>Threats (Ameaças)</i></u></p>

Começo por explorar as minhas fraquezas, pois foram estas que condicionaram grandemente a minha evolução e crescimento enquanto estudante, aumentaram o tempo da minha integração no serviço e na equipa como elemento participativo e ativo e a interação e trabalho com os utentes e suas famílias.

Tendo sido um novo contexto de cuidados para mim, que nunca tinha contactado, tornou-se um pouco assustador ir ao desconhecido sem saber bem o que esperar e desconhecendo o papel do EEER neste contexto. Apesar de ter realizado, anteriormente ao início do ensino clínico, uma visita de preparação do campo de estágio sinto que esta apenas me permitiu ter uma visão muito abrangente e geral daquilo que é o trabalho da ECCL, os projetos e atividades da UCC não tendo sido transmitida uma visão objetiva da intervenção do EEER nas visitas domiciliárias e dos desafios com que se depara diariamente.

O desconhecido criou em mim medo/ receio, tal como o início das visitas domiciliárias proporcionou o aumento deste sentimento pois estava a entrar na privacidade/ intimidade dos utentes e suas famílias e não sabia bem que tipo de postura adotar ou como iniciar uma abordagem com pessoas que não me conheciam.

Tenho experiência no estabelecimento de relações enquanto enfermeira no meu quotidiano de cuidados, no entanto o hospital é a minha casa e recebo os utentes e famílias enquanto neste contexto domiciliar são as pessoas que nos recebem no seio da sua privacidade. É óbvio que em qualquer contexto as pessoas merecem respeito, dedicação, preocupação e respeito pela sua privacidade e desejos, comportamento este que creio eu que sempre adotei. Mas senti-me sempre retraída e com algum medo de fazer abordagens mais direcionadas para a minha intervenção específica pois as pessoas já conheciam a enfermeira orientadora há mais tempo, confiavam nela e apesar de que saber qual o plano de intervenção destes utentes não me sentia à vontade nem confiante o suficiente para intervir na sua aplicação.

Demorei bastante tempo, cerca de 4 semanas, a sentir-me completamente a vontade e ter confiança suficiente para intervir, para começar a ganhar autonomia e ser mais proactiva no meu desenvolvimento enquanto estudante. A insegurança de estar num ambiente novo e desconhecido associado ao medo/receio do contexto da privacidade da casa das pessoas foram as principais fraquezas que identifico como retardadoras do meu processo enquanto estudante. No entanto, saliento associado

a estas fraquezas a falta de autoconfiança e nos meus conhecimentos que me fez sempre ficar na minha posição de conforto – a de observadora em busca de compreensão do meio que me envolve. Para dar a volta a esta questão, poderia ter-me apoiado mais na enfermeira orientadora, confiado mais nos conhecimentos que possuía, ter tido maior autoconfiança e ter tentado encarar este novo ambiente com menos receio e adotando as estratégias de comunicação e estabelecimento de relações que já utilizo no meu dia-a-dia.

Relacionado com todas as fraquezas acima descritas, também, a dificuldade que senti em assimilar o pensamento/ lógica do EEER em todas as vertentes do sistema do utente e do seu processo de reabilitação acabou por tornar mais lento o meu desenvolvimento. Fui sempre lendo e estudando todos os documentos que a enfermeira orientadora me sugeriu, colocando em dia o estudo mas sinto que nunca foi todo o que deveria ter sido e que me poderia ter ajudado a evoluir, também devido à falta de tempo. Tendo, também, estabelecido um compromisso com a professora em adiantar os jornais de aprendizagem atrasados e tentar ao máximo manter em dia as minhas reflexões de forma a que pudesse haver um maior acompanhamento da minha evolução durante o ensino clínico.

O tempo é um aspeto crucial no dia-a-dia e gostaria certamente de fazê-lo parar ou fazer crescer os dias de forma a ser possível fazer tudo aquilo que quero, poder dar a atenção merecida tanto ao meu trabalho como ao meu trabalho enquanto estudante e à minha vida pessoal/ familiar. A gestão do tempo foi algo que neste ensino clínico se tornou bastante importante pois o EEER tem de ser capaz de gerir os seus casos na sua agenda semanal, gerir a periodicidade das visitas e a prioridade tal como ser capaz de se reajustar consoante as necessidades dos seus utentes durante a semana. Ainda gerir o tempo que duram as visitas domiciliárias de forma a que as visitas seguintes não sejam prejudicadas. Como estudante e futura EEER as maiores aprendizagens que realizei neste âmbito foi a gestão do tempo da duração das visitas, gestão do número de utentes que podem ser visitados por dia de acordo com as suas necessidades e o ajuste do tempo conforme surgem necessidades com as quais não se contava. Aqui tendo sempre em conta as intervenções realizadas junto de cada utente e/ou cuidador, e sempre que há a necessidade de se alterar a visita contactar o utente ou cuidador para avisar e perceber se se mantém estável e que a alteração da visita não prejudica o utente, aplicando-se o princípio da não maleficência.

Este processo de ser trabalhadora e estudante é muito desgastante física e psicologicamente exigindo uma boa gestão do tempo que no início deste ensino clínico não estava a conseguir realizar de forma adequada. Tentei encontrar outras estratégias para melhorar a gestão do tempo e reduzir o meu cansaço pois foi, também, uma das coisas que por volta da segunda/terceira semana deste percurso me começou a prejudicar e a criar desmotivação. Na tentativa de fazer os trabalhos e estudar, com má gestão de tempo, acabei por ter muitas noites quase em branco, tendo acentuado o meu cansaço (físico e psicológico) e com este veio a desmotivação, em alguns dias a vontade de desistir deste percurso, associado ainda à falta de confiança em mim e naquilo que sou capaz de fazer.

No entanto, creio que consegui ultrapassar, em parte, a gestão do tempo encontrando outras estratégias para melhor me organizar e melhorando o meu desempenho, entre elas, a otimização do meu tempo através do estabelecimento de prazos limite para finalizar partes de trabalho ou completá-los e definindo um tempo específico de folga para mim que só se realizaria se tivesse cumprido os meus próprios prazos. Podem não ter sido o suficiente para mostrar aquilo que sou enquanto estudante e tudo o que poderia ter evoluído mas ajudou a melhorar o meu percurso e a tomar mais consciência daquilo que preciso para evoluir enquanto estudante/ profissional e pessoa.

Apesar de não ter sido um percurso totalmente ascendente, tendo estado mais estagnado inicialmente, a minha capacidade de refletir sobre o dia-a-dia, identificar e compreender as minhas dificuldades, aceitando-as fez com que me fosse possível ir melhorando aos poucos. Sou capaz de refletir criticamente em relação à minha prestação enquanto estudante sendo capaz de perceber as minhas dificuldades e refletindo sobre a melhor maneira de as ultrapassar. Não tenho dificuldades em admitir aquilo que atrasa a minha evolução, procurando estratégias, sozinha ou em conjunto com as pessoas que me orientam, de forma a melhorar o meu percurso.

Outra das forças que saliento em relação a este ensino clínico foi a minha motivação, pessoal e profissional, pelo investimento que tenho feito desde o início deste percurso que não é apenas monetário nem o mais expressivo. Quando decidi iniciar este percurso de estudante da EEER fi-lo por uma vontade profissional de aprender mais e saber-fazer mais, proporcionar melhor cuidados às pessoas que cuido e cuidados mais diferenciados. Acabou, também, por determinar ser esta a

minha especialidade de eleição pelas pessoas que cuido diariamente e as necessidades que identifiquei neles, e a vontade que tenho de lhes proporcionar uma melhor recuperação e capacitação para o seu percurso após a alta.

Além desta motivação profissional, é uma vontade pessoal de aprender mais e ser melhor profissional, neste caso específico, diferenciada. Atualmente, as valorizações e diferenciações profissionais não nos permitem uma evolução na carreira, no entanto, este motivo não nos deve deixar de acreditar no valor da formação e num futuro mais promissor, devendo ser as pessoas que cuidamos e os serviços que integramos o foco da nossa vontade de evoluir. Acreditando no valor da Enfermagem e tentando sempre mostrar o valor do trabalho que desenvolvemos, proporcionando cuidados de qualidade e humanizados a todos aqueles que deles necessitam. Assim, a motivação profissional e pessoal, têm sido um grande fator impulsionador deste meu percurso e me tem ajudado a manter neste caminho de desenvolvimento profissional.

A verdade é que o investimento tem sido muito, tanto a nível financeiro como da vida pessoal/familiar abdicando de muito dela para poder dedicar-me a este percurso de estudante, sempre com a esperança de terminar esta etapa com sucesso, poder trabalhar para um futuro melhor para mim e para a enfermagem e prestar cuidados de qualidade diferenciados. Isto torna-se na minha motivação diária, para enfrentar os dias de trabalho e de ensino clínico, os dias bons e os menos bons, a continuar este percurso nem sempre correspondente às expectativas que tinha mas que me tem surpreendido. No início deste percurso não tinha noção de como o âmbito de atuação do EEER é tão alargado a tantas especialidades e áreas de intervenção e não fazia sequer ideia, enquanto enfermeira generalista, que estes exerciam a sua intervenção no âmbito dos cuidados na comunidade.

De mãos dadas com a motivação vem a vontade de aprender e desenvolver as competências do EEER, saber-saber e saber-fazer mais e melhor contando com o meu empenho em tudo aquilo que tenho realizado, evoluído e concretizado nestas nove semanas. Pode ter sido com uma evolução lenta mas com empenho e vontade de dar o meu melhor sempre condicionado pelo tempo que está disponível.

Outras das forças que considero que tive neste ensino clínico, foram a minha capacidade de atenção e integração dos conhecimentos que me foram transmitidos e das reflexões que realizava diariamente com a enfermeira orientadora que me ajudaram a compreender melhor todo o trabalho do EEER na comunidade, na

especificidade da sua intervenção, a ser ainda uma melhor enfermeira de cuidados gerais melhorando, por exemplo, as minhas técnicas de comunicação. Parece um pouco estranho dissociar o papel de enfermeira generalista do de EEER, no entanto, encontro-me a percorrer o caminho para me tornar especialista mas no meu local de trabalho beneficio das aprendizagens que tenho feito e ponho-as me prática. Quero com isto dizer, que o meu percurso como estudante da especialidade tem sido um crescimento como enfermeira e aquisição de competências de especialista, um crescimento em unísono.

Tudo isto permitiu-me assimilar e compreender todas as avaliações realizadas pelo EEER e a elaboração de planos de cuidados de direcionados para as necessidades e integrando no sistema do utente promovendo o cuidado holístico, promovendo a minha evolução e desenvolvimento enquanto estudante.

O ensino clínico foi repleto de oportunidades diversificadas que enriqueceram o meu percurso desde todos os contactos realizados com os utentes e suas famílias como com o trabalho dentro da equipa. Tive oportunidade de participar em reuniões de equipa interdisciplinar (enfermeiros, médica, assistentes sociais e psicólogo) em que o objetivo era apresentar os utentes em ECCI e discutir os casos, a sua evolução e dúvidas existentes. Foram reuniões importantes para compreender a dinâmica da equipa e o seu trabalho tal como me permitiram desenvolver a capacidade de análise dos problemas de cada utente e dos planos estabelecidos e poder partilhar a minha experiência e conhecimentos noutras áreas como as feridas.

Outra das reuniões em que pude participar foi com o elemento de ligação da Equipa Coordenadora Local (ECL), que recebem e selecionam os processos dos utentes admissíveis em ECCI. Antes desta reunião, pude conversar com a enfermeira da ECL que me explicou o circuito dos pessoas desde a sua referenciação pelas equipas hospitalares até chegar à ECCI ou outra unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados e perceber a importância das notas da referenciação serem o mais completas possíveis e referiram o máximo de informação sobre os graus de dependência dos utentes e as suas necessidades. Como enfermeira numa instituição hospitalar, por vezes, existe a necessidade de referenciar utentes para a rede e nem sempre somos capaz de preencher as referenciações de maneira a que estas ilustrem as necessidades das pessoas e/ou os seus estados de dependência para que os quem as recebe possa avaliar a situação da melhor forma. Esta orientação, tal como a experiência deste ensino

clínico, permitiram-me ter uma melhor noção das necessidades que a equipa de enfermagem tem quando recebem as referenciações, o processo de seleção dos utentes para as várias unidades da rede e perceber que estes podem permutar de tipologia da rede conforme a alteração das suas necessidades. Também, que as reuniões da ECCI com o elemento da ECL permitem agilizar os processos de pessoas que estão com entradas pendentes na equipa, perceber o porquê de algumas das permanências longas na equipa e se se pode agilizar com outro tipo de serviços/ equipas e discutir os casos dos utentes para se perceber as altas e entradas breves de forma a fazer-se uma melhor gestão das vagas.

A reunião de coordenadores do ACES foi uma outra oportunidade de aprendizagem de trabalho e partilha de experiências, em que a ECCI que integrei apresentou um estudo de caso sobre o trabalho, acompanhamento e encaminhamento de uma criança com doença crónica complexa. Estas são crianças, também, integradas nas equipas de cuidados paliativos e que requerem acompanhamento interdisciplinar e de cuidados permanentes prestados tanto por profissionais como pelas suas famílias que necessitam de ser, também, cuidadas. Sendo esta uma realidade desconhecida para mim foi importante conhecer o trabalho que é realizado por estas equipas especificamente e os recursos que são mobilizados para prestar os melhores cuidados a estas crianças e suas famílias, pois outros colegas de outras ECCI dos ACES acabaram por partilhar as suas próprias experiências e dificuldades nestes casos específicos. A partilha de experiências e de conhecimentos é sempre importante para a evolução das equipas e da sua intervenção e permite perceber aquilo que se faz bem e as dificuldades sentidas e como ultrapassá-las, que foi aquilo que se passou nesta reunião sendo que a partilha foi mais uma vez interdisciplinar.

Pude, ainda, participar numa formação realizada por um elemento da Nestlé® em que foram dados a conhecer vários suplementos alimentares e os benefícios da sua utilização tendo em conta a tipologia de utentes a que se destinam, entre eles, suplementos hiperproteicos e hipercalóricos, suplemento de arginina importante para a cicatrização de feridas e suplemento de fibra adaptável à flora intestinal que tanto pode ajudar na prevenção da obstipação como no tratamento da diarreia. Estes são apenas alguns exemplos dos produtos apresentados que, para além, de ser uma forma que as marcas têm de divulgar os seus produtos e levar ao seu consumo é, ainda, uma boa forma de nos mantermos informados sobre suplementos alimentares

que existem, as suas melhorias e produtos novos. Apesar de existirem neste momento profissionais da área da nutrição que trabalham nas instituições de saúde e integram as equipas e geram os esquemas alimentares dos utentes, sempre foi competência dos enfermeiros prestar apoio nesta área e supervisão nesta área sendo por isso importante estar atualizado de todas as opções que existem no mercado.

A sessão de preparação para o parto que assisti teve como tema – estratégias não farmacológicas de controlo da dor no trabalho de parto tendo sido apresentada pela enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (ESMO) da UCC. Foi interessante participar nesta sessão, que foi composta por uma exposição sobre o tema e partilha de experiências das diversas grávidas presentes. Umhas que são mães de primeira viagem e expuseram os seus medos/ receios com o parto e dores que já sentem como as grávidas que já foram mães pela primeira vez que partilharam as suas experiências do parto. Sendo esta, mais uma vez, uma área desconhecida para mim, achei interessante a dinâmica criada num grupo constituído por grávidas e pelos seus companheiros, em que também eles expõem as suas dúvidas e receios e acaba por se gerar uma conversa informal apenas moderada pela enfermeira que dá, também, imensas orientações importantes sobre toda a dinâmica que envolve o parto. Após esta exposição, as grávidas participam no ginásio numa sessão onde lhes são ensinadas técnicas de reeducação postural, exercícios de reeducação do pavimento pélvico e posições anti-álgicas que estas podem adotar consoante o estado de desenvolvimento da gravidez.

Considero que este seja um bom exercício para as grávidas e que serão ensinamentos que lhes serão bastantes úteis em todo este processo e na sua recuperação pois a gravidez leva à distensão dos músculos abdominais e pélvicos provocando o seu relaxamento. Estes exercícios permitem o fortalecimento do pavimento pélvico e manutenção da contratilidade esfíncteriana.

Esta é uma aula dada pela ESMO e existem algumas das sessões que são lecionadas pela fisioterapeuta. Segundo aquilo que percebi da organização tanto dos cursos de preparação para o nascimento como os de recuperação pós-parto, todas as sessões são lecionadas pela ESMO e fisioterapeuta e a sessão dos cuidados ao recém-nascido pela enfermeira especialista de saúde infantil. Perguntei-me por que motivo o EEER não faria parte das sessões dos cursos pois segundo os conhecimentos que adquiri e as competências que são atribuídas a este

especialista, as sessões de técnicas posturais e reeducação do pavimento pélvico poderiam ter a sua intervenção. Questionei a enfermeira orientadora sobre este assunto que ela me esclareceu que era uma organização antiga da equipa e que sempre teria funcionado assim. Mais tarde, assisti, a uma “discussão” entre colegas sobre os intervenientes nestes cursos em que a ESMO é da opinião que estes cursos deveriam apenas ser dados por elas pois têm todas as competências para o fazer e que não precisam de outras especialidades.

Do meu ponto de vista e com os conhecimentos que já tenho considero que os cursos beneficiariam dos conhecimentos das várias especialidades e das competências de cada um de forma a poder transmitir ensinamentos mais específicos, mais adaptados e beneficiar os casais no seu percurso desde a gravidez até à recuperação do parto.

As conferências familiares foram, também, excelentes momentos de aprendizagem em que pude participar e que já foram abordados em jornal de aprendizagem apenas sobre o tema.

Na última semana de ensino clínico, tive ainda oportunidade de apresentar à equipa da UCC o estudo de caso que realizei a nível académico com um dos utentes da ECCI. Foi uma forma de mostrar o trabalho que as enfermeiras orientadoras e professora fazem connosco enquanto estudantes, os conhecimentos que a escola nos transmite, valorizar a intervenção realizada com o utente e família, mostrar o trabalho interdisciplinar realizado e salientar a intervenção específica do EEER. Desta pequena reunião, em que tanto eu como a minha colega, também estudante, apresentamos os nossos estudos de caso, foi salientado pela equipa de enfermagem da UCC que não tinham presente que haveria todo este trabalho realizado, que acharam importante a partilha para compreender melhor a intervenção dos enfermeiros de reabilitação e a utilização das teóricas de enfermagem como fio condutor dos cuidados. Foi-nos também pedido que partilhássemos a nossa experiência como elementos integrantes da UCC e que salientássemos as aprendizagens que levávamos para os nossos locais de trabalho. Foi uma partilha interessante de ideias e experiências que me faz crescer como estudante e como profissional.

Para finalizar as oportunidades deste ensino clínico, com balanço bastante positivo, para o estudo de caso elaborado neste contexto existe a possibilidade de ser publicado em artigo de revista da especialidade. Este é um trabalho que se

encontra em desenvolvimento mas que me deixa muito satisfeita com o trabalho desenvolvido por mim enquanto estudante da especialidade com ajuda imprescindível da enfermeira e professora orientadoras.

Relativamente a este estudo de caso foi-me proposto pela professora fazer uma comunicação num congresso da especialidade no próximo ano que aceitei. Apesar de uma das minhas dificuldades ser falar para o público considero que é importante partilhar o trabalho de enfermagem de reabilitação que é feito na comunidade é um desafio cada vez maior e mais importante para nós enquanto enfermeiros e especialistas.

Este acaba por ser, um estudo de caso que reflete muitas das minhas aprendizagens e do meu desenvolvimento sendo a sua publicação e comunicação um grande desafio para mim e era algo que estava fora dos objetivos por mim definidos. No entanto, agarro estes desafios com bastante motivação, satisfação e empenho.

Este ensino clínico superou as minhas expectativas, tendo-me proporcionado diversos momentos ricos de aprendizagens e desenvolvimento, tanto na prestação de cuidados como dentro da equipa. No início, não tinha muitas expectativas e sabia muito pouco da intervenção do EEER no contexto dos cuidados na comunidade e cheguei mesmo a pensar que poderia vir a ser uma perda de tempo devido preconceitos que temos sobre a relevância dada aos cuidados hospitalares e menosprezo pelo trabalho que pode ser feito na comunidade.

Estas nove semanas, foram sem dúvida uma enorme oportunidade de aprendizagem e crescimento, pessoal e profissional, permitindo-me ultrapassar medos que estavam relacionados com experiências do passado, desenvolver o meu raciocínio enquanto futura especialista de EEER, aplicar na prática os conhecimentos adquiridos ajustando-me às condicionantes de cada pessoa e cada domicílio e a desenvolver uma visão abrangente e, no entanto, específica desta intervenção especializada.

Para mim, aprender com estes EEER que dão o seu máximo diariamente para proporcionar cuidados de qualidade e capacitar os utentes para as suas novas realidades, gerou ainda maior motivação e paixão pela profissão e pela especialidade de reabilitação. E que para sermos melhores profissionais nunca devemos deixar de procurar o melhor conhecimento científico, produzir conhecimento e partilhá-lo com os nossos pares. Nunca devemos deixar de investir

na nossa profissão e na nossa formação pois por mais difícil que o caminho possa ser o conhecimento e as competências são as nossas armas na luta pelo futuro dos nossos utentes e na defesa da nossa profissão.

Hoje, se voltasse a iniciar este ensino clínico, teria uma postura mais confiante, deixaria o medo e o receio. Tentaria desde o início maximizar o meu tempo e fazer uma melhor gestão de todas as minhas atividades, aplicar mais o pensamento reflexivo sobre o trabalho desenvolvido e um maior questionamento sobre as intervenções do EEER na comunidade. Tudo isto de forma a aproveitar ainda mais todas as oportunidades de aprendizagem que me foram proporcionadas maximizando o meu percurso de aprendizagem como futura EEER.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo Da Vinci

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gurel, E. & Tat, M. (2017). SWOT Analysis: A Theoretical Review. The Journal of International Social Research, 10 (51), 994 – 1006. Doi: <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Inês Silva nº 8861

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravana

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Inês Silva nº 8861

Docente

Prof. Dra. Maria de Fátima Marques

Lisboa

Dezembro de 2019

As doenças respiratórias desde 2015 são a 3ª causa de morte logo após o cancro e as doenças cardiovasculares, sendo que a pneumonia se destaca dentro das patologias de que mais se morre (DGS, 2016; ONDR, 2018).

A pneumonia, como diagnóstico principal representa cerca de 7% dos internamentos médicos e cerca de 5% de todos os episódios de internamento médicos e cirúrgicos (DGS, 2016; ONDR, 2018).

Doenças como a asma e DPOC tornaram-se, também, mais expressivas desde 2011 até 2017. O número de pessoas com diagnóstico de asma passou de 112 066 em 2011 para 281 690 em 2017, sendo que no que à DPOC diz respeito de 54 660 para 136 958 em 2017 (ONDR, 2018).

Segundo o ONDR, 2018 *“As doenças do aparelho respiratório têm uma elevada prevalência, em Portugal são responsáveis por cerca de 19% dos óbitos e a principal causa de internamento hospitalar”*. Estimando-se que, a nível mundial no ano de 2020 as doenças respiratórias sejam responsáveis por cerca de 12 milhões de mortes.

As doenças respiratórias, com exclusão do cancro do pulmão, constituem a terceira causa de custos diretos relacionados com os internamentos hospitalares tendo correspondido a 213 milhões de euros em 2013 (DGS, 2016). Sendo que o custo médio de um internamento por doença respiratória foi de 1892 euros (DGS, 2016).

A evolução das doenças respiratórias é influenciada negativamente pela manutenção de hábitos tabágicos e reduzida atividade física estimando-se que em Portugal 14% das mortes estão associadas à inatividade física (ONDR, 2018).

Comparando a média da União Europeia – 7% da população faz desporto ou caminha regularmente - com a de Portugal que é apenas de 5%, é possível compreender que os portugueses são mais sedentários prejudicando a sua saúde (ONDR, 2018). Portugal é, ainda, o país da União Europeia em que se caminha menos – 29% da população não caminha mais do que 10 minutos por dia e 33% refere que não tem interesse ou motivação para a realização de atividade física (ONDR, 2018).

Das variadas recomendações emanadas pela DGS (2016) salienta-se a promoção do controlo de fatores de risco para as doenças respiratórias particularmente o tabagismo e melhorar a acessibilidade à reabilitação.

A reabilitação é um processo global e dinâmico que visa recuperar física e

psicologicamente a pessoa com incapacidade com o objetivo à sua capacitação e reintegração social, na qual diversos profissionais de saúde são fundamentais e onde se inclui o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (OE, 2018).

O EEER é detentor de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados nesta área estando descrito nas suas competências que *“concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardíaco; respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade”* (Diário da República nº85, série 2, 2019).

No caso específico das doenças respiratórias e do contexto deste ensino clínico, a Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção essencial para a melhoria e manutenção da saúde. Esta é uma intervenção terapêutica abrangente baseada na avaliação da pessoa portadora de doença respiratória e estabelecimento de um plano de intervenção personalizado às suas necessidades podendo incluir: correção postural, cinesiterapia respiratória, treino de exercício, educação e reeducação de comportamentos e promoção da adesão a longo termo de comportamentos promotores de saúde (DGS, 2015).

A RR reduz os sintomas dos doentes, melhora a função muscular e tolerância ao esforço, função emocional, qualidade de vida, conhecimento e autoeficácia. Sendo, ainda, umas das intervenções com melhor relação custo-efetividade em doenças com doença respiratória crónica associando-se à redução das hospitalizações por agudização da doença e recorrência aos serviços de urgência (DGS, 2015). No entanto, é uma intervenção subutilizada e com oferta deficiente face às necessidades da população tendo-se constatado que a nível da rede hospitalar existe uma baixa capacidade instalada de RR tanto em centros que a disponibilizam como quanto ao número de pessoas tratadas (DGS, 2015). Geograficamente, em Portugal, os centros com programas de RR localizam-se maioritariamente na região litoral a norte do rio Tejo e nos grandes centros urbanos, sendo que abaixo do rio Tejo existem apenas 2 centros localizados na região do Algarve (DGS, 2015).

No contexto da Unidade de Reabilitação Respiratória (URR), onde me encontro a realizar o ensino clínico, os EEER estabelecem a sua intervenção em

vários âmbitos e com pessoas com diferentes tipos de patologias respiratórias tanto do foro médico e do foro cirúrgico.

Na unidade decorrem as intervenções com pessoas referenciados através da consulta de pneumologia e que são aqui avaliados pela médica do serviço que prescreve os tratamentos e medicação adequada a cada caso.

As principais patologias dos utentes que frequentam os programas em ambulatório são: DPOC, bronquiectasias, fibrose pulmonar, derrame pleural e infeções respiratórias em pós-internamento. Estas pessoas realizam os seus tratamentos no âmbito do EEER em ambulatório podendo fazer sessões 3 vezes por semana ou diariamente (segunda a sexta-feira) e a intervenção passa pela realização de aerossóis (se prescritos), reeducação diafragmática, realização de drenagem postural e em alguns dos casos correção postural, reeducação ao esforço ou treino de exercício. As técnicas são instruídas e treinadas com as pessoas pelo EEER consoante as suas necessidades e tendo em atenção as suas limitações/contraindicações, utilizando pesos como resistência de forma a permitir acompanhar vários utentes ao mesmo tempo nas várias salas que têm disponíveis.

É explicado aos utentes os benefícios de que irá beneficiar ao adotar e cumprir o programa de cinesiterapia respiratório ou RFR, iniciando-se pela instrução e treino de técnicas de relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, mecanismos de limpeza das vias respiratórias seguido das técnicas de reeducação abdomino-diafragmática e reeducação costal.

Existe no serviço um folheto que é, também, entregue aos utentes com o esquema de posicionamentos que deve realizar acompanhado de uma respiração lenta e profunda, mantendo a tosse durante a drenagem. Na realização do esquema proposto os utentes iniciam na posição de decúbito dorsal seguidos dos laterais realizando todos os exercícios de um lado e só depois virando para o outro. Os posicionamentos instruídos genericamente são:

- Reeducação abdomino-diafragmática
 - Posterior com resistência
 - Seletiva – hemicúpula direita
 - Seletiva – hemicúpula esquerda
- Reeducação costal
 - Seletivo esquerdo/ direito com abdução do membro superior
 - Antero-lateral esquerdo/ direito com resistência

- Global com bastão

Após treinarem este esquema de drenagem postural os utentes são, também, incentivados a realizá-lo em casa diariamente de forma a potenciar a sua recuperação. No dia das sessões na unidade o EEER corrige as posturas e técnicas, aumenta gradualmente a resistência utilizada conforme a tolerância, auxilia os utentes com o seu trabalho manual para melhorar a drenagem e, numa fase mais avançada do programa de RR, acaba por apenas supervisionar.

A drenagem postural realizada é modificada pois as macas utilizadas no serviço não permitem realizar declive apenas elevação da cabeceira para os utentes com patologia cardíaca ou a realizar anti coagulação, por exemplo.

Os utentes iniciam o seu processo de reabilitação com 10 sessões de reabilitação respiratória até realizarem novos exames de função respiratória e serem reavaliados na consulta onde se vai decidir se têm alta ou reiniciam um novo esquema de sessões de RR.

Em termos da eficácia da cinesiterapia ou RFR é possível perceber no final de cada sessão a melhoria dos utentes a nível de oximetria de pulso, melhoria da auscultação pela drenagem de secreções durante a sessão e á medida que vão avançando no seu programa os utentes referem menos quantidade de secreções drenadas, melhoria na sua capacidade respiratória e menos cansaço na realização das suas AVD.

A unidade tem, neste momento, 10 utentes (rácio 1 EEER/ 10 utentes no horário das 8h30 às 18h) a realizar sessões de cinesiterapia em ambulatório às segundas, quartas e sextas-feiras em que três destes utentes realizam ainda treino de exercício e reeducação no esforço. Uma destas utentes realiza cinesiterapia durante os 5 dias da semana.

Outra das utentes que frequenta o ambulatório é uma Sra. com fibrose pulmonar que aguarda transplante pulmonar e mantém um esquema de aerossol com treino de exercício e reeducação no esforço, de forma a manter-se com boa função respiratória e tolerância ao esforço para a cirurgia.

Conhecendo os números das doenças respiratórias no nosso país e, extrapolando para a quantidade de pessoas com doença respiratória crónica que frequentam o ambulatório e a sua rotatividade, daquilo que já me foi possível observar parece-me um número muito reduzido de utentes que beneficiam destas terapêuticas. A verdade é que estes utentes ocupam a maioria dos horários

previstos em três dias da semana, no entanto, os outros dois dias são subaproveitados pois existe apenas uma utente. Segundo aquilo que consigo perceber, a médica gere um pouco as consultas que dá de forma a admitir os utentes para estes programas o que limita a utilização dos recursos disponíveis.

No que diz respeito à admissão de pessoas com doença respiratória crónica da unidade, penso que esta gestão poderia passar pelos EEER pois possuem competências para avaliar e definir um plano de intervenção direcionado às suas necessidades. Por exemplo, poderiam ter autonomia para aquando as altas das pessoas que seguem nos internamentos encaminhá-los para continuação de um plano em ambulatório até restabelecimento da sua função respiratória e/ou reeducação ao esforço.

No que se refere à intervenção neste âmbito, sinto que a minha adaptação foi rápida e de fácil compreensão dos programas implementados a cada utente. Tenho facilidade em criar relações terapêuticas pois as pessoas conhecem o meu lugar enquanto estudante e colaboram comigo dando-me informações sobre a progressão da sua doença, a evolução desde que iniciaram a sua reabilitação respiratória, os benefícios que sentiram e permitem-me ajudar na otimização do plano que lhes está estabelecido.

Existe a possibilidade de consultar os processos dos utentes e compreender a sua situação clínica de forma estar mais atenta ao tipo de intervenções em que se deve incidir mais. A informação colhida restringe-se aquilo que é realizado na consulta médica e a uma pequena colheita de dados de enfermagem, os exames como por exemplo o RX-tórax disponíveis para observação já foram realizados há alguns meses aquando do início do programa. Todas estas informações estão apenas disponíveis no processo em papel dos utentes.

Para mim enquanto estudante, visualizar os Rx tórax torna-se bastante importante de forma a sistematizar a observação e deteção das alterações pulmonares de cada utente pois permite perceber quais os segmentos em que devem incidir predominantemente as intervenções e posicionamentos. Apesar de estarem impressos em papel e, por vezes, não com muita qualidade e já com vários meses passados desde a sua realização. Mesmo assim, os Rx em conjunto com a auscultação pulmonar permitem uma melhor avaliação que mesmo sentindo alguma dificuldade na auscultação de alguns sons considero que tenho melhorado e se torna mais fácil a cada dia.

Tenho dificuldade, ainda, em compreender bem os segmentos pulmonares que são trabalhados tal como o trabalho manual que deve ser realizado pelo EEER. Sei que isto implica um pouco mais de estudo da minha parte e de aplicação na prática que, também não tem sido possível muitas vezes devido à dinâmica já criada com os utentes e à sua autonomia na realização dos posicionamentos. Por exemplo, a reeducação global costal com bastão é o segundo exercício que realizam no esquema da drenagem postural e eu, enquanto estudante, e com as pessoas com quem tenho trabalhado institui no final pois é um exercício promove a expansão torácica, melhora a distribuição e ventilação alveolar prevenindo as deficiências ventilatórias globais.

Tenho aproveitado, ainda, o tempo com estes utentes para compreender a sua situação clínica e o programa que fazem e a intervenção específica do EEER, a evolução que têm feito e as melhorias que sentem em termos do seu dia-a-dia e percebi com agrado que mesmo no domicílio continuam a cumprir as técnicas instruídas de drenagem postural e de realização de exercício físico, maioritariamente caminhadas. Pela minha experiência, enquanto enfermeira, pessoas com doença crónica não são cumpridoras do seu esquema terapêutico ou das indicações que promovem a manutenção da sua saúde e controlo da doença. No caso destas pessoas que frequentam os programas em ambulatório, especialmente os doentes com DPOC e bronquiectasias, a grande maioria adotou a evicção tabágico com auxílio de terapêutica e compreendeu a importância que a RFR tem na manutenção da sua saúde repetindo o plano instituído no domicílio diariamente, além das sessões que realizam na unidade. Desta observação e reflexão, parece-me que o EEER tem um papel relevante no ensino, treino e instrução das pessoas portadoras de doença respiratória crónica promovendo a melhoria da sua situação clínica.

De alguns utentes, que acompanhei no final das 10 sessões preconizadas após a avaliação médica e repetição dos exames complementares de diagnóstico nenhum dos utentes teve necessidade de repetir o programa tendo tido alta. Não tive ainda oportunidade de acompanhar, em termos do ambulatório, um utente em início de programa.

Daquilo que em pude participar e compreender dos programas de RR dos utentes realizados no âmbito de ambulatório, estes são benéficos e permitem melhorar a função respiratória drenando as secreções e pela adoção de exercício físico. No entanto, os utentes com hábitos tabágicos mesmo com medicação

prescrita na consulta de cessação tabágica não deixam de fumar e, muitas vezes, verbalizam a ansiedade de acabar a sessão para poderem sair para fumar um cigarro. Assim, não beneficiam destes programas com total eficácia e melhoria que lhes proporcionaria pois não conseguem adotar todas as medidas essenciais que lhes permitam diminuir a recorrência de agudizações e estabilidade da sua doença. Acabam por não fazer uma boa adesão tanto á terapêutica como á cinesiterapia respiratória, querendo realizar todos os exercícios os mais rapidamente possível e sem eficácia nem aprendizagem. São pessoas que estão a ocupar o lugar de outras que poderiam beneficiar do programa na sua totalidade e estariam motivados para a mudança de hábitos de vida mas continuam incluídos no programa apesar de não mostrarem interesse na melhoria da sua situação clínica e capacitação para viverem com a sua doença crónica.

Enquanto estudante, a experiência com estes utentes dos programas de ambulatório tem sido benéfica e com boas aprendizagens, permitindo-me conhecer uma nova realidade de programas de reabilitação que são disponibilizados às pessoas que deles necessitam. Apesar dos benefícios que a RR tem para as pessoas com doença respiratória, parece-me que só um pequeno número de pessoas beneficiam destes programas, muito pela falta de recursos humanos pois a unidade conta apenas com quatro EEER que dão apoio, também, aos internamentos de todo o hospital.

Uma das medidas que poderia ser implementada de forma a dar melhor resposta às pessoas, seria a admissão de doentes através da avaliação do EEER podendo ser doentes que só teriam necessidade de sessões bissemanais podendo ocupar as 3ª e 5ª feiras em que praticamente não há movimento no unidade. Outra medida, poderia passar pela tentativa de aumentar o número de EEER mostrando o trabalho realizado por esta unidade através do número de pessoas que beneficiaram de RFR com conseqüente diminuição do número de agudizações.

No que se refere à cinesiterapia realizada no âmbito dos internamentos, diariamente, os EEER recebem na unidade uma listagem de todos os pedidos realizados. Os médicos de cada serviço fazem os pedidos de cinesiterapia que são encaminhados para a unidade, sendo criada uma lista diariamente com o nome dos utentes referenciados e os respetivos serviços. Diariamente a lista é composta por cerca de 80 doentes sendo que existem três EEER destacados diariamente para estes serviços, se nenhum estiver de folga ou férias.

Não é possível dar resposta em termos de reabilitação diariamente a todos estes utentes. A organização do trabalho é realizada pelos EEER que escolhem os serviços a que vão e, habitualmente, acabam por ir sempre aos mesmos de forma a dar alguma continuidade de cuidados aos utentes. Sendo que, o EEER tem autonomia para dar alta aos utentes quando consideram que foram atingidos os objetivos da cinesiterapia respiratória.

Do meu ponto de vista, trabalhar nos serviços com os utentes traz vantagens para estes pois usufruem de intervenções específicas do EEER na sua função respiratória podendo potenciar a sua recuperação e, também, as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos podem beneficiar destas intervenções sendo-lhes instruídas técnicas da tosse com contenção da sutura e técnicas que pode utilizar para reduzir a dor aquando da respiração.

Nos serviços de internamento, o EEER está sozinho o que nem sempre é facilitador para o posicionamento dos utentes principalmente aqueles que são mais dependentes e nem sempre os enfermeiros do serviço estão disponíveis para ajudar. Outra das condicionantes é que este hospital não tem disponível os processos informaticamente o que leva a que o EEER tenha de procurar o processo do utente em papel no próprio serviço para ter acesso à informação clínica da pessoa e se tem condicionantes para a realização das técnicas. Muitas vezes, os utentes nem sempre estão disponíveis na hora que o EEER se desloca ao serviço ou porque se deslocaram para realizar exames, ou estão nos cuidados de higiene e conforto e, algumas vezes, foram transferidos de serviço até já tiveram alta não havendo qualquer transmissão desta informação para os EEER que são externos ao próprio serviço.

De forma a melhorar a comunicação entre o enfermeiro do serviço e o EEER tal como a continuidade de cuidados, poderia ser implementada uma pequena passagem de informação sobre o plano de intervenção implementado e os resultados incluindo, sempre que necessário alguma indicação sobre cuidados a ter durante o restante tempo. Poderia ser utilizado o ISBAR que é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde reconhecida por promover a segurança da pessoa em processo de transição de cuidados (DGS, 2017).

Todas estas condicionantes, não permitem potenciar os poucos recursos humanos existentes para tantas solicitações de cinesiterapia respiratória.

Na minha perspetiva enquanto estudante, do pouco tempo que me encontro a realizar ensino clínico, as solicitações de cinesiterapia respiratória são muitas e pouco recursos humanos para lhe dar resposta existindo um esforço conjunto da equipa de forma a chegarem ao maior número possível de utentes dando primazia aos utentes com primeiros pedidos.

Se por um lado, enquanto estudante esta tem sido uma boa experiência de aprendizagem e de aquisição de competências ao nível da RFR, por outro lado, não me tem sido possível acompanhar os mesmos utentes não tendo intervindo com nenhum deles mais do que uma vez e mesmo para a realização do estudo de caso se torna dificultador pois não me é possível definir um plano de intervenção, aplicá-lo e obter os resultados. Apesar, de ter já tido oportunidade de intervir junto de utentes em cuidados intensivos e com traqueostomia, pessoas com patologia médica e submetidas a procedimentos cirúrgicos aumentando o leque de patologias e situações específicas de intervenção do EEER, o que me tem permitido aprender a adaptação das diferentes técnicas em diferentes pessoas com diferentes necessidades, desenvolver as competências de avaliação da pessoa e elaboração de planos de intervenção personalizados priorizando as intervenções. Por outro lado, não me permite uma continuidade de cuidados nem obtenção de resultados da implementação dos planos de intervenção. É mais difícil sistematizar os conhecimentos com os resultados da aplicação das intervenções na prática e torna muito difícil a aplicação do modelo de cuidados holístico.

Este tem sido outro dos aspetos que não me deixa muito confortável neste âmbito da prestação de cuidados de ER pois apesar das intervenções serem direcionadas à pessoa e à sua patologia não há possibilidade de continuidade de cuidados nem de avaliação a longo prazo das intervenções realizadas, não sendo possível o estabelecimento de relação de confiança nem cuidado holístico. Digo isto porque não é apenas num único contacto que é possível estabelecer esta relação, tal como não é possível envolver a família nestes cuidados nem perceber se após a alta é possível dar continuidade às intervenções do EEER. Este nem sequer é consultado antes da alta para se compreender a evolução do plano de intervenção nem é parte da nota de alta dos utentes.

Daquilo que já tive oportunidade de observar, o EEER tem sempre o cuidado quando vai aos serviços de falar com o enfermeiro responsável de cada utente para obter informações do seu estado e para transmitir aquilo que foi realizado em termos

de plano de intervenção. No entanto, isto só acontece nos cuidados prestados no dia-a-dia e, na minha perspetiva, faria todo o sentido que o EEER pudesse também fazer parte da preparação para a alta dos utentes de forma a manter-se, dentro daquilo que fosse necessário, o plano de intervenção no domicílio que poderia passar pela instrução e treino das intervenções ao utente e seu cuidador, ao encaminhamento a recursos da comunidade e participação na própria nota de alta.

Para melhorar a continuidade de cuidados, quando fosse perspetivada a alta poderia existir uma linha direta de contacto (telefónica, por exemplo) com o EEER de forma a este ser informado e solicitada a sua colaboração na elaboração na nota de alta e avaliação da pessoa para aferir a necessidade de continuação do plano de intervenção após a alta, tanto em serviços da comunidade como em ambulatório hospitalar.

Compreendo que os recursos são escassos e as solicitações são muitas e que nem sempre o tempo é o melhor amigo dos enfermeiros e do EEER. A meu ver trabalhamos em prol do doente e da sua reabilitação e capacitação e em prol da melhoria da continuidade de cuidados podendo vir a ser, no futuro, um projeto que poderia ser implementado.

Neste ensino clínico, a minha adaptação foi mais rápida e senti-me bem acolhida pela equipa e fazendo parte integrante mas como trabalham com método individual não há oportunidade de discussão de casos, não fazem passagem de turno a não ser com as pessoas que frequentam os programas de ambulatório no final do turno de um EEER para outro.

Tem sido uma experiência com oportunidades de aprendizagem e enriquecedora em termos da RFR. As minhas expectativas não têm sido correspondidas pois tinha perspetiva de poder trabalhar com utentes cirúrgicos, principalmente cirurgia abdominal, tanto em pré-operatório como em pós-operatório sendo que até agora apenas trabalhei com 4 pessoas submetidas a procedimento cirúrgico em contexto de enfermaria. Destes apenas dois foram intervencionados – amputação do MI direito acima do joelho e reintervenção de laparotomia exploradora para lavagem peritoneal com deiscência de sutura já com cerca de 1 mês de evolução em pós-operatório e o utente já se encontra capacitado para a realização dos exercícios autonomamente. Não tive oportunidade trabalhar com utentes em pré-operatório.

Apesar disto, é um ensino clínico que me permite adquirir conhecimentos e competências na área da RFR evoluindo enquanto estudante no caminho de me tornar EEER.

Estando, ainda, numa fase inicial do ensino clínico considero que preciso de adquirir mais conhecimentos e ler documentos sobre as temáticas, aplicar mais o trabalho manual com os utentes e desenvolver a minha capacidade de elaborar planos de intervenção na área da RFR adequados a cada utente.

Se iniciasse hoje o ensino clínico, talvez insistisse um pouco mais com a enfermeira orientadora para desenvolver a minha intervenção junto das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos e seria mais proactiva na minha intervenção e aquisição de prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2015). *Relatório de Análise da Capacidade Instalada de Reabilitação Respiratória nos Hospitais do Serviço Nacional de saúde*. Acedido a 25 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2016). *Portugal – Doenças Respiratórias em Números 2015*. Lisboa, 2016. Acedido a 10 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-20151.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa, 2017. Acedido a 20 de dezembro de 2019. Disponível em: https://www.google.com/search?q=isbar&rlz=1C1NHXL_pt-PTPT758PT758&oq=isbar&aqs=chrome.0.69i59j0l7.3004j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). *13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2016/2017 – Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal*. Acedido a 10 de dezembro de 2019. Disponível em: https://www.ondr.pt/relatorios_ondr.html
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Cadernos OE, 2018, 1 (10). Acedido a 9 de dezembro de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&date=2019-05-01&dreId=122202664

Apêndice VII – Plano de Cuidados



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular:

Estágio com relatório

ESTUDO DE CASO

Discente

Inês Silva nº 8861

Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular:

Estágio com Relatório

PLANO DE CUIDADOS

Discente

Inês Silva nº 8861

Docentes

Prof. Dra. Maria de Fátima Marques

Lisboa

janeiro de 2020

Lista de Siglas

HTA – Hipertensão Arterial

MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

TA – Tensão Arterial

FC – Frequência cardíaca

O2 - Oxigênio

SPO2 – Saturação Periférica de oxigênio

MI's – Membros Inferiores

MS's – Membros Superiores

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. COLHEITA DE DADOS.....	7
1.1. Dados Biográficos.....	7
1.2. Antecedentes de Saúde.....	7
1.3. História da doença atual.....	7
2. PLANO DE CUIDADOS.....	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Antecedentes de Saúde.....	7
Quadro 2 – Plano de Cuidados segundo os níveis de prevenção de Betty Neuman.....	9
Quadro 3 – Identificação dos stressores.....	17

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório e tendo em vista o desenvolvimento dos objetivos preconizados no meu projeto de formação – “Reabilitação Funcional Respiratória: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no pré e pós-operatório de clientes submetidos a cirurgia abdominal”, surgiu a oportunidade de desenvolver competências com pessoa em situação de pré-operatório.

Neste caso específico, a cirurgia não é do âmbito abdominal mas sim pulmonar mas permite desenvolver competências no âmbito da avaliação das necessidades da pessoa em pré-operatório, definir os objetivos da reeducação e capacitação e definir um plano de RFR adequado às necessidades da pessoa e objetivos funcionais.

A intervenção do EEER foca-se no cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa em todos os contextos da prática de cuidados permitindo à pessoa uma melhor qualidade de vida adaptada à sua condição atual (Regulamento n.º 392, 2019).

Na intervenção específica deste caso foi possível desenvolver competências ao nível do planeamento de “*intervenções com o propósito de desenvolver capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de saúde/doença*” (Regulamento n.º 392, 2019) e implementar “*intervenções planeadas com objetivo de otimizar e/ou reeducar*” (Regulamento n.º 392, 2019) a função respiratória e cardiovascular para a cirurgia.

Durante este processo de intervenção específica do EEER é importante não esquecer as vertentes: psicológica, espiritual e social da pessoa de forma a tornar o processo de reabilitação direcionado a todas as necessidades da pessoa. Nesse sentido, o planeamento e intervenção são guiados pelo modelo de Sistemas de Betty Neuman.

O plano de cuidados foi elaborado segundo a classificação CIPE®, incluindo-se os diagnósticos nos 3 níveis de prevenção preconizados por Betty Neuman.

O trabalho é composto pela introdução, 2 capítulos: colheita de dados e plano de cuidados. Estes capítulos são seguidos de considerações finais e referências bibliográficas.

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Dados Biográficos

- Sr. L.;
- Idade: 74 anos;
- Sexo: Masculino;
- Profissão: Reformado;
- Residência: Lisboa;
- Naturalidade: Portugal;
- Raça: Caucasiana.

1.2. Antecedentes de Saúde

Quadro 1 – Antecedentes de Saúde

Antecedentes Pessoais	<ul style="list-style-type: none">▪ HTA▪ Dislipidémia
Alergias	<ul style="list-style-type: none">▪ Sem alergias conhecidas
Hábitos aditivos	<ul style="list-style-type: none">▪ Fumador (entre 1 a 2 maços por dia)
Terapêutica Habitual	<ul style="list-style-type: none">▪ Furosemida 40 mg 1xdia▪ Ramipril 5mg 1xdia▪ Atorvastatina 10mg 1xdia▪ Anoro Ellipta® (2 inalações 2xdia)

1.3. História da doença atual

O Sr. L. em março de 2019 recorreu ao serviço de urgência por um quadro de cansaço fácil, dispneia e tosse. Foi internado para esclarecimento de diagnóstico tendo-se colocado na altura duas hipóteses de diagnóstico – doença do interstício *versus* sarcoidose. Após o internamento e a realização de vários MCDT's foi diagnosticado no final de novembro de 2019 com um adenocarcinoma do pulmão mas sem condições funcionais para realizar lobectomia superior esquerda. Foi assim

encaminhado para a consulta de pneumologia com objetivo de iniciar um programa de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR). Iniciou, ainda, consultas de cessação tabágica.

A consulta de avaliação foi realizada a 13/12/2019 pela pneumologista tendo tido aval positivo para início do programa de RFR. Foi nesse próprio dia avaliado pela EEER para o delineamento do seu programa.

Nesta primeira avaliação apresentava-se sem sinais de dispneia mas com algum cansaço a médios esforços, hemodinamicamente estável (TA: 122/73 mmHg; FC: 84bpm; SPO2: 96%). A auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e simétrico e sem presença de ruídos adventícios. Na resposta ao questionário de dispneia “Medical Research Council Dyspnea Questionnaire” o Sr. L. assinalou o seu estado no grau 3 - *“Andar mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal”*.

Assim foi definido um programa de RFR composto por: aerossolterapia, cinesiterapia respiratória e treino de exercício, com frequência de 3 vezes por semana até ser marcada a cirurgia.

A definição deste programa tem como objetivo a otimização da função respiratória e cardiovascular para a cirurgia tendo como focos:

- ✓ Consciencialização dos tempos respiratórios;
- ✓ Controlo da respiração;
- ✓ Reeducação abdomino-diafragmática;
- ✓ Drenagem postural;
- ✓ Ensino da técnica da tosse e da tosse com contenção da sutura operatória;
- ✓ Correção postural;
- ✓ Instruir e treinar a técnica inalatória;
- ✓ Reeducação ao esforço.

A 15 de janeiro 2020, o Sr. L. na sua sessão do programa de RFR informou a EEER que no dia seguinte iria fazer novas provas da função respiratória para provável marcação da cirurgia em breve.

2. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados elaborado para o Sr. L. é elaborado segundo os níveis de prevenção do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, de forma a promover a reação e a reconstituição do sistema da Sr., a sua readaptação e reeducação maximizando a função pulmonar e cardiovascular para a cirurgia.

Quadro 2 – Plano de Cuidados segundos os níveis de prevenção de Betty Neuman

Data: 13/12/2019					
Nível de Prevenção	Diagnóstico de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
<u>Primária</u>	Não adesão ao plano de reabilitação [relacionado com diagnóstico de adenocarcinoma manifestado por humor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adesão ao plano de reabilitação ▪ Participação na realização de todos os exercícios do programa da RFR ▪ Consciencialização para a situação do diagnóstico e importância da RFR 	Adesão e participação no plano de reabilitação ao fim de 2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre o plano de reabilitação (número de sessões semanais, plano de exercícios e benefícios) ▪ Estimular a participação ▪ Implementar programa de reabilitação ▪ Realizar reforço positivo à participação no plano de reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participa no plano de reabilitação [Atingido] ▪ Compreende os benefícios da adesão ao plano de reabilitação na sua funcionalidade [Atingido] ▪ Participa ativamente no seu plano de reabilitação interagindo com outros utentes através do reforço

	deprimido e desinteresse]			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar os benefícios da continuidade do plano de reabilitação 	positivo [Atingido]
<u>Secundária e terciária</u>	Limpeza das vias aéreas ineficaz [manifestado por presença de expetoração relacionado com tosse ineficaz]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria da ventilação ▪ Técnicas de limpeza das vias aéreas executadas de foram eficaz ▪ Tosse eficaz ▪ Mobiliza e expele a expetoração 	Limpeza das vias aéreas eficaz em 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a função respiratória ▪ Monitorizar [saturação de O2] ▪ Instruir e treinar técnicas de cinesiterapia respiratória (Série de 10 cada exercício) <ul style="list-style-type: none"> ○ Consciencialização e controlo da respiração ○ Respiração diafragmática ○ Reeducação diafragmática <ul style="list-style-type: none"> • Porção posterior do diafragma • Hemicúpulas diafragmáticas direita e esquerda ○ Reeducação Costal Seletiva <ul style="list-style-type: none"> • Costal Inferior 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventilação melhorada [AP com MV mantido e sem ruídos adventícios] [Atingido] ▪ SPO2 acima de 90% [Atingido] ▪ Executada cinesiterapia respiratória com tolerância ao esforço e sem sinais de dispneia [Atingido] ▪ Técnica inalatória executada com eficácia [Atingido] ▪ Executadas técnicas da tosse e tosse com contenção da sutura com eficácia [Atingido] ▪ Limpeza eficaz das vias aéreas sem presença de

				<ul style="list-style-type: none"> • Costal superior • Abertura costal seletiva direita e esquerda <ul style="list-style-type: none"> ○ Reeducação costal Global com bastão ▪ Instruir e treinar técnica inalatória através do inalador ▪ Instruir e treinar técnica da tosse e técnica da tosse com contenção da sutura ▪ Vigiar expetoração 	expetoração [Atingido]
	<p>Movimento muscular mantido [score: MS's – 5/5; MI's – 5/5]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço da força muscular ▪ Melhoria da função cardiovascular 	<p>Movimento muscular [reforçado] em 4 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar e monitorizar força muscular através da escala Research Medical Council ▪ Avaliar a monitorizar a dispneia através da escala Medical Research Council Dyspnea Questionnaire ▪ Instruir e treinar técnicas de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa as técnicas de exercício muscular e articular sem presença de dispneia e com boa tolerância ao esforço [Atingido] ▪ Reforço muscular dos MS's e MI's [atingido - score: MS's – 5/5; MI's – 5/5]

<p><u>Secundária e terciária</u></p>				<p>exercício muscular e articular ativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir e treinar exercícios de mobilização dos MS's e MI's de aquecimento muscular ▪ Fortalecimento muscular dos MS's <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexão/ extensão dos MS's com halteres em frente a espelho quadriculado (série de 10 cada membro) ○ Flexão/ extensão e adução/abdução com roldanas e pesos (série de 10 cada membro) ○ Circloergómetro (15 – 20 minutos com carga) ▪ Fortalecimento muscular dos MI's <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexão/ extensão dos MI's com pesos na posição de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medical Research Council Dyspnea Questionnaire [atingido - score: grau 2]
---	--	--	--	---	---

			<p>pé e sentado (série de 10 cada membro)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adução/ abdução dos MI's com pesos na posição de pé com apoio (série de 10 cada membro) ○ Passadeira (30 – 45 minutos com aumento da velocidade e inclinação progressivos) ou ○ Bicicleta (30 – 40 minutos com aumento da velocidade e carga progressivos) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alongamentos série de 10 cada exercício) 	
--	--	--	---	--

<p>Ventilação comprometida [relacionado com adenocarcinoma do pulmão manifestado por dispneia e cansaço fácil]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria da ventilação ▪ Aumento da expansão pulmonar ▪ Melhoria da mobilidade torácica ▪ Reforço diafragmático ▪ Correção postural 	<p>Ventilação melhorada em 4 semanas [diminuição da dispneia e cansaço]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a função respiratória ▪ Instruir e treinar técnicas de posicionamento <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição de descanso e relaxamento ○ Correção postural ▪ Executar cinesiterapia respiratória (Série de 10 cada exercício) <ul style="list-style-type: none"> ○ Consciencialização e controlo da respiração ○ Respiração diafragmática ○ Reeducação diafragmática <ul style="list-style-type: none"> • Porção posterior do diafragma • Hemicúpulas diafragmáticas direita e esquerda ○ Mobilização da articulação da escapulo-umeral ○ Reeducação Costal Seletiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventilação melhorada [AP com MV mantido em todos os lobos pulmonares] [Atingido] ▪ Executa técnicas de posicionamento com melhoria da postura [Atingido] ▪ Executa cinesiterapia respiratória com tolerância ao esforço e sem sinais de dispneia [Atingido] ▪ SPO2 acima de 90% [Atingido]
--	---	---	--	---

				<ul style="list-style-type: none">• Costal Inferior• Costal superior• Abertura costal seletiva direita e esquerda○ Reeducação costal Global com bastão▪ Monitorizar [saturação de O2]	
--	--	--	--	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo de Sistemas de Neuman considera o sistema do cliente, como a estrutura básica deste modelo sendo composto pelas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em interação contínua com o ambiente onde se encontra inserido (Freese, 2004; Neuman, 2011). Quando o desequilíbrio do sistema acontece há incapacidade de satisfazer as suas necessidades podendo, assim, surgir a doença (Freese, 2004). Assim, com a aplicação deste modelo pretende-se a Reconstituição da pessoa, que se define pelo estado de adaptação aos *stressores* no ambiente interno ou externo até à reconstituição das linhas de resistência e linha de defesa normal.

No caso do Sr. L. o evento *stressor* que provocou desequilíbrio no seu sistema foi o adenocarcinoma do pulmão provocando a destruição das suas normais linhas de defesa. Como reação a este evento identifica-se o humor deprimido e desinteresse na sua situação de doença e, também, a ventilação comprometida. No quadro abaixo, estão identificados os *stressores* do sistema do Sr. L.:

Quadro 3 – Identificação dos *stressores*

Stressores	
Intrapessoais (do indivíduo)	<ul style="list-style-type: none">✓ Enfrentar o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão✓ Função Respiratória✓ Função cardiovascular✓ Provas de função respiratória✓ Humor deprimido e desinteresse pelo plano de RFR
Interpessoais (entre vários indivíduos)	<ul style="list-style-type: none">✓ Enfrentar o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão✓ Programa de reabilitação respiratória
Extrapessoais (externos ao indivíduo)	<ul style="list-style-type: none">✓ Marcação da cirurgia

A atuação do EEER ocorreu ao nível dos 3 níveis de prevenção. Sendo que ao nível da prevenção primária foram identificados os fatores de risco que comprometiam a sua função respiratória como tabagismo ativo, tendo sido encaminhado para a consulta de cessação tabágica e iniciado este programa. Foi, também, identificado o seu desinteresse pela situação de doença e em compreender os benefícios do programa de RFR tendo sido implementadas estratégias que

fizeram deste Sr. um elemento ativo da sua reabilitação, entendesse os benefícios que lhe traria, tal como realizada a desmitificação do diagnóstico e enfoque da cirurgia.

No que se refere à prevenção secundária foi implementado um programa de RFR personalizado com objetivo de melhorar as funções respiratórias e cardiovascular para a cirurgia mantendo a vigilância dos parâmetros hemodinâmicos, auscultação pulmonar semanalmente e instruir/treinar os exercícios para que pudesse também realiza-los em casa nos dias em que não realiza do departamento.

Na prevenção terciária foi realizado o incentivo para a manutenção do programa de RFR no pós-operatório, demonstrados os resultados atingidos, instrução/ treino de técnicas como a tosse com contenção da sutura necessárias para o pós-operatório e gestão de expectativas tanto em relação à cirurgia como ao pós-operatório.

Numa fase inicial do plano de RFR o Sr. L. não demonstrava interesse em participar, cumpria as sessões mas era necessário incentivar a realização dos exercícios e cumprir as séries. No entanto, com a evolução das sessões, o estabelecimento de uma relação de confiança com os EEER e com o grupo onde se encontra inserido no programa o Sr. L. tornou-se mais participativo e ativo em querer saber mais tanto sobre a RFR como o processo no pós-operatório.

Com o plano de cuidados estabelecido para ele foi possível reduzir os stressores e fortalecer as linhas de defesa do seu sistema atingindo a reconstituição do seu sistema. Apesar de neste momento se encontrar, ainda, no pré-operatório o Sr. L. está mais motivado e capacitado para o seu processo de transição doença/saúde tendo adquirido estratégias que lhe permitem fazer esta transição com maximização das suas capacidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2009). Orientações técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa. Acedido a 10 de janeiro 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.)
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto, Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de Outubro de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B.Neuman & J.Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th edition) (pp.3-33). New Jersey: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Ed. Portuguesa). Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros. Consultado a 10 de outubro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 9 de novembro de 2019. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&date=2019-05-01&dreId=122202664

Apêndice VIII – Estudo de caso ECCI



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular:

Estágio com relatório

ESTUDO DE CASO

Discente

Inês Silva nº 8861

Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

2º Ano, 3º Semestre

Unidade Curricular:

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Discente

Inês Silva nº 8861

Docentes

Prof. Dra. Maria de Fátima Marques

Lisboa

Novembro de 2019

Lista de Siglas

A - Anos

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Dto. – Direito

ECCI – Equipe de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

Esq. – Esquerdo

EV - Endovenosa

FM – Força Muscular

Gr - Gramas

████████████████████

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

Mg - Miligramas

MI – Membro Inferior

MI's – Membros Inferiores

MS – Membro Superior

MS's – Membros Superiores

R/C – Rés-do-chão

RFM – Reabilitação Física Motora

TA – Tensão Arterial

TAC-CE - Tomografia Axial Computorizada - Crânio-Encefálica

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UP – Úlcera de Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
1. REVISÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA.....	7
2. COLHEITA DE DADOS.....	9
2.1. Dados Biográficos.....	9
2.2. História da doença atual.....	9
2.3. Antecedentes de Saúde.....	11
2.4. Condições Habitacionais e Arquitetônicas.....	11
2.5. Terapêutica de ambulatório habitual.....	12
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	13
3.1. Parâmetros Biofísicos.....	13
3.2. Parâmetros Vitais.....	13
3.3. Avaliação Neurológica.....	13
3.4. Pele e Mucosas.....	15
3.5. Autocuidados.....	15
3.6. Sono e Repouso.....	17
3.7. Avaliação do Risco de Queda – Escala de Morse.....	17
3.8. Avaliação do Equilíbrio – Escala de Berg.....	17
3.9. Avaliação da Força Muscular – Medical Research Council.....	18
3.10. Avaliação Funcional da Marcha.....	19
3.11. Classificação da Funcionalidade no Idoso.....	19
4. ADAPTAÇÃO AO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.....	20
5. PLANO DE CUIDADOS.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

APÊNDICES

APÊNDICE I – Avaliação da Escala de Berg

APÊNDICE II – Classificação da Funcionalidade no Idoso

APÊNDICE III – Apresentação PowerPoint de 11 de novembro de 2019

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – História da doença atual.....	9
Figura 2 – História da doença atual.....	10
Figura 3 - Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	20

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – História da Doença Atual.....	10
Quadro 2 – Antecedentes de Saúde.....	11
Quadro 3 – Terapêutica de ambulatório.....	12
Quadro 4 – Valores dos parâmetros vitais.....	13
Quadro 5 – Avaliação dos Pares Cranianos.....	14
Quadro 6 – Avaliação da Escala de Braden.....	15
Quadro 7 – Avaliação Índice de Barthel.....	16
Quadro 8 – Avaliação da Escala de Morse.....	17
Quadro 9 – 1ª avaliação da Escala Medical Research Council.....	18
Quadro 10 – 2ª avaliação da Escala Medical Research Council.....	18
Quadro 11 – Avaliação Funcional da Marcha.....	19
Quadro 12 – Identificação dos <i>Stressores</i>	21
Quadro 13 – Identificação dos fatores que afetam o ambiente.....	21
Quadro 14 – Plano de Cuidados segundos os níveis de prevenção de Betty Neuman.....	25

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório foi proposto a realização de um estudo de caso.

Este tem como objetivo fortalecer os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, consolidar o saber-saber, saber-estar e saber-fazer junto da pessoa alvo dos cuidados. Pretende-se com este estudo de caso, ainda, conhecer a pessoa e as suas limitações funcionais tal como o que as desencadeou, o seu estado de saúde prévio, realizar uma avaliação funcional da pessoa adequada e rigoroso recorrendo a escalas de medida e definir um plano de cuidados de reabilitação segundo as suas necessidades.

Durante todo este processo é importante não esquecer que cada pessoa é única e que cuidar dela inclui cuidar, também, do seu cuidador/ família. E, ainda, que seja estudante da especialidade de enfermagem de reabilitação o foco deve ser a pessoa por inteiro e não somente as suas necessidades de reabilitação. Assim, neste sentido, no desenvolver deste estudo de caso foi utilizado como guião orientador o modelo de Sistemas de Betty Neuman.

O plano de cuidados foi elaborado segundo a classificação CIPE®, incluindo-se os diagnósticos nos 3 níveis de prevenção preconizados por Betty Neuman.

O trabalho é composto pela introdução, 5 capítulos: revisão anatomo-patológica, colheita de dados, avaliação de enfermagem de reabilitação – exame físico e avaliação funcional, adaptação ao modelo de sistemas de Betty Neuman e plano de cuidados. Estes capítulos são seguidos de considerações finais, referências bibliográficas e apêndices.

2. REVISÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA

O Sr. A.B sofreu um traumatismo craniano com consequente hematoma subdural direito crônico. Este ocorreu enquanto o Sr. realizava a sua caminhada pelo bairro, tendo ocorrido uma queda não presenciada na via pública, da qual não se recorda, e foi socorrido por pessoa que passava. Na altura da queda, aparentemente sem lesões visíveis nem défices. Nas 2 semanas seguintes, iniciou um quadro de desequilíbrio na marcha, diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo e Membro Inferior (MI) direito, edema da mão direita e sem alterações da sensibilidade.

O traumatismo craniano, neste caso específico uma concussão, é uma alteração do estado de consciência transitório como resultado de um traumatismo craniano fechado (Greenberg, 2003). Este traumatismo deu origem a um hematoma subdural que é por definição uma hemorragia de sangue venoso entre a dura-máter e máter aracnóide por laceração das veias durais em ponte que drenam diretamente para os seios venosos podendo, ainda, provocar lesão das veias corticais (Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012). A hemorragia depende da pressão venosa portanto a formação do hematoma é lenta (Huffstutler, 2003). O coágulo pressiona a superfície cerebral podendo provocar, se for suficientemente grande, um deslocamento do tecido cerebral (Huffstutler, 2003). O hematoma subdural desenvolve-se entre 2 a 3 semanas, considerando-se assim crônico e manifesta-se através de défices neurológicos agudos (Huffstutler, 2003; Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012).

A sintomatologia associada a este tipo de hematomas são: perda imediata de consciência, cefaleias, défices neurológicos focais como a hemiparésia, diminuição progressiva da consciência, convulsões e alterações relacionadas com o lado cerebral afetado (Greenberg, 2003). No caso específico do Sr. A.B. ocorreu diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo provocando dificuldade na marcha e transferências e capacidade de realizar as suas Atividades de Vida Diária (AVD) em que era previamente autónomo.

O diagnóstico deste tipo de situações é realizado através da avaliação da Escala de Coma de Glasgow, exame neurológico (avaliação dos pares cranianos) e Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica (TAC-CE) (Greenberg, 2003; Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012).

Neste caso, a nível do serviço de urgência onde o Sr. A.B. recorreu foi-lhe realizada a avaliação através dos três elementos atrás referidos. Tendo sido, então, diagnosticado com hematoma subdural crónico à direita e internado no serviço de neurocirurgia onde foi, posteriormente submetido a trepanação de hematoma com colocação de dreno epicraniano. Este procedimento cirúrgico tem como objetivo de drenar o hematoma, realizar lavagem subdural e, assim, permitir a descompressão cerebral (Greenberg, 2003; Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012).

Após o procedimento cirúrgico, a pessoa é mantida em repouso no leito sendo monitorizados os seus sinais vitais e vigilância do estado de consciência, tal como a avaliação periódica dos pares cranianos para se perceba se existe diminuição dos défices (Greenberg, 2003). Iniciando, após levante tolerado, processo de reabilitação adequado aos défices da pessoa com objetivo de capacitar a pessoa e maximizar a sua funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades (Diário da República nº85, série 2, 2019).

No caso do Sr. A.B., o primeiro levante só foi realizado no 3º dia de pós-operatório, tendo no dia anterior realizado TAC-CE de controlo que revelou diminuição do hematoma e tendo sido retirado o dreno. Nos 3 dias seguintes ao levante realizou reabilitação física motora com fisioterapeuta na enfermaria, tolerando levante mas marcha incapacitante (por claudicação do MI esquerdo), mantinha posição ortostática com equilíbrio dinâmico, sendo incapaz de subir/descer escadas e realizar transferências sem ajuda.

3. COLHEITA DE DADOS

2.1. Dados Biográficos

- Sr. A.B.
- Sexo: Masculino
- Idade: 83 anos;
- Raça: Negra;
- Natural: Cabo Verde;
- Profissão: Reformado (ex-carpinteiro);
- Estado Civil: Casado;
- Família Nuclear: Esposa, 1 filha com 37A (com doença psiquiátrica, que utente não sabe especificar, faz medicação mensalmente) e 2 netos filhos da filha (1 com 19A e outra com 10A, que frequentam a escola);
- 5 Filhos do sexo masculino que vivem e trabalham em França, sendo o mais novo aquele que assumiu os cuidados ao pai após o acidente até meio do mês de outubro, altura em que teve de voltar ao trabalho.

2.2. História da doença atual

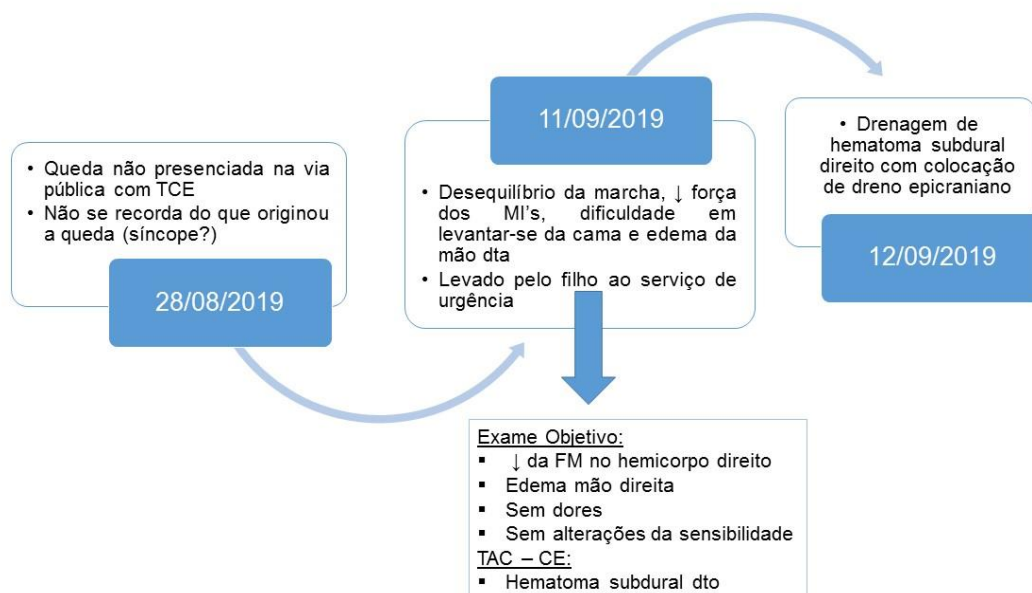


Figura 1 – História da Doença Atual

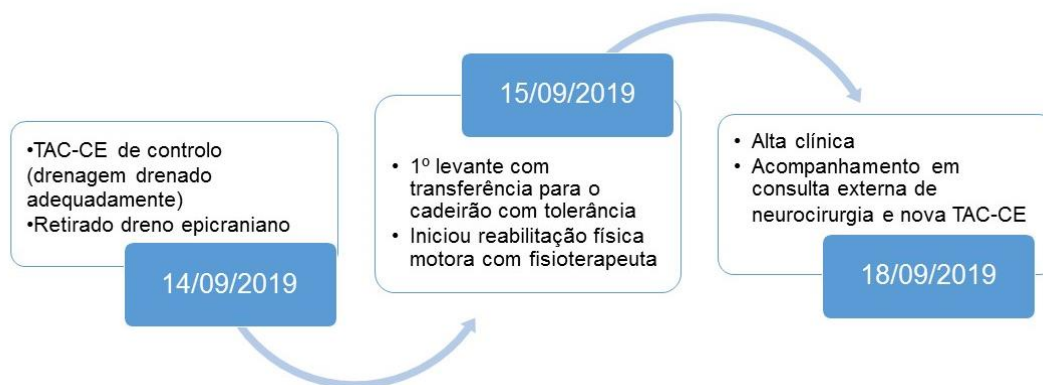


Figura 2 – História da Doença Atual

A história foi colhida junto do utente, esposa e filho e confirmada com as notas de alta que acompanham o utente.

Utente de 83A previamente autónomo nas suas AVD, realizava caminhadas pelo bairro sem necessidade de qualquer auxiliar de marcha. A 28/08/2019 teve queda não presenciada na via pública, da qual não se recorda, tendo sido socorrido por pessoa que passava. Na altura, aparentemente sem lesões visíveis nem défices. Esteve em casa durante 2 semanas durante as quais iniciou desequilíbrio na marcha, diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo e MI direito, edema da mão direita e sem alterações da sensibilidade. Filho mais novo, que se encontra a trabalhar em França como carpinteiro, veio propositadamente para levar o pai ao hospital a 11/09/2019 onde foi diagnosticado com hematoma subdural à direita.

Quadro 1 – História da Doença Atual

Diagnóstico	▪ Hematoma Subdural à direita
Cirurgia	▪ 12/09/2019: drenagem de hematoma subdural direito com colocação de dreno epicraniano
MCDT's	▪ 11/09/2019: TAC-CE ▪ 14/09/2019: TAC-CE (controlo pós-cirúrgico)
Terapêutica	▪ Não realizou anti coagulação por risco de nova hemorragia ▪ Analgesia com Paracetamol EV 1gr e Metamizol Magnésico 2gr EV ▪ Só iniciou terapêutica de ambulatório no domicílio
Notas de evolução	▪ 11/09/2019: internado na neurocirurgia do [REDACTED]

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12/11/2019: submetido a cirurgia ▪ 14/09/2019: Retirado dreno epicraniano ▪ 15/09/2019: Realizou primeiro levante e iniciou RFM, já com redução dos défices neurológicos e dos edemas (tremor do MS esquerdo). <p>Tolera levante, marcha incapacitante (com claudicação do MI esquerdo) mas mantém posição ortostática com equilíbrio dinâmico. Percorre pequenas distâncias, incapaz de subir/descer escadas e realizar transferências sem ajuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 18/09/2019: Alta
--	---

2.3. Antecedentes de Saúde

Quadro 2 – Antecedentes de Saúde

Antecedentes Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensão Arterial (HTA) ▪ Dislipidémia ▪ Fratura do ombro esquerdo submetido a cirurgia, há mais de 30 anos. Não sabe especificar a intervenção realizada.
Alergias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem alergias conhecidas
Hábitos aditivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabágicos - Consumo Ligeiro/moderado de “rapé” (tabaco moído) ▪ Etanólicos – 2 copos de vinho por dia
Hábitos de Vida Diários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autónomo nas suas AVD ▪ Executava caminhada matinal pelo bairro autonomamente

2.4. Condições Habitacionais e Arquitetónicas

- Vive num 1º andar sem elevador
- Apartamento de 2 andares, 4 Quartos sendo que o quarto do Sr. Fica no R/C do apartamento

- Wc com banheira
- Percurso entre as divisões sem barreiras arquitetônicas que impeçam a marcha com segurança, no entanto, curto para permitir treino de marcha
- 2 Lances de acesso ao exterior – 1 no interior do prédio com 9 degraus com corrimão, 1 degrau à saída do prédio mais um lance com 3 degraus sem corrimão ou barra de apoio lateral
- Exterior – passeio em calçada regular com partes de piso acidentado, ao final da rua tanto para a direita como para a esquerda passeio com declive.

2.5. Terapêutica de ambulatório habitual

A terapêutica abaixo apresentada fazia parte do esquema habitual do Sr. A.B. antes do acidente e que manteve após alta hospitalar, tendo apenas sido acrescentado o Levetiracetam 1000mg.

Quadro 3 – Terapêutica de ambulatório

	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Furosemida 40mg	½				
Enalapril 20mg + lercanidipina 10 mg		1			
Bisoprolol 5 mg			1		
Sinvastatina 20mg				1	
Levetiracetam 1000mg <u>(prescrito após internamento)</u>		1			1
Paracetamol 1gr	SOS				

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

3.1. Parâmetros Biofísicos

- Peso: 87 kg
- Altura: 1,60 m
- IMC: 34 kg/m²

3.2. Parâmetros Vitais

Quadro 4 – Valores dos parâmetros vitais

	26/09	27/09	30/09	14/10	22/10	25/10	29/10	4/11
Tensão Arterial (mmHg)	145/77	105/59	119/64	141/69	133/62	148/77	136/71	141/76
Frequência Cardíaca (bpm)	80	90	70	67	68	71	71	71
Frequência Respiratória (Ciclos por minuto)	16	15	17	16	16	15	16	17
Dor	3	3	3	3	2	2	1	1

Função Respiratória (26/09/2019 e 25/10/2019)

- Eupneico em repouso;
- Sem sinais de dificuldade respiratória;
- Sem cansaço ao percorrer pequenas distâncias dentro de casa.

Dor

- Localização da dor: Hemicorpo esquerdo;
- A 26/09, não fazia uso de analgesia mantendo uma dor constante do hemicorpo esquerdo e já não se verifica a 26/10. Utente faz uso de analgesia SOS com paracetamol cerca 2x por semana.

3.3. Avaliação Neurológica

Corresponde aos dois momentos de avaliação (26/09/2019 e 25/10/2019)

- Orientado na pessoa, espaço e tempo

- Pupilas isocóricas e isoreactivas
- Capaz de manter uma conversa com várias pessoas com discurso fluente
- Escala de Coma de Glasgow: 15
 - Abertura Ocular: espontânea (4)
 - Resposta Verbal: orientada (5)
 - Resposta motora: obedece a comandos (6)

Quadro 5 – Avaliação dos Pares Cranianos

Avaliação dos Pares Cranianos		
	<u>26/09/2019</u>	<u>25/10/2019</u>
Par Craniano	Avaliação	Avaliação
I – Olfativo	Sem alterações	Sem alterações
II – Ótico	Sem alterações	Sem alterações
III – Oculo Motor	Isocoria	Isocoria
IV – Patético	Sem alterações	Sem alterações
VI – Motor Ocular Externo		
V – Trigêmeo	Sem alterações	Sem alterações
VII - Facial	Simetria facial mantida Paladar mantido	Simetria facial mantida Paladar mantido
VIII – Vestíbulo – coclear	Audição sem alterações Equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido Equilíbrio estático e dinâmico ortostático diminuído com necessidade de apoio em mobiliário	Audição sem alterações Equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido Equilíbrio estático e dinâmico ortostático mantido
IX – Glossofaríngeo	Sem alterações	Sem alterações
X – Vago	Sem alterações	Sem alterações
XI - Espinhal	Força muscular contra-resistência diminuída	Força muscular contra-resistência melhorada mas não totalmente recuperada
XII - Hipoglosso	Sem alterações	Sem alterações

3.4. Pele e Mucosas

- Mucosas ligeiramente descoradas, húmidas;
- 26/09/2019:
 - Apresenta hematoma em regressão na região peri-orbital esquerda;
 - Apresenta 2 suturas cirúrgicas com grampos cutâneos expostas (cerca de 3 cm cada uma), paralelas distando cerca de 3 cm, na região parietal esquerda, sem sinais inflamatórios e com boa evolução cicatricial.
- 25/10/2019
 - Sem presença de hematoma na região peri-orbital esquerda;
 - Cicatrizes da região parietal esquerda com boa evolução.
- Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (UP) - Escala de Braden

Quadro 6 – Avaliação da Escala de Braden

	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019
Percepção sensorial	Nenhuma limitação (4)	Nenhuma limitação (4)
Humidade	Pele raramente húmida (4)	Pele raramente húmida (4)
Atividade	Sentado (2)	Anda frequentemente (4)
Mobilidade	Muito limitada (2)	Nenhuma limitação (4)
Nutrição	Adequada (3)	Adequada (3)
Fricção e forças de deslizamento	Problema potencial (2)	Nenhum problema (3)
Pontuação Final	17 Baixo risco de UP	22 Baixo risco de UP

3.5. Autocuidados

- Cuidados de higiene e conforto
 - Dependência total – necessita de ajuda da esposa e/ou filho para entrar na banheira e Executar cuidados de higiene
- Andar, posicionar e transferir
 - Necessita de ajuda para levante e transferências

- Equilíbrio estático e dinâmico mantido sentado, em ortoestasia
necessidade de apoio no mobiliário
- Apoia-se no mobiliário da casa durante a marcha
- Não adota posições viciosas no leito, onde consegue mobilizar-se
sem dificuldade
- Apresenta diminuição da amplitude máxima de extensão/ flexão do
membro superior esquerdo e tremor na extremidade distal
- Alimentação
 - Dieta hipossalina com reforço hídrico
 - Sem dificuldades em alimentar-se
- Eliminação
 - Sem alteração do padrão urinário mas com perdas esporádicas
 - Trânsito intestinal mantido
 - Faz uso de dispositivo descartável (fralda) e wc
- Produtos de apoio
 - Tem cadeira de rodas (sem almofada de prevenção de UP) para
deslocações ao exterior com ajuda do filho
 - Sem andarilho
 - Contraindicado pelo neurologista o uso de canadianas
 - Sem tábua de banho
- Avaliação do Autocuidado – Índice de Barthel

Quadro 7 – Avaliação Índice de Barthel

	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019
Alimentação	Precisa de alguma ajuda (5)	Precisa de alguma ajuda (5)
Transferências	Precisa de alguma ajuda (10)	Independente (15)
Toilete	Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5)
Utilização do wc	Precisa de alguma ajuda (5)	Independente (10)
Banho	Dependente, necessita de alguma ajuda (0)	Dependente, necessita de alguma ajuda (0)
Mobilidade	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda (5)	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (15)
Subir e descer escadas	Dependente (0)	Independente sem ajudas

		técnicas (10)
Vestir	Com ajuda (5)	Com ajuda (5)
Controlo intestinal	Acidente ocasional (5)	Controla perfeitamente (10)
Controlo urinário	Acidente ocasional (5)	Controla perfeitamente (10)
Pontuação Final	40/100 Dependência moderada	85/100 Dependência Ligeira

3.6. Sono e Repouso

- Sem alterações
- Dorme em cama de casal com conjugue
- Faz apenas uso de almofada de apoio cervical

3.7. Avaliação do Risco de Queda – Escala de Morse

Quadro 8 – Avaliação da Escala de Morse

	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019
Historial de quedas	Sim (25)	Sim (25)
Diagnóstico secundário	Sim (15)	Sim (15)
Ajuda para caminhar	Apoia-se no mobiliário para andar (30)	Nenhuma (0)
Terapia intravenosa	Não (0)	Não (0)
Postura no andar e na transferência	Debilidado (10)	Normal (0)
Estado mental	Consciente das suas limitações (0)	Consciente das suas limitações (0)
Pontuação Final	80 Alto risco de queda	40 Baixo risco de queda

3.8. Avaliação do Equilíbrio – Escala de Berg (APÊNDICE I)

- 26/09/2019 – Equilíbrio Diminuído (score: 20)
- 25/10/2019 – Equilíbrio Bom (score: 41)

3.9. Avaliação da Força Muscular – Medical Research Council

Quadro 9 – 1ª avaliação da Escala Medical Research Council

Data: 26/09/2019													
	0 – Nenhuma contração visível		1 – Contração visível sem movimento do segmento		2 – Movimento ativo com eliminação da gravidade		3 – Movimento ativo contra gravidade		4 – Movimento ativo contra gravidade resistência		5 – Força Normal		
	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
Movimentos Avaliados													
Abdução do ombro									X	X			
Flexão do cotovelo											X	X	
Extensão do punho									X				X
Flexão da anca							X			X			
Extensão do joelho							X			X			
Dorsiflexão da tibiotalar							X			X			

Quadro 10 – 2ª avaliação da Escala Medical Research Council

Data: 25/10/2019													
	0 – Nenhuma contração visível		1 – Contração visível sem movimento do segmento		2 – Movimento ativo com eliminação da gravidade		3 – Movimento ativo contra gravidade		4 – Movimento ativo contra gravidade resistência		5 – Força Normal		
	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	
Movimentos Avaliados													
Abdução do ombro									X				X
Flexão do cotovelo											X	X	
Extensão do punho											X	X	
Flexão da anca									X				X

Extensão do joelho										X			X
Dorsiflexão da tibiotalar										X			X

3.10. Avaliação Funcional da Marcha

Quadro 11 – Avaliação Funcional da Marcha

Avaliação (contexto comunitário)	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019
(0) Não Executar marcha, incapacidade absoluta para deambulação, mesmo com auxílio externo		
(1) Marcha Terapêutica, não funcional. O paciente precisa de ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas		
(2) Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa	X	
(3) Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita		
(4) Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita		X
(5) Marcha normal: a deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência.		

3.11. Classificação da Funcionalidade no Idoso (APÊNDICE II)

- 26/09/2019: score – 47
- 25/10/2019: score - 24

4. ADAPTAÇÃO AO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O Modelo de Sistemas de Neuman reflete uma teoria de enfoque holístico em que os organismos vivos são considerados sistemas abertos e dinâmicos, pois, encontram-se em constante adaptação (Freese, 2004). Sendo que, o sistema do cliente, que constitui a estrutura básica deste modelo, é composto pelas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em interação contínua com o ambiente onde se encontra inserido (Freese, 2004; Neuman, 2011).

O processo de adaptação é dinâmico e contínuo, uma vez que a vida é caracterizada por um contínuo equilíbrio/desequilíbrio no organismo. O desequilíbrio acontece quando há incapacidade de satisfazer as suas necessidades podendo, assim, surgir a doença (Freese, 2004).

Pretende-se com este modelo a Reconstituição da pessoa, que se define pelo estado de adaptação aos *stressores* no ambiente interno ou externo. Esta inicia-se em qualquer grau de reação e a sua regeneração segue no sentido da estrutura básica até à reconstituição das linhas de resistência e linha de defesa normal. Incluindo-se aqui todos os *stressores*, fatores ambientais e o sistema do cliente.

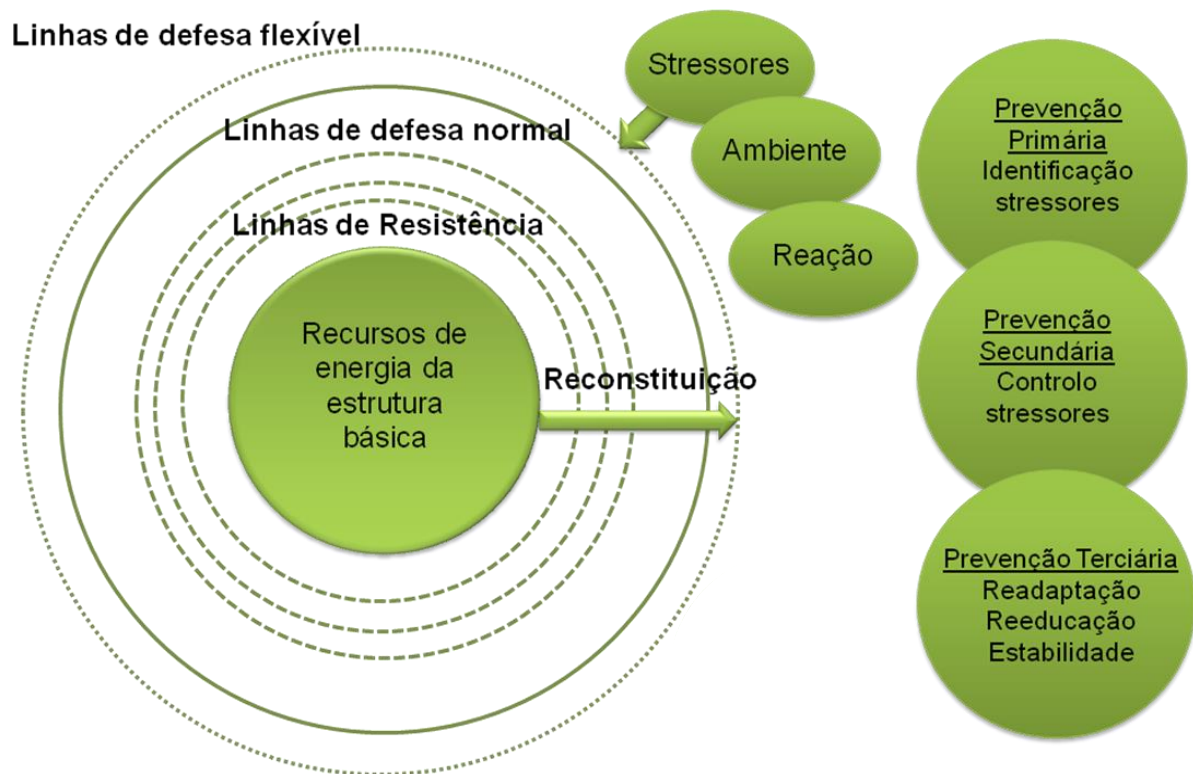


Figura 3 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A aplicação deste modelo aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e, no caso do Sr. A.B., é possível identificar a situação de doença – hematoma subdural direito - como evento *stressor* que provoca a alteração do equilíbrio do cliente e as suas normais linhas de defesa. A reação a este evento *stressor* serão as complicações a nível motor devidas ao tempo de evolução do hematoma subdural seguida de uma intervenção cirúrgica para drenagem do mesmo.

No caso do Sr. A.B., identificam-se no quadro abaixo, os *stressores* no sistema do cliente:

Quadro 12 – Identificação dos *Stressores*

Stressores	
Intrapessoais (do indivíduo)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parâmetro biofísicos ✓ Parâmetros vitais ✓ Avaliação da dor ✓ Avaliação do estado de consciência ✓ Ventilação ✓ Pele e mucosas – avaliação da escala de Braden ✓ Sono e repouso ✓ Autocuidado - avaliação do índice de Barthel ✓ Escala de morse ✓ Avaliação do equilíbrio – escala de Berg ✓ Avaliação da força muscular – Medical Research Council ✓ Avaliação funcional da marcha ✓ Classificação da funcionalidade no idoso
Interpessoais (entre vários indivíduos)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autocuidado - avaliação do índice de Barthel ✓ Comportamento de procura de saúde
Extrapessoais (externos ao indivíduo)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Condições habitacionais e arquitetónicas

E, ainda, os fatores do ambiente que afetam ou são afetados pelo Sr. A.B.:

Quadro 13 – Identificação dos fatores que afetam o ambiente

Ambiente	
Interno	Externo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indivíduo ✓ Família 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Família ✓ Condições habitacionais e arquitetónicas

Neste caso em específico, a atuação do EEER será a nível dos 3 níveis de prevenção. A prevenção primária relaciona-se com ações preventivas:

- ✓ Identificação e avaliação dos fatores de risco para a recorrência do acidente;
- ✓ Avaliação dos motivos da não adesão ao regime medicamentoso e ensino sobre a sua importância e implementação;
- ✓ Implementação de estratégias adaptativas para marcha segura no interior e exterior da habitação com objetivo de reduzir a possibilidade de enfrentar *stressores*.

A nível da prevenção secundária, pretende-se tratar os sintomas implementando um programa de reabilitação:

- ✓ Avaliação e diagnóstico das limitações do Sr. A. B., através de escalas adequadas;
- ✓ Implementação de programa de reabilitação motora personalizado aos défices e limitações (treino de equilíbrio, reforço muscular, tolerância ao esforço, treino de marcha no exterior e treino de descida/subida de escadas);
- ✓ Avaliação da dor e ensino sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo;
- ✓ Monitorização da tensão arterial;
- ✓ Vigilância da ferida cirúrgica e integridade cutânea.

A prevenção terciária centra-se na maximização das funções e do potencial da pessoa de forma a minimizar o impacto das capacidades, promover a independência e a qualidade de vida (Decreto-Lei nº 140, série 2, 2019; Neuman, 2011). Assim, para o Sr. A. B. insere-se na prevenção terciária:

- ✓ Programa de reabilitação;
- ✓ Ensino sobre prevenção de quedas;
- ✓ Gestão de expectativas relativas à continuidade de cuidados, incentivando-se a manutenção de realização de exercícios em casa e treino de marcha e, ainda, para vigilância de saúde.

Inicialmente, na implementação do programa de reabilitação motora, o Sr. A.B. não era capaz de sair de casa pela dificuldade em subir e descer os 2 lances de escadas da sua habitação. Tal como, para percorrer pequenas distâncias entre as divisões da sua habitação apoiava-se na mobília. As transferências eram

executadas com ajuda da esposa ou filho, tal como os autocuidados de higiene e vestir-se. Como o Sr. A.B. não aderiu ao seu regime terapêutico, tendo a TA em níveis mais elevados e dor que interferia com a sua mobilização, a intervenção começou pelo ensino sobre o regime medicamentoso associando cada medicação à sua atuação no organismo do Sr. A.B. Foi, também, elaborada uma folha com os horários da medicação e na casa do Sr. separada a medicação habitual daquela que já não tomava, tendo sido estabelecido um compromisso com o Sr. e a sua cuidadora para a toma do regime medicamentoso diariamente e nos horários estabelecidos, que tem vindo a cumprir. Ao longo das 4 primeiras semanas de intervenção foi, também, conseguido que o Sr. aderisse à analgesia em SOS e fosse capaz da sua gestão tendo o nível da dor reduzido de 3 para 1.

Com estas intervenções, foi possível reduzir *stressores* e fortalecer a linha de defesa flexível do sistema do Sr. reduzindo-se a hipótese de recorrência do acidente.

Após um mês de intervenção junto do Sr. A, aplicando-se o plano de cuidados que irá ser descrito no próximo capítulo, avançamos na reconstituição do sistema do Sr. desde o restabelecimento das linhas de defesa normal até às de defesa flexível. Sendo que, neste momento, o Sr. A.B. no que diz respeito ao autocuidado higiene já é autónomo, apenas não conseguindo entrar para a banheira sozinho, tal como vestir-se é capaz de executar com autonomia. Desce e sobe as escadas diariamente apenas com apoio do corrimão para ir buscar o correio e faz caminhadas no exterior por mais de 100 metros para ir ao encontro dos seus amigos do bairro, promovendo-se assim a saúde mental e prevenção do isolamento. É capaz, de executar 2 períodos de 30 minutos de exercício com pedaleira diariamente em casa com boa tolerância ao esforço e sem aumento do nível de dor. Cumpre o regime medicamentoso mantendo os parâmetros vitais dentro dos valores normais, está motivado para realização de vigilância de saúde tendo sido já articulado com o seu médico de família para emissão de receitas e marcação de consulta de vigilância.

A motivação principal do Sr. A.B. era voltar a restabelecer a funcionalidade que tinha antes deste acidente tendo-se mostrado sempre recetivo às informações, ensinamentos por instruções e treinos executados. À medida que foram avançando as semanas do programa de reabilitação motora e observando os resultados obtidos, o Sr. foi começando, também, a executar os exercícios nos dias em que não tinha visita da EEER, por sua indicação, e intensificou a realização de pedaleira de 3

vezes por semana para diariamente, com boa tolerância. Todas estas informações foram validadas pela cuidadora.

Neste momento, para além do programa de reabilitação, encontramos-nos já a executar gestão de expectativas para a alta ao Sr. e à cuidadora, reforçando os ensinamentos sobre regime medicamentoso, vigilância de saúde (comunidade e hospitalar) e prevenção de quedas.

Apesar da principal cuidadora do Sr. A. ser a sua esposa, o filho que reside em França irá continuar a acompanhar a vigilância de saúde do pai, tendo já viagem marcada para Portugal para o acompanhar à TAC-CE de controlo marcada para o próximo dia 2 de dezembro e para a consulta de neurocirurgia a 8 de janeiro de 2020.

5. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados elaborado para o Sr. A.B. é elaborado segundo os níveis de prevenção do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, de forma a promover a reação e a reconstituição do sistema do Sr., a sua readaptação e reeducação de forma a evitar futuras ocorrências e manter a estabilidade.

Foi realizada a reavaliação do utente a 25/10/2019, apresentando-se ao longo deste plano de cuidados os resultados das avaliações efetuadas através dos scores das escalas. Tendo sido atingidos os resultados esperados e conseguido a autonomia do utente em várias AVD, mantém-se o objetivo da intervenção do EEER de manter a recuperação motora e défices neurológicos, capacitando o utente e cuidadora para a sua autonomia e redução dos riscos de recorrência do acidente. Neste sentido, as intervenções realizadas passam do âmbito do instruir/treinar para o incentivar/supervisionar na realização dos exercícios ensinados pelo EEER.

Quadro 14 – Plano de Cuidados segundo os níveis de prevenção de Betty Neuman

Data: 26/09/2019					
Nível de Prevenção	Diagnóstico de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
	Não adesão ao regime medicamentos o [relacionado com falta de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adesão ao regime medicamentoso ▪ Cumprimento do horário das tomas da medicação ▪ Aquisição da 	Adesão ao regime medicamentoso dentro de 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre regime medicamentoso ▪ Gerir regime medicamentoso ▪ Orientar para a toma de regime medicamentoso ▪ Instruir e treinar prestador de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreensão do regime medicamentoso nas primeiras 2 semanas de intervenção [atingido] ▪ Adesão ao regime medicamentoso nas primeiras

<u>Primária</u>	conhecimento sobre regime medicamentos o manifestado por verbalização da pessoa]	<p>medicação prescrita</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestão do regime medicamentoso habitual e da analgesia em SOS da pessoa e cuidadora 	semanas	<p>cuidados sobre regime medicamentoso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Providenciar lista de regime medicamentoso com horário das tomas 	<p>2 semanas de intervenção [atingido]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestão da analgesia em SOS no primeiro mês de intervenção atingido pela pessoa e cuidadora medicamentoso nas primeiras 2 semanas de intervenção [atingido]
	Comportamento de Procura de saúde comprometido [relacionado com sensação de bem-estar manifestado por ausência de consultas de vigilância de saúde e não adesão ao	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procura de serviços de saúde adequados ▪ Realização de vigilância de saúde com médico de família ▪ Adesão ao regime terapêutico ▪ Manutenção do acompanhamento em 	Comportamento de procura de saúde melhorado dentro de 8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre comportamento de procura de saúde ▪ Articular com médico de família ▪ Incentivar vigilância regular de saúde ▪ Ensinar sobre importância da vigilância e manutenção do regime medicamentoso ▪ Ensinar a pessoa e cuidador sobre vacina da gripe ▪ Incentivar para 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa vigilância -de saúde com médico de família ▪ Cumpre regime terapêutico ao final de 1 mês [atingido] ▪ Executa vigilância de saúde em neurocirurgia para acompanhamento pós-drenagem de hematoma subdural direito segundo indicação dada pelo neurocirurgião ▪ Administrada vacina da gripe ao utente e cuidadora

	regime medicamentos o]	neurocirurgia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adere à vacinação 		comportamento de adesão <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar que a vacinação será feita no seu domicílio numa das visitas pela enfermeira de reabilitação, à pessoa e cuidador 	[atingido]
<u>Secundária</u>	Dor aguda no MI esquerdo [(score: 3) relacionada com alterações neurológicas manifestada por claudicação na marcha e verbalização de sensação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procura compreender a avaliação da dor e descrever as suas características ▪ Identifica as situações de dor com necessidade de Realização de analgesia em SOS ▪ Implementa estratégias de alívio da dor 	Dor nível 1 ao fim de 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigiar a dor através da escala numérica ▪ Monitorizar as características da dor ▪ Instruir e treinar técnicas de alívio da dor ▪ Ensinar sobre a toma de analgesia em SOS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avalia a dor (score: 1) e identifica as suas características, tendo atenção às situações em que a dor é limitadora [atingido] ▪ Valida as estratégias de alívio da dor [atingido] ▪ Gere autonomamente a analgesia em SOS [atingido]

intermitente de dor]				
Integridade cutânea comprometida [relacionada com intervenção cirúrgica manifestada por ferida cirúrgica na região parietal esquerda (2 suturas – anterior e posterior - com grampos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procura cuidados de Enfermagem para avaliação e tratamento à ferida cirúrgica ▪ Vigia a ferida cirúrgica e conhece os sinais de alerta que levem à procura de cuidados de saúde ▪ Vigia a integridade cutânea e adota cuidados à pele 	Integridade cutânea melhorada ao fim de 2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar ferida cirúrgica ▪ Vigiar ferida cirúrgica ▪ Instruir e treinar sobre cuidados à ferida cirúrgica ▪ Executar penso à ferida cirúrgica ▪ Remover grampos cutâneos ▪ Vigiar integridade cutânea 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreende ensinamentos sobre ferida cirúrgica e cuidados a ter com a pele [atingido] ▪ Retirar grampos cutâneos a 30/09 [atingido] <p>Vigia a integridade cutânea [atingido]</p>

	cutâneos, ambas com cerca de 3cm, expostas)]				
	<p>Movimento muscular diminuído [(score: MS Esq. – 4/5; MI Esq. – 3/5; MS dto. – 4/5) relacionado com alterações neurológicas manifestado por diminuição da força muscular no hemicorpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica as suas dificuldades na Realização das AVD ▪ Procura estratégias de adaptação ▪ Cuidadora está desperta e auxilia na realização de AVD como higiene e vestuário 	<p>Movimento muscular melhorado dentro de 4 semanas [score: MS Esq. – 4/5; MI Esq. – 4/5; MS dto. – 5/5]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar e monitorizar força muscular através da escala Research Medical Council ▪ Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido (pedaleira) ▪ Incentivar a realização de exercícios musculares e articulares ativos (Auto mobilizações) ▪ Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular <ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilizações ativas MI's e MS's 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa treino com pedaleira diariamente, em períodos de 30 minutos, com boa tolerância ao esforço [atingido] ▪ Executa mobilizações ativas e ativas resistidas com boa tolerância [atingido] ▪ Executa auto mobilizações [atingido] ▪ Reforço muscular do hemicorpo esquerdo e MS direito [atingido – score: MS Esq. – 4/5; MI Esq. – 4/5; MS dto. – 5/5]

	esquerdo e MS direito]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa exercícios instruídos autonomamente fora dos dias das visitas domiciliárias ▪ Mantém motivação no plano de reabilitação 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisionar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido (pedaleira) ▪ Incentivar e supervisionar a realização de exercícios musculares e articulares ativos (Auto mobilizações) ▪ Supervisionar técnicas de exercício muscular e articular <ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilizações ativas MI's e MS's ▪ Executar e supervisionar mobilizações ativas resistidas e fortalecimento muscular MI's e MS's (uso da pedaleira) 	
--	------------------------	--	--	--	--

<p><u>Secundária e terciária</u></p>	<p>Equilíbrio corporal comprometido [relacionado com diminuição da força muscular (score: 3/5) e dor (score: 3) no MI esquerdo manifestado por claudicação na marcha e necessidade de apoio no mobiliário durante a marcha]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica as suas dificuldades em manter o equilíbrio ▪ Adota técnicas de correção postural sentado e em posição ortoestática ▪ Identifica as suas limitações na tolerância ao esforço ▪ Executa exercícios instruídos autonomamente fora dos dias das visitas domiciliárias 	<p>Equilíbrio corporal melhorado dentro de 4 semanas [Score: equilíbrio bom]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal recorrendo à Escala de Berg (score: 20 – equilíbrio diminuído) ▪ Estimular o equilíbrio corporal através da correção postural ▪ Executar treino de equilíbrio <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternância de carga nos MI's ○ Apoio unipodal com apoio de corrimão com as 2 mãos e apenas com 1 ○ Exercícios de coordenação de movimentos ▪ Instruir sobre técnicas de equilíbrio corporal ▪ Treinar técnicas de equilíbrio corporal <ul style="list-style-type: none"> ○ Correção postural 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa treino de marcha com equilíbrio e sem apoio no mobiliário [atingido] ▪ Executa exercícios de treino de equilíbrio com apoio das 2 mãos no corrimão, apenas com uma e sem apoio [atingido] ▪ Executa treino com pedaleira diariamente, em períodos de 30 minutos, com boa tolerância ao esforço [atingido – Score: 41 – equilíbrio bom]
---	---	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Equilíbrio estático sentado ○ Equilíbrio estático ortostático (posição ortostática com apoio do corrimão alternando entre o uso das 2 mãos e apenas 1) ○ Equilíbrio dinâmico sentado (utilização de pedaleira) ▪ Treinar equilíbrio dinâmico ortostático (exercícios de flexão/extensão dos MI's apoiado no corrimão, subindo o joelho até 90° e agachamentos) 	
	<p>Andar comprometido [(score: 2) relacionado com diminuição da</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica as suas limitações e dificuldades ▪ Adota medidas de segurança de forma de a evitar quedas e 	<p>Andar melhorado dentro de 4 semanas [score:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a capacidade para andar [avaliação funcional da marcha (score: 2)] ▪ Instruir sobre técnica para andar ▪ Treinar técnica de adaptação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa treino de subida/descida de escadas apenas com apoio do corrimão descendo um degrau de cada vez [atingido] ▪ Executa treino de marcha no

	<p>força muscular no hemicorpo esquerdo, manifestado por claudicação na marcha]</p>	<p>executar marcha segura</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adapta a habitação de forma a executar treino de marcha com segurança ▪ Cuidadora adota medidas de segurança na habitação ▪ Cuidadora vigia a marcha da pessoa e está desperta para as dificuldades e necessidades de auxílio ▪ Adota medidas de segurança de forma de a evitar quedas e executar marcha segura 	<p>4]</p>	<p>para andar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Treino de descida/subida de escadas com apoio de corrimão, descendo/ subindo um degrau de cada vez ▪ Treino de marcha no exterior ▪ Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para marcha segura ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para marcha segura 	<p>exterior em terreno plano, com declive e acidentado sem dificuldade [atingido – score: 4]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidadora vigia treino de marcha e identifica as dificuldades e obstáculos [atingido]
--	---	--	-----------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza treinos de marcha e subida/descida de escadas autonomamente 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisionar técnica de adaptação para andar ▪ Supervisionar treino de descida/subida de escadas com apoio de corrimão, descendo/ subindo um degrau de cada vez ▪ Supervisionar treino de marcha no exterior ▪ Executar treino de tolerância ao esforço (aumentando as distâncias percorridas consoante tolerância e intercalando treino de marcha com treino de escadas no mesmo percurso) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa treino de tolerância ao esforço [com dificuldade]
--	--	---	--	---	---

	<p>Transferir-se comprometido [relacionado com diminuição da força muscular (score: 3/5) e dor (score: 3) no hemicorpo esquerdo manifestado por dependência parcial em transferir-se]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica as suas limitações e dificuldades ▪ Adota técnicas de correção postural sentado e em posição ortoestática ▪ Adota medidas de segurança nas transferências ▪ Cuidadora auxilia de forma adequada as transferências 	<p>Transferir-se melhorado dentro de 4 semanas [força muscular hemicorpo esquerdo (score: 4/5) e dor (score: 1)]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se à pessoa e cuidador ▪ Avaliar capacidade de usar técnica de adaptação para transferir-se [força muscular - score: 3/5; equilíbrio corporal – score: 20, diminuído] ▪ Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se ▪ Treinar técnica de adaptação para transferir-se ▪ Instruir e treinar o prestador de cuidados para auxiliar no uso técnica de adaptação para transferir-se da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa transferências autonomamente em segurança e com controlo da descida [atingido - força muscular hemicorpo esquerdo (score: 4/5) e dor (score: 1)] ▪ Cuidadora apta para auxilio nas transferências sempre que necessário [atingido]
--	---	---	--	---	---

<p><u>Terciária</u></p>	<p>Alto risco de queda [(score: 80) relacionado com diminuição da força ao nível do MI esquerdo]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adota medidas de segurança adequadas de forma a prevenir as quedas (calçado adequado e óculos de visão) ▪ Pessoa e cuidadora adaptam domicílio de forma a remover os obstáculos 	<p>Risco de queda diminuído dentro de 4 semanas [(score: baixo risco)]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar e monitorizar o risco de queda ▪ Instruir e treinar sobre adaptação do domicílio ▪ Instruir e treinar sobre a utilização de banco para sentar na banheira e wc ▪ Instruir e treinar na descida/subida de escadas na utilização do corrimão como apoio e descer/subir apenas um degrau de cada vez ▪ Ensinar sobre a necessidade de pedir ajuda sempre que necessário ▪ Instruir e treinar o prestador de cuidados sobre técnica de auxiliar no treino de marcha ou descida/subida de escadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliza banco para sentar na banheira [atingido] ▪ Executa treino de subida/descida de escadas apenas com apoio do corrimão descendo um degrau de cada vez [atingido] ▪ Executa treino de marcha no exterior em terreno plano, com declive e acidentado sem dificuldade [atingido] ▪ Cuidadora capacitada para auxiliar de forma adequada no treino de marcha ou descida/subida de escadas [atingido]
--------------------------------	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none">▪ Supervisionar o treino de descida/subida de escadas na utilização do corrimão como apoio e descer/subir apenas um degrau de cada vez▪ Supervisionar o prestador de cuidados sobre técnica de auxiliar no treino de marcha ou descida/subida de escadas	<ul style="list-style-type: none">▪ 25/10/2019: Baixo risco de queda [score: 40]
--	--	--	--	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo de caso, foi abordado o percurso realizado pelo Sr. A.B. desde a sua admissão na ECCI e durante as 7 semanas seguintes. A admissão inicia-se com a avaliação, numa visita conjunta do EEER e outro enfermeiro da equipa com a Assistente Social. Após a avaliação, foi elaborado um plano de reabilitação personalizado e negociado com o Sr. de forma a ir de encontro às suas expectativas sobre o seu processo de capacitação e promoção da autonomia.

Nas semanas que decorreram da intervenção do EEER, o plano definido é composto tanto por intervenções do âmbito do enfermeiro generalista como do EEER (níveis de prevenção primária, secundário e terciária), tendo permitido reduzir os *stressores* e fortalecer a linha de defesa flexível do sistema do Sr. reduzindo-se a hipótese de recorrência do acidente e reconstituição do seu sistema.

Atualmente, já é autónomo no autocuidado higiene, necessitando apenas de ajuda para entrar na banheira, e autónomo no autocuidado vestir-se. Desce e sobe as escadas diariamente apenas com apoio do corrimão para ir buscar o correio e faz caminhadas no exterior por mais de 100 metros para ir ao encontro dos seus amigos do bairro, o que permitiu promover a saúde mental do Sr. e prevenção do isolamento. Cumpre o regime medicamentoso mantendo e está motivado para realização de vigilância de saúde e manutenção da sua funcionalidade e autonomia.

O trabalho na comunidade é bastante enriquecedor tanto a nível profissional como a nível humano, no entanto, muito exigente a nível de responsabilidade e consciência das competências e capacidades do EEER. As visitas domiciliárias são realizadas apenas pelo EEER e este assume a responsabilidade da avaliação da condição física da pessoa de forma a avaliar se reúne condições para a implementação do plano de reabilitação. Uma pessoa com dor descontrolada, hipertensão ou não adesão ao seu regime terapêutico não terá condições físicas seguras para poder realizar as intervenções específicas do seu plano de reabilitação.

Apesar do contexto da comunidade ser novo para mim e o processo de adaptação e compreensão tenha sido prolongado, este percurso tem sido enriquecedor, repleto de novas experiências e aprendizagens, aquisição de competências específicas do EEER sendo traduzida, em parte, pela realização deste estudo de caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Circular Normativa nº9/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático do registo da Dor. Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Controlo da Dor* (14-06-2003). Acedido a 17 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Decreto-Lei nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* – 2.ª Série, nº 140, de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em 5 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Nursing theorists and their work*, 5th ed., 2002, Mosby Inc.)

Greenberg, M. (2003). *Manual de Neurocirurgia* (A. R. Bolner & J. Burnier, Trad.) (5ª ed.) (pp. 606-607, 639-646). Porto-Alegre: Artmed. (tradução do original inglês *Handbook of neurosurgery*, 5th ed., 2003)

Huffstutler, S. (2003). Avaliação do Sistema Nervoso. In Phipps, W., Sands, J. & Marek, J., Lusociência (6ª ed.), *Enfermagem Médico-cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. (pp. 1889- 1974). Loures: Lusociência.

Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto, Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de Outubro de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ministério da Saúde (2017). *Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos*. Coordenação para a Reforma do SNS na Área dos Cuidados Continuados Integrados, Janeiro de 2017. Acedido a 29 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/02/Manual-de-aplicac%CC%A7a%CC%83o-da-tabela-de-classificac%CC%A7a%CC%83o-da-funcionalidade-para-idosos-de-janeiro-de-2017.pdf>

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th edition) (pp.3-33). New Jersey: Pearson.

Norma nº 054 (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação*. Direção Geral de Saúde, 27-12-2011. Acedido a 29 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M. & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Médica Portuguesa*, nº 25 (3), pp. 179-192. Consultado a 9 de novembro de 2019. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/43/45>

Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Ed. Portuguesa). Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros. Consultado a 10 de outubro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%CC%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>

Orientação da Direção Geral de Saúde nº 017 (2011). *Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Direção Geral de Saúde, 19-05-2011. Acedido a 29 de Setembro de 2019. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 9 de novembro de 2019. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&date=2019-05-01&dreId=122202664

APÊNDICES

APÊNDICE I – Avaliação da Escala de Berg

Escala de Berg

1. **Posição sentada para posição de pé** (Instruções: por favor levante-se, tente não usar as mãos para se apoiar)

Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente			
(3) Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos		X	
(2) Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas			
(1) Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se	X		
(0) Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se			

2. **Permanecer em pé sem apoio** (Instruções: por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)

Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos		X	
(3) Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão			
(2) Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	X		
(1) Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
(0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			

3. **Permanecer sentado sem apoio de costas mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho** (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)

Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza durante 1 minuto		X	
(3) Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão			
(2) Capaz de permanecer sentado por 30			

segundos	X		
(1) Capaz de permanecer sentado por 10 segundos			
(0) Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos			
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos			
(3) Controla a descida utilizando as mãos		X	
(2) Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida	X		
(1) Senta-se independentemente mas tem descida sem controlo			
(0) Necessita de ajuda para sentar-se			
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira para a outra com o apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de transferir-se com segurança com o uso mínimo das mãos			
(3) Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos		X	
(2) Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais com/ ou supervisão	X		
(1) Necessita de uma pessoa para ajudar			
(0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para Executar a tarefa com segurança			
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança		X	
(3) Capaz de permanecer em pé por 10			

segundos com supervisão			
(2) Capaz de permanecer em pé por 3 segundos			
(1) Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé	X		
(0) Necessita de ajuda para não cair			
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: junte os seus pés e fique sem se apoiar)			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de posicionar os pés juntos por 1 minuto com segurança			
(3) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão		X	
(2) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos			
(1) Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos	X		
(0) Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos			
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para a frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar a rotação do tronco).			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)			
(3) Capaz de alcançar acima de 12,5 cm (5 polegadas)			
(2) Capaz de alcançar acima dos 5 cm (2 polegadas)		X	

(1) Capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão	X		
(0) Perda de equilíbrio durante várias tentativas/ necessidade de suporte externo			
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções; pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança			
(3) Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão		X	
(2) Incapaz de pegá-lo, mas estica-se até ficar a 2 – 5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente			
(1) Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentado	X		
(0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento).			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição de peso			
(3) Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menos distribuição do peso			
(2) Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio	X	X	
(1) Necessita de supervisão para virar			
(0) Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se em redor de si mesmo. Pausa. Gira-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário)			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:

(4) Capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou mais			
(3) Capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou mais			
(2) Capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente	X	X	
(1) Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais			
(0) Necessita de ajuda enquanto gira			
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes).			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Incapaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos			
(3) Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos			
(2) Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda		X	
(1) Capaz de completar mais que 2 movimentos com mínimo de ajuda	X		
(0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se achar que não vai conseguir coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado).			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos			
(3) Capaz de colocar um pé mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer durante 3 segundos		X	

(2) Capaz de dar um pequeno passo, independentemente e permanecer por 30 segundos			
(1) Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos	X		
(0) Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé			
14. Permanecer em pé sobre uma perna (instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)			
Pontuação	Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019	Data:
(4) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos			
(3) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		X	
(2) Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos			
(1) Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente	X		
(0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
Pontuação Final	20 Equilíbrio diminuído	41 Equilíbrio bom	

APÊNDICE II – Classificação da Funcionalidade no Idoso

		Data: 26/09/2019	Data: 25/10/2019
Funções do Corpo	Mentais	<p>b110 - Funções da consciência : (0-4%) - Nenhuma deficiência</p> <p>15</p> <p>b114 - Funções da orientação no espaço e no tempo : (0-4%) - Nenhuma deficiência, nenhuma dificuldade de orientação no tempo, espaço e si mesmo</p> <p>b1343 - Qualidade do sono : (0-4%) - Nenhuma deficiência</p>	<p>b110 - Funções da consciência : (0-4%) - Nenhuma deficiência</p> <p>15</p> <p>b114 - Funções da orientação no espaço e no tempo : (0-4%) - Nenhuma deficiência, nenhuma dificuldade de orientação no tempo, espaço e si mesmo</p> <p>b1343 - Qualidade do sono : (0-4%) - Nenhuma deficiência</p>
	Sensoriais e dor	b280 - Sensação de dor : (5-24%) - Deficiência ligeira 1 a 2	b280 - Sensação de dor: (5-24%) - Deficiência ligeira 1 a 2
	Aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológicos, imunológico e respiratório	<p>b410 - Funções cardíacas : (5-24%) - Deficiência ligeira</p> <p>b420 - Funções da pressão arterial : (5-24%) - Deficiência ligeira (Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89))</p> <p>b440 - Funções da respiração : (0-4%) - Nenhuma deficiência, nenhuma alteração da frequência, ritmo e profundidade da respiração</p> <p>b455 - Funções de tolerância ao exercício : (5-24%) - Deficiência ligeira, falta de ar surge quando caminha de maneira apressada no plano ou quando sobe morro</p>	<p>b410 - Funções cardíacas : (5-24%) - Deficiência ligeira</p> <p>b420 - Funções da pressão arterial : (5-24%) - Deficiência ligeira (Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89))</p> <p>b440 - Funções da respiração : (0-4%) - Nenhuma deficiência, nenhuma alteração da frequência, ritmo e profundidade da respiração</p> <p>b455 - Funções de tolerância ao exercício : (0-4%) – Falta de ar surge quando Executa atividade física intensa</p>
	Aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino	<p>b510 - Funções da ingestão : (5-24%) - Deficiência ligeira, consegue mastigar adequadamente pequenas quantidades de alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar lentamente líquidos e degluti-los sem dificuldades</p> <p>b525 - Funções de defecação :</p>	<p>b510 - Funções da ingestão : (5-24%) - Deficiência ligeira, consegue mastigar adequadamente pequenas quantidades de alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar lentamente líquidos e degluti-los sem dificuldades</p> <p>b525 - Funções de defecação:</p>

		<p>(5-24%) - Deficiência ligeira</p> <p>Deficiência ligeira, a Pessoa é continente e apresenta: 2 a 3 dejeções/dia (ou) 1 dejeção cada 2 a 4 dias com ligeiras alterações na consistência</p> <p>b530 - Funções de manutenção do peso : (25-49%) - Deficiência moderada IMC entre 32,1 e 37 kg/m² / IMC entre 16 e 16,99 kg/m²</p> <p>b550 - Funções termo reguladoras : (0-4%) - Nenhuma deficiência temperatura entre 36,1°C e 37,2°C</p> <p>b5253 - Continência fecal : (25-49%) - Deficiência moderada</p>	<p>(0-4%) – a pessoa é continente</p> <p>b530 - Funções de manutenção do peso : (25-49%) - Deficiência moderada IMC entre 32,1 e 37 kg/m² / IMC entre 16 e 16,99 kg/m²</p> <p>b550 - Funções termo reguladoras : (0-4%) - Nenhuma deficiência temperatura entre 36,1°C e 37,2°C</p> <p>b5253 - Continência fecal : (5-24%) – Deficiência ligeira</p>
	Genito-urinárias e reprodutivas	b6202 - Continência urinária : (25-49%) - Deficiência moderada	b6202 - Continência urinária : (5-24%) - Deficiência ligeira
	Neuromusculares e relacionadas com o movimento	<p>b7302 - Força dos músculos de um lado do corpo : (25-49%) - Deficiência moderada</p> <p>b7651 - Tremor : (25-49%) - Deficiência moderada</p>	<p>b7302 - Força dos músculos de um lado do corpo : (5-24%) - Deficiência ligeira</p> <p>b7651 - Tremor : (5-24%) - Deficiência ligeira</p>
Estruturas do Corpo	Relacionadas com o movimento	<p>s730 - Estrutura do membro superior : (25-49%) - Deficiência moderada</p> <p>s750 - Estrutura do membro inferior : (25-49%) - Deficiência moderada</p>	<p>s730 - Estrutura do membro superior : (5-24%) - Deficiência ligeira</p> <p>s750 - Estrutura do membro inferior: (5-24%) - Deficiência ligeira</p>
	Pele e estruturas relacionadas	s810 - Estrutura das áreas da pele : (25-49%) - Deficiência moderada	s810 - Estrutura das áreas da pele: (0-4%) – nenhuma deficiência
Atividade e participação	Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	<p>d155 - Adquirir competências</p> <p>Consegue aprender uma nova tarefa, como por ex. aprender um novo caminho para chegar a um lugar? É capaz de aprender as regras de um jogo novo?:</p> <p>(25-49%) - Dificuldade moderada, adquire</p>	<p>d155 - Adquirir competências:</p> <p>(0-4%) – nenhuma deficiência – adquire sempre competências complexas, sem dificuldade</p>

		competências complexas, com alguma dificuldade	
	Executar rotina diária	d230 - Levar a cabo a rotina diária É capaz de Executar a sua rotina diária de forma autônoma? : (25-49%) - Dificuldade moderada, Executa as atividades da rotina diária, de forma autônoma com alguma dificuldade	d230 - Levar a cabo a rotina diária: (5-24%) – Deficiência ligeira – Executa as atividades da rotina diária, de forma autônoma com dificuldades ocasionais
	Conversação	d350 - Conversação É capaz de iniciar, manter e finalizar uma conversa, com várias pessoas, em grupo? : (5-24%) - Dificuldade ligeira	d350 – Conversação: (0-4%) – nenhuma deficiência
	Mobilidade	d410 - Mudar as posições básicas do corpo É capaz de se deitar e de se levantar da cama sozinha/o? Ou é capaz de se ajoelhar e de se levantar do chão sozinha/o? : (5-24%) - Dificuldade ligeira, é capaz de mudar a posição do corpo em diferentes contextos, na maioria das vezes. d420 - Auto transferências: É capaz de mover-se da cama para a cadeira? : (25-49%) - Dificuldade moderada, é capaz de autotransferir-se em contextos específicos com alguma dificuldade d445 - Utilização da mão e do braço. É capaz de alcançar objetos em prateleiras da sua altura? É capaz de abrir uma porta com maçanetas ou apanhar uma bola?: (25-49%) - Dificuldade moderada, é capaz de utilizar a mão e o braço para desempenhar tarefas específicas, com alguma	d410 - Mudar as posições básicas do corpo: (0-4%) – nenhuma deficiência d420 – Auto transferências: (0-4%) – nenhuma deficiência d445 - Utilização da mão e do braço: (5-24%) – deficiência ligeira d460 - Deslocar-se por diferentes locais (0-4%) – nenhuma deficiência d4104 - Pôr-se em pé: (5-24%) – deficiência ligeira

		<p>dificuldade</p> <p>d460 - Deslocar-se por diferentes locais. é capaz de se deslocar e subir/ descer os degraus necessários para circular dentro e fora de casa ? : (5-24%) - Dificuldade ligeira, é capaz de se deslocar em alguns locais, na maioria das vezes</p> <p>d4104 - Pôr-se em pé : (25-49%) - Dificuldade moderada</p>	
	Autocuidados	<p>d510 - Lavar-se: é capaz de fazer a sua higiene diário sozinho/a? Tomar banho, lavar-se?: (25-49%) - Dificuldade moderada, é capaz de tomar banho e secar-se, com condições específicas, de forma autónoma, com alguma dificuldade.</p> <p>d520 - Cuidar de partes do corpo: é capaz de cuidar /lavar/limpar a cara, os dentes, os cabelos e os genitais sozinho/a?: (5-24%) - Dificuldade ligeira</p> <p>d530 - Higiene pessoal relacionada com as excreções: é capaz de reconhecer quando tem necessidade de ir á casa de banho, para urinar ou para defecar e limpar-se sozinho/a?: (25-49%) - Dificuldade moderada, é capaz de se cuidar de forma autónoma, nos processos de excreção específicos, com alguma dificuldade</p> <p>d540 - Vestir-se: é capaz de se vestir e calçar os sapatos sozinho/a?: (25-49%) - Dificuldade moderada, é capaz</p>	<p>d510 - Lavar-se: (5-24%) – deficiência ligeira</p> <p>d520 - Cuidar de partes do corpo: (5-24%) – deficiência ligeira</p> <p>d530 - Higiene pessoal relacionada com as excreções: (5-24%) – deficiência ligeira</p> <p>d540 - Vestir-se: (5-24%) – deficiência ligeira</p> <p>d550 – Comer: (5-24%) – deficiência ligeira</p> <p>d560 – Beber: (0-4%) – nenhuma deficiência</p> <p>d570 - Cuidar da sua própria saúde: (5-24%) – deficiência ligeira</p>

		<p>de se vestir e calçar de forma autónoma e adequada, em contexto específico, com alguma dificuldade</p> <p>d550 – Comer: é capaz de comer sozinho uma refeição normal (prato principal e fruta)?: (5-24%) - Dificuldade ligeira, é capaz de se alimentar de forma autónoma, na maioria das vezes</p> <p>d560 – Beber: é capaz de beber sozinho uma bebida (água, sopa)?: (0-4%) - Nenhuma dificuldade, é sempre capaz de se alimentar, de forma autónoma sem dificuldade.</p> <p>d570 - Cuidar da sua própria saúde: é capaz de cuidar da sua saúde sozinho, como tomar a medicação, controlar a alimentação?: (25-49%) - Dificuldade moderada, é capaz de cuidar da saúde, de forma autónoma, em contexto específico, com alguma dificuldade.</p>	
	Vida doméstica	d6201 - Obter as necessidades diárias: (50-95%) - Dificuldade grave	d6201 - Obter as necessidades diárias: (25-49%) – deficiência moderada
	Interações e relacionamentos interpessoais	d760 - Relacionamentos familiares: é capaz de se relacionar/falar com toda a família (filhos, conjugue, cunhados, etc.): (5-24%) - Dificuldade ligeira, é capaz de estabelecer e manter relações de parentesco com toda a família, mas principalmente com a família nuclear, a maioria das vezes	d760 - Relacionamentos familiares: (5-24%) – deficiência ligeira
Score - 47			Score - 24

APÊNDICE III – Apresentação PowerPoint de 11 de novembro de 2019

Estudo de Caso

Local de Ensino Clínico:
Equipa de Cuidados Continuados
Integrados

Docente:
Inês Rafaela Valente Silva

Docente orientadora:
Prof. Dra. Maria Fátima Marques

Lisboa, Novembro de 2019

Revisão Anátomo-Patológica

Hematoma Subdural

Hemorragia de sangue venoso entre a dura-máter e máter aracnóide por laceração das velas durais.

(Oliveira, E., Lealador, J., Santos, M. & Lobo-Antunes, J., 2012)

Crónico

Desenvolve-se entre 2 a 3 semanas e manifesta-se através de défices neurológicos agudos

(Hoffmeyer, S., 2002; Oliveira, E., Lealador, J., Santos, M. & Lobo-Antunes, J., 2012)

Sintomas

- ✓ Perda imediata de consciência
- ✓ Cefaleias
- ✓ Défices neurológicos focais
- ✓ Diminuição progressiva da consciência
- ✓ Convulsões

(Greenberg, M., 2002)

Diagnóstico

- ✓ Escala de coma de Glasgow
- ✓ Avaliação Neurológica
- ✓ TAC-CE

Tratamento

- ✓ Craniotomia
- ✓ Trepanação

(Greenberg, M., 2002)

Índice

- ✓ Revisão Anátomo-Patológica
- ✓ Colheita de dados
- ✓ História da Doença Atual
- ✓ Avaliação de Enfermagem de Reabilitação - Exame físico e avaliação Funcional
- ✓ Modelo de Sistemas de Betty Neuman
- ✓ Plano de cuidados (Segundo os níveis de prevenção de Betty Neuman)
- ✓ Adaptação ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Colheita de dados

- ✓ Sr. A.B.
- ✓ Sexo: Masculino
- ✓ Idade: 83 anos
- ✓ Raça: Negra
- ✓ Natural: Cabo Verde
- ✓ Profissão: Reformado (ex-carpinteiro)
- ✓ Estado Civil: Casado
- ✓ Família Nuclear: Esposa, 1 filha com 37A e 2 netos (19A e 10A)
- ✓ 5 Filhos do sexo masculino que vivem e trabalham em França

Exame Físico e Avaliação Funcional (28/09/2019)

Parâmetros Biológicos

- ✓ Peso: 87 kg
- ✓ Altura: 1,60 m
- ✓ IMC: 34 kg/m²

Parâmetros Vitais

- ✓ TA: 145/77 mmHg
- ✓ FC: 80 bpm
- ✓ FR: 16 cpm
- ✓ Dor: 3 (hemisfério esquerdo)

Avaliação Neurológica

- ✓ Orientado na pessoa, espaço e tempo
- ✓ Capaz de manter uma conversa com várias pessoas com discurso fluente
- ✓ Escala de Coma de Glasgow: 15
- ✓ Avaliação dos pares cranianos:
 - ✓ VII – Vestíbulo – coclear: Equilíbrio estático e dinâmico ortostático diminuído com necessidade de apoio em mobiliário
 - ✓ XI – Espinhal: Força muscular contra-resistência diminuída

Pele e Mucosas

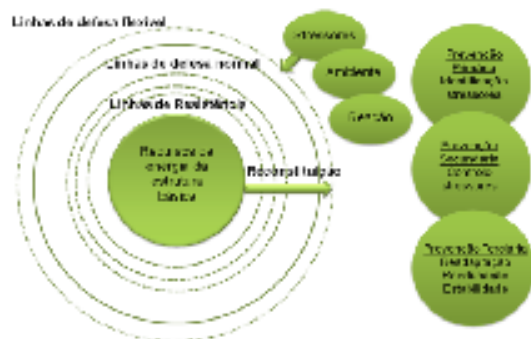
- 2 suturas cirúrgicas na região parietal esquerda
- hematoma em regressão na região peri-orbital esquerda
- ✓ **Risco de UP: Escala de Braden**
 - 17 (Baixo risco de UP)
- ✓ **AutoCuidado: Índice de Barthel**
 - 40/100 (Dependência moderada)
- ✓ **Risco de Queda: Escala de Morse**
 - 80 (Alto risco de queda)
- ✓ **Equilíbrio: Escala de Berg**
 - 20 (Equilíbrio diminuído)
- ✓ **Classificação da Funcionalidade no Idoso**
 - 47

Avaliação da FM: Medical

Research Council
MSE – 4/5; MIE – 3/5; MSD e MD – 4/5

Avaliação Funcional da Marcha

(2) Marcha Domiciliar
(ambiente fechado, superfícies planas e ambiente conhecido)



Prevenção Primária

Não aderido ao regime medicamentoso [relacionado com falta de conhecimento sobre regime medicamentoso manifestado por verbalização da pessoa]

Comportamento de Procura de saúde comprometido [relacionado com sensação de bem-estar manifestado por ausência de consultas de vigilância de saúde e não aderido ao regime medicamentoso]

Prevenção Secundária

Dor aguda no MI esquerdo (score: 3) relacionada com alterações neurológicas manifestada por claudicação na marcha e verbalização de sensação intermitente de dor]

Integridade cutânea comprometida [relacionada com intervenção cirúrgica manifestada por ferida cirúrgica na região parietal esquerda (2 suturas – anterior e posterior - com grampos cutâneos, ambas com cerca de 3cm, expostas)]

Prevenção Secundária e Terciária

Movimento muscular diminuído [(score: MS Eq. – 4/5; MI Eq. – 3/5; MS do. – 4/5) relacionado com alterações neurológicas manifestado por diminuição da força muscular no hemisfério esquerdo e MS direito]

Equilíbrio corporal comprometido [relacionado com diminuição da força muscular (score: 3/5) e dor (score: 3) no MI esquerdo manifestado por claudicação na marcha e necessidade de apoio no mobiliário durante a marcha]

Ander comprometido [(score: 2) relacionado com diminuição da força muscular no hemisfério esquerdo, manifestado por claudicação na marcha]

Transferir-se comprometido [relacionado com diminuição da força muscular (score: 3/5) e dor (score: 3) no hemisfério esquerdo manifestado por dependência parcial em transferir-se]

Prevenção Terciária

Alto risco de queda [(score: 80) relacionado com diminuição da força ao nível do MI esquerdo]

Nível de Prevenção	Diagnóstico de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
Secundária e terciária	Movimento muscular diminuído [(score: MS Eq. – 4/5; MI Eq. – 3/5; MS do. – 4/5) relacionado com alterações neurológicas e manifestado por diminuição da força muscular no hemisfério esquerdo e MS direito]	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as suas dificuldades na realização das AVD Procurar estratégias de adaptação Cuidador está disposto e capaz na realização de AVD como higiene e vestuário Executa exercícios musculares autónomamente fora das das sessões diárias 	Movimento muscular melhorado dentro de 4 semanas [(score: MS Eq. – 4/5; MI Eq. – 4/5; MS do. – 5/5)]	<ul style="list-style-type: none"> Analisar e monitorizar força muscular através de escala Research Medical Council (score: MS Eq. – 4/5; MI Eq. – 3/5; MS do. – 4/5) Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido (passivas) Incentivar e realçar a realização de exercícios musculares e articulares ativos (auto-realizações) Trabalhar e treinar técnicas de exercício muscular e articular Monitorizações ativas MT e MTs Executar monitorizações ativas resistidas e fortalecimento muscular MT e MTs (uso de pedaleta) Supervisionar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido (passivas) Incentivar e supervisionar a realização de exercícios musculares e articulares ativos (auto-realizações) Supervisionar técnicas de exercício muscular e articular Monitorizações ativas MT e MTs Executar e supervisionar monitorizações ativas resistidas e fortalecimento muscular MT e MTs (uso de pedaleta) 	<ul style="list-style-type: none"> Executa treino com pedaleta diariamente, em períodos de 30 minutos, com boa técnica ao estar (julgado) Executa monitorizações ativas e ativas resistidas com boa técnica (julgado) Executa auto monitorizações (julgado) Retorno muscular do hemisfério esquerdo e MI direito (julgado a 100%) Executa auto monitorizações (julgado a 100%) Retorno muscular do hemisfério esquerdo e MI direito [(score: MS Eq. – 4/5; MI Eq. – 4/5; MS do. – 5/5)]

Nível de Prevenção	Diagnóstico de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
Secundária e terciária	Ander comprometido [(score: 2) relacionado com diminuição da força muscular no hemisfério esquerdo, manifestado por claudicação na marcha]	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as suas limitações e dificuldades Adotar medidas de segurança de forma de evitar quedas e executar marcha segura Adaptar a habitação de forma a executar treino de marcha com segurança Cuidador adota medidas de segurança na habitação Cuidador vigia a marcha da pessoa e está disposto para as dificuldades e necessidades de apoio Adota medidas de segurança de forma de evitar quedas e executar marcha segura 	Ander melhorado dentro de 4 semanas [(score: 4)]	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a capacidade para andar – avaliação funcional da marcha (score: 2) Trabalhar sobre técnicas para andar Trabalhar técnicas de adaptação para andar Treino de descida/subida de escadas com apoio de controlo, descendo/ subindo um degrau de cada vez Treino de marcha no exterior Analisar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para marcha segura 	<ul style="list-style-type: none"> Executa treino de subida/descida de escadas apenas com apoio do controlo descendo um degrau de cada vez (julgado) Executa treino de marcha no exterior em terreno plano, com declive e acidentado sem dificuldade (julgado a 100%) Cuidador vigia treino de marcha e identifica as dificuldades e obstáculos (julgado)

Exame Físico e Avaliação Funcional (25/10/2019)

Parâmetros Vitais

- ✓ TA: 148/77 mmHg
- ✓ FC: 71 bpm
- ✓ FR: 16 cpm
- ✓ Dor: 2 (hemisfério esquerdo)

Avaliação Neurológica

- ✓ Orientado na pessoa, espaço e tempo
- ✓ Capaz de manter uma conversa com várias pessoas com discurso fluente
- ✓ Escala de Coma de Glasgow: 15
- ✓ Avaliação dos pares cranianos:
 - ✓ VII – Vestibulo – coclear: Equilíbrio estático e dinâmico ortostático mantido
 - ✓ X0 – Espinhal: Força muscular contra-resistência melhorada mas não totalmente recuperada

- ✓ **Pele e Mucosas**
 - Sem presença de hematoma
 - Cicatrizes da região parietal esquerda com boa evolução
- ✓ **Risco de UP: Escala de Braden**
 - 17 → 22 (Baixo risco de UP)
- ✓ **AutoCuidado: Índice de Barthel**
 - 40/100 (dependência moderada) → 85/100 (Dependência ligeira)
- ✓ **Risco de Queda: Escala de Morse**
 - 80 (Alto risco) → 40 (Baixo risco)
- ✓ **Equilíbrio: Escala de Berg**
 - 20 (Diminuído) → 41 (Bom)
- ✓ **Classificação da Funcionalidade no Idoso**
 - 47 → 24

Avaliação da FM: Medical Research Council

- MSE – 4/5 → 4/5
- MIE – 3/5 → 4/5
- MSD e MID – 4/5 → 5/5

Avaliação Funcional da Marcha

- (2) Marcha Domiciliar (ambiente fechado, superfícies planas e ambiente conhecido) →
- (4) Marcha Comunitária (todos os tipos de superfícies e distâncias consideráveis)

Situções	
Intrapessoais (do indivíduo)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parâmetro biofísicos ✓ Parâmetros vitais ✓ Avaliação da dor ✓ Avaliação do estado de consciência ✓ Ventilação ✓ Pele e mucosas – avaliação da escala de Braden ✓ Sono e repouso ✓ Auto-cuidado - avaliação do Índice de Barthel ✓ Escala de morse ✓ Avaliação do equilíbrio – escala de Berg ✓ Avaliação da força muscular – Medical Research Council ✓ Avaliação funcional da marcha ✓ Classificação de funcionalidade no idoso
Interpessoais (entre vários indivíduos)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auto-cuidado - avaliação do Índice de Barthel ✓ Comportamento de procura de saúde
Etrapessoais (externos ao indivíduo)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Condições habitacionais e arquitetónicas



