



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Processo de Descanulação e Encerramento da Traqueostomia: Revisão da Literatura

Patrícia Isabel Roque de Almeida Fernandes

Orientação: Professor Doutor Carlos Maia

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Processo de Descanulação e Encerramento da Traqueostomia: Revisão da Literatura

Patrícia Isabel Roque de Almeida Fernandes

Júri:

Presidente: Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro
Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Portalegre-Escola
Superior de Saúde (IPP-ESS)

Arguente: Mestre João Vítor da Silva Vieira
Professor Adjunto, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de
Saúde (IPB-ESS)

Orientador: Doutor Carlos Manuel Leitão Maia
Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola
Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (IPCB-ESSDLD)

Setúbal, 2023

**Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.
Excelência então não é um modo de agir, mas um hábito
Aristóteles**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Maia, orientador dos estágios que realizei no âmbito da Especialidade e mentor desta minha caminhada, com o seu olhar reflexivo, crítico e objetivo perante o (meu) desenvolvimento pessoal e profissional, neste contexto de aquisição de competências.

À Sra^a Enfermeira Diretora Maria Violante Nunes e Sr^a Enfermeira Coordenadora Maria Filomena Martins, por me levarem acreditar que este seria o caminho a percorrer.

À Sr^a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Susana Ribeiro, pelo empenho, dedicação e motivação com os quais me orientou nos estágios do SMI.

Às Enfermeiras Teresa Claro e Isabel Cordeiro pela sabedoria, incentivo, motivação e amizade.

À equipa multidisciplinar do SMI do CHS, pelo apoio, pela confiança e paciência, em particular à equipa de enfermagem que me permitiu “entrar” no seu cuidar, para melhor cuidar.

Às minhas três queridas Enfermeiras Ana Sofia, Sofia Senhorinho e Rosa Machado, que decidiram partilhar esta longa jornada de dois anos, vivenciando também este Mestardo. Tenho a certeza que sem vocês teria sido tão mais difícil. E foi maravilhoso caminharmos juntas.

A todos aqueles que se cruzaram comigo neste percurso do cuidar, que possibilitaram o desenvolvimento das minhas competências e me ajudaram a olhar para *dentro*.

Aos mais importantes:

Aos meus sogrinhos, que foram imprescindíveis nesta jornada, permitindo a minha tranquilidade, sabendo que os meus filhos estariam sempre salvaguardados em todas as situações mais complicadas deste caminho.

À minha estrela do céu Avozinha

Ao meu rochedo Pedro Fernandes

E às minhas estrelinhas brincalhonas Maria e Diniz... os seres que me fazem sorrir, quando acho que vou chorar...

Entrego-vos a minha gratidão

RESUMO

Objetivo: descrever a intervenção do EEER nos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com ostomia respiratória, analisar crítica e reflexivamente experiências, favorecendo o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal. **Metodologia:** implementação de um projeto de intervenção profissional baseado numa revisão da literatura, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sobre a Intervenção do EEER ao doente com ostomia respiratória, no processo de descanulação e encerramento da traqueostomia, alicerçado no referencial teórico de Patricia Benner. **Análise e discussão:** constatamos que é imprescindível o EEER desenvolver competências para cuidar o doente com traqueostomia, evidenciado por Outeiro e Soares, 2021, como garantia de segurança e redução de danos desnecessários. Santa-Cruz et al. 2020, descrevem o processo de descanulação como complexo e dependente de muitos fatores. O EEER avalia e elabora planos de intervenção potenciadores da capacidade da pessoa, de forma a iniciar este processo, precocemente. **Conclusão:** o EEER é detentor de competências específicas, intervindo com habilidade e pertinentemente, promovendo cuidados de enfermagem de qualidade. Os ganhos são notórios, revelando-se na capacitação dos autocuidados da pessoa, permitindo-lhe a máxima independência. No processo de descanulação e encerramento da traqueostomia é um elemento imprescindível, devido às intervenções autónomas que a área de competência lhe confere.

Palavras – chave: Traqueostomia; Descanulação; Desmame; Cuidados de Enfermagem; Reabilitação;

ABSTRAT

Objective: to describe the intervention of the EEER in rehabilitation nursing care for patients with a respiratory ostomy, critically and reflectively analyze experiences, favoring self-knowledge and personal development. **Methodology:** implementation of a professional intervention project based on a literature review, contributing to the continuous improvement of the quality of nursing care, on the EEE Intervention for the patient with a respiratory ostomy, in the process of decannulation and closure of the tracheostomy, based on the reference theorist by Patricia Benner. **Analysis and discussion:** we found that it is essential for the EEER to develop skills to care for the patient with a tracheostomy, as evidenced by Outeiro e Soares, 2021, as a guarantee of safety and reduction of unnecessary harm. Santa-Cruz et al. 2020, describe the decannulation process as complex and dependent on many factors. The EEER evaluates and draws up intervention plans that enhance the person's capacity, in order to start

this process early. **Conclusion:** the EEER has specific skills, intervening skillfully and pertinently, promoting quality nursing care. The gains are notorious, revealing themselves in the empowerment of the person's self-care, allowing them maximum independence. In the process of decannulation and closure of the tracheostomy, it is an essential element, due to the autonomous interventions that the area of competence confers on it.

Keywords: Tracheostomy; Decannulation; Weaning; Nursing care; Rehabilitation;

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

APA - American Psychological Association
AVC's - Acidentes Vasculares Cerebrais
AVD's - Atividades de Vida Diárias
AVI's - Atividades de Vida Instrumentais
CH - Centro Hospitalar
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECTS - Credit Transfer and Accumulation System
EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EOT - Intubação orotraqueal
ER - Enfermagem de Reabilitação
GL - Ginástica Laboral
GUSS - Gugging Swallowing
LMERT - Lesões Músculo- Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho
mmHg - Milímetro de Mercúrio
MRC - Medical Research Council
NEER - Núcleo de Enfermeiros de Enfermagem de Reabilitação
ORL - Otorrinolaringologista
RFM - Reeducação Funcional Motora
SMI - Serviço de Medicina Interna
TQT - Traqueostomia
VM - Ventilação Mecânica
VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	13
1.1. HOSPITAL CENTRAL DA REGIÃO SUL	13
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	17
2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	17
2.2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	39
2.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	41
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	47
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	47
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	52
3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE	55
CONCLUSÃO	58
BIBLIOGRAFIA.....	60
APÊNDICES	69
Apêndice I – Procedimentos setoriais.....	70
Apêndice II – “Formar para Reabilitar.....	88

Apêndice III – “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de	128
--	-----

Apêndice IV – Folhetos informativos sobre disfagia: Vou ter alta e agora?	135
---	-----

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, descreve o percurso efetuado na Unidade Curricular Estágio Final, refletindo a prática em contexto clínico, realizada no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Beja e a Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

A primeira componente prática deste projeto realizou-se ao longo de 6 semanas (16/05/22 a 24/06/22) no Serviço de Medicina Física e Reabilitação – Internamento, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral, o estágio em Enfermagem de Reabilitação, com 10 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS), com um total de 162 horas. O segundo e terceiro momento de estágio, corresponde ao Estágio Final, que decorreram durante 16 semanas, no período de 19/09/22 a 21/01/23, no Serviço de Medicina Interna (SMI) – Unidade Fonseca Ferreira, do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São Bernardo (HSB), com 24 ECTS, com um total de 338 horas.

Propusemos como objetivos do Estágio Final:

- Desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, na área da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.
- Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória e nos autocuidados na pessoa, submetida a traqueostomia.

Como o Estágio decorreu em dois hospitais e serviços distintos, optámos por recorrer à metodologia de Relatório de Estágio, no qual integramos a implementação de uma atividade-projeto, conseguindo deste modo transparecer de forma mais fundamentada o modo como as competências do EEER foram desenvolvidas, bem como o potencial que este tipo de instrumento representa para o profissional/ estudante.

O projeto de intervenção pessoal baseou-se numa revisão da literatura, com o intuito de contribuirmos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sobre a *Intervenção do EEER ao Doente com Ostomia Respiratória, no Processo de Descanulação e Encerramento da Traqueostomia*.

O desenvolvimento deste projeto enraizou-se no referencial teórico de Patricia Benner: *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*, o qual serviu

também de base de suporte para aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências.

Perante o descrito propusemos os seguintes objetivos para este relatório:

- Descrever a intervenção do EEER nos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com ostomia respiratória;
- Analisar de forma critica e reflexiva as experiências vividas e observadas em contexto clínico, favorecendo o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal.

O conceito de *Prática/ Praxis*, foi descrita por Karl Marx como:

“consequente, precisa de reflexão, do auto-questionamento, da teoria (...), a teoria que remete à ação, que enfrenta a atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se em si mesmos (...) e a ação que, para se aprofundar de maneira mais o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática” (Konder, 1993, p. 115).

Por outro lado, a experiência pode ser definida, num sentido geral, como um conhecimento espontâneo ou vivido, adquirido pela pessoa ao longo da vida. Num sentido técnico, podemos referi-la como uma ação de observação ou experimentação, com a finalidade de formar ou de controlar uma hipótese. Filosoficamente Kant define experiência como “um conhecimento empírico (...) um conhecimento que determina objetos por percepções” (Japiassu & Marcondes, 1996, p.71).

Consideramos através destes conceitos, que no decorrer deste Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, realizamos um percurso baseado em novas experiências, onde a aquisição de novas competências emerge da *praxis*, na execução procedimental, em associação à reflexão, estudo e investigação.

O presente Relatório de Estágio é redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico, seguindo as normas da American Psychology Association (APA), 7ª edição.

Estruturalmente apresentamos a introdução, seguida de três capítulos. No primeiro descrevemos a apreciação do contexto; no segundo referenciamos o enquadramento concetual e teórico, o enquadramento metodológico e análise e discussão; no terceiro analisamos e refletimos sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER, e competências de mestre, adquiridas no decurso do Mestrado em Enfermagem. Em conformidade com o artigo nº 15 do Decreto Lei nº65/2018 de 16 de Agosto, o qual regulamenta o regime jurídico dos Graus Académicos e dos Diplomas ao Ensino Superior, o grau de mestre é conferido após a conclusão de um ciclo de estudos no qual se integra um curso de especialização e, de acordo com os objetivos específicos, discussão pública e aprovação de uma dissertação científica, um trabalho de projeto ou um estágio profissional refletido em relatório final, como é este caso.

Salvaguardamos os princípios da integridade académica, do rigor e integridade científica, tal como a confidencialidade e anonimato dos intervenientes. Garantimos igualmente a conformidade das normas e procedimentos éticos na investigação.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo iremos apresentar a caracterização do hospital e serviço onde decorreu a aplicação do projeto de intervenção profissional. Descreveremos ainda, de modo conciso a contextualização clínica, o enquadramento legislativo, organizacional, estrutural, de recursos (físicos, materiais e humanos) tal como a gestão e a produção de cuidados na prática especializada de Enfermagem de Reabilitação (ER) no Serviço de Medicina Interna (SMI) de um Hospital Central da Região Sul.

1.1. HOSPITAL CENTRAL DA REGIÃO SUL

Historicamente, desde 1926 que a cidade de Setúbal tem hospital. Mas foi a 31 de dezembro de 2005, que nasceu o Centro Hospitalar (CH), criado pela fusão de dois hospitais.

O CH, é uma unidade hospitalar capacitada com as valências de medicina interna, pediatria, neonatologia, ginecologia e obstetrícia com bloco de partos, psiquiatria, neurologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia, dermatologia, urologia, ortopedia, gastroenterologia, cardiologia, hemodiálise e unidade de cuidados intensivos.

No âmbito do processo de empresarialização de alguns hospitais do Serviço Nacional de Saúde, o CH é foi convertido em Sociedade Anónima a 11 de dezembro de 2002. Atualmente é uma Entidade Pública Empresarial, integrada no Serviço Nacional de Saúde. O CH presta cuidados de saúde diferenciados com uma área de abrangência dos concelhos de Palmela, Setúbal, Sesimbra, Grândola, Alcácer do Sal, Santiago do Cacém e Sines, com um total de 121.185 habitantes. O CH trabalha para ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras, no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente e assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde (CHS, 2021).

1.1.1 Serviço de Medicina Interna

A Medicina Interna é uma especialidade do CH locada ao SMI com a missão de “promoção da saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados, com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (Regulamento Interno do SMI, 2018, p.1).

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, tem como visão:

“... ser reconhecido como um serviço de referência no tratamento dos doentes, no desenvolvimento de técnicas eficientes e terapêuticas inovadoras, assim como na excelência da prática médica e de enfermagem. Pretende diferenciar-se pela fácil acessibilidade, pela competência na organização assistencial, pela ética profissional e pelo compromisso com o doente e dos seus atenção às necessidades familiares...” (Regulamento Interno do SMI, 2018, p.1).

É um serviço que segundo o Regulamento Interno do SMI, considera fundamental a manutenção e melhoria da qualidade, desenvolvendo ações na área da formação, ensino e investigação (Regulamento Interno do SMI, 2018, p.1).

O serviço é constituído por cinco unidades funcionais (duas Unidades de Internamento, Unidade de Cuidados Intermédios, Hospital de Dia de Medicina Interna e Unidade de Hospitalização Domiciliária). Como estrutura física, o SMI tem uma capacidade de 55 camas de internamento, distribuídas pelo 3º e 4º piso da ala nascente do hospital, tendo cada um 23 camas. A Unidade de Cuidados Intermédios, instalada em contiguidade com o internamento, é constituída por 7 camas. Hospital de Dia de Medicina, localizado no 3º piso, apresenta uma sala de técnicas, e uma sala de vigilância e terapêutica, com 8 cadeirões. E a Unidade da Hospitalização Domiciliária apresenta capacidade para internamento de 5 doentes em domicílio.

Os doentes admitidos no SMI são provenientes do serviço de urgência, da consulta externa, de outros serviços do CH, de outras instituições e do domicílio.

Como critério de internamento apresentam doenças médicas sistémicas ou de órgão. Doentes cujo diagnóstico clínico não é evidente; doentes com várias patologias - evitando a intervenção de múltiplas especialidades, a duplicação de exames e a interação de fármacos, com a consequente diminuição dos custos; doentes idosos com patologia aguda ou crónica agudizada; doentes com patologia sistémica, infecciosa, autoimune, vascular, metabólica, hepática; doente em fase terminal com indicação para cuidados paliativos; doentes em situação clínica urgente ou emergente; doentes cirúrgicos com patologias médicas e com doenças raras.

O SMI é constituído por uma equipa multidisciplinar, de enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A equipa de enfermagem do serviço é constituída pela Enfermeira Chefe/ Coordenadora, Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros de Cuidados Gerais.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 60 enfermeiros, dos quais 4 são enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, havendo 3 EEER que exercem cuidados especializados na área da reabilitação e o quarto na prestação de cuidados gerais.

O método de trabalho enquadra-se no método de trabalho individual, ficando o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados às pessoas a si atribuídas durante o turno (Frederico & Leitão, 1999).

Após a passagem de turno o EEER seleciona as pessoas com necessidade de cuidados especializados de reabilitação, intervindo com os seus pares de forma a planearem e priorizarem em conjunto as intervenções, tendo em conta as necessidades funcionais da pessoa.

O EEER intervém diariamente, de forma a obter ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, registando a sua intervenção tendo em conta a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, através do programa informático SClínico, utilizando para registo da avaliação funcional o Índice de Barthel.

O EEER no SMI atua também em parceria de cuidados com os fisioterapeutas do serviço. No SMI há um reconhecimento das competências do EEER, sendo que tanto a equipa de enfermagem como a equipa médica, referenciam e solicitam avaliações ao EEER.

Deste modo, o EEER apresenta autonomia para intervir em processos de desmame de oxigenoterapia, mobilização precoce, levante precoce, marcha, posicionamentos terapêuticos, treino para descanulação e encerramento de traqueostomia (TQT), e outras situações em que a pessoa beneficia da intervenção do EEER.

O EEER é também o elemento de referência de muitos dos familiares dos doentes internados no SMI, trabalhando muitas vezes com estes a reabilitação física e cognitiva dos seus familiares.

O SMI é dotado de múltiplos materiais de apoio e equipamentos de reabilitação para a prestação de cuidados especializados, existindo entre eles a maca banheira, cadeiras de banho, banco para pobilan, cadeirões, mesas de trabalho, grua de transferência, cintos de transferência, prato de equilíbrio, mesa multifunções para treino funcional, tabela de comunicação, bola de pilatos, espirómetros de incentivo, bandas elásticas de diversas resistências, cough assist, auxiliares de marcha, bastões, halteres de vários pesos, bolas de vários tamanhos e texturas, cicloergómetro, espelho quadriculado móvel, produtos de apoio e ajudas técnicas (copos para líquidos e sólidos, talheres de adaptação, pinça recoletora,

abotoador de botões, calçadeira de cabo comprido, calça meias, esponjas de cabo comprido, entre outros).

O processo de reabilitação no SMI inicia-se precocemente, após a estabilização hemodinâmica da pessoa, com o EEER de forma a aumentar os ganhos funcionais à mesma.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

O enquadramento concetual revela-se como peça fundamental, do puzzle que é o processo de investigação. É a peça que traduz a ideia principal do investigador, a qual se revela como objeto de estudo.

Concetualizar, significa segundo Fortin (1999, p.39) “...um processo, forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo.”

O conhecimento concerne os saberes expressos na partilha com o outro. O conhecimento de uma disciplina é aquele que depois de analisado por um grupo específico é considerado válido e preciso (Chinn & Kramer, 2018).

A enfermagem “é uma disciplina do conhecimento que se materializa, no nível operatório numa profissão e que o exercício da profissão concorre para o fluxo de conhecimento” (Nunes, 2018, p.35-36). Segundo a mesma autora, a enfermagem tem-se desenvolvido como disciplina e profissão científica e intelectual, fundamentada no ensino, investigação e formação.

No enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem, em particular os cuidados de reabilitação, emerge a especificidade de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do EEER. Na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (OE, 2015).

Como referencial teórico para o desenvolvimento do projeto de intervenção pessoal, bem como base para aquisição e desenvolvimento de competências, achamos pertinente a escolha do modelo de aquisição de competências de Patricia Benner.

Considerando o percurso profissional, enquanto enfermeira de cuidados gerais, prestadora de cuidados ao adulto, em Unidade de Cuidado Intermédios Médicos Nível II e o tema proposto para estudo, procurámos enquadrar de forma equilibrada e harmoniosa o modelo teórico de Patricia Benner, pois a aquisição de competências e consequentes mudanças de comportamento, justificam a prática do exercício profissional.

Perante o contexto vivenciado ao longo deste mestrado e especificamente na área de especialização em enfermagem de reabilitação, surgiram semelhanças e reconhecimento nas vivências, neste processo de aquisição de competências, para a evolução e transformação do *Eu* no cuidar o *Outro*. Conseguimos afirmar que a evolução e transformação do *Eu* pessoal

e profissional, foi ao encontro dos pressupostos deste referencial teórico, no intuito de nos tornarmos peritos no cuidar o *Outro*.

Neste capítulo será descrito o referido modelo teórico. Apresentamos ainda conceitos relativos ao tema da TQT, cuidados de enfermagem ao doente com ostomia respiratória e uma conceptualização sobre a temática em estudo sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação ao doente com ostomia respiratória no processo de descanulação e encerramento da TQT.

2.1.1 Modelo teórico de aquisição de competências de acordo com Patricia Benner

Patricia Benner uma enfermeira americana, teórica e autora publicou o seu mais conhecido livro em 1984, *From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem - 2001).

Esta obra é baseada no modelo de Dreyfus para a aquisição de perícia. Hubert Dreyfus, foi um professor filósofo que demonstrou o desenvolvimento de um profissional através da aquisição de perícia desde iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Benner adaptou o conceito da aquisição de perícia na disciplina da enfermagem, revelando que o crescimento e a evolução profissional ocorre *step by step*. A sua teoria desenvolveu-se através do desenvolvimento do estudo da aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, observou a aquisição de competências baseadas na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado inerente à prática de enfermagem. A teórica evidencia a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial (Benner, 2001).

O modelo de aquisição de competências identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem: *novice, advanced beginner, competent, proficient, expert* (princiante, princiante avançado, competente, proficiente e perito). Os diferentes níveis, apresentam diferentes características relativamente ao desempenho, quer em relação apreciação que fazem dos acontecimentos (Nunes, 2010).

No primeiro nível, o princiante, não apresenta nenhuma experiência em relação aos eventos que ocorrem na sua prática. Os conhecimentos, os princípios e as regras de atuação resultam do seu percurso académico. Ocorre dificuldade no estabelecimento de prioridades e age independentemente do contexto (Benner, 2001), “digam-me o que é preciso fazer e eu faço” (Nunes, 2010, p.4).

No segundo nível identifica o principiante avançado como alguém que já tem alguma experiência, uma vez que já foi confrontado com algumas situações reais, através das quais identifica experiências pela repetição e o guia a ação. Apresenta dificuldade na gestão de prioridades, porque ainda não tem a perceção da integralidade do doente, nem da globalidade do serviço (Benner, 2001; Nunes, 2010).

O competente, situa-se no nível três. É o enfermeiro que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, adquiriu habilidades no planeamento, baseia a ação em pensamento abstrato e analítico, pelo que já demonstra capacidade de raciocínio reflexivo, o que lhe permite determinar algumas prioridades. É uma etapa de elevada eficiência na organização (Nunes, 2010), contudo ainda não desenvolveu flexibilidade e velocidade de decisão na ação em determinadas situações específicas (Benner, 2001).

No nível quatro, o proficiente reconhece a situação como um todo, de forma global. As decisões são tomadas numa compreensão holística. Sabe o que esperar baseado em experiências anteriores, o que possibilita prever situações e antecipar algumas ações, estando apto para modificar o seu plano inicial. Perante um novo acontecimento ou mais complexo, não consegue ainda descrever e explicar aspetos mais específicos e elaborados (Benner, 2001; Nunes, 2010).

O perito, situa-se no quinto nível, é o enfermeiro que compreende situações como parte de um todo, apresenta uma experiência considerável, o que lhe permite equacionar alternativas à situação. Não se baseia em diretrizes, protocolos ou regras. Focaliza o essencial do problema em detrimento do menos relevante. A sua ação é espontânea, clara, objetiva, complexa e eficaz. O enfermeiro perito facilmente se reconhece pela postura e forma de gerir situações complexas de forma meritória (Benner, 2001).

Na aquisição e desenvolvimento da competência o enfermeiro passa por cinco níveis de proeficiência, que refletem mudança em três pontos. Primeiro, a intervenção do enfermeiro passa de princípios e regras abstratas, para usar experiências concretas e vividas anteriormente. No segundo ponto o enfermeiro muda a forma como se apercebe das situações. Passa da compreensão das partes, para a perceção do todo. No terceiro ponto o enfermeiro passa de mero espetador a executante envolvido na situação. É relevante notificar que cada etapa assenta sobre a anterior “ que os princípios abstratos se refinam, que a compreensão do perito é do enfermeiro que presta cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação” (Nunes, 2010, p.4).

Na teoria de Benner é evidenciado que a aquisição e evolução do desenvolvimento das competências do enfermeiro se baseie nas experiências vivenciadas e no conhecimento desenvolvido ao longo do tempo, consistindo na expansão do know-how pela investigação, baseada na teoria e pela identificação deste know-how existente, que é desenvolvido pela

prática clínica. A experiência num determinado contexto e o domínio teórico dessa mesma área de atuação parecem assim inseparáveis (Benner, 2001). A mesma autora reflete no seu modelo teórico, que no processo de aquisição de competências é essencial que ocorra a reflexão das aprendizagens que a prática nos oferece (know-now), associando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo), evidenciando sempre o comportamento ético.

Posteriormente autores como Le Boterf (2003), considera a competência como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, com capacidade de selecionar, mobilizar, integrar e transferir diferentes recursos, que provêm das aprendizagens pessoais, da formação e experiência profissional. O enfermeiro age com competência através da prática, dos recursos disponíveis e da reflexão. Fortalece a autonomia profissional através da investigação e consolidação dos conhecimentos.

A experiência profissional, o conhecimento, a capacidade de análise e iniciativa profissional são categorias sustentadas na perspetiva de Le Boterf (2003), sobre o saber e o saber-fazer. O autor refere que o saber engloba o saber teórico, o saber do meio, e os saberes associados aos procedimentos.

Através do saber teórico ocorre o entendimento de uma situação, descrevendo-a e explicando-a. O saber do meio é contextualizado no meio onde o profissional intervém, e no qual a competência se evidencia em ação. Os saberes associados aos procedimentos sugerem um guia de instruções de como deve ser feito ou como proceder em determinada ação (Le Boterf, 2003). O mesmo autor ainda refere que o saber-fazer pressupõe o saber-fazer formalizado, empírico e cognitivo. No saber-fazer formalizado o profissional sabe dominar a aplicação na prática do saber. O saber-fazer empírico é aquele saber que provém da ação, que é adquirido durante a ação, através da experiência repetida. O saber-fazer cognitivo engloba os procedimentos intelectuais fundamentais para a resolução de situações, elaboração de projetos, criatividade e tomada de decisão (Le Boterf, 2003).

Benner refere na sua obra que os peritos são fáceis de identificar, visto tomarem decisões clínicas, resolverem situações graves e complexas de forma notável (Benner, 2001).

Um profissional perito é aquele que na sua ação é reconhecida pelos saberes, ouvido pelo outro, garantindo a credibilidade da sua intervenção (Nunes, 2010).

2.1.2 História da traqueostomia

Historicamente o termo *traqueostomia* é descrito pela primeira vez no ano de 3600 A.C., através da leitura de hieróglifos que relatavam a intervenção de Alexandre, o Grande, ao usar

a sua espada para abrir acesso às vias respiratórias de um soldado com obstrução da via aérea (Cheung et al., 2014).

Segundo o mesmo autor, o termo é novamente utilizado na Grécia antiga no ano de 100 D.C., sendo associado a técnica médica em registos da história Medieval Islâmica. No entanto somente em 1546 é realizada com sucesso pelo médico António Musa Brassavola, assumido-se cientificamente como um procedimento para alívio das vias aéreas superiores em situação de obstrução. Até 1833 foram registadas 28 traqueostomias realizadas de forma eficaz. O termo traqueostomia como técnica de alívio das vias aéreas superiores foi oficialmente assumido em 1718 pelo cirurgião Lorenz Heister (Vilar-Puig et al., 2016).

Com o início do século XX a TQT é revista como técnica cirúrgica e descrita detalhadamente pelo cirurgião Chevalier Jackson, que pela investigação científica, promove a sua utilização em outras situações, nomeadamente durante a ventilação mecânica prolongada (Cheung et al., 2014; Freeman et al., 2013; Vilar-Puig et al., 2016).

Neste âmbito, surge em 1950 nos Estados Unidos da América a estomaterapia, que englobava todos os tipos de estomas e cuidados prestados a doentes ostomizados, nomeadamente com ostomias respiratórias. Os cuidados ao estoma, são em 1980 reconhecidos pelo *“World Council of Enterostomal Therapistis”* como uma competência inerente e exclusiva da enfermagem prolongada (Cheung et al., 2014; Freeman et al., 2013; Vilar-Puig et al., 2016).

A estomaterapia é considerada por vários países como fundamental na qualidade de vida dos doentes ostomizados, na medida em que permite identificar as necessidades da pessoa portadora de ostomia, assim como destacar a importância da enfermagem como elo principal da equipa multidisciplinar pela prestação de cuidados, tanto ao estoma, como o auto-cuidado e apoio à díade doente/família (Cardoso et al., 2014; Cheung et al., 2014; Freeman et al., 2013; Miranda, 2013; Vilar-Puig et al., 2016).

O sistema respiratório, como o próprio nome refere, é um conjunto de órgãos que em colaboração permitem o processo da respiração. Ao longo da história da humanidade, a TQT surgiu associada a pessoas vítimas de trauma e/ou obstrução das vias áreas em contexto bélico (Vilar-Puig et al., 2016). Os avanços técnicos e tecnológicos, permitiu o ressurgimento deste termo no século XIX, pela existência de materiais e equipamentos melhorados que permitiam uma técnica mais eficaz da desobstrução das vias áreas pela TQT. Esta passou a ser uma técnica de eleição na abordagem ao doente crítico sob ventilação mecânica na década de 60, promovendo a criação de várias Unidades de Cuidados Intensivos e ventiladores de pressão positiva até aqui desconsiderados (Pitol & Lohmann, 2021).

2.1.3 Conceito da traqueostomia

A ostomia é o resultado de uma técnica, da qual surge a abertura de um órgão para o exterior através de um estoma (DGS, 2017).

Estoma é uma palavra com origem grega *stoma*, que significa abertura ou boca, de qualquer víscera oca do corpo humano, para o exterior (DGS, 2017). Esta abertura é denominada por ostomia, e a sua denominação específica advém do segmento ou órgão de origem. As ostomias são classificadas segundo a localização, o tempo de permanência e a técnica cirúrgica (DGS, 2017).

A TQT é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos, realizados em doentes críticos. É realizada através de uma incisão cirúrgica ou percutânea, na parede anterior da traqueia, nível do 3º ou 4º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricóide (DGS, 2017), da qual resulta um estoma respiratório, que permite a comunicação da traqueia com o exterior, permitindo a manutenção das vias aéreas permeáveis (Medeiros et al., 2019).

A TQT é designada como um procedimento de maior complexidade, onde se realiza a incisão cirúrgica da traqueia, seguida de uma sutura do orifício cutâneo subjacente à pele, do qual resulta um traqueostoma, com função de preservar a função respiratória (DGS, 2017).

As traqueostomias podem classificar-se pela finalidade do procedimento, como preventiva, curativa ou paliativa.

A TQT preventiva é realizada em situações de risco que causem obstrução das vias aéreas, total ou parcialmente, sendo a recessão de tumores da orofaringe um exemplo, pelo risco de edema associada ao procedimento (Santa-Cruz et al., 2020). É considerada curativa, quando existe a necessidade de manter as vias aéreas pérvias e paliativa para alívio do desconforto respiratório em doentes em fase terminal (Santa-Cruz et al., 2020).

Este procedimento pode também classificar-se como urgente ou eletivo, considerando o momento em que a TQT é realizada. Em situações de necessidade imediata de permeabilidade da via aérea, devido a uma obstrução que reflita insuficiência respiratória, esta é considerada urgente. A eletiva é realizada em doentes com intubação endotraqueal prévia (Santa-Cruz et al., 2020).

As ostomias respiratórias consideram-se temporárias ou definitivas, de acordo com o tempo de permanência da cânula e de acordo com indicação clínica. Assim, é considerado o procedimento temporário quando a TQT é encerrada num curto período de tempo. E definitivo quando esta passa a ser a via de ventilação do doente (Santa-Cruz et al., 2020).

2.1.4 Indicações da traqueostomia

A realização da ostomia respiratória abrange quatro causas gerais, associadas à sua prática. A necessidade de desobstrução das vias aéreas superiores, a prevenção de lesões da laringe ou das vias aéreas superiores, a proteção das vias aéreas inferiores e a necessidade de suporte ventilatório prolongado (Santa-Cruz et al., 2020).

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde apresenta na norma nº 011/2016, atualizada em 2017, as seguintes indicações clínicas para realização das ostomias respiratórias no adulto: doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico; doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio); traumatismo facial ou cervical; corpos estranhos faringolaríngeos; estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal; controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço; insuficiência respiratória crónica (DGS, 2017); intubação traqueal, quando há previsão de uso do ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação orotraqueal ou quando se prevê improvável extubação dentro de 10 a 14 dias (Ribeiro et al., 2022); síndrome de apneia obstrutiva do sono; obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas; paralisia bilateral das cordas vocais; patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares; edema pós – radioterapia e tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (DGS, 2017).

A TQT é considerado um dos procedimentos mais comuns realizados em Unidades de Cuidados Intensivos. Contudo apesar da frequente utilização, a evidência científica não agrega um consenso em relação ao tempo ideal, em que esta deva ser realizada. É fundamental que a decisão da equipa médica, seja tomada com base na individualidade da cada doente, considerando fatores determinantes para a execução do procedimento, nomeadamente o motivo da intubação, antecedentes pessoais, resposta ao tratamento da clínica atual (Vianna, 2011), prognóstico, avaliação dos riscos da permanência do tubo endotraqueal e a vontade do doente (Santa-Cruz et al., 2020).

2.1.5 Tipos de cânulas

A cânula é um tubo que garante a comunicação entre a traqueia e a pele, de forma artificial, para que esta não encerre (DGS, 2017).

A escolha do tipo de cânula tem de considerar as dimensões da traqueia do doente, a resistência das vias aéreas, a necessidade de ventilação mecânica, a presença de secreções e alterações na deglutição (Santa-Cruz et al., 2020).

As cânulas apresentam características específicas, que se adaptam à forma da traqueia, havendo vários tipos de cânulas, fabricadas com diferentes materiais e utilizadas consoante a necessidade específica do doente. Podem ser metálicas, de silicone e PVC, com cuff, sem cuff, fenestradas e não fenestradas, com vários calibres e comprimentos, e com uma duração variável de acordos com o tipo, indicação clínica e fabricante (Bussoliti, 2020; DGS, 2017; Mallmann, 2019).

Todo o tipo de cânula se apresenta num kit, com acessórios que serão utilizados somente em alguns casos, consoante orientações específicas. Contudo, todos eles contêm duas cânulas, uma externa e uma interna. A cânula externa é colocada no orifício entre a traqueia e a pele, apresenta uma placa com abertura lateral, para a colocação do fixador, mantendo a cânula na traqueia. A cânula interna é encaixada por dentro da cânula externa (Bussoliti, 2020), e apresenta a vantagem de ser facilitadora na limpeza e evitar obstrução das vias aéreas (Mallmann, 2019).

2.1.6 Benefícios/ complicações/ desvantagens da traqueostomia

Após um longo período de intubação endotraqueal, a realização da TQT é considerada como fundamental para evitar comorbilidades associadas.

A evidência científica demonstra que a troca do tubo endotraqueal pela cânula de TQT acrescenta benefícios, proporcionando conforto e segurança ao doente. É evidenciada a diminuição do esforço respiratório, aspiração mais eficaz das vias aéreas, permite a fonação, permite alimentação por via oral, a necessidade de sedação é menor, reduz o risco de pneumonia associada a ventilação mecânica, diminui o tempo de ventilação mecânica, diminui o tempo de internamento nas unidades de cuidados intensivos e reduz a mortalidade (Vianna, 2011).

Como qualquer procedimento a TQT não está isenta de complicações. Estas dividem-se em três grupos, as complicações imediatas, mediatas e tardias (DGS, 2017).

As complicações imediatas, são as que ocorrem no período intraoperatório. São consideradas a dor, o edema, afonia, aumento do volume de secreções nível da traqueia, falso trajeto da cânula, apneia (pela inibição do centro respiratório, devido ao bloqueio do estímulo respiratório hipóxico), hemorragia, obstrução da cânula por rolhão de secreções, pneumotórax, pneumomediastino, edema agudo do pulmão e lesão das estruturas adjacentes (parede posterior da traqueia, esófago, carótida, tronco braquiocéfálico, nervos recorrentes, glândula da tiróide) (DGS, 2017; Santa-Cruz et al., 2020).

As complicações mediatas ou breves, ocorrem na primeira semana do período pós-operatório (Santa-Cruz et al., 2020). Destacam-se a hemorragia, infeção e deiscência da sutura, traqueíte, celulite, exteriorização da cânula externa, efisema subcutâneo, disfagia, laceração traqueal e fístula traqueoesofágica, dor, edema, secreções purulentas (DGS, 2017).

As complicações tardias, são consideradas as que ocorrem após uma semana da realização da técnica. Evidenciam-se neste grupo a disfagia, a estenose das vias aéreas, aparecimento de tecido de granulação, hemorragia, complicações com a prótese fonatória, fístulas, lesões cutâneas peri-estoma (maceração, eritema, escoriação, úlcera), descanulação accidental, infeção, obstrução da cânula por secreções e traqueomalácia (DGS, 2017; Santa-Cruz et al., 2020).

A presença da cânula da TQT acarreta todas as complicações referidas, mas também gera desvantagens evidentes para o doente.

Referimos como notórias a alteração da tosse, a alteração na alimentação, a ausência da função nasal, a perda de olfato e paladar, a dismorfia cervical e a afonia. Estas apresentam implicações psicológicas, atuando diretamente na comunicação, na perceção da imagem corporal e bem-estar pessoal, implicando, frustração, ansiedade, depressão e isolamento da pessoa (Cunha et al., 2012).

Tanto as complicações como as desvantagens da TQT influenciam a qualidade de vida do doente em várias perspetivas. Elas interferem na capacidade funcional, o que associado à patologia base e antecedentes pessoais, irão influenciar e conferir imprevisibilidade no processo de reabilitação do doente.

Em 2021, Medeiros et al., relatam que os enfermeiros devem possuir conhecimento prático e teórico para estabelecer relação terapêutica e construtiva com o doente com ostomia e seus familiares.

Evidenciamos desta forma a necessidade imprescindível para os enfermeiros desenvolverem a competência de cuidar o doente ostomizado, garantindo a segurança e redução de danos desnecessários, relacionados com a TQT e sua manipulação (Costa et al., 2019).

2.1.7 Cuidados de enfermagem ao doente com ostomia respiratória

Os cuidados de enfermagem baseiam-se em competências e habilidades, de forma pertinente, assentes numa “linha de cuidado integral, resolutiva e segura” (Lima et al., 2021, p.2-3). Nesta corrente de pensamento a capacitação dos profissionais, baseada em evidência

científica, permite uma eficácia na prática diária, promovendo cuidados de enfermagem de qualidade no doente com ostomia respiratória (Lima et al., 2022).

A equipa multidisciplinar desempenha um papel fundamental no período pós colocação da TQT. Contudo, os enfermeiros têm uma intervenção crucial na avaliação, identificação de necessidades, planeamento de intervenções e avaliação de resultados, no cuidado ao doente com ostomia respiratória.

A intervenção específica do enfermeiro nesta área assenta no cuidado ao estoma, fixação da cânula, mudança da cânula, pressão do cuff, permeabilidade das vias aéreas (DGS, 2017).

Segundo as diretrizes atuais e descritas na literatura, os cuidados ao estoma realizam-se com técnica asséptica (Costa et al., 2019). O enfermeiro deve preparar o material necessário para a técnica, de forma organizada e facilitadora. O conforto do doente é fundamental, devendo este ser posicionado com a cabeceira da cama de 30 a 45 graus ou em posição sentado. Preconiza-se a limpeza do estoma e pele circundante com soro fisiológico 0,9%, sempre de dentro para fora, com movimentos circulares, tal como a placa de fixação da cânula externa (Costa et al., 2019; DGS, 2017).

A limpeza ao estoma e à pele periestoma deve ser realizada diariamente, após o banho ou sempre que necessário. Secar bem toda a pele envolvida, com compressas de gaze e avaliar o estoma e pele circundante. Se necessário realizar tratamento, segundo as características que a pele apresenta (Costa et al., 2019). Recomenda-se o uso de compressas de gaze dobradas ou um penso hidrocélular, para colocar por baixo da placa de fixação, evitando usar compressas cortadas, devido ao risco de aspiração de fibras das mesmas (Costa et al., 2019).

Durante este procedimento, é imprescindível manter a cânula sempre fixa, evitando o risco de exteriorização acidental e qualquer movimento desta. Os pontos cirúrgicos do estoma devem ser retirados ao 5º dia, ou consoante indicação médica (Costa et al., 2019; DGS, 2017).

A fixação da cânula à traqueia é realizada através de um fixador, que passa na abertura lateral da placa da cânula externa. A troca do fixador da cânula deve ser realizada diariamente, após o banho e/ou em SOS. Durante o procedimento o enfermeiro tem de assegurar a imobilidade da cânula, enquanto remove a antiga e coloca a nova, evitando a saída acidental da mesma (Costa et al., 2019).

A fixação pode ser realizada com fio de nastro, cardaço (fita de algodão sarjado) ou colar (velcro), ficando com uma folga de dois dedos, evitando a asfixia (Bussoliti, 2020). O mesmo autor descreve algumas medidas, como facilitadoras, para a fixação da cânula. No caso de se utilizar fio de nastro, nunca fixar com um nó, deve ser feito um laço, facilitando o retirar, no momento da substituição. Se se utilizar o cardaço, deve fazer-se um nó com as duas pontas.

Para o fixador de velcro, fecha-se todas as pontas com o velcro. Para certificar que o fixador está bem colocado, devemos conseguir passar o dedo indicador entre a fixação e o pescoço (Costa et al., 2019).

A mudança das cânulas externa é realizada pelo médico intensivista (se o doente permanecer em unidade de cuidados intensivos) ou pelo otorringolaringologista. A frequência da troca da cânula, depende das características (metálica, plástica com cuff, plástica sem cuff). Contudo, a primeira substituição pode ocorrer após as três primeiras semanas, para que ocorra a estabilização do estoma. Após esta primeira substituição, não existe um tempo standart para uma nova substituição, esta ocorre após avaliação médica, se o estoma estiver estabilizado a cânula externa poderá permanecer de 2 a 3 meses (Fernández et al., 2018).

A substituição da cânula interna é realizada pelo enfermeiro (DGS, 2017). Esta deve ser substituída diariamente e sempre que necessário. Após retirar a cânula interna, esta deve ser lavada com água morna e a ajuda de um escovilhão, mantendo presente as instruções do fabricante (Fernández et al., 2018).

A cânula interna deve ser substituída de forma rápida, pelo risco da cânula externa ficar obstruída por secreções. Algumas cânulas internas, possuem um conector com um travão giratório, sendo necessário rodá-lo para encaixar e desencaixar na cânula externa (Bussoliti, 2020).

Outro dos cuidados necessários para o manuseamento seguro e efetivo do doente com ostomia respiratória inclui a verificação da pressão do cuff. A pressão de perfusão dos tecidos capilares da mucosa traqueal é de aproximadamente 20cmH₂O. Por conseguinte, se houver indicação para manter o cuff insuflado, o volume poderá variar entre os 14 e 25cmH₂O, havendo guidelines, que descrevem um pressão até 30cmH₂O (DGS, 2017; Mallmann, 2019).

Para insuflar o cuff, o enfermeiro usa uma seringa de 10 ml através da válvula do balonete externo, com um volume que faça oclusão em torno da cânula externa. O volume como já descrito poderá variar, consoante o tamanho da cânula e o fabricante do produto, sendo a consulta prévia das indicações do fabricante fundamentais (Fernández et al., 2018).

A avaliação da pressão do cuff através do cufómetro, deve ser realizada em cada turno (máximo de 8 horas), ou em SOS, para que a pressão exercida não cause complicações a nível da mucosa traqueal (Mallmann, 2019). Se o doente estiver conetado a dispositivo de ventilação, o cuff deve permanecer insuflado. Se o doente não necessitar de mecanismos de ventilação artificial, o cuff pode ser desinsuflado. Contudo, é necessário fazer uma avaliação ponderada do doente, pois desta forma deixa de haver proteção da árvore traqueobrônquica (Mallmann, 2019).

A aspiração de secreções é um dos cuidados que incluído nas competências e habilidades do enfermeiro na área dos cuidados ao doente com ostomia respiratória, os torna seguros, efetivos e com qualidade (Costa et al., 2019).

A aspiração de secreções através da TQT não deve ser um procedimento de rotina, Costa et al., (2019), corroboram essa prática, referindo que o procedimento deve ser adaptado individualmente a cada doente, estando indicada em casos de incapacidade de expetorar sozinho. Também deve ser considerada em situações de alterações na auscultação pulmonar, secreções visíveis e/ou audíveis, diminuição das saturações de oxigénio para 90%, cianose, diminuição dos movimentos torácicos, alterações dos valores da gasimetria, alteração da frequência respiratória e/ou padrão respiratório, bradicardia, taquicardia ou agitação psicomotora (Freeman, 2017).

Durante a realização do procedimento é fundamental a monitorização de oximetria periférica, traçado cardíaco e tensão arterial (Fernández et al., 2018). O doente deve estar posicionado confortavelmente em posição fowler ou semi-fowler (Costa et al., 2019).

A limpeza das vias aéreas através da TQT é realizada com técnica assética. Incluindo a lavagem das mãos antes e depois do procedimento, utilização de luvas e sonda estéril, bem como os equipamentos de proteção individual, avental, máscara e óculos de proteção (DGS, 2017).

Se o doente tiver uma cânula interna fenestrada, deve proceder-se à troca por uma cânula interna não fenestrada e só depois iniciar o processo de aspiração. Deve ocorrer a interrupção da dieta entérica antes de iniciar o procedimento, e testar o *cuff* antes de iniciar a técnica, evitando que a pressão deste seja insuficiente para vedar a via aérea e impedir a broncoaspiração (Costa et al., 2019).

A sequência de aspiração pode variar. Na primeira opção, pode iniciar-se a técnica na traqueostomia, cavidade nasogástrica e orogástrica, utilizando a mesma sonda para aspirar da área estéril para a área limpa. A segunda opção inclui aspirar a boca e o nariz com técnica limpa e depois, aspirar o tubo endotraqueal com técnica estéril, trocando de sonda e de luvas. A segunda opção é justificada, pela descrição dos movimentos involuntários da traqueia durante a aspiração da cânula, havendo a possibilidade de ocorrer o deslocamento do *cuff*, permitindo a passagem das secreções subglóticas para a árvore traqueobrônquica (DGS, 2022).

O calibre da sonda de aspiração, não deve exceder 50% do diâmetro do calibre da cânula, porque quanto maior o calibre da sonda, maior o risco de hipóxia. A sonda de aspiração deve possuir múltiplos orifícios na ponta, pois produz menores danos, uma vez que os orifícios laterais sugam as secreções, enquanto a sonda com um único orifício tanto aspira secreções,

como suga a mucosa traqueal. A pressão de sucção para aspiração deverá manter-se entre os 80 e 150 mmHg (Costa et al., 2019).

A técnica inicia-se com a introdução da sonda cautelosamente na cânula, com uma profundidade máxima do comprimento do tubo da cânula, mantendo o vácuo desligado, até a ponta sentir resistência. Em seguida ativa o vácuo e vai-se retirando a sonda em movimentos circulares (Costa et al., 2019).

O tempo de aspiração não deve exceder os 15 segundos. Nos intervalos entre uma aspiração e outra deve ser reconstituída a oxigenoterapia, se for o caso, para recuperação dos parâmetros hemodinâmicos (Costa et al., 2019; Fernández et al., 2018).

A instilação de solução salina estéril a 0,9%, é ainda apresentada por alguns autores, como uma prática comum. A instilação de bólus de 5-10mL de solução salina estéril é geralmente instilada no tubo endotraqueal ou de traqueostomia antes da sucção, facilitando a aspiração de secreções (Costa et al., 2019).

Contudo, um estudo conduzido por Wang et al., (2017) demonstra que o seu uso não oferece benefícios clínicos, nomeadamente na frequência cardíaca, tensão arterial e pH, podendo levar à diminuição da saturação de oxigénio até cinco minutos após a aspiração (Khanum et al., 2022).

Também Costa et al., (2019) não recomendada a instilação de solução salina estéril a 0,9% de forma rotineira antes da aspiração, mas sim perante avaliação do doente, onde se preveja benefício.

Enfatiza-se então, que, para uma boa limpeza das vias aéreas, seja necessária uma adequada hidratação do doente, priorizar a higiene oral várias vezes durante o dia e em SOS e o uso de filtros humidificadores no sistema da terapia respiratória (Costa et al., 2019).

A hiperinsuflação manual realizada com auxílio do ressuscitador manual (bag-squeezing), na fase prévia da aspiração é recomendada em doentes com diminuição ou ausência do reflexo de tosse ou tosse ineficaz (Fernández et al., 2018). Se se utilizar o bag-squeezing, deve realizar-se insuflação lenta, seguindo uma pausa inspiratória em dois segundos e, em seguida, realizar uma brusca descompressão da bolsa do ressuscitador (Fernández et al., 2018).

2.1.8 Cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com ostomia respiratória

A ventilação mecânica invasiva é na atualidade um dos procedimentos mais comuns, utilizados nas unidades de cuidados intensivos, para o tratamento de insuficiência respiratória

aguda ou crónica agudizada, contribuindo para a manutenção das trocas gasosas, para o trabalho dos músculos respiratórios e para a diminuição da utilização de oxigenoterapia (Ribeiro, 2021).

O uso deste tipo de ventilação contribuiu ao longo das últimas décadas para a diminuição da mortalidade em doentes em situação crítica. Contudo, no uso prolongado da ventilação mecânica invasiva detetaram-se várias complicações e por vezes até impossibilidade de desmame desta ventilação (Medeiros et al, 2019).

O processo de desmame ventilatório é imperativo, pois as complicações da ventilação orotraqueal, através da intubação endotraqueal são significativas, com grande impacto na pessoa. Destacam-se a disfunção dos mecanismos de higiene traqueobrônquica, devido ao aumento e alteração das secreções traqueobrônquicas, disfunção mucociliar e tosse ineficaz. A diminuição da expansão torácica, alteração da relação ventilação / perfusão. Lesões das vias aéreas, pelo contato do tubo endotraqueal e pelo barotrauma. O aumento do risco de infeção respiratória, a alteração da funcionalidade dos músculos respiratórios, nomeadamente a disfunção do diafragma. Todas estas alterações funcionais induzem ao aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, à falência do desmame ventilatório, à morbilidade e aumento dos dias de internamento (Vaz & Melo, 2011).

O internamento numa unidade de cuidados intensivos é preditora de repercussões negativas, a nível físico, neuropsiquiátrico e na qualidade de vida (Azevedo & Gomes, 2015).

Neste sentido o processo de desmame ventilatório é imperioso, contudo, é frequente a necessidade de manter o suporte ventilatório, sem via aérea artificial (ventilação não invasiva). Ou, manter a via aérea artificial, mas sem suporte ventilatório, através da TQT (Ribeiro, 2021).

Blot e Melot em 2005, apresentaram estudos, em que doentes com previsão de manter entubação orotraqueal mais de 21 dias, com manutenção da obstrução das vias aéreas, secreções traqueobrônquicas abundantes e difícil desmame do ventilador, teriam critérios para serem submetidos a realizar TQT.

O aumento do número de doentes submetidos a ostomias respiratórias, nas unidades de cuidados intensivos, apresenta segundo o estudo de Mateus et al., (2017), uma incidência que varia de 10% a 22%. Desta incidência ocorre um elevado número de comorbilidades, entre as quais, maior taxa de mortalidade nas enfermarias (Mateus et al., 2017).

Todos estes fatores permitem concluir a TQT gera mudanças na vida dos doentes a nível físico, mental, espiritual e social (Freitas & Coelho, 2013). Deste modo a reabilitação ao doente com ostomia respiratória não pode ser sequer entendida como um complemento do tratamento. A reabilitação é um processo de cuidados, envolvendo o doente como ser

humano, orientado para a autonomia e adaptação à nova condição de saúde (Freitas, 2013; Ribeiro, 2021).

O Regulamento nº 392/2019, sobre competências específicas do EEER (DRE, 2019), reconhece que a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, que integra conhecimentos e práticas específicas em intervenções que permitem maximizar o potencial funcional e a independência das pessoas, com doença aguda/ crónica ou sequelas destas.

O mesmo Regulamento objetiva que o EEER intervenha no melhoramento da funcionalidade, da promoção da independência e maximização da satisfação da pessoa, de modo a manter a autoestima, através de conceção, implementação e monitorização de “planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (DRE, 2019, p.13565). A sua intervenção projeta “assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência das atividades de vida” (DRE, 2019, p.13565). O EEER atua particularmente ao “nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (DRE, 2019, p.13565).

Contextualizando toda esta referência, reconhecemos que a reabilitação ao doente com ostomia respiratória, com o intuito de promover a decanulação, é um processo que determina o sucesso para a redução do tempo de permanência da TQT, levando à decanulação e consequente encerramento da mesma (Outeiro & Soares, 2021).

2.1.8.1 Alteração da ventilação/ limpeza das vias aéreas

O planeamento das intervenções efetivas para cada doente, em função dos objetivos propostos, carece do conhecimento dos resultados que se esperam alcançar, baseando a tomada de decisão, na evidência, objetivando a melhoria da qualidade dos cuidados (Ribeiro, 2021).

A reeducação funcional respiratória é fulcral para o início do processo de decanulação, atuando desde a diminuição das pressões do ventilador mecânico até a identificação e intervenção sobre o enfraquecimento da musculatura respiratória e periférica (Mateu et al., 2017) e adaptação à válvula fonatória (Outeiro & Soares, 2021).

Centrando a atenção no compromisso da ventilação, o EEER delineia um plano de intervenção de reeducação funcional respiratória (Ribeiro, 2021).

Numa primeira fase, a intervenção do EEER pretende reduzir o trabalho respiratório, bem como o medo e ansiedade do doente. Otimiza-se a ventilação através de exercícios de

controlo da respiração, potenciando melhoria de trocas gasosas, através de técnicas de limpeza das vias aéreas, favorecendo a mobilização e eliminação de secreções (Ribeiro, 2021) tal como a estimulação do diafragma (Costa et al., 2019).

Volpe e Guimarães, (2020), confirmam que a presença de uma via aérea artificial não permite a humidificação dos gases inspirados e, a imobilidade do doente torna-se as principais causas de retenção de secreções.

Destaca-se a importância da aspiração de secreções se o estado respiratório e a capacidade do doente para eliminar secreções não for possível de forma autónoma (Costa et al., 2019). Aplicação de técnicas para mobilizar secreções pulmonares das vias aéreas periféricas para as vias aéreas principais, dependem da avaliação da situação atual do doente (quadro clínico, colaboração do doente, presença de via aérea artificial – TQT).

Pode utilizar-se a hipersuflação manual, combinada com compressão torácica durante a expiração (bag squeezing), contudo, esta técnica apresenta-se em desuso, tendo sido substituída pela hipersuflação com ventilador, em casos de doentes com ventilação invasiva, pois há uma diminuição da pressão expiratória final positiva e causa hipoxémia (Volpe & Guimarães, 2020).

As manobras de compressão realizadas durante a expiração, associada a manobras de vibração contribuem favoravelmente à mobilização de secreções (Ribeiro, 2021). A técnica de tosse mecanicamente assistida - cough assist, pode ser usada, de forma não invasiva (através de máscara ou bucal), ou por via invasiva, neste caso através da cânula da TQT. Esta técnica traduz uma eficaz limpeza das vias aéreas, aumentando a remoção de secreções brônquicas, a compliance pulmonar, reduzindo a resistência das vias aéreas (Volpe & Guimarães, 2020).

A avaliação da situação clínica atual do doente determina a implementação de outras técnicas, nomeadamente o ciclo ativo da respiração, a expiração forçada (técnica de huff), o ensino da técnica da tosse assistida e dirigida (Costa et al., 2019).

2.1.8.2 Alteração da deglutição

A presença de um tubo endotraqueal em contato direto com as estruturas das vias aéreas, tem por consequência lesões da mucosa, sobretudo se as entubações forem por períodos prolongados, traumáticas, ou pelo uso de tubos de grande calibre e cuffs com pressões elevadas (Oliveira & Friche, 2018).

A literatura descreve que as alterações mais recorrentes da entubação traqueal são o edema, as úlceras, traumatismo na cartilagem, disfonia, a parésia das cordas vocais, pólipos, granulomas e estenoses laríngeas (Ribeiro, 2021).

Decorrente destas alterações a motilidade e sensibilidade local tendem a diminuir, alterando o padrão da deglutição, o que provoca disfagia orofaríngea pós-extubação (Oliveira & Friche, 2018).

Em doentes com TQT, a disfagia é uma complicação frequente. Neste processo ocorrem alterações da respiração, da voz e da deglutição. Com a presença da cânula, ocorre uma inibição do estímulo a nível das vias aéreas superiores, visto a ventilação ocorrer através da TQT. O ar não circula através das cordas vocais, levando ausência de voz e não ocorre pressão subglótica, ficando a deglutição comprometida (Ribeiro, 2021).

Na prática é frequente aquando da alimentação do doente o cuff da cânula da TQT estar insuflado, pois previne a aspiração de secreções, ou de conteúdo gástrico. A pressão que o cuff exerce sobre as paredes da traqueia, impede a passagem destes, para as vias aéreas inferiores. Contudo, encontramos na literatura estudos que refutam esta teoria. Ding & Logemann (2005), publicaram um estudo em que demonstram que o cuff insuflado durante alimentação, não traz benefícios, pois nesse estudo demonstram que as secreções podem ficar estagnadas na parte superior do cuff e que apesar da pressão, vai ocorrendo um gotejamento dos fluídos para as vias aéreas inferiores (Ding & Logemann 2005). A diminuição da elevação da laringe e o risco de aspiração aumenta com o cuff insuflado. Deste fato há descrição das aspirações silenciosas. Por tal descrição, a recomendação é que durante alimentação o cuff esteja desinsuflado, após avaliação da deglutição (Ribeiro, 2021).

A avaliação da deglutição pode ser realizada objetivamente através de dois exames, o videodeglutograma e a videoendoscopia da deglutição (Medeiros et al., 2019). Contudo estes exames acarretam desvantagens, tal como o tempo de espera para serem realizados, o posicionamento e colaboração do doente o risco de aspiração e a exposição a radiação (Ribeiro, 2021).

O EEER encontra-se numa posição privilegiada. Pois é o profissional que detém competências para ser o primeiro a realizar uma avaliação da deglutição através de um screening test (Ferreira, 2017). Também pelos padrões da qualidade conferidos pela entidade reguladora da profissão, tal como os referenciais teóricos que sustentam o exercício profissional, o EEER, deve intervir na pessoa com deglutição comprometida, de forma a maximizar o potencial, a melhorar a funcionalidade, a prevenir complicações e a promover a saúde (OE, 2019).

O screening test é realizado no local onde está o doente, é rápido, não invasivo e com baixos custos associados. O objetivo é detetar alterações funcionais que comprometam a deglutição na fase oral e faríngea (Oliveira & Friche, 2018).

A avaliação do processo da deglutição permite de forma segura adequar a dieta a cada doente. O Gugging Swallowing Screen (GUSS), é um método simples que permite avaliar a

capacidade do doente para deglutir alimentos semisólidos, líquidos e sólidos (Peixoto & Rocha, 2020).

Independentemente do instrumento de avaliação que o EEER utilize para a triagem da disfagia, considera-se pertinente recorrer a técnicas e métodos complementares não invasivos, como a auscultação cervical e oximetria de pulso (Peixoto & Rocha, 2020).

As intervenções do programa de enfermagem de reabilitação para a reeducação da função alimentação, dividem-se em intervenções compensatórias e terapêuticas.

As intervenções compensatórias têm como objetivo minimizar a ocorrência de complicações, recorrendo a técnicas posturais, estimulação sensorial, alterações da consistência dos alimentos, apresentação dos alimentos e controlo do meio ambiente (Guitart, 2002).

As técnicas posturais influenciam o movimento do bolo alimentar, por ação da gravidade. Fazem parte destas, a flexão cervical, a extensão e hiperextensão cervical, a rotação cervical para o lado afetado (em caso de acidente vascular cerebral), a flexão cervical para o lado não comprometido e o decúbito lateral para o lado não afetado, com elevação da cabeceira superior a 30 graus (Ribeiro, 2021).

Para a estimulação sensitiva inclui-se o sabor amargo, o aumento do volume do bolo alimentar, a temperatura fria e o uso de bebidas gaseificadas. A alteração da consistência dos alimentos varia consoante avaliação do teste GUSS, permitindo a eficácia na ingestão dos alimentos, segundo a classificação da escala do teste. Não menos importante, a apresentação dos alimentos e o controlo do meio ambiente são fatores que influenciam e estimulam o apetite. Durante a refeição e até 30 minutos após o seu término, o doente deve permanecer sentado, para prevenção do risco de aspiração (Ribeiro, 2021).

As intervenções terapêuticas melhoram as funções residuais, mantendo ou recuperando a independência da pessoa na alimentação. Guitart descreve-as como as manobras de deglutição e exercícios neuromusculares (Guitart, 2002).

As manobras de deglutição englobam um conjunto de intervenções, denominadas por manobra supraglótica, deglutição forçada, manobra de Mendelson, manobra de Masako, double swallow e lip pursing (Ribeiro, 2021).

Os exercícios neuromusculares melhoram a força, e a coordenação dos músculos usados na deglutição. Estes exercícios devem ser realizados em frente a um espelho e devem focar o treino especificamente nos lábios, língua, mandíbula, bochechas e úvula (Ribeiro, 2021).

2.1.8.3 Alteração do movimento corporal

A reabilitação do doente crítico, tem sido alvo de múltiplos estudos e aumento de interesse. No contexto da reabilitação funcional, a mobilização precoce, nomeadamente do doente crítico é sugerida como uma terapêutica fundamental, para a diminuição do desenvolvimento de complicações físicas e funcionais, que estejam relacionadas com a perda de força muscular (Azevedo & Gomes, 2015).

A perda de força muscular pode ter vários fatores associados à sua causa, nomeadamente efeitos diretos da doença base, o uso de determinados fármacos (relaxantes musculares, corticóides) e imobilidade no leito por longos períodos. E é neste último ponto que a intervenção do EEER se inicia com um programa de reabilitação funcional motora precoce (Azevedo & Gomes, 2015).

A mobilização precoce constitui um padrão de aumento da atividade, iniciado com a mobilização passiva até à deambulação, que se inicia logo após a estabilização hemodinâmica e respiratória, descrita entre as 24 e 48 horas após admissão do doente (Azevedo & Gomes, 2015).

A mobilização precoce é descrita como uma intervenção possível, segura e facilitadora da funcionalidade, permitindo ganhos na força muscular e consequentemente o desempenho em atividades diárias de vida (Azevedo & Gomes, 2015).

Não existe consenso na intensidade, frequência e duração das intervenções, mas a evidência preconiza programas de treino estruturados e individualizados, adequados à condição do doente (Mendes & Nunes, 2018).

O planeamento das intervenções do EEER assentam em exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores, exercícios musculoesqueléticos dos membros inferiores, exercícios musculoesqueléticos através de dispositivos e posteriormente exercícios de auto-mobilizações adequados à condição do doente com TQT (Ribeiro, 2021).

Perante as alterações do movimento corporal ocorrem alterações a nível da força muscular. No plano de intervenções do EEER é fundamental a sua avaliação. Para tal recorremos à Escala da Força Muscular do Medical Research Council (MRC). A MRC classifica os níveis de força em 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a

gravidade) e 5 (força normal). Esta classificação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (OE, 2017).

O treino de força muscular aumenta a massa e a força dos músculos exercitados, potenciando a função muscular. Tem como objetivo terapêutico ajustar gradualmente as sobrecargas, para induzir adaptações funcionais nos músculos, obtendo o aumento da capacidade aeróbia e da força muscular periférica. Pode recorrer-se a dispositivos de ginástica para a realização dos exercícios, nomeadamente pesos (Ribeiro, 2021).

A realização destes exercícios assenta no princípio da conservação da energia. Deste modo a coordenação do movimento muscular com os movimentos ventilatórios associa a inspiração ao momento do repouso ou menos esforço e a expiração ao momento da carga ou maior esforço (Ribeiro, 2021).

2.1.8.4 Descanulação e encerramento da traqueostomia

O encerramento da TQT é um processo basilar para a recuperação e reabilitação do doente submetido a ostomia respiratória, contudo, não está identificado o momento ideal para iniciar o treino de decanulação.

A decanulação assume-se como o processo de remoção da cânula da TQT, quando o doente apresenta capacidade respiratória autónoma e sem necessidade de TQT para manter a permeabilidade das vias aéreas (Santa-Cruz et al., 2020). Ele inicia-se no momento em que se desinsufla o cuff da cânula da TQT, precedido da troca da cânula, para sem cuff e com menor diâmetro, finalizando com a remoção da cânula da TQT e encerramento do estoma (Cunha et al., 2012).

Este é um processo onde se preconiza uma avaliação contínua do doente, identificando os critérios preditores de sucesso para o desmame da TQT. Indentificam-se os critérios preditores de sucesso, aquando a resolução da obstrução das vias aéreas superiores, a resolução da situação patológica que motivou a realização da traqueostomia, a presença de quantidades mínimas de secreções, estabilidade hemodinâmica do doente, Escala de Glasgow ≥ 8 e a não necessidade de ventilação mecânica (Medeiros et al., 2019).

Estes preditores de sucesso para a decanulação não são ainda consensuais. A literatura descreve ainda a capacidade de tolerar o cuff desinsuflado durante 24h. Tosse eficaz, com capacidade para eliminar secreções, presença de força e resistência dos músculos respiratórios, vias aéreas superiores integras, capacidade de deglutição preservada, fala com válvula de fonação e oclusão da TQT sem necessidade de suporte de oxigenoterapia, com saturações de oxigénio estáveis num período superior a 24 horas (Côrte et al., 2019).

O desmame da TQT e a consequente descanulação é um processo complexo e dependente de muitos fatores. É um processo que implica a intervenção de uma equipa multidisciplinar, com critérios, etapas e testes (Santa-Cruz et al., 2020). É imperativo uma avaliação contínua dos ganhos decorrentes da estratégia de reabilitação, ao longo do percurso de recuperação do doente crítico, durante a transição da Unidade de Cuidados Intensivos, para a enfermaria e consequentemente para a comunidade (Azevedo & Gomes, 2015; Medeiros et al., 2019).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental, no seio da equipa. É o elemento da equipa que acompanha o doente constantemente (Hausberger et al., 2016).

O EEER constitui um elemento imprescindível da equipa, devido às intervenções autónomas que área de competências lhe confere, como já foi descrito.

A atuação do EEER é essencial para o êxito do processo de descanulação da TQT. A sua intervenção é baseada na avaliação do doente, no treino específico dos músculos respiratórios, na reeducação diafragmática, treino de técnicas de limpeza das vias aéreas e de exercícios de reeducação funcional motora (Outeiro & Soares, 2021).

Quando presentes alguns dos critérios preditores de sucesso, acima descritos, pode iniciar-se o processo de descanulação. A avaliação é realizada de forma individualizada e adaptando as intervenções à condição e situação clínica de cada doente.

Ao longo de todas as etapas do processo é fundamental a estabilidade hemodinâmica do doente, avaliando sinais de esforço ventilatório: saturação de oxigénio <90%, frequência respiratória >30ciclo/ minuto, frequência cardíaca > 140 batimentos/ minuto, tensão arterial sistólica >180mmHg ou <90mmHg, diaforese, agitação e uso dos músculos acessórios (Medeiros et al., 2019).

Considerando a presença de uma cânula de TQT com cuff, o processo de descanulação inicia-se pela desinsuflação do mesmo, o qual deve permanecer o maior tempo possível desinsuflado (Medeiros et al., 2019). Se o doente não apresentar sinais de dificuldade respiratória ou esforço ventilatório, o cuff pode permanecer desinsuflado durante um período de 24h. Estas intervenções deverão ocorrer no período da manhã, para melhor despiste de complicações ao longo do dia (Santa-Cruz et al., 2020).

Se durante o período do cuff desinsuflado, não houver intercorrências, perante avaliação clínica, pode proceder-se à mudança de cânula, para uma cânula de menor calibre, fenestrada e sem cuff (Cunha et al., 2012).

A realização de exames objetivos, durante o processo de descanulação é fundamental para a recolha de informação. A fibroscopia e a broncoscopia permitem a verificação da presença de alterações, tal como granulomas ou estenoses da traqueia (Medeiros et al., 2019).

A segunda etapa no processo de descanulação diz respeito avaliação da permeabilidade das vias aéreas, verificando a passagem de ar pelas cordas vocais para as vias aéreas superiores. Nesta fase a TQT deverá ser ocluída com o dedo ou válvula fonatória, por períodos até 5 minutos, aumentando o tempo de oclusão progressivamente (Medeiros et al., 2019).

Contudo, a TQT deve permanecer ocluída até 24 horas ou 48 horas. Se ocorrer alguma complicação inerente à oclusão, deve realizar-se sequencialmente a oclusão durante 12 horas, para depois a retirar durante 12 horas, e assim sucessivamente até conseguir permanecer com a cânula ocluída durante 24h (Medeiros et al., 2029). Nesta fase, pode ser necessário administrar oxigénio por óculos nasais, para manter a estabilidade hemodinâmica do doente (Ribeiro, 2021).

Prosseguindo no processo de descanulação, avaliamos a capacidade do doente para proteger as vias aéreas inferiores. Esta apreciação decorre da avaliação da deglutição através do screening test e com a escala de GUSS (Oliveira & Friche, 2018) e objetivamente através do videodeglutograma e videoendoscopia da deglutição (Medeiros et al., 2019).

Ainda nesta etapa é fundamental a avaliação da capacidade do doente de expelir secreções através de tosse eficaz ou a necessidade de as aspirar. Pode progredir-se no processo de descanulação se a necessidade de aspirar secreções não ultrapassar o máximo de duas vezes, no intervalo de 8 horas (Medeiros et al., 2019).

A válvula fonatória é um recurso que pode ser utilizado nesta etapa, para contribuir para a descanulação. Ela é um dispositivo médico, usado em doentes com TQT, com necessidade ou não de ventilação/ oxigenação. A válvula é acoplada na parte externa da cânula da TQT ou então no circuito do ventilador. Pela configuração que apresenta, permite apenas a entrada de ar inspirado através da cânula da TQT e redireciona o fluxo de ar a ser expirado para as vias aéreas superiores, passando através da laringe (cordas vocais), faringe, boca e nariz, possibilitando a emissão de voz (Jerez et al, 2022).

Ela é usada em doentes com cânulas com cuff desinsuflado, ou cânulas sem cuff e fenestradas, os quais respiram já de forma espontânea e têm tolerância à cânula ocluída (Costa et al., 2016).

Para além da comunicação, ela contribui para a otimização da oxigenoterapia, na deglutição e na redução da quantidade de secreções (Costa et al, 2016), pois restaura a pressão subglótica e permite um sistema fechado, o que proporciona o restabelecimento da pressão e do fluxo aéreo fisiológico (Jerez et al., 2022).

A última etapa do processo de descanulação é a permanência da TQT ocluída. Nesta etapa o doente consegue respirar espontaneamente através da via aérea superior, mantendo-se estável hemodinamicamente (Mallmann, 2019).

Se o doente tolerar a oclusão da cânula durante um período de 24 a 48 horas, pode progredir-se para a remoção da mesma, pelo otorringolaringologista. O traqueostoma é encerrado por um penso oclusivo, permitindo uma *cicatrização por segunda intenção*. O orifício do estoma reduz 50% nas primeiras 12 horas e encerra externamente de 7 a 10 dias e a cicatrização completa em 4 a 6 semanas (Mallmann, 2019).

Após a descanulação o doente deve permanecer monitorizado e ser realizada avaliação do esforço ventilatório, estridor, alteração na voz, se existir alguma destas intercorrências, durante qualquer fase do processo, o doente deve ser avaliado pelo otorringolaringologista, de forma a despistar complicações (Mallmann, 2019; Medeiros et al., 2019; Santa-Cruz et al., 2020).

2.2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.2.1 Justificação da intervenção profissional

A intervenção profissional realizou-se em contexto hospitalar durante a unidade curricular Estágio Final de Reabilitação, no SMI de um Hospital Central da Região Sul, em 2022-2023.

A problemática em estudo surgiu no SMI desse hospital, centrada num problema real identificado pela Enfermeira Gestora e Coordenadora desse serviço, por se apresentar como um tema atual e, pelo qual apresentamos particular interesse pessoal.

Do enquadramento teórico e concetual sobre o tema em foco e após definição da área de intervenção, surgiram ideias basilares que contribuíram para a identificação da finalidade deste estudo, nomeadamente para a intervenção do EEER no processo de descanulação e encerramento da TQT.

Existe atualmente uma crescente produção científica, nas mais variadas áreas da ciência. De acordo com Vilelas (2020) a forma de enfrentar a multiplicidade de informação e conhecimento, concentra-se na realização de revisões da literatura.

A revisão da literatura pode ser realizada através de diferentes metodologias, mas em comum, apresentam um objetivo principal, “resumir um estado de arte num determinado campo” (Vilelas, 2020, p.99).

No presente documento, desenvolvemos uma revisão da literatura. Ela constitui-se pela análise da literatura, interpretação e análise crítica pessoal do investigador (Vilelas, 2020). É uma revisão qualitativa, que recolhe publicações pertinentes e atuais, com o propósito de “estabelecer relações, com produções anteriores, identificando temáticas

recorrentes, apontando novas perspectivas e consolidando a área de conhecimento” (Vilela, 2020, p.101)..

A elaboração da revisão da literatura sobre a intervenção do EEER ao doente com ostomia respiratória, no processo de descanulação e encerramento da TQT, teve como finalidade, contribuir para o desenvolvimento e construção de procedimentos setoriais, de enfermagem com o intuito de elaborar uma proposta de protocolo sobre a descanulação do doente com TQT, através da investigação e pesquisa da literatura mais atualizada e estudos desenvolvidos, sobre o tema.

Esta estratégia supôs uma compreensão do fenómeno em estudo, para que através dos dados obtidos da pesquisa da literatura pudessemos identificar contributos para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Segundo Lopes (2006) a investigação da prática clínica contribui para a promoção do desenvolvimento da profissão e da especialidade.

Definimos, desta forma, como pergunta projetora da estratégia: “Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, nos doentes com ostomia respiratória, no processo de descanulação e encerramento da traqueostomia”.

Tendo em conta a questão inicial, este estudo tem como propósito dar resposta aos seguintes objetivos:

- . Identificar e descrever a intervenção do EEER nos cuidados de enfermagem de reabilitação , ao doente com ostomia respiratória;
- . Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, ao doente com ostomia respiratória, com base no modelo teórico descrito;
- Desenvolver a capacidade de análise crítica e reflexão das experiências vividas e observadas em contexto clínico, favorecendo o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal.

2.2.2 Recolha e tratamento de dados

A pesquisa para o estudo foi iniciada através da pesquisa de revisões sistemáticas sobre o tema em questão e, posteriormente, artigos científicos publicados entre 2018 e 2022, com população acima dos 18 anos de idade, artigos publicados em língua inglesa e artigos com acesso completo e irrestrito. De forma a assegurar uma maior revisão de artigos, pesquisamos também as listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados, identificando desta forma potenciais artigos com relevância para o tema em análise.

As bases de dados utilizadas foram a Cochrane Library, Pubmed, RCAAP e EBSCO, com os descritores em língua inglesa: “Tracheostomy”, “Weaning”, “Decannulation” “Removel Tube” “Dysphagia”, “Swallowing”, “Deglutition”, “Rehabilitation”, “Nursing Care” (traqueostomia, desmame, descanulação, tubo de remoção, disfagia, engolir, deglutição, reabilitação, cuidados de enfermagem). A pesquisa foi efetuada entre os meses de outubro de 2022 e fevereiro de 2023.

2.2.3 Considerações éticas

A investigação na área científicas que envolve o ser humano, tal como os seus comportamentos, deve enraizar-se no respeito pelos direitos humanos (Fortin, et al, 2009).

A obtenção do consentimento informado, o respeito pela pessoa e pelo sigilo das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade são os principais fundamentos num projeto de investigação (Momberg, 1998).

A enfermagem de reabilitação emerge através da promoção da qualidade de vida, concretizando desta forma o agir ético do EEER (Deodato, 2016).

Durante o desenvolvimento do projeto não ocorreram situações que pudessem comprometer a ética em investigação. Delimitamos possíveis situações associadas a cada uma das fases do projeto, bem como as medidas a adotar para minimizar o risco de incumprimento legal, ofensa moral ou ofensa aos princípios da ética, garantido o cumprimento dos princípios e valores éticos (Momberg, 1998).

Nunes (2013) enumera seis princípios éticos através dos quais a investigação em enfermagem assenta: Beneficência; Maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade. Como tal, foram garantidos estes mesmos princípios fundamentais de excelência dos cuidados e ética profissional, tal como os deveres deontológicos inerentes à profissão de enfermagem (Código Deontológico, 2015).

A privacidade e confidencialidade dos doentes e dos dados foram garantidas, através de pseudónimos e datas fictícias, sendo que o doente nunca será identificado, nem a data do seu internamento.

2.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Este capítulo irá traduzir a análise e discussão dos resultados obtidos através da revisão da literatura.

Foi necessário um longo caminho para que a humanidade chegasse a um recurso tão relevante para a medicina, de forma a manter a vida. A ventilação mecânica tem representado uma importância significativa no suporte respiratório, em doentes em situação de saúde crítica.

A intubação endotraqueal (EOT) prolongada, aumenta o risco de pneumonia associada à intubação, inibindo mecanismos laríngeos, promovendo a contaminação orofaríngea e da árvore traqueobrônquica. Além disso, associada à EOT estão também as lesões laríngeas e da traqueia (DGS, 2022; Young et al., 2013).

Como tal a colocação de uma TQT, tornou-se uma alternativa exequível à EOT prolongada. Atualmente é um procedimento comum, realizado em unidades de cuidados intensivos, para proporcionar suporte ventilatório prolongado em doentes críticos (Costa et al., 2016). Acrescenta benefícios de melhorar o conforto do doente, diminuir a necessidade de sedação, facilitar a remoção de secreções traqueobrônquicas, manutenção segura da via aérea, facilitar e melhorar a higiene oral, tal como a comunicação (Cheung & Napolitano, 2014; Côrte, 2018).

Desta forma, a transição dos doentes de unidades de cuidados intensivos, para enfermarias e comunidade, ocorrem de forma prática e concretizável, permitindo assim uma diminuição da percentagem na taxa de mortalidade associada à VM (Costa et al., 2016).

Contudo, a TQT acarreta múltiplas complicações e desvantagens, influenciando a qualidade de vida do doente em várias perspetivas. Elas interferem na capacidade funcional, o que associado à patologia base e antecedentes pessoais, irão influir e conferir imprevisibilidade no processo de reabilitação do doente. Fomenta ainda implicações psicológicas, atuando diretamente na comunicação, na perceção da imagem corporal e bem estar pessoal, originando frustração, ansiedade, depressão e isolamento da pessoa (Cunha et al., 2012).

Em 2021, Medeiros et al., relatam que os enfermeiros devem possuir conhecimento prático e teórico para estabelecer relação terapêutica e construtiva com o doente com ostomia e seus familiares.

Evidenciamos desta forma a necessidade imprescindível para os enfermeiros desenvolverem a competência de cuidar o doente ostomizado, garantindo a segurança e redução de danos desnecessários, relacionados com a TQT e sua manipulação (Costa et al., 2019).

Os cuidados de enfermagem baseiam-se em competências e habilidades, de forma pertinente, assentes numa “linha de cuidado integral, resolutiva e segura” (Lima et al., 2021, p.2-3). Nesta corrente de pensamento a capacitação dos profissionais, baseada em evidência

científica, permite uma eficácia na prática diária, promovendo cuidados de enfermagem de qualidade no doente com ostomia respiratória (Lima et al., 2022).

A equipa multidisciplinar desempenha um papel fundamental no período pós colocação da TQT. Contudo, os enfermeiros têm uma intervenção crucial na avaliação, identificação de necessidades, planeamento de intervenções e avaliação de resultados, no cuidado ao doente com ostomia respiratória.

A intervenção específica do enfermeiro nesta área assenta no cuidado ao estoma, fixação da cânula, mudança da cânula, pressão do cuff, permeabilidade das vias aéreas (DGS, 2017; Costa et al., 2019).

O EEER é detentor de competências específicas, que lhe permitem dar resposta às dificuldades e limitações que o doente com ostomia respiratória vivencia (OE, 2018).

A avaliação do doente com ostomia respiratória é a primeira fase de intervenção do EEER. Esta decorre da avaliação sintomatológica do doente, recorrendo ao exame físico e a exames complementares de diagnóstico, pertinentes e contextualizados em cada situação

A elaboração de um plano de intervenção de reabilitação respiratória, especificamente no doente com ostomia respiratória, potencia a capacidade da pessoa para a promoção da independência funcional, autonomia, permitindo iniciar um processo de descanulação e encerramento da TQT precocemente, sendo possível, por vezes, ainda em unidades de cuidados intensivos, ou posteriormente em enfermarias (Medeiros et al., 2019; Outeiro & Soares 2021).

Um plano de reeducação respiratória, específico para o doente com ostomia respiratória, como já referimos, é executado após avaliação do doente e deve integrar exercícios de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional precoce e progressiva, favorecendo a reabilitação da pessoa a nível funcional, psicológico e ventilatório (Outeiro & Soares, 2021).

A planificação do programa de treino específico deverá incluir treino dos músculos respiratórios, reeducação diafragmática, treino de técnicas de limpeza das vias aéreas e exercícios de reeducação funcional motora.

Numa primeira fase, a intervenção do EEER pretende reduzir o trabalho respiratório, bem como o medo e ansiedade do doente. Otimiza-se a ventilação através de exercícios de controlo da respiração, treino dos músculos respiratórios, reeducação e estimulação diafragmática, potenciando a melhoria de trocas gasosas, tal como as técnicas de limpeza das vias aéreas, favorecendo a mobilização e eliminação de secreções (Costa et al., 2019; Outeiro & Soares, 2021; Ribeiro, 2021).

Destaca-se a importância da aspiração de secreções se a situação clínica respiratória e a capacidade do doente para eliminar secreções não for eficaz de forma autónoma (Costa et

al., 2019). Aplicação de técnicas para mobilizar secreções pulmonares das vias aéreas periféricas para as vias aéreas principais, dependem da avaliação da situação atual do doente (quadro clínico, colaboração do doente, presença de via aérea artificial - TQT).

As manobras de compressão realizadas durante a expiração, associada a manobras de vibração contribuem favoravelmente para a mobilização de secreções (Ribeiro, 2021). A técnica de tosse mecanicamente assistida - cough assist, pode ser usada, de forma não invasiva (através de máscara ou bucal), ou por via invasiva, neste caso através da cânula da TQT. Esta técnica traduz uma eficaz limpeza das vias aéreas, aumentando a remoção de secreções brônquicas, a compliance pulmonar, reduzindo a resistência das vias aéreas (Volpe & Guimarães, 2020).

A avaliação da situação clínica atual do doente determina a implementação de outras técnicas, nomeadamente o ciclo ativo da respiração, a expiração forçada (técnica de huff), o ensino da técnica da tosse assistida e dirigida (Costa et al., 2019).

A TQT apresenta como complicação frequente alterações a nível da deglutição. Perante um doente com ostomia respiratória, com disfagia, o EEER, encontra-se numa posição privilegiada. A avaliação da deglutição pode ser realizada de forma objetiva através do videodeglutograma ou através de videoendoscopia (Medeiros, et al., 2010).

O EEER é o profissional que detém competências para ser o primeiro a realizar uma avaliação da deglutição através de um screening test (Ferreira, 2017). Também pelos padrões da qualidade conferidos pela entidade reguladora da profissão, tal como os referenciais teóricos que sustentam o exercício profissional, o EEER, deve intervir na pessoa com deglutição comprometida, de forma a maximizar o potencial, a melhorar a funcionalidade, a prevenir complicações e a promover a saúde (OE, 2019).

A intervenção do EEER envolve, como já descrito cuidados à pessoa, com objetivos de intervir na prevenção de complicações respiratórias, motoras e funcionais. E adquirir ganhos em termos de fraqueza muscular, melhorar a função cardiorespiratória, promoção da melhoria da força muscular generalizada, promovendo a funcionalidade e consequentemente o sucesso para a descanulação e encerramento da TQT (Pereira, 2012; Cordeiro & Menoita, 2021; Outeiro & Soares, 2019).

A imobilidade manifesta-se numa “profunda e persistente incapacidade” (Unroe et al., 2010, p.169), com repercussões negativas a nível de vários sistemas (respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, músculo-esquelético, cutâneo, neurológico) (Vieira & Sousa, 2017). Os mesmos autores referem que “o desuso, repouso, inatividade ou imobilização dos membros ou corpo e a perda de enervação promovem declínio na massa muscular, força e endurance” (Vieira & Sousa, 2017, p. 378).

Em contexto de reabilitação funcional, a mobilização precoce, nomeadamente do doente crítico e, neste contexto, especificamente o doente com ostomia respiratória, é sugerida como uma terapêutica fundamental, para a diminuição do desenvolvimento de complicações físicas e funcionais, que estejam relacionadas com a perda de força muscular (Azevedo & Gomes, 2015).

Esta constitui um padrão de aumento da atividade, iniciado com a mobilização passiva até à deambulação, que se inicia logo após a estabilização hemodinâmica e respiratória, descrita entre as 24 e 48 horas após admissão do doente (Azevedo & Gomes, 2015).

A mobilização precoce é descrita como uma intervenção possível, segura e facilitadora da funcionalidade, permitindo ganhos na força muscular e consequentemente o desempenho em atividades diárias de vida (Azevedo & Gomes, 2015).

Não existe consenso na intensidade, frequência e duração das intervenções, mas a evidência preconiza programas de treino estruturados e individualizados, adequados à condição do doente (Mendes & Nunes, 2018).

O planeamento das intervenções do EEER assentam em exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores, funcionais nos músculos, obtendo o aumento da capacidade aeróbia e da força muscular periférica (Ribeiro, 2021).

A coordenação do movimento nos exercícios musculoesqueléticos, através de dispositivos e posteriormente exercícios de auto-mobilizações, são adequados à condição do doente com TQT (Ribeiro, 2021).

A realização destes exercícios assentam no princípio da conservação da energia, onde as intervenções do EEER se desenvolvem no sentido de reduzir a sensação de dispneia, prevenir, diminuir ou tardar o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias, tal como aliviar a fadiga.

No plano de intervenções do EEER é fundamental a avaliação da força muscular, para tal recorremos à Escala da Força MRC (OE, 2017).

O treino de força muscular aumenta a massa e a força dos músculos exercitados, potenciando a função muscular. Tem como objetivo terapêutico ajustar gradualmente as sobrecargas, para induzir adaptações musculares com os movimentos ventilatórios, associa a inspiração ao momento do repouso ou menos esforço e a expiração ao momento da carga ou maior esforço (Ribeiro, 2021).

Na ER são notórios os ganhos a nível da força muscular, mas de fato o mais revelador é verificar em que medida podem esses ganhos contribuir para a capacitação, para o autocuidado e desempenho nas atividades de vida diárias (AVD's), levando a uma máxima independência da pessoa (Azevedo & Gomes, 2015).

Desta forma, também aqui o EEER apresenta um papel fulcral, aquando da avaliação do doente, na identificação e modificação de fatores de risco, tal como na implementação de intervenções precoces (Azevedo & Gomes, 2015).

O processo de descanulação e encerramento da TQT é visto como o objetivo primordial na recuperação do doente com ostomia respiratória.

O desmame da TQT e a consequente descanulação é um processo complexo e dependente de muitos fatores. É um processo que implica a intervenção de uma equipa multidisciplinar, com critérios, etapas e testes (Santa-Cruz et al., 2020). É imperativo uma avaliação contínua dos ganhos decorrentes da estratégia de reabilitação, ao longo do percurso de recuperação do doente crítico, durante a transição da unidade de cuidados intensivos para a enfermaria e consequentemente para a comunidade (Azevedo & Gomes, 2015; Medeiros et al., 2019).

Segundo Medeiros, et al. (2019), no processo de descanulação, destacam-se algumas etapas como fundamentais neste processo. A desinsuflação do cuff, a permeabilidade das vias aéreas, avaliação da deglutição, capacidade de mobilização de secreções e treino de oclusão da TQT (Medeiros et al., 2019).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental, no seio da equipa. É o elemento da equipa que acompanha o doente constantemente (Hausberger et al., 2016).

O EEER constitui um elemento imprescindível da equipa, devido às intervenções autónomas que a área de competências lhe confere, como descrevemos ao longo deste relatório.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A articulação de conhecimentos técnico-científicos e respetiva interação com o meio envolvente, torna possível a existência de competências como um processo dinâmico. Estas não são estáticas, resultando da aquisição de conhecimentos, como um processo adaptativo e progressiva evolução através da aplicação de saberes teóricos e das diversidades e adversidades do quotidiano. A competência é desta forma a excelência na realização de determinado domínio.

Apresentamos neste capítulo análise reflexiva das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as competências de Mestre.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro Especialista, segundo o nº3 do artigo 4º do REPE “ é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso em estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015, p.99).

O Enfermeiro Especialista é em conformidade com o Regulamento nº 140/2019 o profissional qualificado, com competências comuns, “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (DRE, 2019, p,4745).

A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (DRE, 2019, p.4746)

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.

Na prática diária do EEER ocorrem variadíssimas situações que constituem dilemas de resolução complexa. Ao longo do período de estágio, constatámos várias situações onde foi necessário recorrer a normas legais, princípios éticos e deontológicos para suportar o processo de tomada de decisão.

As tomadas de decisão tiveram por base os princípios, valores e normas deontológicas. Foram sempre validadas com a enfermeira orientadora, enquanto elemento de referência no processo de aprendizagem e com a pessoa ou família/pessoa significativa.

A reflexão sobre as diferentes tomadas de decisão, a forma de lidar e liderar a tomada de decisão, o respeito pelos direitos, valores e cultura da pessoa, o respeito do direito ao cuidado, à vida e à qualidade de vida, o garantir sigilo profissional, mantendo privacidade e intimidade da pessoa, o responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa e/ou família/pessoa significativa, foram focos fundamentais no desenvolvimento desta competência.

Consideramos assim, que a conduta adotada proporcionou a aquisição das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

B-Domínio da melhoria contínua dos cuidados (DRE, 2019, p.4747)

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias 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.

Com vista ao desenvolvimento das competências neste domínio, desenvolvemos e aprofundámos conhecimentos acerca de normas, protocolos e projetos desenvolvidos nos serviços. Foram realizadas pesquisas bibliográficas na área da qualidade, da prestação de cuidados e na aplicação dos princípios de gestão de um ambiente seguro.

Destacamos como atividades realizadas, para o contributo do projeto de melhoria da qualidade, um projeto de intervenção sobre “Cuidados de Enfermagem ao Doente com Ostomia Respiratória”, do qual resultaram dois procedimentos setoriais sobre: “Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória” e “Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ao Doente com Ostomia Respiratória” (Apêndice nº 1)

Os procedimentos foram apresentados a todos os enfermeiros do SMI, de forma a tomarem conhecimento. Realizamos formação do tipo ação - formação, esclarecidas, debatidas e discutidas dúvidas acerca do tema.

Esta modalidade de formação foi proposta pela coordenadora do SMI e pela Sr^a Enfermeira Orientadora, com o objetivo de desenvolver uma reflexão individual de cada elemento da equipa, em relação aos cuidados a ter ao doente com ostomia respiratória. Esta formação passou a ser integrada no programa de formação contínua dos enfermeiros do SMI.

Durante o estágio colaborámos e participámos em dois projetos desenvolvidos pela equipa de EEER do SMI.

No projeto “Formar para Reabilitar” (Apêndice nº 2), a nossa participação foi determinada pela realização de auditorias. Estas foram realizadas de forma individualizada, a cada elemento da equipa de enfermagem. As avaliações foram realizadas através da grelha de avaliação das auditorias, aquando da prestação direta de cuidados, pela observação direta e/ou inquérito, numa valência do SMI, na qual decorreu o ensino clínico de reabilitação (cuja amostra foram 19 enfermeiros).

Realizámos formações sobre os procedimentos: “Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos Dispneia e Expetorar”, “Mecânica corporal na prevenção de lesões músculoesqueléticas” e os “Princípios básicos de atividade motora – Posicionamentos e Transferências”.

As sessões de formação foram teórico-práticas do tipo ação - formação, realizadas em momentos de passagem de turno e em situações específicas junto ao doente, durante a prestação direta de cuidados, onde os enfermeiros tiveram oportunidade de concretizarem as intervenções, no sentido de haver uma integração efetiva dos conhecimentos.

No projeto de “Prevenir, Alongar e Exercitar quem Cuida, para melhor Cuidar” (Apêndice nº 2), elaboramos um programa de treino motor, cardíaco e respiratório através de uma sessão de GL, com o objetivo de estimular estilos de vida ativos e saudáveis, promover o bem estar físico e emocional e prevenir lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), aos enfermeiros.

Para a sessão de ginástica laboral (GL) realizamos e produzimos um vídeo, com a colaboração da Sr^a Enfermeira Especialista S.R. e a Sr^a Fisioterapeuta M.J.P., fisioterapeuta que dá apoio ao SMI.

Esta sessão de GL foi implementada no SMI, em grupo, com uma frequência facultativa, incluída diariamente, no turno da manhã, com a duração de aproximadamente 10 minutos, dinamizada por mim, pelo enfermeiro de reabilitação de serviço ou pela fisioterapeuta de apoio ao SMI, consoante a presença dos vários elementos. As sessões decorreram dentro do espaço físico do serviço, na sala de enfermagem ou sala de reuniões, conforme o número de participantes, com recurso ao vídeo realizado, que foi exibido em ecrã.

Por forma a dinamizar as sessões, com o intuito de relembrar e incentivar a execução dos exercícios nos momentos de pausa, afixámos em espaços estratégicos pósteres alusivos à GL (Apêndice nº 2), com a referida sequência de exercícios.

Como último ponto neste domínio de competência assumimos que a pessoa é o centro da atuação do EEER, como tal os cuidados a prestar, são propostos à pessoa de forma a dar

resposta às necessidades individuais. Consideramos o meio social, económico e familiar, potenciando desta forma um estímulo ao desenvolvimendo das suas capacidades.

Ao longo dos estágios trabalhámos, desenvolvemos e refletimos a capacidade de promover a relação terapêutica, confiança e a empatia com o doente e família. Tal como indentificarmos situações ou práticas de risco potencial, incidentes e/ou eventos adversos.

Perante a exposição do trabalho desenvolvido, consideramos que as competências que integram o domínio da melhoria continua da qualidade, foram atingidos na totalidade.

C- Domínio da gestão dos cuidados (DRE, 2019, p.4748)

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.

Durante o estágio demonstrámos capacidade para avaliar a pessoa de forma holística, diagnosticando necessidades, planeando de forma a intervir consoante a necessidade de referenciação a outros profissionais da equipa multidisciplinar, tal como articulação entre e intra instituições de apoio à pessoa hospitalizada.

Na aquisição destas competências colaborámos nas decisões da equipa multidisciplinar e referenciação a outros profissionais. Tivemos oportunidade de assistir semanalmente à reunião multidisciplinar (diretora clínica, médico assistente, EEER, assistente social, fisioterapeuta, equipa da gestão de altas e sempre que necessário nutricionista, psicóloga, ou outro profissional essencial para aquela situação específica), para discussão de cada doente internado, delineando o plano de ação específico.

No SMI a dinâmica da equipa de enfermagem é facilitada pelo fato de haver um EEER, no turno da manhã. Estes enfermeiros são encarados pela equipa como peritos, detentores de conhecimentos e capacidades acerca de determinado domínio, sabendo quando, como, onde e porque deve utilizar esse conhecimento (Nunes, 2010). Neste contexto foram várias as vezes que nos solicitaram (enfermeiros de cuidados gerais, equipa médica, fisioterapeutas, equipa de gestão de altas, assistente social), para avaliar e validar situações específicas.

Ao longo dos estágios, apesar de não constar como atividade planeada no projeto, surgiu um convite da Sr^a Enfermeira Coordenadora do SMI, para assistir a uma reunião do Núcleo de Enfermagem de Enfermeiros de Reabilitação (NEER). Esta foi a primeira reunião do NEER, tendo como objetivo delinear e objetivar o inicio deste núcleo, com a execução do Regulamento Interno do NEER.

No decorrer dos estágios indentificámos a comunicação como um ponto fundamental para o desenvolvimento da prática dos cuidados. Mas também relativamente à liderança perante a equipa multidisciplinar.

A comunicação é uma capacidade que o EEER deve adquirir e desenvolver, pois é influenciadora em relação às competências exigidas. Deste modo, desenvolvemos e refletimos este foco através de pesquisa bibliográfica sobre comunicação, técnicas de comunicação, comunicação eficaz, comunicação para liderar, comunicação assertiva.

Desenvolvemos também intervenções de supervisão e delegação de tarefas a outros elementos da equipa multidisciplinar, gerindo prioridades adequadamente.

Consideramos, perante o explanado, que este domínio e respetivas competências foram adquiridas e desenvolvidas eficazmente.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens (DRE, 2019, p.4749)

D1 – Desenvolve o autoconhecimento.

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

O desenvolvimento das aprendizagens ocorre não só no contexto prático, mas também no ato refletido. A reflexão sobre a nossa prática permitiu consciencializar acerca do porquê da nossa ação perante determinada situação.

O ato de refletir, foi desenvolvido diariamente, questionando e pesquisando a pertinência da ação. A intervenção da Sr^a Enfermeira Orientadora revelou-se fundamental para a reflexão de questões pertinentes.

A assertividade foi outra característica fundamental encontrada no comportamento do EEER. O saber intervir no momento adequado, permite um atuar eficaz, mesmo em situações de pressão e/ou stress. Permitiu-nos gerir conflitos dentro da equipa multidisciplinar, na relação com o doente/ família e entre profissionais / doente / família.

Consideramos também que o EEER é um elemento facilitador de aprendizagens em contexto de trabalho, tornando-se fundamental conseguir mobilizar e atualizar conhecimentos, tendo por base a evidência científica.

Durante o estágio assistimos a uma sessão de formação sobre “Nutrição e Disfagia”, da qual surgiu a realização de folhetos sobre disfagia e exercícios práticos na disfagia.

Surgiu também um convite pela Sr^a Diretora do SMI para participar nas Jornadas do SMI, com o tema subordinado “Sinergias”. Neste ponto desenvolvemos um projeto com outra colega, também no percurso da Especialidade de ER em contexto de Mestrado, sobre o tema “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no processo de transição do hospital, casa” (Apêndice nº 3). A apresentação teve uma apreciação muito positiva da Sr^a

Diretora de Serviço, da Sr^a Enfermeira Diretora e da Sr^a Enfermeira Coordenadora do SMI. Ficando o intuito de abraçar o projeto e implementá-lo no SMI.

Como já referimos ao longo deste capítulo a prática clínica deve ser desenvolvida com base na evidência. Como tal desenvolvemos uma Revisão da Literatura sobre: “A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Processo de Descanulação e Encerramento da Traqueostomia”.

No contexto do desenvolvimento desta Revisão da Literatura, tivemos oportunidade de assistir a consultas de enfermagem de ostomia respiratória, consultas de otorringolaringologia (ORL), exames realizados pelo médico ORL (fibroscopia nasal e laringea e videodeglutograma), troca de cânulas externas de traqueostomias, troca de cânulas não fenestradas com cuff, para fenestradas sem cuff e descanulação completa.

Desta forma, consideramos que as competências inerentes a este domínio foram adquiridas com sucesso.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O Regulamento nº 392/2019, sobre competências específicas do EEER (DRE, 2019), reconhece que a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, que integra conhecimentos e práticas específicas em intervenções que permitem maximizar o potencial funcional e a independência das pessoas, com doença aguda/ crónica ou sequelas destas.

O mesmo Regulamento (DRE, 2019) objetiva que o EEER intervenha no melhoramento da funcionalidade, da promoção da independência e maximização da satisfação da pessoa, de modo a manter autoestima, através de conceção, implementação e monitorização de “planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (DRE, 2019, p.13565).

Apresentamos assim, a análise reflexiva das competências específicas do EEER, consagradas neste Regulamento.

J1 – Cuida a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática dos cuidados (DRE, 2019, p.13566)

Ao longo do ensino clínico na área de reabilitação, a população alvo com a qual trabalhamos, foram jovens adultos, adultos e idosos, os quais na sua situação específica, se encontravam em diferentes fases do seu percurso de vida e em condição de saúde/doença muito específicos.

Tivemos oportunidade de experienciar e trabalhar com doentes em que a limitação funcional afetava a capacidade do autocuidado, para a realização de AVD's e atividades de vida instrumentais (AVI's). Nomeadamente doentes com lesões vértebro-medulares, AVC's, síndrome de guillian barré, lesão ocupante de espaço, esclerose lateral amiotrófica, tumores cerebrais, doença de Parkinson, Alzheimer, pós cirurgia ortopédica (prótese de joelho e anca), insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, doença pulmonar obstrutiva crónica, asma agudizada, derrame pleural, pneumotórax, infeção respiratória, pneumonia, insuficiência respiratória com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) e traqueostomias.

Perante o exposto e para desenvolvimento de competências neste domínio, avaliámos as alterações que determinam limitações à funcionalidade no autocuidado da pessoa.

Para tal, a avaliação foi realizada em contexto individualizado, percebendo quais as interações que a pessoa estabelece no meio onde está inserida. Avaliamos a pessoa de forma holística, fazendo um enquadramento da situação atual na sua história de vida. Recorremos a todos os recursos disponíveis, incluindo a família, elemento fundamental de parceria com o EEER, de forma a estabelecer planos facilitadores no processo de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

Avaliámos a funcionalidade através de escalas e instrumentos de medida (escala de Barthel, medida de independência funcional, escala de Morse, escala de Berg, MRC, usadas no SMI), por forma a elaborar diagnósticos e identificar necessidades.

Após a identificação das necessidades, delineámos planos de intervenção com o intuito de promover ou manter capacidades no processo adaptativo da pessoa à nova condição de saúde.

Direcionámos as intervenções do EEER para otimizar e/ou reeducar as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, eliminação e sexualidade. Sempre que surgiu oportunidade, usámos produtos de apoio, ajudas técnicas ou dispositivos de compensação. Quando estes tinham de ser adquiridos para a pessoa, após alta hospitalar, explicámos a forma mais adequada para os adquirir e quais os recursos existentes para tal.

Para alcançar estes objetivos, mobilizámos os conhecimentos adquiridos ao longo deste mestrado, nas diversas áreas de aprendizagem. Foram realizadas pesquisas bibliográficas, de forma a basear a prática na evidência mais atualizada. Tivemos sempre presente as normas, procedimentos e protocolos existentes nos serviços por forma a serem cumpridos.

Foram desenvolvidos planos de cuidados individualizados ao longo dos estágios, tal como registos de enfermagem de reabilitação e atualização de processos de enfermagem em Sclínico.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (DRE, 2019, p. 13567)

As intervenções foram desenvolvidas com base nos diagnósticos realizados, por forma a maximizar e potenciar a autonomia da pessoa nos autocuidados para a realização das AVD's e AVI's.

Foram realizados, como já descritos, planos específicos e individualizados para os autocuidados, nomeadamente alimentação, banho/arranjar-se, vestir/despir, calçar/descalçar, uso do sanitário, posicionamento, transferência, eliminação urinária/intestinal, sexualidade.

Realizamos ensinamentos à pessoa e família/pessoa significativa sobre técnicas que facilitam a execução dos autocuidados, tal como o recurso aos produtos de apoio, ajudas técnicas e dispositivos de compensação. Apesar de apresentarmos todas estas medidas facilitadoras para melhorar a autonomia, foi fundamental percebermos a capacidade que a pessoa e família/pessoa significativa tinham para os desenvolver ou adquirir.

Neste contexto realizámos um levantamento de necessidades do SMI, em relação a material educativo para fornecer aos utentes e família. Elaborámos folhetos informativos sobre disfagia: "Vou ter alta e agora? – Disfagia (Dificuldade em Engolir)", "Vou ter alta e agora? – Exercícios Práticos para a Pessoa com Disfagia" (Apêndice nº 4).

Durante o ensino clínico tivemos a fantástica oportunidade de ser integrada na equipa multidisciplinar. Como tal, assistimos às reuniões semanais que ocorrem no serviço, com a equipa multidisciplinar (diretora clínica, médico assistente, EEER, assistente social, representantes da equipa de gestão de altas, fisioterapeuta e sempre que necessário psicóloga e nutricionista ou outro profissional, cuja presença fosse pertinente naquele caso específico). Estas reuniões são fundamentais, pois avaliam todas as valências relacionadas com aquela pessoa especificamente, percebendo quais os focos de preocupação e quais as intervenções necessárias em termos multidisciplinares.

J3 – Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (DRE, 2019, p. 13567)

Para o desenvolvimento das competências neste domínio, delineámos como objetivos específicos: implementar programas de treino motor e cardiorespiratório, avaliando o impacto destes.

Durante o estágio, desenvolvemos intervenções com a pessoa, objetivando maximizar a capacidade funcional, para melhorar o desempenho motor e cardiorespiratório.

Executámos, ensinámos, instruímos e treinámos exercícios e técnicas de fortalecimento muscular, desenvolvimento de equilíbrio corporal e de marcha, com e sem recurso a produtos de apoio.

Implementamos treinos de tolerância ao esforço, tendo em vista a realização das AVD's e AVI's e sessões de educação/ literacia relativamente ao tema.

Também executámos, ensinámos, instruímos e treinámos as posições de descanso e relaxamento, assim como a consciencialização e controlo da respiração, técnicas de correção postural, exercícios para aumentar a eficácia dos músculos respiratórios e técnicas de conservação de energia.

Como o sucesso do processo de reabilitação depende não só da reeducação funcional, mas também do desempenho da pessoa durante as restantes horas do dia, é fundamental a aquisição de conhecimentos que lhe permitam lidar com as alterações de saúde (Hoeman, 2011), (Menoita, 2014).

Assim, o planeamento das sessões de reeducação funcional motora (RFM) foram realizadas à pessoa e em algumas situações à família/pessoa significativa também. Abordámos os exercícios a realizar, quando e a frequência com que devem ser exercitados. Abordámos fisiopatologia da doença, quais as patologias associadas, as consequências funcionais, a importância da adesão ao tratamento, tal como adesão e manutenção de hábitos de vida saudáveis (exercício físico, alimentação, vacinação, cessação tabágica).

Na avaliação do impacto do treino motor e cardiorespiratório, monitorizámos os resultados esperados, usámos escalas e instrumentos de medida usados nos serviços e respetivos registos em Sclínico.

Assumimos que a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar abrange conhecimentos e procedimentos específicos. Por conseguinte o EEER caracteriza-se pelo elevado nível de conhecimentos e experiências acrescidas que o permitem atuar de forma antecipada. Deste modo, tal como já referimos a conceção de planos de enfermagem de reabilitação, que visam maximizar o potencial da pessoa, é realizada com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão relativamente à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação.

Após a exposição do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, consideramos que as competências específicas do EEER inerentes aos vários domínios foram adquiridas com sucesso.

3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Em conformidade com o artigo nº 15 do Decreto Lei nº65/2018 de 16 de Agosto, o qual regulamenta o regime jurídico dos Graus Académicos e dos Diplomas ao Ensino Superior.

1- O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2- O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização. (DRE, 2018).

Ao longo dos estágios dispusemos de motivação e capacidade para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de intervenção, nomeadamente para episódios clínicos neurológicos, respiratórios e motores. Aprofundámos conhecimentos teórico-práticos na realização de intervenções de enfermagem de reabilitação, direcionadas especificamente a cada pessoa, potencializando e maximizando a autonomia.

Trabalhámos em equipa e em multidisciplinariedade. Valorizámos e priorizámos a participação ativa do doente e família. Lidámos com questões complexas, nomeadamente conflitos familiares, situações sócio-económicas de difícil resolução, processos de transição saúde/ doença de difícil aceitação, pela pessoa e família.

Desenvolvemos respostas, sem emitir juízos de valor, integrando os conhecimentos desenvolvidos, da forma mais adequada a cada situação.

Agimos sempre com conduta e responsabilidade ética e deontológica. Desenvolvemos um exercício de reflexão pessoal e profissional, que foi proporcionando uma capacidade de ação refletida, orientada e adequada.

Fortalecemos capacidades na área da comunicação e raciocínio, atuando assertivamente, com objetividade e empatia.

Durante este percurso foi fundamental o trabalho autónomo e autodidata, permitindo-nos acrescentar a tudo, que aprendizagem ao longo da vida é imprescindível na aquisição de competências ou na consolidação das mesmas.

Consideramos que após apresentação e análise reflexiva de todas as competências explanadas neste capítulo, também as competências de Mestre foram totalmente adquiridas.

CONCLUSÃO

O presente capítulo constitui o culminar de todo o processo desenvolvido ao longo deste Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. O desenvolvimento e apresentação do projeto de intervenção denominado como “A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Processo de Descanulação e Encerramento da Traqueostomia”.

Descrevemos as limitações que foram encontradas ao longo do processo, as contribuições que nos trouxe e descrevemos algumas sugestões para o futuro. Damos resposta aos objetivos inicialmente delineados que permitiram a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, assim como das competências de Mestre.

Na sociedade atual, com a evolução de novos paradigmas, acerca de conceitos de saúde-doença, tal como técnicas e procedimentos associados, há uma diminuição da taxa de mortalidade associada à pessoa que se encontra em situação crítica.

A TQT é uma das técnicas que se tornou popular e que cada vez mais é usada em doentes submetidos a VM, quando esta se mostra como sendo necessária por um período longo, superior a 10 dias.

Temos assim cada vez mais doentes com ostomias respiratórias a terem alta de unidades de cuidados intensivos, para enfermarias, antes do processo da descanulação. O modelo de prestação de cuidado as a estes doentes deve preconizar a participação de uma equipa multidisciplinar. Contudo, o enfermeiro possui conhecimentos práticos e teóricos, que lhes permite estabelecer uma relação terapêutica e edificadora com o doente com ostomia e seus familiares.

Evidenciamos desta forma a necessidade imprescindível para os enfermeiros desenvolverem a competência de cuidar o doente ostomizado, garantindo a segurança e redução de danos desnecessários, relacionados com a TQT e sua manipulação (Costa et al., 2019). Expressamos desta forma que as formações profissionais, com atualização de procedimentos, permitem a uniformização dos cuidados, revelando ganhos em saúde e cuidados de enfermagem de excelência. O EEER é detentor de competências específicas, que lhe permitem dar resposta às dificuldades e limitações que o doente com ostomia respiratória vivencia (OE, 2018). Ele constitui-se como um elemento imprescindível da equipa, devido às intervenções autónomas que a área de competências lhe confere.

No presente trabalho foi desenvolvida uma revisão da literatura, que nos permitiu fundamentar e sedimentar as intervenções enquanto EEER, contribuindo para uma melhoria

da funcionalidade geral do doente, tal como o aumento dos ganhos relativamente ao autocuidado, comunicação, melhoria da auto-imagem, traduzindo uma menor dependência nas AVD's, promovendo a independência e melhoria da qualidade de vida. Permitiu-nos constatar a pertinência e relevância do EEER na maximização da funcionalidade da pessoa, capacitando-a para o autocuidado e readaptando-a à sua situação de saúde atual.

Refletindo globalmente sobre o trabalho produzido, consideramos que o projeto de intervenção alcançou os objetivos específicos propostos para o mesmo.

Conseguimos descrever a intervenção do EEER nos cuidados de reabilitação ao doente com ostomia respiratória. Desenvolvemos e adquirimos competências para os cuidados específicos de ER ao doente com ostomia respiratória, com base nos pressupostos do modelo teórico de Patricia Benner. Desenvolvemos ainda a capacidade de análise crítica e reflexão das experiências vividas e observadas em contexto clínico, favorecendo o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal, sendo estas descritas no capítulo 3.

Após apresentação deste projeto de intervenção pensamos que este contribuiu positivamente para a valorização da ER, pela forma evidente como é descrito o impacto do EEER na vida da pessoa. Na nossa opinião adequar o número de EEER em todos os contextos de cuidados, seria uma mais valia na melhoria da condição de dependência da pessoa, neste caso específico, com ostomia respiratória.

Identificamos como dificuldades e limitações a escassez de produções científicas referentes ao tema, na área da enfermagem.

Desta forma, para que os cuidados do EEER ao doente com ostomia respiratória sejam efetivos, seguros e de qualidade, apresentamos como sugestão, a realização de pesquisa e investigação com metodologia relevante, de forma a ampliar o conhecimento e a desenvolver competências e habilidades nesta área de intervenção.

No final deste percurso conseguimos salientar a relevância do mesmo a nível pessoal e profissional. A procura do conhecimento permite-nos evoluir, as dificuldades e frustrações permitem-nos evoluir. A saída da zona de conforto permite-nos evoluir.

Temos a certeza de que crescemos e evoluímos, com o intuito de ser uma enfermeira, que através de uma prática de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, consigamos manter os princípios da excelência profissional. A mudança ocorre quando nos propomos a cumpri-la, mas sobretudo quando os que de nós dependem estão dispostos a receber-nos para fazer parte dela, ao nosso lado.

BIBLIOGRAFIA

- Azevedo, P., Gomes, B. (2015). Effects of early mobilisation in the functional rehabilitation of critically ill patients: a systematic review. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 129-138. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388241158007.pdf>.
- Decreto Lei nº 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros: Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República nº 157, I série de 16 de fevereiro de 2009. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (1ª Edição). Quarteto Editora.
- Blot, F., Melot, C., (2005). Indications, timing and techniques of tracheostomy in 152 French ICU; *Commission d'Epidémiologie et de Recherche Clinique* 127(4), 1347-52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15821214/>.
- Bussoloti, R. M. (2020). *Orientações para pacientes – Traqueostomia*. Disponível em: <https://accamargo.org.br/sites/default/files/2020-08/manual-traqueostomia.pdf>.
- Cardoso, L., Simoneti, F. S., Camacho, E. C., Lucena, R. V., Guerra, A. F. & Rodrigues, J. M. da S. (2014). Intubação Orotraqueal Prolongada e e Indicação de Traqueostomia. *Ver. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 16 (4), 170-173.
- Centro Hospitalar de Setúbal – CHS (2021). Disponível em www.chs.min-saude.pt/setubal/centro-hospitalar-de-setubal/.
- Cheung, N. H., & Napolitano, L. M. (2014). Tracheostomy: Epidemiology, Indications, Timing, Technique, and Outcomes Discussion. *Respiratory care*, 59 (6), 895-919.
- Chinn, P. & Kramer, M. (2018). *Knowledge development in nursing* (10ª edição). Health Sciences Division: Elsevier.
- Cordeiro, M., Menoita E. (2012) *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. (1ª edição). Lusociência.

- Côrte, M. (2018). *Indicadores sociodemográficos, clínicos e fonoaudiológicos para decanulação em pacientes adultos traqueostomizados*. [Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais].
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B3WH6V/1/q_volume_finalizado_corrigido_pos_defesa_margaret_em_01.05.18.pdf.
- Côrte, M., Vicente, L., Friche, A. (2019). Decannulation: sociodemographic, clinical and speech-language indicators predictive of success. *Audiology Communication Research* 24(e) 1-9. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2103>.
- Costa, C., Favero, T., Steidl, E. (2016) Decannulation: speech therapy and physiotherapy approach. *Distúrbios da Comunicação*. 28(1) 93-101. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/22714>.
- Costa, E., Rocha, D., Rodrigues, C. (2019). Care for the Prevention of Complications in Tracheostomized Patients. *Revista de Enfermagem UFPE* (13). 169-178. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a238545p169-178-2019>.
- Cunha M., Barosa J., Margalho P. (2012), Tracheostomy Closure Protocol in a Rehabilitation Institution. *Revista Sociedade Portuguesa Medicina Física e Reabilitação*. (22)2. 28-35. Disponível em <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/10>.
- Ding, R., Logemann, J. (2005). Swallow physiology in patients with trach cuff inflated or deflated: a retrospective study. *Wiley InterScience*. 27(9). 809-13. Disponível em <https://doi.org/10.1002/hed.20248>.
- Direção Geral da Saúde. Norma nº011/2016 atualizada em 03/03/2017. *Indicações clínicas e intervenção nas ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/10/28/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-respiratorias-em-idade-pediatrica-e-no-adulto/>.
- Direção Geral da Saúde. Norma nº021/2015 atualizada em 17/11/2022. *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à intubação*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/11/17/feixe-de-intervencoes-para-a-prevencao-da-pneumonia-associada-a-intubacao/>.

saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/.

Fernández, W., Fernández, G. (2018). Cuidados en el paciente crítico com traqueostomía. *MetasEnferm.* 21(6). 63-68. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6482673>

Ferreira, A. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da escala GUSS: contribuição da enfermagem de reabilitação*. [Dissertação de mestrado em associação Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus]. Repositório Institucional da Universidade de Évora. <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/21775/1>.

Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação* (1ª edição). Lusodidacta.

Frederico, M., Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Formasau.

Freeman, D., Stwalley, D., Lambert, D. (2013). High resource utilization does not affect mortality in acute respiratory failure patients managed with tracheostomy. *Respiratory Care* 58, 1863-1872.

Freeman, D. (2017) Tracheostomy Update: When and How. *Critical Care Clinics, Philadelphia*. (33)2. 311-322. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.007>.

Freitas, A., Coelho, M. (2013). *Câncer da Laringe em Homens e o Cuidado Cotidiano*. Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978858042738.7>.

Guitart, M. (2002). *Disfagia Neurógena: Evaluación Y Tratamiento*. Badalona: Fundación Institut Guttmann. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3299/1/2010000028.pdf>.

Hausberger, C., Leonor, V., Gomes, R. (2016). Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar. *Ciência e Cultura* 52. 11-18. Disponível em <https://docplayer.com.br/113964943-Proposta-de-protocolo-para-decanulacao-realizada-por-equipe-multidisciplinar.html>.

- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª ed). Lusodidacta.
- Japiassu, H., Marcondes, D. (1996). *Dicionário Básico de Filosofia*. (3 edição). Zahar.
- Jerez, M., Meneses, C., Zingoni, H. (2022). Tracheostomized: the relevance of speech and swallowing valve in tracheostomized ICU patients. *Brazilian Journal of Development*. (8)4. 26272-26280. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/index.php/BRJD/article/download/46456/pdf>.
- Khanum, T., Khan, T., Kamal, S. (2022). Assessment of knowledge regarding tracheostomy care and management of early complications among healthcare professionals. *Braz Journal Otorhinolaryngologi*. 88(2). 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.06.011>
- Konder, L. (1993). *O futuro da filosofia da práxis*. Paz e Terra.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed.
- Lima, F., Bendelaque Sousa, J., Freitas de Araújo, L. (2021). Sistematização da assistência de enfermagem à criança vítima de queimadura. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*. (34)11. 220–226. Disponível em <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/407>.
- Lima, F., Oliveira, R., Pantoja, S. N. P. (2022) Nursing Care as Quality Management for Users With Tracheostomy- Integrative review. *Research, Society and Development*. (17)11. 1-12. Disponível em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39071>
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente Como Intervenção Terapêutica*. Formasau – Formação e Saúde, LDA;
- Mallmann, L. (2019). Manejo do Paciente Traqueostomizado e Descanulação – O Papel do Intensivista além da UTI. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*. (2)5. 112-134. <https://doi.org/10.20951/2446-6778>.

- Mateus, A., Ruivo, E., Troncoso, E. (2017). Tracheostomy weaning in responsive and non-responsive neurologic patients. *Arq. Ciênc. Saúde*. 24(2). 44-50. Disponível em https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-24-2/desmame-de-traqueostomia-em-pacientes-neurolgicos-responsivos-e-arresponsivos.pdf.
- Medeiros, A., Cunha, A., Soares, A. (2021). The role of nurses in ostomy care. *Research, Society and Development*. (10)11. 1-8. Disponível em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/19648/17895/244652>.
- Medeiros, G., Sassi F.C., Lirani-Silva C., Andrade, F.(2019). Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão da literatura. *In CoDAS*. 31(6). 1-14. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>.
- Mendes, R., Nunes, M. (2018). A Importância da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. (1)2. 8-13. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.01.4406>.
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Pão-Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusodidacta.
- Miranda, L.S.G. (2013). *A importância da consulta de enfermagem de Estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade*. [Tese de Mestrado]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Momberg, J. (1998). *Ética Y Salud - Políticas De Salud: Ética En La Asignación De Recursos*. Ma del Mar Garcia Calvente. Disponível em <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=NjQuaG90bGluaw==>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*. 17. 3-9. Disponível em http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_17.html

- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. Departamento De Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. (2ª edição). Lusodidacta.
- Oliveira, M., Friche, L., S. (2018). Fatores preditivos para disfagia orofaríngea após intubação orotraqueal prolongada. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 84(6). 722–728. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.08.010>
- Ordem Dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*, 99. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Regulamento n.º 119/2015, Diário da República, 2ª série, n.º 119. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Enfermagem de Reabilitação – Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDaDosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boas Práticas: Reabilitação Respiratória*. 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.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26. 4744-4750. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série, n.º 85. 13565-13568. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>.
- Outeiro, R., Soares, S. (2021). A Enfermagem de Reabilitação e o desmame ventilatório numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. 4(2). 57–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.177>.
- Peixoto, V., Rocha, J. (2020). *Metodologias de intervenção em Terapia da Fala*. 2º volume Edições Universo Fernando Pessoa.
- Pereira, J. (2012). *Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado na UCI*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto] Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/9340>
- Pitol, S., Costa, A., Lohmann, P. (2021). Nursing care for tracheostomized patients admitted to a medium-sized hospital in Vale do Taquari-RS-Brazil. *Research, Society and Development*. 10(5). 1-5. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.12606>.
- Ribeiro, C., Borges, R., Medeiros, P. (2022). Uso de dispositivo auxiliar respiratório, cânula de traqueostomia, em pacientes internados para reabilitação. *Acta Fisiátrica*. (9)1. S69-S71. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/205096>.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas*. Lidel.
- Santa-Cruz, F., Vasconcelos, M., Vasconcelos, F., Ferraz, A. (2020). Tracheostomy – Conduits and Technique. *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 20 (2). 40-44. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2020/02/Arquivos/08ArtClinico.pdf>.

- Unroe, M., Kahn, J. M., Carson, S. S., Govert, J. A., Martinu, T., Sathy, S. J., Clay, A. S., Chia, J., Gray, A., Tulskey, J. A., & Cox, C. E. (2010). One year trajectories of care and resource utilization for recipients of prolonged mechanical ventilation. *Annals of Internal Medicine*. 153(3). 167–175. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-3-201008030-00007>.
- Vaz, I., Melo, A. (2011). Desmame ventilatório difícil – o papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*. 24(2). 299-308. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1618/1200>.
- Vianna, A. (2011). Tracheostomy: an up-to-date review. *Pulmão RJ*. 20(3). 39-42. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wpcontent/themes/sopterj_redesign_2017/revista/2011/n_03/09.pdf.
- Vieira, C., Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1ª Edição). Lusodidacta.
- Vilar-Puig, P. Cortés-Cisneros, A. Chavolla-Magaña, R. & Molina-Ramírez, L. (2016). *Historia de la traqueostomía*. An Orl Mex. Disponível em <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2016/aom162k.pdf>.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.
- Volpe, M., Guimarães, S. (2020). Técnicas de Desobstrução das Vias Aéreas para Pacientes Ventilados Mecanicamente: Insights para Otimização. *Respiratory Care*. 65(8). 1174–1188. <https://doi.org/10.4187/respcare.07904>.
- Wang, C.H., Tsai, J.C., Chen, S.F., Su, C.L., Chen, L., Lin, C.C., et al. (2017). Instilação salina normal antes da sucção: uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados e controlados. *Aust Crit Care* 30. 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.11.001>.
- Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and Methods* (3 edª). Thousand Oaks: Sage. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/23279888>.

Young, D., Harrison, D. A., Cuthbertson, B. H., Rowan, K., & TracMan Colaboradores. (2013). Effect of early vs late tracheostomy placement on survival in patients receiving mechanical ventilation: The TracMan randomized trial. *JAMA*. 309(20). 2121–2129. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.5154>.

APÊNDICES

Apêndice I – Procedimentos setoriais

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	aa/aa/aa
		Versão ##	aa/aa/aa
		Próxima revisão:	aa/aa/aa
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

Definir orientações para a realização de cuidados de enfermagem a prestar ao doente com ostomia respiratória, de modo a uniformizar cuidados.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna.

3. Siglas, abreviaturas e definições

ml – mililitro

mmHg – milímetro de mercúrio

ORL – Otorringolaringologista

4. Referências

- Busanello J, Härter J, Bittencourt CM, Cabral TS, Silveira NP. (2021). *Boas práticas para aspiração de vias aéreas de pacientes em terapia intensiva*. J. nurs. health. 11(1):e2111119127. Consultado em 28 Dezembro 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19127>
- Bussoloti R.M. (2020). *Orientações para pacientes – Traqueostomia*. Consultado em 15 Dezembro 2022. Disponível em: <https://accamargo.org.br/sites/default/files/2020-08/manual-traqueostomia.pdf>
- Norma nº011/2016 da Direção Geral da Saúde (28/10/2016 a 03/03/2017). *Indicações clínicas e intervenção nas ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto*. Consultado em 01 Novembro 2022, disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/10/28/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-respiratorias-em-idade-pediatrica-e-no-adulto/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória, Guia Orientador de Boas Práticas*. Protocolo multiprofissional. Traqueostomia: Indicações e Orientações de Cuidado ao Paciente Adulto. (2020). Consultado em 10 Dezembro 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/traqueostomia-adulto-final.pdf>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação, conceções e práticas*. Lidel.
- Vianna A., (2011) *Tracheostomy: an up-to-date review*. Pulmão RJ 2011; 20(3):39-42. Consultado em 05 Novembro 2022, disponível em: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/sopterj_redesign_2017/revista/2011/n_03/09.pdf

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	<i>Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória</i>	Data de entrada em vigor:	aa/aa/aa
		Versão ##	aa/aa/aa
		Próxima revisão:	aa/aa/aa
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

5. Responsabilidades

Enfermeiro gestor/ coordenador: pela validação e divulgação, como formação contínua integrado no plano de formação para os serviços de internamento.

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna: pela validação, atualização, divulgação, formação e verificação do cumprimento do procedimento.

Enfermeiro dos Serviço de Medicina Interna: pela aplicação e execução do procedimento.

6. Procedimento

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico, que consiste na realização de uma incisão da traqueia anterior, a nível do 3º ou 4º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricóide, estabelecendo uma via aérea com abertura artificial para o exterior, através de uma cânula, permitindo a permeabilidade da via aérea. O tempo de permanência da cânula determina a classificação da traqueostomia, sendo temporária ou definitiva. Ela é temporária quando a descanulação e encerramento são realizados num curto período de tempo. Se a via de ventilação for única e definitiva para o doente através da traqueostomia, esta será definitiva.

A realização das ostomias respiratórias no adulto têm indicação nas seguintes situações:

- Doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico;
- Doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio);
- Traumatismo facial ou cervical;
- Corpos estranhos faringolaringeos;
- Estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal;
- Controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço;
- Entubação traqueal, onde se prevê extubação improvável dentro de 10 a 14 dias;
- Síndrome de apneia obstrutiva do sono;
- Obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas;
- Paralisia bilateral das cordas vocais;
- Patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares;
- Edema pós – radioterapia;
- Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos;

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	xx/xx/xx
		Versão ##	xx/xx/xx
		Próxima revisão:	xx/xx/xx
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

As complicações da traqueostomia podem ocorrer, por isso torna-se fundamental a sua prevenção. Podem ser classificadas em complicações imediatas, mediatas ou tardias:

- **Complicações imediatas:** dor, edema, afonia, aumento de secreções brônquicas, falso trajeto da cânula, apneia (devido a perda do "drive" respiratório causado pelo estado de hipóxia), sinais e sintomas de hemorragia, obstrução da via aérea / cânula por secreções, pneumotórax, pneumo – mediastino (lesão direta das cúpulas pleurais), lesão das estruturas adjacentes.
- **Complicações mediatas:** sinais e sintomas de hemorragia, infeção, deiscência da sutura, traqueíte, celulite, exteriorização da cânula externa, enfisema subcutâneo, disfagia, paralisia das cordas vocais, fístula traqueo-esofágica, dor, edema, secreções purulentas, com odor fétido.
- **Complicações tardias:** dificuldade na descanulação; disfagia, estenose traqueal, tecido de granulação, traqueomalácia, hemorragia, lesões cutâneas peri-estoma.

Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória

No doente com ostomia respiratória o enfermeiro tem uma intervenção fundamental na avaliação, identificação de necessidades, planeamento de intervenções e avaliação de resultados.

Os cuidados específicos ao doente traqueostomizado incidem sobre:

- **Cuidados ao estoma**
 1. Sendo a ostomia respiratória uma ferida cirúrgica, é fundamental utilizar técnica asséptica.
 2. Posicionar o doente confortavelmente, em posição sentado ou com cabeça da cama de 30 a 45°.
 3. Preparar o material necessário para a realização da técnica.
 4. Limpar o estoma e pele circundante com soro fisiológico 0,9%, sempre de dentro para fora, com movimentos circulares.
 5. Limpar da mesma forma a placa de fixação da cânula externa.
 6. A limpeza deve ser realizada diariamente, após o banho ou em SOS.
 7. Secar bem toda a pele envolvida, com compressas de gaze.
 8. Avaliar estoma e pele circundante. Se necessário realizar tratamento, segundo as características que a pele apresenta.
 9. Colocar por baixo da placa de fixação compressas de gaze dobradas ou um penso hidrocélular. Nunca usar compressas cortadas, evitando o risco de aspiração de fibras das mesmas.
 10. Durante este procedimento, manter sempre a cânula fixa evitando o risco de exteriorização acidental e qualquer movimento desta.

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	<i>Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória</i>		Data de entrada em vigor:	/..../..
			Versão ##	/..../..
			Próxima revisão:	/..../..
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

11. Os pontos cirúrgicos do estoma devem ser retirados ao 5º dia, ou consoante indicação médica.

- **Fixação da cânula**

1. A troca da fixação da cânula deve ser realizada diariamente, após o banho e/ou em SOS.
2. Durante a troca da fixação o enfermeiro tem de assegurar a fixação da cânula, enquanto remove a antiga e coloca a nova.
3. A fixação pode ser realizada com fio de nastro, cardaço (fita de algodão sarjado) ou colar (velcro), ficando com uma folga de dois dedos, evitando a asfixia.
4. Medidas facilitadoras na fixação da cânula: se utilizar fio de nastro, nunca fixar com um nó. Deve ser feito um laço, o que facilita o retirar, no momento da substituição. Se se utilizar o cardaço, deve fazer-se um nó com as duas pontas. Para o fixador tipo velcro, fecha-se todas as pontas com o velcro.
5. Para certificar que a fixação está bem colocada, devemos conseguir passar o dedo indicador entre a fixação e o pescoço.

- **Mudança das cânulas externa e interna**

Substituição da cânula externa é realizada pelo ORL.

A frequência da troca da cânula, depende das características (metálica, plástica com cuff, plástica sem cuff). Contudo, a primeira substituição pode ocorrer após as três primeiras semanas, para que ocorra a estabilização do estoma. Após esta primeira substituição, não existe um tempo standard uma nova substituição, esta ocorre por avaliação do médico de ORL, se o estoma estiver estabilizado a cânula externa poderá permanecer de 2 a 3 meses.

Substituição da cânula interna é realizada pelo enfermeiro.

1. Deve ser substituída diariamente e sempre que necessário em SOS.
2. Retirar a cânula interna, lavar com água morna e ajudar com o escovilhão. Importante seguir as instruções dos fabricantes.
3. A cânula interna deve ser substituída de forma imediata, pelo risco da cânula externa ficar obstruída por secreções.
4. Algumas cânulas internas, possuem um conector com um travão giratório, sendo necessário rodá-lo para encaixar e desencaixar na cânula externa.

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória		Data de entrada em vigor:	aa/aa/aa
			Versão ##	aa/aa/aa
			Próxima revisão:	aa/aa/aa
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- **Aspiração de secreções**

1. Realizar aspiração de secreções quando clinicamente indicado e após avaliação do enfermeiro (alterações na auscultação pulmonar, secreções visíveis e/ou audíveis, diminuição das saturações de oxigénio para 90%, cianose, diminuição dos movimentos torácicos, alterações dos valores da gasimetria, alteração da frequência respiratória e/ ou padrão respiratório, bradicardia, taquicardia, agitação psicomotora).
2. Manter monitorização de oximetria periférica, traçado cardíaco e tensão arterial (se necessário).
3. Utilizar técnica asséptica. Incluindo a lavagem das mãos antes e depois do procedimento, utilização de luvas e sonda estéril, bem como dos equipamentos de proteção individual: avental, máscara e óculos de proteção.
4. Posicionar o doente em fowler ou semi-fowler .
5. Se o doente tiver uma cânula interna fenestrada, trocar por uma cânula não fenestrada e só depois aspirar.
6. Interromper a dieta entérica antes de realizar a aspiração.
7. Testar o *cuff* antes de iniciar a técnica, evitando que a pressão seja insuficiente para vedar a via aérea e impedir a broncoaspiração.
8. A sequência de aspiração pode variar. Opção 1: traqueostomia, cavidade nasogástrica e orogástrica, utilizando a mesma sonda para aspirar da área estéril para a área limpa. Opção 2: aspirar boca e nariz com técnica limpa e depois aspirar o tubo endotraqueal com técnica estéril, trocando de sonda e de luva. Esta sequência, é justificada bibliograficamente, pelos movimentos involuntários da traqueia durante a aspiração da cânula, podendo ocorrer o deslocamento do *cuff*, permitindo assim a passagem das secreções subglóticas para a árvore traqueobrônquica.
9. Escolher o calibre da sonda de aspiração, este não deve exceder 50% do diâmetro do calibre da cânula. A sonda de aspiração deve possuir múltiplos orifícios na ponta.
10. A pressão de sucção para aspiração deverá manter-se entre os 80 e 150 mmHg.
11. Introduzir a sonda cautelosamente, mantendo o vácuo desligado, até a ponta sentir resistência. Em seguida ativar o vácuo e ir retirando a sonda em movimentos circulares.
12. O tempo de aspiração não deve exceder 15 segundos. E nos intervalos entre uma aspiração e outra o doente deve ser reconectado a oxigenoterapia, se for o caso, para recuperação dos parâmetros hemodinâmicos.
13. A instilação de bólus de 5-10mL de solução salina estéril é geralmente instilada no tubo endotraqueal ou de traqueostomia antes da sucção. Não existem evidências científicas que comprovem que os benefícios superam os danos e, apesar da ampla utilização, não é recomendada a instilação de maneira rotineira antes da aspiração.
14. A hiperinsuflação manual realizada com auxílio do ressuscitador manual (*bag-squeezing*), na fase prévia aspiração é recomendada em doentes com diminuição ou ausência do reflexo de tosse ou tosse ineficaz.

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

15. Se utilizar o ressuscitador manual (ambú), deve realizar-se insuflação lenta, seguindo uma pausa inspiratória em dois segundos e, em seguida, realizar uma brusca descompressão da bolsa do ressuscitador.

- **Pressão do cuff**

1. Insuflar o cuff, com uma seringa de 10ml através da válvula do balonete externo, com um volume que faça oclusão em torno da cânula externa, sem aumentar risco de complicações.
2. O volume poderá variar entre os 14 e 200ml, consoante o tamanho da cânula e o fabricante do produto. Consultar previamente as indicações do fabricante.
3. Avaliar a pressão do cuff através do cuffómetro. A pressão exercida não deve exceder os 30mmH₂O. Realizar esta avaliação uma vez turno e/ ou em SOS.
4. O cuff deve permanecer insuflado, se o doente estiver conectado a dispositivo de ventilação.
5. O cuff pode estar desinsuflado se o doente não necessitar de mecanismos de ventilação artificial. Contudo, é necessário fazer uma avaliação ponderada do doente, pois deixa de haver proteção da árvore traqueobrônquica.

- **Deglutição, nutrição e hidratação**

1. Alimentar o doente por via oral ou através de sonda nasogástrica, em cânula com cuff, é importante não esquecer de insuflar o cuff, após avaliação do estado clínico do doente e capacidade de deglutição. Manter insuflado durante pelo menos meia hora após a refeição e elevação da cabeça a 30°.
2. Avaliar capacidade de deglutição do doente, se apresentar cânula sem cuff. (seguir Procedimento para a Realização do Teste de Disfagia – Serviço de Medicina Interna, do CHS. - PS.MEDI.029).
3. Garantir hidratação adequada do doente.
4. Proporcionar higiene oral uma vez turno e/ ou em SOS .

- **Cuidados Fundamentais/ Alertas**

1. Mudar o sistema/ equipamento da terapia respiratória, diariamente.
2. Utilizar os filtros humidificadores.
3. Alternar os posicionamentos do doente com a frequência adequada à escala de Braden.
4. Realizar levante e deambular com o doente, se a condição de saúde o permitir.
5. Durante o banho evitar a entrada de água através da traqueostomia. Pode usar-se um colar protetor de traqueostomia, um filtro ou usar a própria mão posicionada em forma de concha.
6. No doente com cânula fenestrada, ensinar a ocluir o orifício da cânula para falar.

	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória		Data de entrada em vigor:	aa/aa/aa
			Versão ##	aa/aa/aa
			Próxima revisão:	aa/aa/aa
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

7. No doente com traqueostomia com cuff insuflado, ajudar e incentivar a encontrar alternativas para comunicar.
8. Manter a campainha de chamada sempre junto ao doente.
9. Manter ou incentivar o doente a uma apresentação agradável, encorajando o contato com o outro.
10. Manter disponibilidade, serenidade e segurança nos cuidados prestados.
11. Comunicar com família, prestador de cuidados ou pessoa significativa, esclarecendo dúvidas.
12. Desenvolver os cuidados, com o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.
13. Realizar registos de enfermagem, claros, objetivos e pertinentes.

7. Anexos

Esta secção lista pelo título os suportes documentais necessários para certificar ou provar que as tarefas referidas no procedimento têm sido realizadas e verificadas. Quando possível apresentará um exemplar de cada um dos suportes indicados.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01			Versão original	

Revisão:

A rever por:	Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo de 3 anos	Data da próxima revisão:
--------------	---	--------------------------

Aprovação/Ratificação:

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL E.P.E.	<i>Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais ao Doente com Ostomia Respiratória</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00
Aprovado por:	- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. Dependência Hierárquica e Funcional - Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data:	
Ratificado por:	Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autónoma	Data:	

 CENTRO HOSPITALAR DE E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

Definir orientações para a realização de cuidados de enfermagem de reabilitação a prestar ao doente com ostomia respiratória, pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, de modo a uniformizar cuidados.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, do Serviço de Medicina Interna.

3. Siglas, abreviaturas e definições

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ORL – Otorrinolaringologista

RFR – Reeducação funcional respiratória

RFM – Reeducação funcional motora .

4. Referências

Medeiros GC, Sassi FC, Lirani-Silva C, Andrade CRF. *Crítérios para decanulação da traqueostomia: revisão da literatura*. Cotas. 2019 Dez 2;31(6):e20180228. Português, Inglês. DOI: 10.1590/2317-1782/20192018228. PMID: 31800881. Consultado em 30 Dezembro. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31800881/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória*, Guia Orientador de Boas Práticas.

Ordem dos Médicos. Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia.(2020). *Cuidados em doentes traqueostomizados Covid-19 – Protocolo de decanulação*. Consultado em 08 Janeiro 2023. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-traqueotomia-ORL-2.pdf>

Pereira MallmannL. (2019). *Manejo Do Paciente Traqueostomizado E Decanulação – O Papel Do Intensivista Além Da Uti*. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, 5(2). Consultado em 05 Janeiro 2023. Disponível em: <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/286>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação, concepções e práticas*. Lidel.

Silva, B. L., Rodrigues, C. D. S., Pontão, D. F. R., & Beccaria, L. M. (2021). *Comunicacao com pacientes intubados : revisao de literatura*. CuidArte, Enferm, 104-110. Consultado em 10 Janeiro 2023. Disponível em: <http://www.webflpa.net/facflpa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.104-110.pdf>

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	/..../..
		Versão ##	/..../..
		Próxima revisão:	/..../..
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

5. Responsabilidades

Enfermeiro gestor/ coordenador: pela validação e divulgação, como formação contínua integrado no plano de formação para os serviços de internamento.

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna: pela validação, atualização, divulgação, formação e verificação do cumprimento do procedimento, tal como pela sua aplicação e execução.

Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna: pela colaboração no cumprimento do procedimento

6. Procedimento

Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória

A intervenção do EEER é fundamental no processo de desmame e decanulação da traqueostomia, garantido que o doente atinja o máximo da sua independência e funcionalidade. Para tal, após avaliação do doente pelo EEER, inicia-se um plano de cuidados com intervenções direcionadas aos seguintes focos de enfermagem:

- **Dispneia**

1. Realizar um plano de RFR no doente com traqueostomia, adequado à sua condição de saúde.
2. Monitorizar oximetria periférica, frequência respiratória, traçado cardíaco e tensão arterial;
3. Avaliar dispneia;
4. Executar, ensinar, instruir e treinar o doente a otimizar a ventilação através da técnica respiratória: consciencialização dissociação de tempos respiratórios, respiração abdomino diafragmática;
5. Executar, ensinar, instruir e treinar técnicas de descanso e relaxamento;
6. Executar, ensinar, instruir e treinar técnicas de correção postural;
7. Administrar oxigenoterapia se necessário;
8. Planear atividades com o doente;

 CENTRO HOSPITALAR DE E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	/../..
		Versão ##	/../..
		Próxima revisão:	/../..
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- **Expetorar**

1. Monitorizar oximetria periférica, frequência respiratória, traçado cardíaco e tensão arterial;
2. Auscultar tórax;
3. Avaliar reflexo de tosse;
4. Avaliar limpeza das vias aéreas;
5. Aspirar secreções;
6. Vigiar caraterísticas das secreções;
7. Ensinar, instruir e treinar técnica da tosse assistida;
8. Executar cinesiterapia respiratória;
9. Executar técnica de drenagem postural;

- **Executar exercícios de:**

Tonificação da musculatura cervical:

- Executar, ensinar, instruir e treinar: a extensão e flexão do pescoço; rotação do pescoço – rodar a cabeça para o lado direito e depois para o lado esquerdo, respeitando a amplitude; inclinação lateral da cabeça para a direita e para a esquerda; elevação dos ombros e retornar à posição inicial; movimentos circulares dos ombros, para a frente e para trás;
- Executar técnica de relaxamento da musculatura da cervical, através de massagem e/ou termoterapia;

Tonificação da musculatura orofacial:

1. Aumentar a força muscular dos lábios: abrir e fechar a boca; lábios para fora e “dar beijinhos”; segurar uma espátula entre os lábios; mover os lábios para a direita e para a esquerda;
2. Aumentar a força muscular da língua: “estalar” a língua contra o palato; mover a língua para dentro e para fora; colocar a ponta da língua, junto ao nariz; empurrar uma espátula com a ponta da língua; empurrar as bochechas com a ponta da língua; enrolar a língua;
3. Aumentar a força muscular das bochechas: encher as duas bochechas de ar; “encolher” as bochechas para dentro; encher a bochecha esquerda; encher a bochecha direita; sugar e assobiar;

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória		Data de entrada em vigor:	aa/aa/aa
			Versão ##	aa/aa/aa
			Próxima revisão:	aa/aa/aa
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

4. Aumentar a mobilidade da faringe:

Emitir sons graves e agudos alternados (A...U...A...U); emitir o som "U" com a língua retraída; emitir o som "I"; recolher a língua exageradamente para trás; colocar a língua de fora exageradamente; bocejar;

• **Deglutição**

1. Avaliar disfagia (seguir procedimento da Realização do Teste de Disfagia – Serviço de Medicina Interna, do CHS. - PS.MEDI.029);
2. Executar, ensinar, instruir e treinar técnicas de controlo do bolo alimentar: Lateralizar a língua durante a mastigação; Levantar a língua em direção ao palato duro; Modelar a língua em volta do bolo alimentar "cupping"; Realizar movimentos com a língua para "varrer" o palato; Utilizar a técnica de "double swallow" (deglutir 2 vezes seguidas); Treinar com uma colher invertida na boca (empurrar a colher para cima e para trás em simultâneo);
3. Executar, ensinar, instruir e treinar estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço; rotação da cabeça para o lado afetado e flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado (em caso de AVC); inclinação posterior da cabeça;
4. Executar, ensinar, instruir e treinar manobras facilitadoras da deglutição: Manobra supra-glótica; Manobra supersupraglótica; Manobra de Mendelson; Manobra de "lip pursing"; Manobra de "double swallow"; Deglutição forçada; Manobra de Masako;

• **Comunicação**

1. Avaliar a capacidade de comunicação do doente e recorrer aos recursos mais adequados, tais como gestos e comunicação escrita, acrescida pela presença dos familiares, o que tende a facilitar o entendimento das necessidades dos doentes;
2. Usar os recursos mais adequados para cada doente: papel e lápis escuro, cartas com imagens de necessidades - banho, dor, virar na cama, frio, calor, cartas com letras do alfabeto, lista com frases e mensagens mais comuns e também com manifestação de desejos ou sentimentos, apreensões e medos;
3. Recorrer a estratégias que facilitam a comunicação: posicionamento correto do profissional ou familiar - próximo do doente (de preferência na sua frente), ajustar a luminosidade do ambiente (facilita a leitura labial), reduzir o ruído de fundo (sem rádio e televisão, com privacidade para captar a atenção);
4. Estimular o doente a falar de modo claro, devagar, enquanto o recetor mantém atenção às palavras-chave ou frases que forneçam pistas e significado à informação, sem interromper o pensamento do doente;

 CENTRO HOSPITALAR DE E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	/..../..
		Versão ##	/..../..
		Próxima revisão:	/..../..
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

5. Adotar outras estratégias que podem incluir: piscar os olhos de modo diferente para o sim e o não, para evitar interpretações errôneas ou confusas (sugestão: desviar o olhar para um lado e para o outro, por exemplo), usar uma caneta adaptada (composta de uma haste e espuma de uretano condutora e um tablet);
6. Aplicar a válvula fonatória, se possível e aplicável;

- **Movimento corporal**

1. Avaliar força, através da escala da força muscular do Medical Research Council (usada no SMI e parametrizada no Sclínico);
2. Planear e personalizar um plano de Reeducação Funcional Motora no doente com traqueostomia;
3. Executar, ensinar, instruir e treinar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores;
4. Executar, ensinar, instruir e treinar exercícios musculoesqueléticos dos membros inferiores;
5. Executar, ensinar, instruir e treinar exercícios musculoesqueléticos através de dispositivos;
6. Disponibilizar material para auto-mobilizações se a condição do doente o permitir;

Descanulação e encerramento da traqueostomia

O encerramento da traqueostomia traz ganhos importantes e é um passo fundamental na reabilitação do doente.

É um processo que envolve uma equipa multidisciplinar, com critérios, etapas e testes. Contudo, o EEER mantém um papel fundamental, devido a todas as intervenções autónomas que tem na sua área de competências.

A descanulação (procedimento médico do ORL) consiste no processo de remoção da cânula da traqueostomia. O início deste procedimento exige um conjunto de pressupostos preditores de sucesso:

- A situação patológica que motivou a realização da traqueostomia deve estar resolvida;
- Estabilidade hemodinâmica;
- Não depender de ventilação mecânica;
- Escala de Glasgow de ≥ 8 ;
- Mobilizar secreções (tosse eficaz);
- Apresentar deglutição eficaz;
- Necessidade de aspiração de secreções inferior a 4 vezes por dia.

 CENTRO HOSPITALAR DE E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	uu/uu/uu
		Versão ##	uu/uu/uu
		Próxima revisão:	uu/uu/uu
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Se os critérios acima descritos estão presentes, considera-se o início do processo de descanulação. De referir que cada doente tem de ser avaliado de forma individualizada e adaptando as intervenções à sua condição e situação clínica.

Ao longo de todas as etapas do processo é fundamental a estabilidade hemodinâmica do doente. Avaliar sinais de esforço ventilatório: saturação de oxigénio <90%, frequência respiratória >30ciclo/ minuto, frequência cardíaca > 140 batimentos/ minuto, tensão arterial sistólica >180mmHg ou <90mmHg, diaforese, agitação e uso dos músculos acessórios.

Durante todo o processo o doente deve permanecer monitorizado (saturações de oxigénio, frequência respiratória, frequência cardíaca, tensão arterial).

- **Etapla nº1 - Desinsuflação do cuff**

- Se o doente não apresentar sinais de dificuldade respiratória ou esforço ventilatório, o cuff pode permanecer desinsuflado durante um período de 24h (a iniciar sempre de manhã);

EEER

1. Avaliar capacidade respiratória do doente;
2. Executar as intervenções já descritas no ponto referente à dispneia, deste procedimento;
3. Executar e incentivar a realização dos exercícios desenvolvidos no treino de RFR do doente;
4. Executar, ensinar, instruir e treinar exercícios para treino dos músculos respiratórios;
5. Treino de estimulação da deglutição, conforme descrito no ponto da deglutição, deste procedimento;

- **Etapla nº2 - Avaliação da permeabilidade das vias aéreas**

- Se durante o período do cuff desinsuflado, não houve intercorrências, perante avaliação médica, pode proceder-se à mudança de cânula, para cânula de menor calibre, fenestrada e sem cuff.

EEER

1. Avaliar capacidade respiratória do doente;
2. Verificar a passagem de ar pelas pregas vocais para as vias aéreas superiores;
3. Proceder ao treino de oclusão da cânula (com o dedo ou válvula fonatória), por períodos, aumentando o tempo de oclusão progressivamente;
4. Administrar oxigenoterapia por óculos nasais se necessário;
5. Executar as intervenções já descritas no ponto referente à dispneia, deste procedimento;
6. Executar e incentivar a realização dos exercícios desenvolvidos no treino de RFR do doente;
7. Explicar ao doente a sua nova condição (consegue respirar e falar);

 CENTRO HOSPITALAR DE E.P.E.	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

8. Disponibilizar um espelho ao doente, para ele próprio poder ocluir a cânula por períodos com o dedo ou ensinar a usar a válvula fonatória;
9. Avaliar capacidade de deglutição (nesta fase pode ser realizado com complemento o videodeglutograma ou videoscopia da deglutição, executado pelo ORL);
10. Executar as intervenções já descritas no ponto referente à deglutição, deste procedimento;
11. Executar e incentivar a realização dos exercícios descritos para o fortalecimento da musculatura cervical e orofacial, neste procedimento;
12. Avaliar a capacidade do doente para expelir as secreções;
13. Ensinar, instruir e treinar tosse eficaz;
14. Executar as intervenções já descritas no ponto referente ao expetorar, deste procedimento;

• **Etapa nº3 – Oclusão da traqueostomia**

- Após 24 horas de uso da cânula fenestrada, sem intercorrências respiratórias, pode progredir-se para a oclusão do orifício externo da cânula, com a tampa de oclusão.
- Essa tampa deverá permanecer durante 12 horas diurnas, sempre sob vigilância e monitorização. Se não se verificarem intercorrências, pode prolongar-se o seu uso no período noturno.
- Durante a oclusão o doente tem de manter a capacidade de respirar espontaneamente, através das vias aéreas superiores, com valores de oxigénio estáveis e aceitáveis para o doente;
- Pode ou não ter suporte de oxigénio suplementar, através de óculos nasais.
- Se o doente tolerar a oclusão da cânula durante um período de 24h, pode progredir-se para a remoção da mesma, pelo médico ORL;
- O traqueostoma é encerrado por um penso oclusivo, permitindo uma "cicatrização por segunda intenção".
- Mudar o penso diariamente até cicatrização completa (7 a 10 dias).
- Após a descanulação o doente deve permanecer monitorizado e ser realizada avaliação do esforço ventilatório, estridor, alteração na voz.
- Se existir alguma destas intercorrências, durante qualquer fase do processo, o doente deve ser avaliado pelo ORL, de forma a despistar complicações.

EEER

1. Avaliar capacidade respiratória do doente;
2. Atualizar o plano de treino de RFR do doente, aumentando a resistência;
3. Avaliar capacidade motora;
4. Atualizar o plano de treino de RFM, aumentando a resistência;
5. Avaliar focos de ação no Sclínico, com necessidade de intervenção do EEER;

	Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória		Data de entrada em vigor:	aa/aa/aa
			Versão ##	aa/aa/aa
			Próxima revisão:	aa/aa/aa
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

6. Manter disponibilidade para o doente e família/ pessoa significativa, esclarecendo dúvidas;
7. Manter família/ pessoa significativa como elementos fundamentais, no processo de reabilitação funcional;

Todas as intervenções do EEER deverão ser avaliadas, registadas e atualizadas no processo do Sclínico doente, de modo a serem visíveis os ganhos em saúde.

7. Anexos

Esta secção lista pelo título os suportes documentais necessários para certificar ou provar que as tarefas referidas no procedimento têm sido realizadas e verificadas. Quando possível apresentará um exemplar de cada um dos suportes indicados.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01			Versão original	

Revisão:

A rever por:	Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo de 3 anos	Data da próxima revisão:
--------------	---	--------------------------

Aprovação/Ratificação:

 CENTRO HOSPITALAR DE E.P.E.	<i>Procedimento de Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Reabilitação ao Doente com Ostomia Respiratória</i>	Data de entrada em vigor:	/../..
		Versão ##	/../..
		Próxima revisão:	/../..
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00
Aprovado por:	- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional" - Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data:	
Ratificado por:	Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autónoma	Data:	

Apêndice II – **“Formar para Reabilitar**

“Prevenir, alongar e exercitar quem cuida... para melhor cuidar”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde
6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Participação e Colaboração nos Projetos

“Formar para Reabilitar”

“Prevenir, alongar e exercitar quem cuida... para melhor cuidar”

Docente orientador: Professor

Doutor Carlos Maia

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Orientadora:

Susana Ribeiro

Discente:

Patrícia Fernandes, nº 210531031

Dezembro, 2022

Siglas

(ER) - Enfermeiro de Reabilitação

(EEER) - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

(GL) - Ginástica laboral

(LMERT) - Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

(SMI) - Serviço de Medicina Interna

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação, inserido no Plano de Estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no ano letivo 2022/2023, surge no Projeto de Estágio, como componente de avaliação da unidade curricular, a colaboração com a equipa de Enfermagem de Reabilitação no projeto de “Formar para Reabilitar” e “Prevenir, alongar e exercitar quem cuida... para melhor cuidar”.

A formação é encarada como um meio fundamental para o crescimento, valorização e evolução profissional e pessoal. Com esta, a aquisição de novos conhecimentos e habilidades constitui-se uma oportunidade para o desenvolvimento de novas competências, visando no caso da enfermagem a excelência do cuidar.

Desta forma a sensibilização aos profissionais e dos profissionais, permite uma participação activa no processo de prevenção, contribuindo para uma melhor gestão em saúde e exigências laborais (Sousa-Uva & Leite, 2012). Desta forma é essencial a formação sobre os principais factores de risco, origem e formas de prevenção (Cardoso, 2019). Assim dever-se-á adequar a intervenção preventiva com as necessidades dos intervenientes tanto nas equipas de trabalho, como no próprio serviço.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) está capacitado para diagnosticar precocemente e implementar medidas preventivas de modo a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenção de complicações, minimização ou mesmo evitar incapacidades temporárias e/ou permanentes (OE, 2019). Desta forma é competência do EEER a prevenção e a minimização dos efeitos adversos biomecânicos e psicossociais que se reflectem no desempenho individual do profissional (Cardoso, 2019). Segundo o mesmo, o EEER assume-se como um elemento de excelência na abordagem ergonómica, participativa pela aplicação de princípios que capacitam os trabalhadores a adoptar comportamentos preventivos.

Apresentação dos projetos:

1 - “Formar para Reabilitar”

Ribeiro, S. (2014) apresentam o projeto **“Formar para Reabilitar”** que surge com base em problemáticas identificadas no Serviço de Medicina Interna (SMI), que se inserem na área de intervenção do EEER. Nomeadamente dúvidas e dificuldades da equipa de enfermagem e consequentes solicitações, para a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (ER) em posicionamentos, transferências, ensinos para uma respiração e tosse mais eficazes. Tal como a verificação sobre a incorreta mecânica corporal durante as várias atividades da prática profissional da equipa de enfermagem, com aparecimento lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT).

Desta forma a necessidade de formar a equipa de enfermagem relativamente a noções básicas sobre reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora e mecânica corporal, tornou-se fundamental.

Desta forma, o projeto foi elaborado pelos EEER do Serviço de Medicina Interna (SMI) delineado com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001:12-14) e inserindo nos enunciados descritivos de: promoção da saúde em que “...o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”; readaptação funcional em que “...o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.”

O projeto desenvolveu-se em três fases:

1ª Fase- Elaboração de três procedimentos internos (AnexoI)

1 - Princípios básicos de exercícios respiratórios para os Focos “Dispneia” e “Expertorar”

Objetivos específicos:

- Conhecer os princípios básicos da respiração;
- Melhorar a sintomatologia respiratória;

- Aumentar a capacidade e habilidades para lidar com a dispneia;
- Melhorar a autonomia nos auto-cuidados;
- Reduzir os dias de internamente, diminuindo demora média no serviço;
- Diminuir a taxa de reinternamentos.

2 - Princípios básicos de Atividade Motora – posicionamentos e transferências

Objetivos específicos:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem referentes aos posicionamentos e transferências de doentes, com nível de dependência moderada a elevada;
- Reduzir os efeitos da imobilização;
- Prevenir Úlceras de Pressão;
- Prevenir a anquilose e rigidez articular;
- Evitar/minimizar a espasticidade no doente com Acidente Vascular Cerebral;
- Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

3 - Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculoesqueléticas

Objetivos específicos:

- Identificar os principais fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas;
- Conhecer as principais técnicas de mecânica corporal (princípios de movimento eficiente), para evitar lesões músculoesqueléticas.

2ª Fase - Formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem: os procedimentos são apresentados de forma bianual à equipa de enfermagem, em sessões teórico-práticas do tipo formação-ação em que para além da parte teórica é permitida à equipa treinar as atividades no sentido de haver uma integração efetiva dos conhecimentos.

- Uniformizar os cuidados de enfermagem referentes aos posicionamentos e transferências de doentes, com nível de dependência moderada a elevada;
- Reduzir os efeitos da imobilização;
- Prevenir Úlceras por Pressão;
- Prevenir a anquilose e rigidez articular;
- Evitar/minimizar a espasticidade no doente com Acidente Vascular Cerebral;

- Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem

3ª Fase - Auditoria aos procedimentos: após a realização, apresentação e divulgação dos procedimentos, procede-se à verificação da execução prática pelos enfermeiros do SMI, através da realização de auditorias internas. As auditorias são realizadas pelos EEER do serviço, através do método de observação direta e/ ou inquérito, com uma periodicidade bianual.

Para tal, foi construída uma grelha com três secções (Anexo II), correspondentes aos três procedimentos, que integram itens relativos aos conteúdos abordados em cada um dos procedimentos.

Intervenções para aquisição e desenvolvimento de competências

A participação e colaboração com equipa de Enfermagem de Reabilitação no projeto de “Formar para Reabilitar” foi determinada pelas auditorias realizadas a todos os enfermeiros do SMI, cuja a amostra foi de 50 Enfermeiros.

Estas foram realizadas de forma individualizada, a cada elemento da equipa de enfermagem. As avaliações foram realizadas através da grelha de avaliação das auditorias (Anexo I), aquando a prestação direta de cuidados, pela observação direta e/ ou inquérito, na valência do SMI, na qual decorreu o ensino clínico de reabilitação (cuja amostra foram 19 enfermeiros).

Do resultado da auditoria percebeu-se que 10 enfermeiros, não tiveram uma avaliação favorável, nos pontos auditados.

Foi também realizada formação a novos elementos da equipa de enfermagem (1 enfermeiro).

Desta forma, foram realizadas formações sobre os procedimentos em questão: “Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos Dispneia e Expetorar”, “Mecânica corporal na prevenção de lesões músculoesqueléticas” e sobre os “Princípios básicos de atividade motora – Posicionamentos e Tranferências”.

As sessões de formação foram teórico-práticas do tipo formação-ação, realizadas em momentos de passagem de turno e em situações específicas junto ao doente, durante a prestação

direta de cuidados, onde os enfermeiros tiveram oportunidade de concretizarem as intervenções, no sentido de haver uma integração efetiva dos conhecimentos.

2 - “Prevenir, alongar e exercitar quem cuida... para melhor cuidar”

Inevitavelmente os profissionais de saúde são expostos constantemente a condições adversas relativamente a fatores de risco biomecânicos e organizacionais, que se traduzem numa carga física acrescida. Por outro lado o trabalho em regime rotativo, sob ritmo exaustivo e intenso, agrava a sobrecarga física e emocional. Desta forma existe um risco ergonómico acrescido e frequente decorrente de hábitos posturais menos próprios (Mota et al, 2020), com a agravante dos períodos de repouso e recuperação não serem adequados ou mesmo insuficientes (Serranheira et al, 2012). Segundo o autor, e relativamente à saúde ocupacional, as lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são um dos principais problemas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

A LMERT é segundo EU-OSHA (2020), uma alteração da estrutura corporal relativamente a músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos, causada pelo trabalho e respetivo ambiente em que este se insere. As lesões afectam principalmente a região cervical, dorsal, escápulo-umeral e membros superiores e menos frequente os membros inferiores. Estas surgem em consequência de condições psicossociais e profissionais menos adequadas que provoca insatisfação, fadiga e stress. Profissionalmente os posicionamentos e as transferências de doentes são a principal causa de lombalgia nos enfermeiros.

As LMERT surgem igualmente noutros profissionais de saúde em consequência da mecanização e monotonia dos movimentos, associados a uma postura tendencialmente errada e repetitiva, originando desgaste rápido e perda de motivação (Mota et al, 2020).

Segundo Guirado et al (2020) e Mota et al (2020), as LMERT assumem-se como uma das principais causas de absentismo e incapacidade, pelo que a sua prevenção deverá ser uma prioridade.

A ginástica laboral (GL) é considerada um método eficaz para prevenção das LMERT (Duarte & Lima, 2020).

Lima (2018), acrescenta que a GL se baseia num programa de exercícios elaborados a partir da atividade profissional, que promove e permite compensar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho de forma a prevenir e potenciar a salubridade, rotinizar proativamente, melhorar a postura e perceção corporal, assim como diminuir as tensões musculares. Guirado et al (2020) e Mota et al (2020), designam a GL como exercício especializado e direccionado ao aumento da elasticidade corporal.

As sessões de GL devem ter uma intensidade leve e duração entre 5-15 minutos (Kallas & Lima, 2019), pelo que poderão ser realizadas antes, durante e/ou após o período de trabalho (ABGL, 2017). Os exercícios pretendem exercitar os principais grupos musculares que são recrutados durante a atividade e que permitem diminuir a tensão muscular, o stress e corrigir posturas adotadas (Lima, 2018).

Na mesma perspetiva, Duarte e Lima (2020) acrescentam que a prática regular e supervisionada de exercício, reduz as LMERT e diminui os sintomas de ansiedade e depressão, melhorando o humor, iniciativa e empenho. Nesta perspetiva e segundo os mesmos autores, o fato da dor ser passível de ser controlada pela realização da GL, motiva e incentiva a realização da mesma.

Farias et al (2019) referem que o GL promove a coesão de equipas, potenciando as relações interprofissionais, diminuindo o stress e os conflitos profissionais. Desta forma a gestão institucional deveria reconhecer este tipo de programas de forma a maximizar os seus efeitos, criando condições para a sua prática no local de trabalho. Estes programas previnem assim lesões musculoesqueléticas, promovem práticas saudáveis e potencializam a motivação e satisfação no trabalho.

Perante este enquadramento teórico apresentamos outro projeto em desenvolvimento no SMI. Um projeto de GL, que assume o título de **“Prevenir, alongar e exercitar quem cuida... para melhor cuidar”**.

Este surge perante as manifestações/ queixas que a equipa de enfermagem tem apresentado em relação a dores musculares e articulares, tal como fadiga relacionada com o trabalho e desgaste psicológico. Foram relacionados com a sobrecarga física, a nível da prestação de cuidados a doentes com elevado grau de dependência, característica transversal ao SMI.

Delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos sobre ergonomia na equipa de enfermagem;
- Realizar programas de treino motor, cardíaco e respiratório;
- Desenvolver/ implementar sessões de GL;
- Prevenir LMERT;
- Promover práticas saudáveis;
- Aumentar a motivação e satisfação no trabalho;

Intervenções para aquisição e desenvolvimento de competências

No decorrer da participação no projeto de “Prevenir, Alongar e Exercitar quem Cuida, para melhor Cuidar” foi realizado um programa de treino motor, cardíaco e respiratório através de uma sessão de GL, com o objetivo de estimular estilos de vida ativos e saudáveis, promover o bem estar físico e emocional e prevenir LMERT.

Destaca-se como título desta sessão “Prevenir, Alongar e Exercitar quem Cuida, para melhor Cuidar”. Para a sessão de GL foi realizado e produzido um vídeo, no âmbito do Projeto de Estágio, com a colaboração da Sr^a Enfermeira Especialista Susana Ribeiro e a Sr^a Fisioterapeuta Maria José Penha, fisioterapeuta que dá apoio ao SMI diariamente.

Esta sessão de GL foi implementada no SMI, em grupo, com uma frequência facultativa, incluída diariamente, no turno da manhã, com a duração de aproximadamente 10 minutos, dinamizada por mim, pela ER de serviço ou pela fisioterapeuta de apoio ao SMI, consoante a presença dos vários elementos. As sessões decorreram dentro do espaço físico do serviço, na sala de enfermagem ou sala de reuniões, conforme o número de participante, com recurso ao vídeo realizado, que é exibido em ecrã. (Apêndice I)

Ao longo das sessões, os exercícios foram focados nas regiões corporais mais afetadas durante a prestação de cuidados (região cervical, membros superiores, tronco e inferiores). Os exercícios são coordenados com a respiração, em séries de cinco repetições cada um, com o intuito de distribuir no tempo previsto os diferentes exercícios.

Por forma a dinamizar as sessões, com o intuito de relembrar e incentivar a execução dos exercícios nos momentos de pausa, afixou-se em espaços estratégicos pósteres alusivos à GL (Apêndice II), com a referida sequência de exercícios.

Perante a realização destas sessões, a equipa mostrou-se muito recetiva à atividade, havendo uma participação de 100% dos enfermeiros em atividade durante o turno. À sessão ainda se juntaram outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos, assistentes operacionais e a administrativa.

Durante a sessão os participantes mostraram-se bem dispostos, descontraídos e relaxados. Após a sessão referem alívio de tensão muscular, bem estar e relaxamento.

Bibliografia:

- ABGL – Associação Brasileira de Ginástica Laboral (2017). Consultado em 12/12 2022.
Disponível em: <https://www.abgl.org.br/>
- Cardoso L.L. (2019). Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho em cuidados domiciliários. Reabilitar para a promoção da saúde. Dissertação de Mestrado. Viana do Castelo: Escola superior de saúde. Consultado em 22/11/22. Disponível em: [ESS \(3\) \(ipvc.pt\)](#)
- Duarte T.V., Lima M.F. (2020). Aplicação da ginástica laboral na prevenção de ler/dort no setor administrativo da prefeitura municipal de paracatu-vol. Humanidades & Tecnologia em Revista. Vol.23. Consultado em 21/11/22. Disponível em: [icesp.br](#)
- EU-OSHA, Agência Europeia Segurança e Saúde no Trabalho. (2020). O que são as LMERT?; 2020–1. Consultado a 20/12/22. Disponível em: [\(healthy-workplaces.eu\)](#)
- Farias A.A., Cardoso L.S., Silva J.J., Sant’Anna C.F., Lima JM, Cezar-Vaz M.R. (2019). Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem: Revisando as Estratégias de Promoção à Saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental;11(3):828. Consultado em 20/11/22. Disponível em: [Rev. pesqui. cuid. fundam. \(Online\);11\(3\): 828-835, abr.-maio 2019. il | LILACS | BDENF \(bvsalud.org\)](#)
- Guirado, G. M., Oliveira, E., da Silva, M. M. P., Moreira, A. F. B., & Ferreira, F. V. (2020). Composição da ginástica laboral e ergonomia: uma combinação saudável para as empresas. *International Journal of Health Management Review*, 6(1). Consultado em 20/12/22. Disponível em: <https://gccompany.com.br/blog/2020/05/13/artigo-cientifico-composicao-da-ginastica-laboral-e-ergonomia-uma-combinacao-saudavel-para-as-empresas/>
- Kallas, D.; Lima,V. (2019). Ginástica laboral: manual de boas práticas (3ª edição). São Paulo: Associação brasileira de ginástica laboral. Consultado em 28/11/22. Disponível em: <https://www.abgl.org.br/>
- Lima, V. (2018). Ginástica laboral: atividade física no ambiente de trabalho. Phorte Editora. Consultado 20/11/22. Disponível em: [Ginástica laboral: atividade física no ambiente de trabalho - Valquíria de Lima - Google Livros](#)
- Mota A, Silva A, Vieira M, Araújo C. (2020). Benefícios da ginástica laboral em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. Revista Recien, 10 (29):3–12.Regulamento n.º392/2019, de 3 de maio. Diário da República n.º 85 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Consultado 20 de Novembro de 2022. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação – conceções e práticas* (1ª edição). Lidel edições.

- Ribeiro, S. Martins, F. (2014) Formar para Reabilitar: Projeto de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem. Centro Hospitalar de Setúbal – CHS. Consultado a 12.12.2022.
- Serranheira F, Cotrim T, Rodrigues V, Nunes C, Sousa-Uva A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «Ossos do Ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? Revista Portuguesa Saúde Pública. 30(2): 193-203. Disponível em: [Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? | Revista Portuguesa de Saúde Pública \(elsevier.es\)](#)
- Serranheira F, Uva A, Leite E. (2012). Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da Ergonomia. Revista Saúde e Trabalho. 08(c):23-46. Disponível em: [\(PDF\) Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: contributos da abordagem participativa da Ergonomia \(researchgate.net\)](#)

ANEXOS

ANEXO I
(PROCEDIMENTOS)

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos "Dispneia" e "Expectorar" <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED.006

1. Objetivo

Conhecer os princípios básicos da respiração.
Uniformizar as técnicas de execução de exercícios respiratórios.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna.

3. Siglas, abreviaturas e definições

DPOC- Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

Dispneia – É um tipo Respiração com características específicas: movimento laborioso da entrada e saída de ar nos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto

Exercícios Respiratórios – São técnicas terapêuticas com base nos movimentos toraco-abdominais durante a ventilação, que otimizam a função respiratória na Pessoa com patologia do Foro respiratório

Expectorar - É um tipo de limpeza das Vias Aéreas com características específicas expulsão de muco, material muco purulento ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmão por meio da tosse ou escarro

Respiração - É um tipo de função com características específicas processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração recetores brônquios e aórticos, bem como por um mecanismo de difusão

Tossir – É um tipo de limpeza das Vias Aéreas com características específicas expulsão súbita de ar dos pulmões, após uma inspiração profunda e encerramento da glote, reflexo de proteção para limpar as vias aéreas associado à irritação das mesmas

Ventilação – É um tipo de Respiração com características específicas: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados profundidades inspiratória e volume expiratório.

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos "Dispneia" e "Expectorar" <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED.006

4. Referências

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (1999). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPPE/ ICNP). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Versão beta 2
- CORDEIRO, M.; MENOITA, E. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- HEITOR, C. et al (1998). Reeducação Funcional Respiratória. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa e Boehringer Ingelheim.
- HESBEEN, W. (2003). A Reabilitação: criar novos caminhos. Loures: Lusociência.
- MARTINS, Maria Filomena e RIBEIRO, Susana - Focos Dispneia e Expectorar. Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação. Revista Cuid'Arte - Ano 6 N.º 10 | Novembro 2013
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- CHKS, Programa de Acreditação para Organizações de Cuidados de Saúde. Normas Especializadas para Acreditação (2020), critérios 11.8, 11.9, 25.53.

5. Responsabilidades

- Ao Enfermeiro Gestor do Serviço de Medicina Interna, pela sua divulgação como formação contínua integrado no plano de formação para os serviços de internamento
- Aos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação do serviço, pela apresentação, formação e verificação do cumprimento
- À equipa de enfermagem pela execução do procedimento, para garantir a continuidade de cuidados.

6. Procedimento

Este procedimento deve ser aplicado a utentes com patologia respiratória que apresentem necessidade intervenção no foco dispneia e/ ou expectorar, com plano de cuidados previamente definido e iniciado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Os exercícios respiratórios, abaixo-mencionados, atuam sobre os princípios básicos da respiração e têm como principais objetivos:

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	<i>Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos "Dispneia" e "Expertorar"</i> Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.006

- Melhorar a sintomatologia respiratória;
- Aumentar a capacidade e habilidades para lidar com a dispneia;
- Melhorar a autonomia nos autocuidados;
- Reduzir os dias de internamento, diminuindo demora média no serviço.
- Diminuir a taxa de reinternamentos

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
Incentivar a dissociação dos tempos respiratórios 	Todos os programas de reabilitação devem iniciar-se com a tomada de consciência e controlo da respiração por parte do utente. Pede-se à pessoa que inspire lentamente pelo nariz e expire também lentamente pela boca com os lábios semicerrados, para obter uma eficácia respiratória máxima.
Posição de descanso e relaxamento 	Temos de promover um ambiente calmo e uma posição confortável. Para isso, colocamos uma almofada na região poplíteia (relaxa os músculos abdominais) e braços ao longo do corpo (relaxa a cintura escapular), reduzindo a sobrecarga muscular, de modo a obter uma melhor colaboração do utente.
Posições de descanso em crise de dispneia 	Para os períodos intercrise devemos ensinar algumas posições que o doente pode adotar, de modo a facilitar a respiração. A denominada "posição de cocheiro" em que o doente inclina o tronco para a frente, restituindo ao diafragma uma curvatura mais fisiológica e melhorando a relação comprimento/força dos músculos. O doente, depois de as conhecer, deve escolher qual a posição de maior conforto para si.
Correção da postura	O ensino de uma posição correta com alinhamento dos ombros é fundamental para

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	<i>Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos "Dispneia" e "Expertorar"</i> Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.006

	uma boa ventilação (poderá ser utilizado um espelho quadriculado). Dada a interdependência costovertebral, qualquer alteração da coluna/posição reflete-se na respiração
Tosse dirigida 	Consiste em saber solicitar a tosse no momento oportuno. A pessoa é ensinada a sentar-se, inspirar pelo nariz e durante a expiração inclinar o tronco para a frente e tossir

7. Anexos

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	<i>Princípios básicos de exercícios respiratórios para os focos "Dispneia" e "Expetorar"</i> <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDI.006

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	23/02/2016	23/02/2019	Versão original	Enf. Filomena Martins, Enf. Jorge Casinha, Enf. Susana Ribeiro (Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna)
02	11/12/2020	11/12/2023		Enf. Filomena Martins, Enf. Jorge Casinha, Enf. Susana Ribeiro (Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna)

Revisão:

A rever por:	Enf.º(a) Gestor(a) Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna	Data da próxima revisão:	11/12/2023
--------------	---	--------------------------	------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- Diretor do Serviço de Medicina Interna	Data:	11/12/2020
	- Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data:	
Ratificado por:	Diretor do Serviço de Medicina Interna	Data:	06/11/2021

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

1. Objetivo

- Uniformizar os cuidados de enfermagem referentes aos posicionamentos e transferências de doentes com nível de dependência moderada a elevada;
- Reduzir os efeitos da imobilização;
- Prevenir UP;
- Prevenir a anquilose e rigidez articular;
- Evitar/minimizar a espasticidade no doente com AVC;
- Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna.

3. Siglas, abreviaturas e definições

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DD – Decúbito Dorsal

DLD – Decúbito Lateral Direito

DLE – Decúbito Lateral Esquerdo

NOC – Norma de Orientação Clínica

UP – Úlcera de Pressão

Atividade Motora – é um tipo de função com as características específicas: mobilidade e movimento das partes do corpo envolvidas nos movimentos, servido e guiado pelas funções cerebrais

Anquilose – rigidez de uma articulação resultante de uma lesão ou doença

Levantar-se – é um tipo de auto cuidado: atividade física com as características específica: mover-se, mudando a posição do corpo e posicionando-se em posição vertical

Padrão anti-espástico – posicionamento utilizado, de modo a contrariar o aparecimento da espasticidade, no pós AVC. Contraria-se a espasticidade, mantendo a cabeça alinhada com o corpo, fazendo protração da omoplata (abdução), com rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral, extensão do cotovelo, supinação do antebraço e punho e dedos em abdução; colocar o tronco do lado atingido em

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

extensão; membro inferior com rotação interna e flexão da coxa femural, flexão do joelho, dorsiflexão da tibiotársica e eversão do pé

Posicionar-se – é um tipo de autocuidado: atividade física com as características específicas: mover o corpo, virando-se de um lado para o outro

Transferir-se – é tipo de auto cuidado: atividade física com as características específicas: mover o corpo, deslocando-o entre a cama e a cadeira

Transferências – são um conjunto de técnicas coerentemente organizadas e padronizadas, que visam facilitar no doente a deslocação de uma superfície para outra:

- As **ativas** são realizadas pelo doente, podendo ser auxiliado (**Nível Dependência reduzido/moderado**);
- As **passivas** são realizadas por um enfermeiro auxiliado por um assistente operacional, ou com o auxílio de lona e elevador mecânico, no doente com mobilidade reduzida ou incapacitado de realizar o levantar de forma autónoma (**Nível Dependência elevado**).

4. Referências

- Cruz, A; Henriques, F; Afonso, J. [et al.] (1997) *Técnicas de Reabilitação II*. 1ª Edição. Formasau. Manual Sinais Vitais. Coimbra. ISBN 972-96680-7-8.
- Hoeman, S.P. (2011) *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Quarta Edição. Lusodidacta. Loures. ISBN: 978-989-8075-31-4.
- ICN (2011) *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. Versão 2. ISBN: 978-92-95094-35-2
- Paulino, C; Tareco, I; Rojão, M.(1998) *Técnicas e Procedimentos em Enfermagem*. 1ª Edição. Formasau. Edições Sinais Vitais. Coimbra. ISBN 972-8485-00-X.
- Queirós, P; Cardoso, F; Margato, C.(1996) *Técnicas de Reabilitação I*. 1ª Edição. Formasau. Manual Sinais Vitais. Coimbra. ISBN 972-96680-1-9.
- Sorensen e Luckmann's (1998) *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 1ª Edição. Lusodidacta. Lisboa. ISBN 972-96610-6-5.
- Veiga, B; Henriques, E; et al. (2011) *Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos*. ACSS. 2ª Edição. Lisboa. [Internet] Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf> [Consult. 10 de março 2014].

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

5. Responsabilidades

À Enfermeira Gestora do Serviço pela implementação.

Aos Enfermeiros pelo cumprimento do procedimento.

Aos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação pela formação dos colegas e supervisão de cuidados.

6. Procedimento

Durante a hospitalização, a capacidade funcional pode ser comprometida e levar à dependência funcional. A dependência surge quando a pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita de ajuda. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição afeta a funcionalidade e o desempenho das atividades de vida diárias. A hospitalização, necessária ao controlo da situação clínica, pode ocasionar défices adicionais. Aspetos do envelhecimento interagem com aqueles associados ao cuidado hospitalar, desencadeando uma cascata de acontecimentos que culminam frequentemente em incapacidade e dependência. Frequentemente, os doentes encontram-se confinados ao repouso no leito, independentemente da severidade da doença, devendo-se estimular a sua independência precocemente.

As situações de imobilidade que surgem nas mais variadas situações e provocadas por diversos fatores são já bastante conhecidas dos profissionais de saúde, nas instituições hospitalares, situações que embora não dependam apenas dos cuidados de enfermagem, existem complicações que devem ser prevenidas.

A imobilização pode manifestar-se, num segmento isolado ou afetar todo o organismo, conduzindo a uma importante redução da atividade muscular, resultando na redução da capacidade funcional do sistema músculo-esquelético e cardiovascular. Nos restantes sistemas, a um descondicionamento e agravamento dos efeitos da inatividade.

A imobilidade provoca a nível do sistema respiratório, o surgimento de: estase, acumulação de secreções; menor amplitude torácica, com hipoventilação; associado à desidratação, secreções mais espessas, difíceis de mobilizar e o aparecimento de infeções.

Relacionado com a imobilidade, a nível dos restantes sistemas, resulta em: desnutrição, obstipação, infeções do trato urinário por retenção/incontinência urinária, anquiloses, atrofia muscular, osteopenia, taquicardia, hipotensão ortostática, estase sanguínea, hipercoagulação, edemas, fenómenos tromboembólicos, alterações sono, depressão, pé equino, termorregulação, úlceras de pressão, etc.

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

Durante o período de imobilização prolongada, o sistema músculo-esquelético é um dos sistemas mais acometidos, causando déficits funcionais, influenciando a qualidade das transferências, posicionamentos e as atividades de vida diária e profissional, podendo resultar em dificuldade/incapacidade na marcha.

POSICIONAMENTOS

A prevenção de complicações assenta na salvaguarda da independência do doente, pelo que deve ser feita a avaliação do grau de dependência do doente, aplicando a Escala de Barthel (Grau de Dependência) conjugada com a Escala de Braden (Risco de ÚP)

Grau	Escala Braden			Escala Barthel	
	Risco de ÚP	Periodicidade	Alternância Decúbito	Grau de Dependência	
Reduzido	15-18	4/4 horas		> 90	Independente
Moderado	13-14	3/3 horas		50-90	Dependente
Elevado	<12	2/2 horas		<55	Totalmente Dependente

Segundo a Escala de Braden:

- Doente com **risco reduzido** de desenvolver UP – Posicionamento de **4/4 horas**;
- Doente com **risco moderado** de desenvolver UP – Posicionamento de **3/3 horas**;
- Doente com **risco elevado** de desenvolver UP – Posicionamento de **2/2 horas**;

Segundo a Escala de Barthel:

- Doente com **nível de dependência reduzido** – **independente** no posicionar-se;
- Doente com **nível de dependência moderado** – **assistir** no posicionamento;
- Doente com **nível de dependência elevado** – **executar** o posicionamento;

Tendo como finalidade a promoção da autonomia do doente, o enfermeiro deverá:

- **Supervisionar** no nível de dependência reduzido, **incentivando a alternância de decúbito, o levantar e a deambulação**;
- **Assistir e executar** no nível de dependência moderado a elevado, **na mudança de decúbito**, de 3/3 horas no doente com dependência moderada e de 2/2 horas no nível de dependência elevado;

Os posicionamentos devem ser realizados de forma sequencial, habitualmente no sentido dos ponteiros do relógio (DD, DLE, DLD DD), de modo a não repetir os posicionamentos.

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDL008

Objetivos dos Posicionamentos:

- Permitir uma melhor expansão torácica, melhorando o padrão respiratório;
- Estimular eliminação;
- Prevenir complicações circulatórias e músculo-esqueléticas;
- Manter a mobilidade, amplitude e movimento articular;
- Manter a integridade cutânea, prevenindo úlceras de pressão;
- Promover conforto e bem-estar;
- Promover um padrão anti-espástico (no doente com AVC);

Princípios básicos dos Posicionamentos:

- Atender aos princípios de mecânica corporal;
- Manter o alinhamento corporal do doente e amplitudes articulares em cada decúbito;
- Alternar sequencialmente os decúbitos, de modo evitar zonas de pressão;
- Utilizar o resguardo de pano, de modo a reduzir a fricção da pele no lençol (previne lesões cutâneas e lesões profissionais, e facilita os posicionamentos no leito);
- Ter em atenção a roupa da cama, que deve estar esticada, de modo a prevenir lesões cutâneas;
- Aproveitar o momento do posicionamento, para observação da pele e hidratação;
- Conforto;

No doente com AVC:

- Realizar os procedimentos, abordando o doente pelo lado afetado;
- Estimular a carga sensível privilegiando o posicionamento para o lado afetado;
- Evitar o decúbito dorsal;
- Respeitar o tempo do doente, estimular a participação, sempre que possível, para promover a autonomia;

TRANSFERÊNCIA

Segundo a Escala de Barthel:

- Doente com **nível de dependência reduzido** (score > 90), será **independente** no levantar;
- Doente com **nível de dependência moderado** (score 50-90), será **assistido** no levantar;
- Doente com **nível de dependência elevado** (score <50), o enfermeiro deverá **executar** a transferência;

Objetivos:

- Treino de equilíbrio e postura;
- Efetuar carga nos membros inferiores;
- Preparar para o treino de marcha;

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDL008

O levantar, de acordo com o nível de dependência, poderá ser realizado de forma autónoma, com supervisão do enfermeiro, quando o nível de dependência é reduzido; e deve ser assistido pelo enfermeiro, no nível de dependência moderado.

O levantar deve ser realizado preferencialmente no turno da manhã

Segundo a Escala de Braden:

- Doente com **risco elevado** de desenvolver UP (score <12) deverá ser reposicionado de **2/2 horas**;

Avaliar o Risco de Queda (Escala de Morse – NOC de prevenção)

Segundo a Escala de Morse:

- Doente com **risco reduzido de queda** (score <24);
- Doente com **risco moderado de queda** (score 25-50);
- Doente com **risco elevado de queda** (score > 51);

7. Anexos

Escala de Braden, Barthel e Morse

Procedimento dos Posicionamentos e Transferências

Folha de Auditoria

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna		Data de entrada em vigor:	09/03/2016
			Versão 02	11/12/2020
			Próxima revisão:	11/12/2023
			Cód. Documento:	PS.MEDL008

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	23/02/2016	23/02/2019	Versão original	Enf. Filomena Martins, Enf. Jorge Casinha, Enf. Susana Ribeiro (Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna)
02	11/12/2020	11/12/2023	Revisão	Enf. Filomena Martins, Enf. Jorge Casinha, Enf. Susana Ribeiro (Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna)

Revisão:

A rever por:	Enf.º(a) Gestor(a) Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna	Data da próxima revisão:	11/12/2023
--------------	---	--------------------------	------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- Diretor do Serviço de Medicina Interna	Data:	11/12/2020
Ratificado por:	Diretor do Serviço de Medicina Interna	Data:	03/12/2021

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna		Data de entrada em vigor:	09/03/2016
			Versão 02	11/12/2020
			Próxima revisão:	11/12/2023
			Cód. Documento:	PS.MEDL008

ANEXOS



Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências
Serviço de Medicina Interna

Data de entrada em vigor:	09/03/2016
Versão 02	11/12/2020
Próxima revisão:	11/12/2023
Cód. Documento:	PS.MEDI.008

ESCALAS



Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências
Serviço de Medicina Interna

Data de entrada em vigor:	09/03/2016
Versão 02	11/12/2020
Próxima revisão:	11/12/2023
Cód. Documento:	PS.MED100

Escala Braden

Escala de Braden - Adulto

[illegible]

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

Escala Barthel

1. Alimentação	
Independente.....	☐ 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
2. Transferências	
Independente.....	☐ 15
Precisa de alguma ajuda.....	☐ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	☐ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	☐ 0
3. Toilete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	☐ 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	☐ 10
Precisa de alguma ajuda.....	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	☐ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar oxiótese).....	☐ 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	☐ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	☐ 5
Imóvel.....	☐ 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	☐ 10
Precisa de ajuda.....	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
8. Vestir	
Independente.....	☐ 10
Com ajuda.....	☐ 5
Impossível.....	☐ 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	☐ 10
Acidente ocasional.....	☐ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	☐ 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo alagado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho.....	☐ 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	☐ 5
Incontinente, ou alagado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho.....	☐ 0
TOTAL	

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

Escala Morse

ESCALA DE RISCO DE QUEDA DE MORSE		
Item	Escala	Pontuação
1. Antecedentes de quedas	Não 0 Sim 25	
-Imediatas ou ocorridas nos últimos 3 meses		
2. Diagnóstico secundário	Não 0 Sim 15	
3. Medicação e/ou heparina endovenosa	Não 0 Sim 20	
4. Marcha		
- Normal/acamado/cadeira de rodas	0	
- Desequilíbrio fácil	10	
- Défice de marcha	20	
5. Apoio para deambular		
- Nenhum/apoiado/acamado	0	
- Canadiana/bengala/andarilho	15	
- Apoiar-se na mobília	30	
6. Estado mental		
- Consciente das suas limitações	0	
- Não consciente das suas limitações	15	
TOTAL		

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDL008

POSICIONAMENTOS

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDL008

DECÚBITO DORSAL:

Cabeça e cintura escapular com almofada



MS em ligeira abdução do ombro e flexão do cotovelo

Almofada na região popliteia, aliviando as massas musculares, manter a curvatura anatómica do joelho

- Colocar almofada sob a cabeça e cintura escapular;
- Membros superiores com ligeira abdução do ombro e flexão do cotovelo (previne a rigidez articular);
- Antebraço e mão em pronação e ligeira dorsiflexão;
- Colocar uma almofada na região popliteia, aliviando as massas musculares (previne a atrofia muscular e mantém a curvatura anatómica do joelho);
- Colocar um rolo sob a região aquiliana, aliviando os calcâneos;
- Aliviar roupa junto aos pés para prevenir pé equino;
- Aplicar um rolo ao nível da articulação coxo femoral, para prevenir a rotação externa;
- Aferir o alinhamento corporal, observando o doente aos pés da cama;

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna		
	Data de entrada em vigor:	09/03/2016	
	Versão 02	11/12/2020	
	Próxima revisão:	11/12/2023	
	Cód. Documento:	PS.MEDL008	

DECUBITO LATERAL:



- Posicionar o membro inferior, do lado oposto ao do decúbito, sobre a almofada fazendo um ângulo de 90° ao nível das articulações do joelho e coxo femoral, mantendo estabilidade;
- Posicionar a cabeça sobre uma almofada, mantendo alinhamento cervical;
- Posicionar o membro superior, do lado oposto ao decúbito, com o ombro e o cotovelo em flexão, sobre uma almofada (evitar posição pendente do membro superior);
- Aferir o alinhamento corporal, observando o doente aos pés da cama;

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna		
	Data de entrada em vigor:	09/03/2016	
	Versão 02	11/12/2020	
	Próxima revisão:	11/12/2023	
	Cód. Documento:	PS.MEDL008	

DECUBITO SEMI LATERAL:



- Almofada ao longo do tronco aliviando a região sacra (estabilidade e alinhamento corporal);
- Posicionar o membro inferior do lado oposto ao decúbito em ligeira flexão sobre almofada;
- Posicionar o membro inferior do lado do decúbito apoiado na cama em ligeira flexão do joelho e ligeira rotação externa da articulação coxo femoral;
- Posicionar o membro superior do lado oposto ao decúbito sobre a almofada, com o braço e ligeira abdução, antebraço em ligeira flexão, mão em extensão e dedos em abdução;
- Posicionar o membro superior do lado do decúbito com o ombro em ligeira flexão e o braço em rotação externa, o antebraço em ligeira flexão e supinação, mão em extensão e dedos em abdução;
- Aferir o alinhamento corporal, observando o doente aos pés da cama;

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

POSICIONAMENTO EM PADRÃO ANTI-ESPÁSTICO

DECÚBITO LATERAL PARA O HEMICORPO AFETADO:



Braço afectado em extensão com protração da omoplata, com a palma da mão voltada para cima e os dedos em abdução

Almofada sob a cabeça com volume ajustado à altura do ombro, prevenindo ombro doloroso

Colocar uma almofada junto ao membro inferior do hemicorpo afectado, mantendo estabilidade do membro inferior



MS do hemicorpo saudável ao longo do corpo

Flectir MI's em posição desencontrada

- Cabeça sobre almofada com volume ajustado à altura do ombro (prevenção do ombro doloroso);
- Almofada junto ao membro inferior do hemicorpo afetado, mantendo estabilidade;
- Braço afetado em extensão com protração da omoplata, com a palma da mão voltada para cima e os dedos em abdução (prevenção do padrão espástico);
- Fletir os membros inferiores do indivíduo, em posição desencontrada;
- Posicionar o membro superior do hemicorpo saudável com o ombro e o cotovelo em flexão, ao longo do corpo;
- Aferir o alinhamento corporal, observando o doente aos pés da cama;

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.008

DECÚBITO LATERAL PARA O HEMICORPO SÃO:



Altura da almofada da cabeça adequada de forma a preencher o espaço entre o ombro e a face

MS do hemicorpo saudável, com o ombro e o cotovelo em flexão, sobre a cama



MI do hemicorpo afectado, mantendo o joelho a um nível inferior da anca fazendo um ângulo de 90° a nível das articulações do joelho e coxo femoral e o outro desencontrado deste. Almofada sob o joelho afectado

MS afectado em extensão, o punho e dedos sobre uma almofada afastada do tronco e que acompanha todo o membro mantendo ligeira abdução

- Almofada junto ao membro inferior do hemicorpo saudável, estabilizando o membro inferior, ficando a articulação coxo femoral em rotação interna e ligeira adução;
- Posicionar o membro inferior, do hemicorpo afetado, mantendo o joelho a um nível inferior da anca fazendo um ângulo de 90° a nível das articulações do joelho e coxo femoral e o outro desencontrado deste;
- Colocar uma almofada sob o joelho afetado (estabilidade e alinhamento);
- Adequar a altura da almofada da cabeça de forma a preencher o espaço entre o ombro e a face (prevenir padrão espástico);
- Posicionar o membro superior, do hemicorpo saudável, com o ombro e o cotovelo em flexão, sobre a cama;
- Posicionar o membro superior afetado em extensão, o punho e dedos sobre uma almofada afastada do tronco e que acompanha todo o membro mantendo ligeira abdução;
- Aferir o alinhamento corporal, observando o doente aos pés da cama;

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód.	
		Documento:	PS.MEDL008

DECÚBITO DORSAL:



- Posicionar o doente em decúbito dorsal, no centro da cama, mantendo o alinhamento corporal, prevenindo lesões;
- Cabeça em ligeira flexão voltada para o lado saudável e ombros apoiados na almofada;
- Posicionar o membro superior do lado afetado sobre a almofada, totalmente apoiado em abdução, ligeira rotação externa, extensão do antebraço, mãos e dedos (prevenir espasticidade);
- Membro superior do lado não afetado, em ligeira abdução, apoiar o antebraço e mão em pronação e ligeira dorsiflexão;
- Colocar uma almofada debaixo da anca do lado afetado de forma a colocar a coxa com rotação interna e o joelho em ligeira flexão (prevenir espasticidade);
- Aliviar roupa junto aos pés para prevenir pé equino;
- Aferir o alinhamento corporal, observando o doente aos pés da cama;

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód.	
		Documento:	PS.MEDL008

TRANSFERÊNCIAS

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna		Data de entrada em vigor:	09/03/2016
			Versão 02	11/12/2020
			Próxima revisão:	11/12/2023
			Cód. Documento:	PS.MEDL008



- Avaliar risco de queda (Escala de Morse)
- Colocar o sofá paralelamente à cama;
- Calçar meias anti-embolismo, sempre que se justifique;
- Com o doente deitado, avaliar os Parâmetros Vitais;
- Sentar doente na beira da cama;
- Com o doente sentado, avaliar os Parâmetros Vitais (prevenir Hipotensão ortostática);
- Levantar o doente;

	Princípios Básicos de Atividade Motora – Posicionamentos e Transferências Serviço de Medicina Interna		Data de entrada em vigor:	09/03/2016
			Versão 02	11/12/2020
			Próxima revisão:	11/12/2023
			Cód. Documento:	PS.MEDL008

FOLHA DE AUDITORIA

	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.027

1. Objetivo

- Conhecer a definição de Mecânica Corporal;
- Identificar os principais fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas;
- Conhecer as principais técnicas de mecânica corporal (princípios de movimento eficiente).

2. Campo de aplicação

Enfermeiros do serviço de Medicina Interna.

3. Siglas, abreviaturas e definições

Mecânica Corporal - É a utilização eficiente do corpo, aplicando os princípios da física, para uso ótimo de energia e movimento. Tem por finalidade a realização de uma tarefa com a máxima eficácia e o mínimo esforço. A integração dos princípios de mecânica corporal, nas práticas profissionais diárias deverá constituir a regra e nunca a exceção, pois poderá fazer a diferença entre um percurso profissional com menos riscos, menos penosidade e mais eficiência.

Lesões Músculo-esqueléticas – São um conjunto de patologias cuja causa se encontra relacionada com a exposição a fatores de risco, no local de trabalho. Resultam geralmente de um desequilíbrio entre as solicitações biomecânicas, as capacidades do trabalhador e os intervalos de recuperação.

Os principais fatores que podem ocasionar lesões músculo-esqueléticas são essencialmente de natureza física (*aplicação de força (levantar, transportar, puxar, empurrar); movimentos repetitivos; posturas forçadas ou estáticas; compressão localizada; vibrações; frio ou calor excessivos; iluminação deficiente; ruído elevado*) organizacionais e psicossociais (*trabalho exigente; baixos níveis de satisfação com o trabalho; trabalho monótono, repetitivo executado a um ritmo rápido; falta de apoio por parte de colegas e, chefia*) e de natureza individual (*antecedentes clínicos; capacidade física; idade; obesidade; tabagismo*).

4. Referências

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (AEPST) – Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Facts, <http://ew2007.osha.europa.eu>
AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (AEPST) – Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde. Facts, <http://ew2007.osha.europa.eu>
AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (AEPST) – Em linha: boas práticas em matéria de segurança e saúde para o Setor da Saúde. Facts, <http://agency.osha.eu.int>

	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.027

ALBUQUERQUE, Paula – A Formação na Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2003

BOLANDER, Verolyn – Enfermagem Fundamental. Loures: Lusociência, 1998. ISBN:972-96610-6-5. 1963p.

DIREÇÃO GERAL DO EMPREGO E DAS RELAÇÕES DE TRABALHO (DGERT) – Profissões, Guia de caracterização profissional, enfermeiro. Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, 2004, www.dgert.gov.pt.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho: Guia de orientação para a prevenção. Lisboa, 2008. ISBN: 978-972-675-169-4.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) – Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de qualidade. Genebra, 2007. ISBN: 92-95040-80-5.

MAIA, Carlos – Dor Lombar: Estudo de prevalência nos enfermeiros da área da prestação de cuidados do Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco. Castelo Branco, 2002. 138p. Dissertação apresentada para concurso de provas públicas para Professor- Coordenador da área científica de Enfermagem de Reabilitação para a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Ribeiro, Susana - A mecânica corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros. Revista Cuid'Arte nº9 Ano 5, Centro Hospitalar de Setúbal, novembro, 2013.

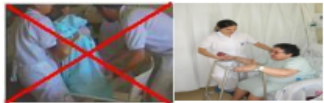
5. Responsabilidades

À Enfermeira Gestora do serviço de Medicina Interna pela divulgação, como formação contínua integrada no plano de formação do serviço.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do serviço pela apresentação, execução e verificação do procedimento.

À equipa de Enfermagem pela aplicação do procedimento.

6. Procedimento

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
1- Avaliar o grau de colaboração do doente, otimizando recursos e vontade. 	Explorar a máxima participação ativa do doente, dando somente a quantidade de auxílio necessário, aumenta a autonomia, evita a dependência e reduz acidentes. Devem-se preparar os doentes para essa participação, explicando aquilo que se espera deles e qual o seu papel na ação a desenvolver.

	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1027

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
2- Avaliar adequadamente os nossos limites, força e capacidades. Usando sempre que necessário ajudas técnicas. 	Todos devemos ter em linha de conta a força muscular a desenvolver, as limitações e capacidades pessoais. Um estado de má forma física ou grande desequilíbrio muscular, poderá influenciar o resultado pretendido, sendo necessário recorrer a ajuda (pessoas ou ajudas técnicas) para efetuar o movimento em segurança e da forma correta.
3- Há tarefas cuja existência pode ser evitada, ou facilitada a sua execução. 	Prevenir a necessidade de realizar alguns esforços, ou redimensionar cada passo através de uma avaliação ergonómica da tarefa.
4- Coordenar os diferentes elementos de forma clara e precisa, distribuindo equitativamente os esforços. 	Com a liderança assumida por um dos elementos os movimentos serão melhor coordenados e seguros, melhorando a organização do trabalho, obedecendo cada elemento a ordens claras e precisas, havendo uma conjugação de movimento de grupo com eficiência e menor esforço individual.
5- Adotar uma base de sustentação ampla melhora o movimento e a estabilidade.	Os pés afastados aumentam a estabilidade, bem como a utilização de outros segmentos ou partes do corpo como pontos de apoio. A base de sustentação ampla permite também efetuar mais facilmente a transferência de peso de um pé para outro.

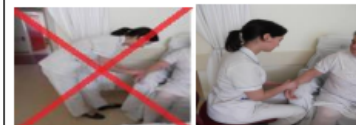
	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1027

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
	
6- Um centro de gravidade baixo torna o corpo mais estável. 	Dobrar os joelhos, faz diminuir o centro de gravidade, proporcionando maior estabilidade e equilíbrio.
7- A estabilidade da base de apoio depende da sua forma, em relação à direção das forças envolvidas. 	O diâmetro maior da base de apoio deve estar na direção do maior esforço ou do movimento a executar.
8- Aproximar a carga do centro da gravidade, reduz o esforço e aumenta o equilíbrio. 	Ter a carga mais próxima do centro de gravidade proporciona estabilidade e diminui o trabalho a efetuar pelos músculos, pois um peso seguro pelas mãos, quanto mais afastado for mantido do corpo, maior desequilíbrio provoca.

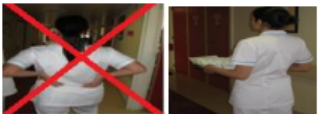
 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.027

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
9- Cada articulação contribui para a estabilidade e/ou para o movimento do nosso corpo. 	Destruar os joelhos permite uma maior capacidade de compensar um desequilíbrio do corpo, pela maior amplitude de movimentos disponível.
10- A cabeça comanda a colocação de um correto alinhamento do corpo durante a execução de uma tarefa. 	Iniciar e orientar com a cabeça a direção da ação, controlando a sequência certa da participação dos diferentes segmentos ao longo da progressão do movimento.
11- Ao levantar ou mover uma carga, faça flexão dos joelhos e evite a flexão do tronco. 	Os grupos musculares das pernas e coxas aguentam maior esforço que os dos braços e das costas, devendo ser mais utilizados pois tem um desgaste menor, ajudando a proteger os discos intervertebrais.
12- A pressão intradiscal lombar aumenta com a flexão e a torção do tronco. 	Evitar a torção ou inclinação, mantendo o alinhamento do tronco e movimentando-o em bloco, deslocando a bacia na direção do esforço.

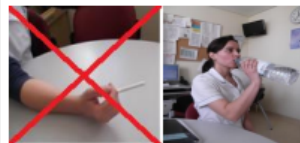
 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MED1.027

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
13- Durante longos períodos na posição de pé, alterne o peso de uma perna para a outra, ou use um apoio e alterne as posturas de pé e sentado. 	Alternar os músculos que estão a ser utilizados, como deslocar o peso da perna direita para a esquerda, versatilizando a forma de execução das tarefas, ou fazendo ligeiras interrupções, permite a utilização de um período mínimo de descanso protetor do desgaste muscular.
14- Se previamente contraídos, os músculos ficam melhor preparados para a ação, prevenindo lesões. 	Fazer a bascula da bacia, significa contrair os músculos abdominais e os glúteos num movimento firme, aumentando a estabilidade do tronco, melhorando a ação dos membros inferiores e protegendo os músculos das costas.
15- Puxar exige menos esforço que empurrar, levantar é o que exige mais esforço e tem maior risco de lesões. 	Este tipo de movimentos requerem menos esforço que levantar, pois não têm contra os efeitos da gravidade, apenas o atrito.
16- Na movimentação de um objeto, a modificação do grau de inclinação permite utilizar a gravidade a favor da deslocação. 	Empurrar uma pessoa para cima, transferir de uma cama mais baixa para uma maca mais alta, é mais difícil e aumenta o esforço, pelo que sempre que possível deve-se promover o deslizamento para baixo num plano inclinado. Num doente com a cabeceira da cama elevada que escorregue ficando posicionado incorretamente, a sua

	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDI.027

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
	mobilização deve ser efetuada com a cabeceira da cama baixa quando não existam contraindicações
17- A redução do atrito diminui a sobrecarga. 	Esta situação pode ocorrer através da utilização de um resguardo debaixo do doente para puxar ou deslizar na superfície da cama.
18- A fadiga interfere com a capacidade para executar qualquer tarefa, do ponto de vista quantitativo e qualitativo. 	Devem-se respeitar as pausas e os períodos de descanso para proporcionar a devida compensação do esforço efetuado.
19- O treino facilita a execução das técnicas e aumenta a destreza. 	A repetição de uma tarefa, quando não efetuada em sobrecarga, permite a espontaneidade da mesma, reduzindo o esforço. O levante repetido de doentes com técnica adequada vai melhorar a eficiência do profissional promovendo posturas adequadas e gestos eficientes.

	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna	Data de entrada em vigor:	09/03/2016
		Versão 02	11/12/2020
		Próxima revisão:	11/12/2023
		Cód. Documento:	PS.MEDI.027

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
20- Usar vestuário e calçado adequado possibilitam uma melhor dinâmica de movimento. 	No exercício diário são variados os gestos para se levantar, baixar ou movimentar. A utilização de vestuário deverá permitir a liberdade de movimentos, não sendo incomodativas quando se assumem certas posições (ocasionando posições defensivas e pouco ergonómicas), possibilitando manter uma boa base de sustentação. A utilização de calçado adequado previne o risco de escorregar ou de cair, devendo ser utilizado calçado de boa aderência, não se recomendando sapatos de salto alto, socas ou chinelos.
21- Vigiar a saúde, fazer exercício físico regularmente, evitar fumar, manter uma boa higiene do sono. 	Uma vigilância adequada por parte da saúde ocupacional, bem como a promoção de hábitos de vida saudáveis por parte do profissional, melhoram a qualidade de vida no trabalho e diminuem o aparecimento precoce de complicações.

7. Anexos

Anexo I - Grelha de Auditoria Interna.

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas Serviço de Medicina Interna		Data de entrada em vigor:	09/03/2016
			Versão 02	11/12/2020
			Próxima revisão:	11/12/2023
			Cód. Documento:	PS.MEDL027

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	23/02/2016	23/02/2019	Versão original	Enf. Filomena Martins, Enf. Jorge Casinha, Enf. Susana Ribeiro (Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna)
02	11/12/2020	11/12/2023	Revisão	Enf. Filomena Martins, Enf. Jorge Casinha, Enf. Susana Ribeiro (Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna)

Revisão:

A rever por:	Enf.º(a) Gestor(a) Enfermeiros de Reabilitação do Serviço de Medicina Interna	Data da próxima revisão:	11/12/2023
--------------	---	-----------------------------	------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- Diretora do Serviço de Medicina Interna	Data:	11/12/2020
Ratificado por:	Diretora do Serviço de Medicina Interna	Data:	03/12/2021

ANEXO II
(GRELHA DE AUDITORIA)

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão											
Serviço de Medicina Interna Auditoria Interna - Projecto "Formar para Reabilitar"											
Auditores: Enf's de Reabilitação M^a Filomena Martins, Jorge Casinha, Susana Ribeiro											
	Unidade_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No											
A Princípios básicos de exercícios respiratórios para os Focos "Dispneia" e "Expectorator"											
1	Incentivar a dissociação dos tempos respiratórios										
2	Posição de descanso e relaxamento										
3	Posições de descanso em crise de dispneia										
4	Correcção da postura										
5	Tosse dirigida										
B Princípios básicos de Actividade Motora - posicionamentos e transferências											
1	Decúbito lateral										
2	Decubito semi-lateral										
3	Decubito dorsal										
4	Padrão anti-espástico										
5	Cumprimento do tempo de alternancia de decúbitos										
6	Transferência de acordo com o nível de dependência										
C Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas											
1	Planeia as tarefas (evita esforços desnecessários)										
2	Avalia o grau de colaboração do doente e auxilia em consonância										
3	Utiliza ajudas técnicas										
4	Adopta uma base de sustentação ampla (pés afastados)										
5	Baixa o centro de gravidade (flete os joelhos)										
6	Coordena os elementos para uma maior conjugação de movimento										
7	Orienta com a cabeça a direcção da acção										
8	Prepara a acção contraindo os músculos										
9	Utiliza a gravidade a favor da deslocação de uma carga										
10	Reduz o atrito na movimentação de uma carga (utiliza o resguardo)										
11	Mantem o alinhamento do tronco (movimento do tronco em bloco)										
12	Refere fadiga relacionada com o trabalho										
Nota: Em cada resposta deverá ser colocado "S" para SIM, "N" para NÃO e "NA" para Não Aplicável.											
Observações:											

APÊNDICE I
(VIDEO)

PREVENIR, ALONGAR E EXERCITAR
QUEM CUIDA

PARA MELHOR CUIDAR

APÊNDICE II
POSTER

Prevenir, alongar e exercitar quem cuida... para melhor cuidar

CERVICAL



Rodar a cabeça para a direita



Rodar a cabeça para a esquerda



Realizar extensão da cabeça



Realizar flexão da cabeça



Fazer extensão dos braços para trás com os dedos entrelaçados

MEMBROS SUPERIORES



Elevar os membros superiores, mantendo-os paralelos



Aduzir o membro superior esquerdo, para a direita, e repeli para o lado oposto



Realizar extensão e flexão dos dedos



Realizar extensão e flexão dos pulsos



Fazer extensão dos membros superiores e entrelaçar os dedos atrás das costas

TRONCO



Inclinar o tronco para a direita e para a esquerda, com elevação do membro superior esquerdo e direito



Elevar os membros superiores



E deixá-los cair, com flexão do tronco em direção ao chão



Encostar a uma parede, com postura ereta, e flexão dos membros inferiores



Retirar a região do tórax até um limite confortável e flexão da cabeça

MEMBROS INFERIORES



Realizar flexão do membro inferior direito e esquerdo



Realizar extensão do membro inferior direito e esquerdo



Fazer agachamentos, mantendo o tronco em extensão



Realizar rotação externa e interna da articulação tibiofemoral do pé direito e pé esquerdo



Fazer elevação dos membros superiores, e colocar os pés em pontas

**Apêndice III – “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação no processo de transição do hospital, casa”**



SUMÁRIO	
Enquadramento Teórico	
Planeamento da Alta	
Papel do EEER	
Considerações Finais	

XXIX JORNADAS MEDICINA INTERNA SETÚBAL



ENQUADRAMENTO

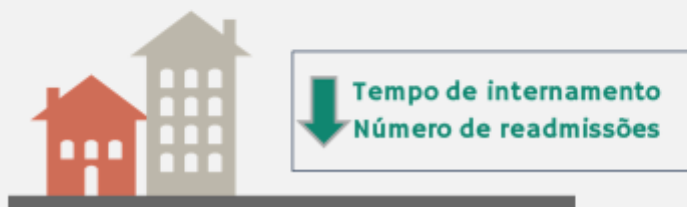


XXIX
JORNADAS
MEDICINA
INTERNA
SETÚBAL



PLANEAMENTO DA ALTA

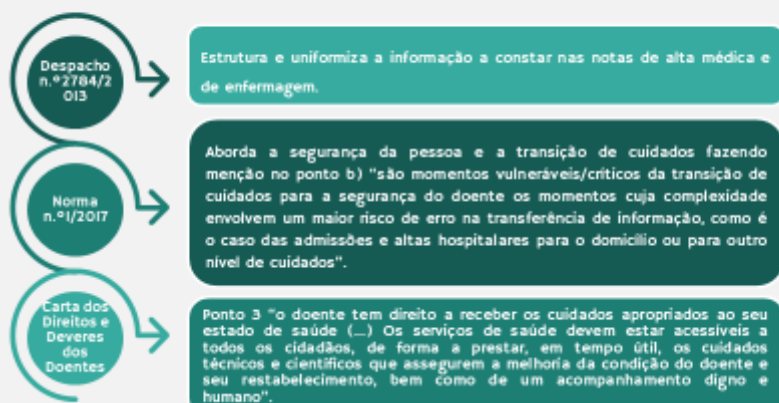
“ Um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários” (DGS, 2004, p.4).



XXIX
JORNADAS
MEDICINA
INTERNA
SETÚBAL

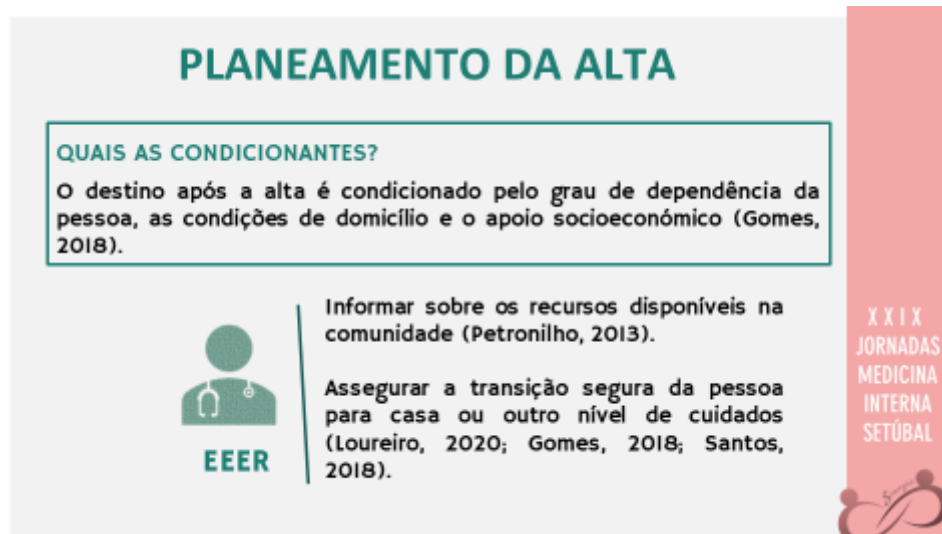


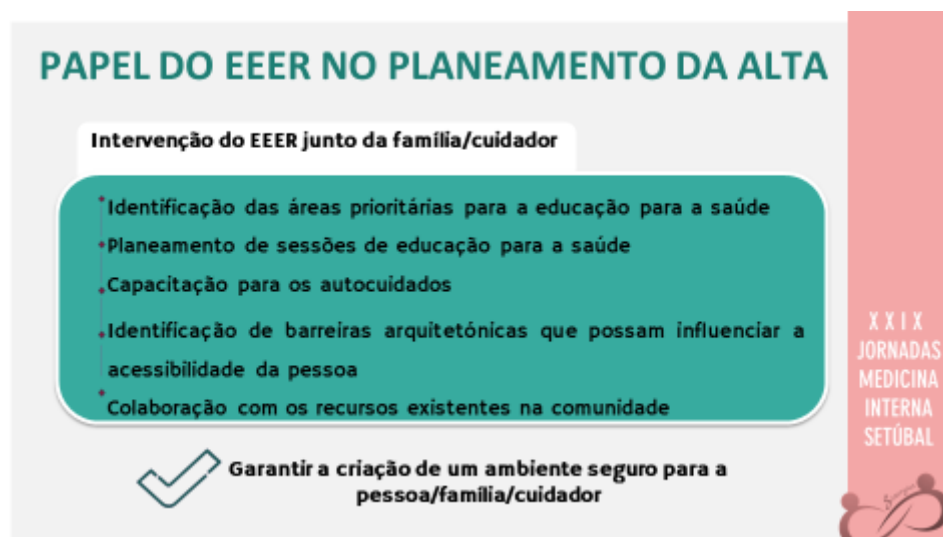
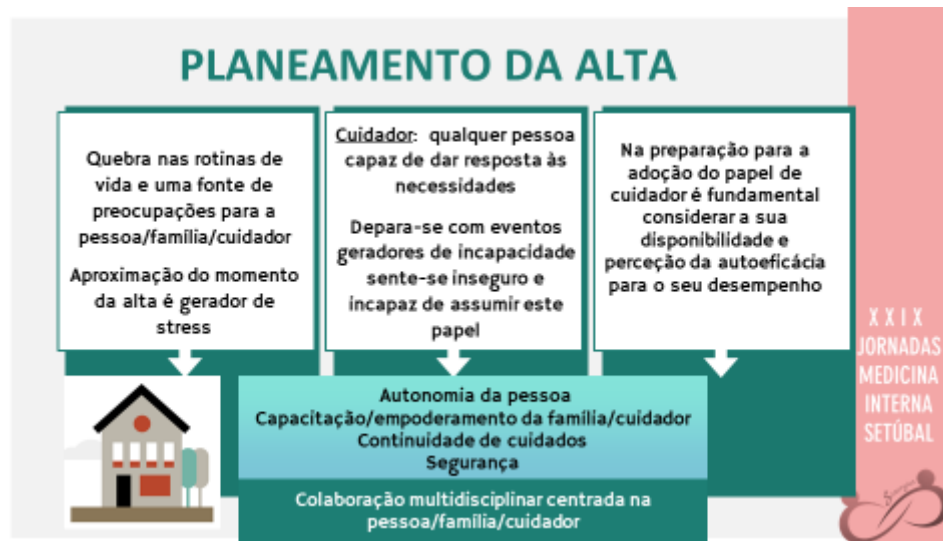
PLANEAMENTO DA ALTA



XXIX
JORNADAS
MEDICINA
INTERNA
SETÚBAL









XXIX
JORNADAS
MEDICINA
INTERNA
SETÚBAL



XXIX
JORNADAS
MEDICINA
INTERNA
SETÚBAL

DA EXPETATIVA PARA A REALIDADE ...

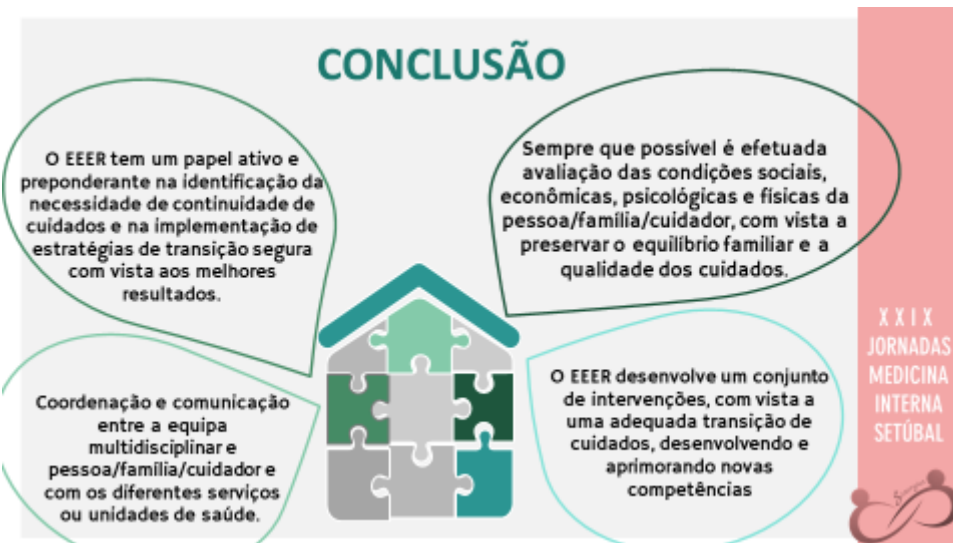
Não obstante os esforços das entidades competentes, existe ainda um longo caminho a percorrer no que respeita à transição dos cuidados hospitalares para a comunidade.

Muitas são as limitações para uma transição saudável, sejam elas a comunicação entre entidades, os tempos de espera, condições físicas e sócio-económicas.

O défice no atendimento sistematizado e o número inadequado de profissionais de saúde a prestar cuidados, não permite uma preparação da alta eficiente, com repercussões no número de reinternamentos

NO SERVIÇO DE MEDICINA ...

XXIX
JORNADAS
MEDICINA
INTERNA
SETÚBAL



BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
2. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
3. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
4. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
5. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
6. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
7. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
8. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
9. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
10. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
11. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
12. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
13. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
14. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
15. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
16. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>
17. Almeida, A. C. Intervenção de enfermagem especializada no encerramento de traqueostomia em doentes com insuficiência respiratória crónica. In: *Revista de Enfermagem de Setúbal*, 2013, 2(1), 1-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10411/10411>



Apêndice IV – Folhetos informativos sobre disfagia: Vou ter alta e agora?

[illegible]

VOU TER ALTA E AGORA?

DISFAGIA
(Dificuldade em Engolir)



<https://gostaria.com.br/dificuldade-para-engolir/>

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

 CENTRO HOSPITALAR DE  E.P.E.

O QUE É A DISFAGIA?

Disfagia é designada como a dificuldade da passagem dos alimentos da boca para o esôfago.

Existe um impedimento à passagem da comida deglutida, tanto sólida como líquida.

As principais consequências da disfagia são a desidratação, desnutrição, aspiração de alimentos e pneumonias.

Mas existem estratégias, como exercícios e consistências de alimentos, que minimizam essas consequências.

SINAIS E SINTOMAS

- Tosse durante a refeição
- “Engasgar-se” com frequência
- Mudança de voz após ingestão de alimentos
- Perda de saliva ou alimentos pelo canto da boca
- Acumular comida na boca durante a refeição
- Sensação de ter comida na garganta
- Retorno dos alimentos à boca



EM CASO DE DISFAGIA SUGERIMOS

- Ambiente calmo
- Não falar enquanto come
- Sentar a pessoa corretamente (não estar reclinado)
- Manter a cabeça ligeiramente inclinada para a frente e para baixo enquanto está a engolir (como se estivesse a olhar para a barriga)
- Quem alimenta a pessoa deve colocar-se sentado em frente e fazer contato visual, aproximando a colher da boca pelo centro
- Em casos de pessoas com sequelas de AVC, os alimentos devem ser colocados no lado não afetado

CUIDADOS ESPECÍFICOS COM A DIETA NA DISFAGIA

- Utilizar **espessante** (a quantidade depende da necessidade da pessoa) na ingestão de líquidos (água, chá, café)
- Estimular o uso de sabores azedos (limão, vinagre) e temperaturas frias (bebidas frescas, cubo de gelo)
- Evitar alimentos difíceis de controlar na boca (arroz seco, ervilhas, milho, bolachas, uvas e frutos secos) e com diferentes consistências misturadas (leite com cereais, sopas líquidas com pedaços de hortaliça, canja)
- Tomar os comprimidos com água com espessante ajustado à sua situação
- Não oferecer pão ou bolos secos, carnes secas ou rijas, peixes com espinhas ou fibrosos, queijos secos e derretidos
- Evitar ingerir alimentos potenciadores de "azia" (comida picante, ácido, fritos, café, chá, chocolate e coca-cola)

<https://www.thermochemical.com/ingredientes/food%20additives/food%20additives.htm>

NÃO ESQUEÇA!

A PRÁTICA DESTES EXERCÍCIOS, IRÃO MELHORAR A SUA DIFICULDADE EM DEGLUTIR.

CUIDE DE SI

Não hesite em esclarecer as suas dúvidas com a equipa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação!

Contactos:
Hospital - 265549000
Serviço Medicina Interna
Piso 3 - extensão 8640
Piso 4 - extensão 4129

BIBLIOGRAFIA:
Mendonça, K.A. Workshop Exercícios Orófagos (2018). Consultado em 02 Dezembro 2022. Disponível em: <https://ntr.scribd.com/document/600465832/Workshop-Exercicios-Orófagos-2018>
Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação – conceitos e práticas* (1ª edição). Lidel edições
Figura I disponível em: <https://www.audiophos.aude.com/mostrando-de-outras-atividades-exercicios-de-motricidade-orofacial>
Figura II, III, IV disponível em: