

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Cláudia Vanessa Novais Ramos

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção da Funcionalidade

Setembro, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Cláudia Vanessa Novais Ramos

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção da Funcionalidade

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa - Lisboa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação

Orientadora: Professora Teresa Silveira

Setembro, 2024

Abreviaturas

AVD - Atividades de vida diária

ECCI - Equipe de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC - Medical Research Council

RFR - Reeducação funcional respiratória

RFM - Reeducação funcional motora

Resumo

Este relatório descreve a importância do enfermeiro especialista em reabilitação na gestão das alterações da mobilidade, uma área central de intervenção no campo da reabilitação, alinhado às áreas de investigação prioritárias estabelecidas pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. A mobilidade, frequentemente comprometida por condições como o envelhecimento, doenças crónicas e lesões, tem um impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida das pessoas. As consequências da imobilidade, como o aumento da dependência, o risco de complicações secundárias e a perda de autonomia, reforçam a necessidade de programas de reabilitação eficazes.

O enfermeiro de reabilitação tem um papel essencial na implementação de intervenções personalizadas que promovem a recuperação da mobilidade, a prevenção de complicações e a maximização da independência. Esses programas de reabilitação são fundamentais para prevenir a deterioração física e melhorar a integração social das pessoas.

O relatório inclui também uma análise detalhada das atividades realizadas durante os estágios clínicos, em contexto hospitalar e comunitário evidenciando o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre. As competências adquiridas permitem ao enfermeiro de reabilitação atuar de forma diferenciada e eficaz, otimizando os resultados funcionais.

Palavras-chave: Mobilidade, Imobilidade, Enfermagem de reabilitação, Programas de reabilitação, Competências especializadas, Funcionalidade.

Índice

I. Introdução.....	7
II. Enquadramento Teórico.....	10
II.1. Funcionalidade.....	10
II.2. Pessoa com alterações da mobilidade.....	11
II.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.....	12
II.4. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	15
II.5. Scoping Review.....	16
III. Aquisição de Competências Especializadas e de Mestre.....	17
III.1. Serviço de Pneumologia.....	17
III.2. Equipa de Cuidados Continuados Integrados	20
III.3. Serviço de Cirurgia Vascular.....	24
III.4. Serviço de Neurocirurgia.....	28
III.5. Centro de Reabilitação de Alcoitão.....	31
IV. Considerações Finais.....	33
V. Referências Bibliográficas.....	35

Apêndices

Apêndice A - Planeamento dos objetivos

Apêndice B – Cronograma

Apêndice C – Artigo - Protocolo Scooping Review

Apêndice D – Estudo de caso em contexto hospitalar

Apêndice E – Brochura – Exercícios a realizar no domicílio

Apêndice F – Exercícios e cuidados a ter após a fratura do fémur

Apêndice G - Folheto ECCI – Exercício a realizar no domicílio

Apêndice H - Brochura ECCI – Dia Mundial da Prevenção das Quedas

Apêndice I - Flyer ECCI – Dia Mundial da Prevenção das Quedas

Apêndice J - Reflexão segundo o ciclo de Gibbs – Contexto Paliativo

Apêndice L - Reflexão segundo o ciclo de Gibbs – Contexto Idosos

Apêndice M - Folheto RNCCI

Apêndice N - Folha de registos

Apêndice O - Sessão de formação sobre terapêutica inalatória

Apêndice P - Ficha de avaliação da sessão

I. Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha – Lisboa (ESSCVP – Lisboa). Este relatório, tem como finalidade descrever e refletir acerca das competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio.

A temática geral versa sobre a promoção da funcionalidade, um aspeto fundamental diante dos desafios do envelhecimento populacional. A organização mundial de saúde projeta que o número de pessoas com idade superior a 60 anos aumente de 1,1 bilhões para 1,4 até 2030, colocando a capacidade funcional no centro das preocupações globais¹. Neste cenário as doenças músculo-esqueléticas entre outras, são prevalentes entre os idosos, afetando a mobilidade e resultando na perda de funcionalidade, o que dificulta a realização de atividades de vida diária (AVD) que por sua vez resultam em restrições sociais e ambientais².

A diminuição da funcionalidade física gera uma série de limitações que levam a restrições sociais e criam barreiras ambientais, tornando as AVD cada vez mais desafiadoras e impactando negativamente a qualidade de vida. É nesse contexto que a enfermagem de reabilitação assume um papel essencial, implementando programas e ações que visam à promoção e manutenção da capacidade funcional, com o objetivo de minimizar essas limitações. Esse enfoque na capacidade funcional e na qualidade de vida está alinhado às áreas de investigação prioritárias estabelecidas pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação insere-se na capacitação da pessoa e nas intervenções autónomas, especialmente nas áreas da função motora e respiratória. Portanto, a enfermagem de reabilitação contribui não apenas para a recuperação da funcionalidade, mas também para a melhoria do bem-estar geral, reforçando a importância de um envelhecimento saudável e ativo.

Para a escolha do tema a abordar, foi necessário seguir uma metodologia de projeto que envolve um plano de trabalho que leve à resolução de um problema preocupante para a pessoa que o está a realizar³. O percurso para a escolha da temática, surgiu de forma linear, em conversa com a equipa de trabalho e respetiva chefia, no dia a dia, uma vez que o nosso percurso profissional passa por um serviço de especialidades cirúrgicas, onde nos deparamos diariamente com a pessoa submetida a cirurgia dos membros inferiores, que sofre uma transição de saúde/doença, com impacto ao nível psicológico, autoimagem, autoestima e alterações funcionais que comprometem o autocuidado.

O EEER tem como função contribuir para melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, entre elas ortopédicas e outras deficiências e incapacidades⁴. A pessoa submetida a cirurgia dos membros inferiores nomeadamente a amputação, para além do impacto físico, sofre impacto a nível psicológico e social, uma vez que perde a representação social que tinha anteriormente à intervenção, surgindo limitações e restrições na realização das AVD, tendo aqui o enfermeiro de reabilitação o papel de implementar estratégias com o intuito de promover a saúde física, psicossocial e espiritual⁵.

Foi definido como objetivo geral:

-Desenvolver competências comuns e específicas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Tendo em conta o objetivo geral, foram delineados objetivos específicos de acordo com os contextos de estágio. O plano de atividades (Apêndice A) e respetivo cronograma (Apêndice B) foram previamente definidos tendo sido executados ao longo dos 2º e 3º semestre.

A realização deste relatório será iniciada pelo enquadramento teórico sobre a problemática onde se abordará o conceito de funcionalidade, a pessoa com alterações da funcionalidade e a intervenção e importância do EEER. Será também abordada o referencial teórico, Teoria das Transições de Afaf Meleis que conduziu o plano de ação,

uma vez que a pessoa com alterações da funcionalidade passa por um processo de transição, em que o enfermeiro tem o papel fundamental de permitir que essa transição se viva de forma saudável. Posteriormente, serão abordadas as competências adquiridas em cada contexto de estágio e as considerações finais.

O trabalho foi realizado de acordo com a norma Vancouver de referenciação bibliográfica e citação.

II. Enquadramento Teórico

II. 1. Funcionalidade

A funcionalidade pode ser definida como a capacidade que uma pessoa tem para realizar tarefas essenciais para a sua subsistência, interagir com o meio ambiente e participar socialmente⁶. No entanto as dificuldades na realização das AVD, de forma autónoma (capacidade de a pessoa tomar decisões e ser responsável pelas mesmas) e independente (capacidade da pessoa realizar as suas atividades de vida diária e autocuidado sem a necessidade de assistência externa)⁷, devido a alterações da funcionalidade como limitações na marcha, levantar, equilíbrio corporal, prevenção de quedas, etc., muitas vezes resultam em incapacidade e imobilidade⁸. Estas podem acarretar desafios significativos, incluindo depressão, desorientação, irritabilidade, falta de energia, incontinência, alterações do equilíbrio e aumento da dor⁸. Compreender os conceitos de independência e autonomia torna-se assim essencial para planejar intervenções eficazes que promovam a manutenção da capacidade funcional.

É importante também distinguir a funcionalidade, que descreve a capacidade de realizar tarefas em tempo real, da capacidade funcional que representa a capacidade intrínseca da pessoa para executar essas tarefas, independentemente das condições externas⁹. Com o avanço da idade, a perda funcional torna-se um fator recorrente, influenciado pela perda de massa muscular, artroses, doenças crónicas, entre outros fatores. Essa perda de capacidade funcional frequentemente resulta na diminuição da independência para realizar atividades de vida diária. Dados de 2022 demonstram que mais de um terço da população portuguesa com idade superior a 16 anos, relata sentir-se limitada na realização de atividades consideradas habituais devido a problemas de saúde⁹.

A perda de capacidade funcional não só compromete a independência, mas também pode limitar a autonomia à medida que a pessoa perde a capacidade para executar as suas necessidades básicas.

Para a avaliação da funcionalidade existem diversos instrumentos e métodos. Estes possibilitam uma avaliação abrangente e precisa das capacidades funcionais da pessoa. Cada instrumento é selecionado com base nas necessidades da pessoa, na

condição clínica e nos objetivos estabelecidos, de forma a serem implementados planos de cuidados de reabilitação personalizados. O uso da tabela nacional da funcionalidade permite quantificar a funcionalidade de forma consistente e rápida, baseada nos componentes da classificação internacional da funcionalidade, atividades, participação e fatores ambientais, incluindo aspetos relacionados à mobilidade, permitindo a avaliação dos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo importante que a mesma seja executada em todos os contextos¹⁰. Outro instrumento de avaliação importante é a escala de medida de independência funcional que avalia o desempenho da pessoa ao nível de atividades motoras e cognitivas de vida diária, assim como o índice de Barthel que avalia a realização de dez atividades básicas de vida, muitas das quais diretamente ligadas à mobilidade¹¹.

A funcionalidade, enquanto capacidade de realizar tarefas essenciais para a vida de forma independente, está intimamente ligada à mobilidade, um dos seus componentes essenciais. O próximo capítulo explorará em detalhe as alterações da mobilidade, as causas, consequências e o papel do enfermeiro de reabilitação na gestão e recuperação dessas capacidades.

II.2. Pessoa com alterações da mobilidade

A mobilidade, um aspeto crucial da funcionalidade, pode ser comprometida devido a várias condições físicas e clínicas decorrentes de patologias, lesões ou cirurgias¹² sendo os idosos os mais expostos a desencadear fenómenos fisiopatológicos associados à imobilidade¹³.

A alteração à mobilidade é devida a variadas etiologias, como doenças crónicas, problemas respiratórios, condições psicológicas, doenças cardíacas, envelhecimento, dor intensa, problemas orto-traumatológicos, desnutrição, doenças neurológicas e défices sensoriais¹³. Observa-se um aumento significativo nas doenças crónicas. Em Portugal 41% dos portugueses em 2019 sofria de pelo menos uma doença crónica, entre elas a doença cardíaca isquémica e diabetes, sendo a prevalência superior à da União Europeia que verificava 36%¹⁴, e encontra-se no 4º país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas¹⁵.

A imobilidade provoca uma série de complicações, afetando diversos sistemas do corpo. O repouso prolongado provoca descondicionamento de múltiplos órgãos que leva a uma perda de independência e consequentemente imobilidade. A nível respiratório, pode resultar em atelectasias e pneumonias de estase. No sistema cardiovascular, pode levar à hipotensão ortostática e formação de trombos. Alterações gástricas, como distensão gástrica e obstipação são comuns. Problemas urinários, como infecções e hematúria, também podem ocorrer. No sistema nervoso, podem surgir confusão, ansiedade e alterações do padrão de sono. Além disso, a imobilidade aumenta o risco de úlceras por pressão na pele e tegumentos, além de contribuir para alterações musculoesqueléticas como atrofia, anquilose e osteoporose predispondo a fraturas¹³.

Uma limitação, como a capacidade de se mover com facilidade costuma estar ligada à condição de fragilidade, caracterizada por uma redução da capacidade corporal de lidar com situações de stress, algo frequentemente associado ao processo de envelhecimento. Entre os sinais desta condição estão a perda de massa muscular, a redução da força física, as alterações no andar, dificuldades de equilíbrio e a diminuição gradual do peso corporal¹⁶.

Devido ao impacto profundo que a fragilidade e a perda de mobilidade causam, é essencial introduzir programas de reabilitação. Essas iniciativas são fundamentais para combater os efeitos negativos tanto do envelhecimento quanto de doenças crônicas, ajudando a manter a capacidade de movimento, a independência e a funcionalidade, elementos indispensáveis para uma vida com boa qualidade¹⁷.

II.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Com o envelhecimento da população e paralelamente com a melhoria da qualidade de vida e acesso a melhores condições de saúde, a intervenção e as competências do EEER, tornam-se cruciais para dar resposta à prevalência/incidência de doenças crônicas com repercussões nos processos respiratórios e processos neuromusculoesqueléticos⁷. É este profissional que em diferentes contextos adequa a sua intervenção e intervém diretamente como educador da pessoa e família, desenvolve estratégias para a pessoa com diferentes níveis de dependência e promove o autocuidado e reintegração social e familiar¹³.

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, passam por cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, capacitar a pessoa com deficiência, maximizando a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da mesma⁴. É fundamental que a abordagem seja realizada de forma holística e centrada na pessoa, avaliando as necessidades e desenvolvendo planos de cuidados personalizados. Além disso fornecer recursos e suporte adequado para ajudar a superar as barreiras e promover a participação ativa na comunidade.

As dificuldades enfrentadas por pessoas com perda de funcionalidade nas AVD são justificadas, já que apresentam limitações na mobilidade e redução da força muscular. Nesse contexto, a atuação do EEER ao aplicar um programa de reabilitação motora e respiratória, traz benefícios significativos na recuperação da autonomia funcional que tinham antes do evento. Esses ganhos são mais evidentes em áreas como a alimentação, higiene pessoal, vestir a parte superior do corpo e no controle dos esfíncteres¹⁷.

Pessoas que sofrem fraturas, frequentemente apresentam complicações que afetam a sua mobilidade com perda de força muscular, restrição de amplitude do movimento, desequilíbrio e comprometimento da propriocepção. Estas alterações resultam em limitações nas AVD, aumentando o risco de queda e diminuição da qualidade de vida, sendo fundamental uma abordagem abrangente e multidisciplinar para maximizar a recuperação e a funcionalidade¹⁴.

Passar por uma cirurgia pode ocasionar mudanças físicas e emocionais em um indivíduo. Se surgirem complicações no período pós-operatório, o processo de recuperação pode ser retardado, dificultando a realização das atividades diárias e impactando negativamente a qualidade de vida. Nesse contexto, o papel do EEER é fundamental. Ele atua implementando medidas preventivas e identificando precocemente possíveis problemas, com o objetivo de manter as capacidades funcionais, prevenir complicações adicionais e evitar o desenvolvimento de incapacidades¹⁴.

Há uma variedade de programas de reabilitação, que são personalizados para atender às condições e características individuais, levando em consideração o tipo de exercício, a sua frequência e duração. Estudos na área destacam aspectos fundamentais

para a elaboração desses programas, que são conduzidos por enfermeiros especializados.

Em casos de cirurgia de amputação, a intervenção inclui uma avaliação pré-operatória abrangente, focada em medir a amplitude de movimento e a força muscular do membro a ser amputado, do membro oposto e dos membros superiores. Além disso, são feitas avaliações psicológicas e da independência nas AVD, sendo esses elementos cruciais. A reabilitação abrange também o fortalecimento muscular, a reabilitação funcional respiratória e a prevenção de complicações no pós-operatório. O ensino pré-operatório é igualmente importante, pois ajuda a diminuir a ansiedade da pessoa antes e depois da cirurgia¹⁸.

No pós-operatório o ênfase passa novamente na reabilitação funcional respiratória, na mobilização dos membros e fortalecimento muscular, promovendo a mobilização precoce. Também presente no pós-operatório, estão evidentes os posicionamentos, os exercícios terapêuticos, treino de equilíbrio e transferências, os cuidados de higiene, estando a pessoa atenta diariamente às alterações cutâneas e por fim a massagem/dessensibilização do coto¹⁴.

A reabilitação no pós-operatório revela ter implicações no processo de reabilitação, mais concretamente na reinserção na sociedade, uma vez que se relaciona com a taxa de sobrevivência e reinserção no domicílio, assim como a reabilitação especializada tem contributos para a funcionalidade, com ganhos na pontuação da escala de avaliação da medida de independência funcional, maiores probabilidades de a pessoa ter alta para o domicílio. Existe evidência que a realização de um maior número de sessões de educação e treino de autocuidado com a prótese (cuidados com a prótese, cuidados com o revestimento cutâneo e prevenção de feridas, cuidados com o membro residual, educação dos familiares/cuidadores, normas de utilização da prótese, e prevenção de quedas) estão relacionadas com melhorias de desempenho no teste Time Up and Go, existindo melhorias significativas da função física¹⁴.

O desenvolvimento de estratégias para promover o bem-estar funcional físico e emocional, como ensino, instrução, treino e envolvimento da família, permite que a pessoa e família adquiram conhecimentos sobre as técnicas de fortalecimento dos músculos importantes para a melhoria da mobilidade o que contribui para um melhor

desempenho na realização das AVD e para uso de próteses¹⁹.

II.4. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A transição é vivenciada quando há a necessidade de adaptação a novas circunstâncias ou situações. As transições podem ser classificadas como desenvolvimentais, situacionais e de saúde-doença, sendo que a última se caracteriza pela passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, onde são vividas mudanças¹⁹.

Os períodos de doença representam momentos de transição, seja física, cognitiva ou emocional, que trazem limitações e desafios à vida da pessoa. Este é o foco de atenção em enfermagem, conforme defendido pela teórica mencionada anteriormente, pois os profissionais de saúde procuram antecipar, avaliar, diagnosticar, gerir e auxiliar na superação dessas mudanças, promovendo o máximo possível de autonomia e bem-estar²⁰.

A pessoa pode experienciar quatro fases durante a reabilitação: a) desorganização aguda; b) avaliação; c) luto; d) readaptação. O enfermeiro de reabilitação reconhece que cada pessoa tem o seu tempo de evolução pessoal de adaptação e apoia este processo de adaptação e ajustamento da pessoa e da família²¹.

Por outro lado, os resultados das transições e as respetivas respostas aos eventos são influenciados pelo ambiente e pelas próprias características da pessoa, acompanhadas por um misto de emoções. O EEER tem o objetivo de acompanhar a pessoa ao longo do seu ciclo vital, ajudando na promoção de processos adaptativos que mantenham satisfeitas as necessidades humanas básicas, assim como a realização das AVD, passando por uma transição saudável¹⁹.

Os planos de reabilitação são planeados, realizados e implementados de acordo com as características de cada pessoa. O enfermeiro de reabilitação tem uma intervenção fundamental, em avaliar as características pessoais, as necessidades que se encontram comprometidas e estabelecer em parceria com a pessoa e a família um conjunto de intervenções com o objetivo de promover um nível máximo de autonomia e bem-estar, tendo em conta o processo de transição vivenciado pela pessoa, estando por base a teoria

das transições.

II.5. Scoping Review

Para alcançar as competências necessárias ao grau de mestre, é essencial possuir conhecimentos mais avançados em uma área específica de estudo, sendo que esses conhecimentos devem ser aplicados de forma inovadora e direcionada, especialmente no campo da investigação. Além disso, é crucial saber utilizar esses conhecimentos e habilidades para solucionar problemas relacionados à área de atuação.

Nesse sentido, foi escolhido um tema relevante que se alinha com as questões abordadas durante o estágio. O foco do estudo está no papel do enfermeiro de reabilitação na prevenção da obstipação em pessoas adultas hospitalizados.

A obstipação é um problema que impacta de forma significativa a qualidade de vida. No ambiente hospitalar, alguns dos principais fatores que contribuem para o aumento dessa condição incluem a falta de mobilidade, alterações na dieta e o uso de medicamentos. Dada a competência do enfermeiro, conforme o EEER J1.3.2⁴, em reeducar a função vesical e intestinal, a escolha deste tema mostra-se relevante. O objetivo é reunir evidências sobre o papel do EEER na prevenção da obstipação em pessoas adultas hospitalizados.

Para responder a essas competências, foi realizada uma scoping review com o tema "Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Obstipação na Pessoa Adulta Hospitalizada – Protocolo Scoping Review", formatada em artigo (Apêndice C) para submissão a uma revista científica.

Dessa forma, o desenvolvimento da investigação foi alcançado por meio da elaboração e estruturação deste trabalho, o que proporcionou o desenvolvimento de competências necessárias à obtenção do grau de mestre.

III. Aquisição de Competências Especializadas e de Mestre

Tendo em conta o enquadramento supracitado, neste capítulo será realizada uma abordagem reflexiva das competências, estratégias e atividades realizadas e desenvolvidas, tendo por base os objetivos específicos definidos e as competências comuns do EE e específicas do EEER.

Esta reflexão foi dividida por campos de estágio, pelo facto de existirem atividades e estratégias diferentes nos diferentes campos, apesar de estarem assentes na mesma finalidade.

III.1. Serviço de Pneumologia

O ensino clínico no serviço de pneumologia começou no dia 4 de dezembro e terminou em 26 de janeiro, somando um total de 175 horas de contato. O serviço possui uma lotação de 15 vagas e é composto por uma equipa multidisciplinar, que inclui uma fisioterapeuta, uma assistente social, uma nutricionista, a equipe médica e onze enfermeiros. Um dos enfermeiros atua como gestor, enquanto três são especialistas em enfermagem de reabilitação. No entanto, esses especialistas não se dedicam exclusivamente às suas áreas de especialização. Além da unidade de internamento, o serviço conta com uma sala para a realização de broncofibroscopias e outra destinada à adaptação e monitorização da Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI) em regime de ambulatório. Nessa sala, são fornecidas orientações adicionais e feitos ajustes nos parâmetros para otimizar o uso da VNI no domicílio.

O primeiro contexto de estágio, realizado no serviço de pneumologia de um hospital distrital, destinou-se à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com patologia do foro respiratório. Neste contexto identificou-se a necessidade de intervenções focadas na prevenção de doenças respiratórias e na educação para a saúde tanto para as pessoas portadoras de doença, mas também para as famílias. Posto isto os objetivos desenvolvidos para este contexto foram estabelecidos e reformulados com a equipa de enfermagem, apresentando o meu projeto de estágio e realizando reuniões com o enfermeiro orientador, de forma a adequar os objetivos à população existente no serviço, de forma a identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função

respiratória que permite diminuir o esforço e favorecer o desempenho dos músculos respiratórios para a realização das AVD, dentro da competência J1 do EEER⁴.

Os planos de intervenção realizados neste primeiro contexto tiveram como foco principal a reeducação funcional respiratória (RFR). A implementação de um conjunto de intervenções isoladas ou em conjunto num programa de reabilitação, revela trazer melhorias consideráveis na função pulmonar, aumento da produção e eliminação de secreções, desobstrução das vias aéreas, valores mais baixos na escala da dispneia, menor sensação de fadiga, maior tolerância ao esforço, fortalecimento da musculatura pulmonar, alterações na auscultação pulmonar, melhorias gasimétricas e saturações de oxigénio²³. Neste sentido, indo de encontro ao objetivo estabelecido “Elaborar um programa de reabilitação adaptado à pessoa com patologia respiratória” foram realizados planos de intervenção com incidência em exercícios de consciencialização dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, reeducação costal global e seletiva. O treino de exercícios contribui para a melhoria da função muscular e redução da dispneia, mostrando ter um impacto positivo nos parâmetros funcionais e realização de AVD, pelo que o mesmo esteve presente como complemento ao longo do estágio, de forma a melhorar a tolerância ao esforço e promover a autonomia, sendo um dos focos de intervenção do EEER.

A competência específica, maioritariamente desenvolvida ao longo dos contextos, tendo em conta as atividades realizadas foi a J1 – “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, sendo a unidade de competência J1.1 – “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determina limitações da atividade e incapacidades⁴” a primeira a ser reconhecida e desenvolvida com a aplicação de escalas de avaliação, como a escala de Morse, índice de Barthel, Braden, Escala Medical Research Council e escala de Borg de forma a identificar as necessidades existentes e realizar uma avaliação inicial mais detalhada, de forma a adequar as atividades implementadas, atingindo o objetivo estabelecido “Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito da reeducação funcional respiratória com base em evidência científica”.

Para responder às necessidades identificadas e atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo de caso (Apêndice D) envolvendo uma pessoa com diagnóstico de

derrame pleural recidivante. Foi elaborado um plano de cuidados específico, baseado em programas de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora (RFM), permitindo a comparação dos resultados obtidos nas avaliações iniciais e finais. Esses resultados alinham-se com os objetivos estabelecidos e com o desenvolvimento das competências do EEER, J1.2, que inclui "Conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade", bem como a competência J1.4⁴ "Avalia os resultados das intervenções implementadas". A intervenção do EEER mostrou um impacto significativo em vários parâmetros, avaliados através da aplicação de escalas específicas. O score no índice de Barthel indicou uma recuperação funcional importante, com um aumento relevante em comparação à avaliação inicial. Além disso, a reeducação funcional respiratória contribuiu para a redução da sensação de cansaço durante as AVD, possibilitando que as tarefas fossem realizadas com menos esforço e maior conforto, conforme demonstrado pela escala de Borg.

Visando maximizar a autonomia e reintegrar a pessoa no ambiente familiar e social, é essencial estabelecer uma colaboração contínua entre os profissionais de saúde e a pessoa/família, desde o momento da admissão até à alta²⁴. A RFR oferece múltiplos benefícios, como a redução do tempo de internamento e a diminuição de reinternamentos. No serviço, observou-se, conforme relatado pela equipa, um aumento no número de dias de internamento e de reinternamentos. Com base nisso, identificou-se a necessidade de fornecer às pessoas, após a alta, um plano escrito com os exercícios realizados durante o internamento, de modo a reduzir a recorrência de reinternamentos. Foi, então, desenvolvida uma brochura (Apêndice E) contendo exercícios respiratórios e motores, que permite às pessoas continuar o processo de capacitação em casa. Isso atende à competência J2 do EEER, que se refere a "Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania", bem como ao objetivo de "Capacitar a pessoa e a família para a alta na área de reabilitação funcional respiratória e motora". Foram realizados ensinamentos tanto para a pessoa, quanto para a família, mas, devido à duração limitada do estágio, não foi possível avaliar o feedback e os resultados gerados pela brochura.

As experiências vividas ao longo do estágio trouxeram significativos ganhos para o desenvolvimento do conhecimento, permitindo uma melhor compreensão das

necessidades das pessoas, dos desafios enfrentados no processo de reabilitação e das práticas mais eficazes. Durante o estágio, participei na consulta de adaptação à VNI pós-alta hospitalar, onde a equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, acompanha as pessoas durante um ano. Essa abordagem centrada na pessoa permite monitorizar o progresso, identificar possíveis complicações e realizar ajustes necessários, promovendo uma transição mais tranquila para a vida após a alta. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel crucial, com competências e estratégias fundamentais para assegurar a continuidade dos cuidados²⁵. Surgiu, ainda, a ideia de que essa consulta poderia ser um momento ideal para avaliar a eficácia dos exercícios propostos na brochura, sendo estes supervisionados pela fisioterapeuta em regime ambulatorio. Contudo, o feedback dessa avaliação não pôde ser recolhido durante o período de estágio.

III.2. Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Em contexto de comunidade, o estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade que partilha instalações com a Unidade de Saúde Familiar. Acompanhei a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), constituída por 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, na realização de visitas domiciliárias de reabilitação. Este contexto de estágio decorreu entre 29 de janeiro e 12 de fevereiro, com um total de 154h, no primeiro módulo e entre 20 de maio a 8 de julho com um total de 192h, no segundo módulo.

Como já foi anteriormente referido, a população está envelhecida o que aumenta o número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes. Havendo uma necessidade de cuidados contínuos após a alta hospitalar, os objetivos estabelecidos, em contexto de estágio na comunidade, vão de encontro à promoção da autonomia e qualidade de vida no seu ambiente familiar, tendo em conta as necessidades das pessoas e família, sendo uma das competências do EEER, a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Para realizar o diagnóstico da situação, foi adotada uma abordagem organizada e centrada na pessoa, permitindo uma análise detalhada das necessidades das pessoas e das suas famílias. A recolha de informações foi efetuada através da consulta de dados clínicos,

da análise dos registos existentes e de conversas com a equipa e a enfermeira orientadora. Este método facilitou a identificação das patologias mais comuns, bem como o impacto destas na funcionalidade e qualidade de vida. Foram também realizadas visitas domiciliárias que permitiram observar as condições do ambiente familiar e a disponibilidade de recursos, tanto humanos como materiais, que poderiam influenciar o plano de cuidados. Nessas visitas, foi possível avaliar o nível de apoio familiar, a adequação do espaço físico e a necessidade de adaptações para melhorar a mobilidade e a segurança.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados em contexto de comunidade foram maioritariamente no âmbito das alterações motoras e cardiorrespiratórias. Um dos objetivos a que me propus foi “Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora com base na evidência científica”, para isso foi realizada uma avaliação inicial através de escalas, de forma a verificar a capacidade funcional e as necessidades comprometidas, e foi realizado um plano de cuidados adequado à pessoa, tendo em conta as informações recolhidas. Nas alterações motoras foram implementados exercícios de RFR, de amplitude e fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de AVD e os respetivos ensinamentos à pessoa e família de forma a dar continuidade aos cuidados. Foi possível observar uma melhoria nas escalas avaliadas, índice de Barthel, que registou um aumento na independência para a realização das AVD. A Tabela Nacional da Funcionalidade indicou uma progressão positiva na capacidade funcional global refletindo o impacto dos exercícios de amplitude, fortalecimento muscular e treino de equilíbrio. A escala de força muscular também mostrou um aumento na força dos grupos musculares trabalhados o que contribuiu para uma maior estabilidade e segurança na realização das AVD. A intervenção nas alterações cardiorrespiratórias, com RFR resultou em melhorias na capacidade respiratória. Os exercícios de reeducação diafragmática e costal, aliados às técnicas de limpeza das vias aéreas e à gestão da doença respiratória, resultaram numa redução significativa dos sintomas de dispneia e uma maior eficiência na ventilação pulmonar. Os ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia e a gestão do regime terapêutico permitiram às pessoas uma melhor adaptação às limitações impostas pela condição respiratória, aumentando a sua autonomia no dia a dia.

A avaliação do stress do cuidador informal também apresentou uma redução,

indicando que a capacitação da família para dar continuidade aos cuidados contribuiu para um ambiente domiciliar mais equilibrado e menos sobrecarregado. Esses resultados revelam a importância e o impacto das intervenções do EEER na promoção da funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida das pessoas em contexto comunitário.

O EEER dota de um conhecimento acerca dos recursos disponíveis, tendo uma visão privilegiada das pessoas inseridas na comunidade. O entrar no domicílio das pessoas, permite identificar barreiras e dificuldades e realizar alterações necessárias para uma melhor adaptação. Tal ficou demonstrado na intervenção com a Sr. M de 93 anos, que vivia num 2º andar sem elevador, que tinha sofrido uma fratura do fémur há 6 meses, pelo que se encontrava dependente nas AVD, não saindo de casa desde então. Poder acompanhar o seu percurso, realizar o treino de escadas e reduzir as barreiras psicológicas existentes tanto na pessoa como na família, permitindo à mesma se deslocar até à rua e reintegrar a comunidade, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre acessibilidade, eliminação de barreiras arquitetónicas e da importância da participação ativa de atividade social, sendo indiscutível a importância do papel do enfermeiro de reabilitação²⁶ na promoção de ambientes inclusivos.

Um dos papéis do EEER é atuar como gestor de caso⁴, sendo responsável por assegurar, em reuniões multiprofissionais com a nutricionista, assistente social e psicóloga, que o plano de intervenção definido para a pessoa seja implementado de forma eficaz e com qualidade. Durante o estágio, tive a oportunidade de participar nessas reuniões e, em colaboração com a enfermeira orientadora, contribui para a gestão dos recursos humanos e comunitários, bem como para a referenciação e acompanhamento das pessoas.

Surgiu também a oportunidade de fazer parte do projeto implementado pela ECCI “Academias da mobilidade” que consiste na formação de uma turma de quatro pessoas da comunidade, que sejam referenciadas, ou por IMC elevado, doenças crónicas ou por não participar em qualquer atividade na comunidade, com o intuito de promover o exercício físico e a inclusão social com uma duração de 6 meses, de forma a integrarem posteriormente uma atividade existente na comunidade. Foi assim possível avaliar a capacidade funcional da pessoa, aplicando diversos instrumentos de avaliação para avaliação da função motora e respiratória na fase inicial do projeto, como a prova de

marcha de 6 minutos, escala de Borg, escala de equilíbrio de Berg, escala Medical Research Council (MRC), Time up and go, assim como no segundo módulo, ter a oportunidade de colaborar e integrar no plano de exercícios desenvolvido para a turma da enfermeira orientadora e observar os resultados obtidos de uma primeira avaliação antes do programa iniciar e comparar os mesmos com os resultados obtidos. Durante a implementação do projeto, foi possível observar melhorias significativas na funcionalidade e nas capacidades físicas das pessoas nos primeiros três meses de intervenção. Inicialmente verificava-se dificuldades na realização de atividades básicas, como pedalar longas distâncias, manter o equilíbrio em superfícies irregulares ou levantar-se de uma cadeira sem apoio. Após três meses verificou-se progressos, como por exemplo na prova de marcha de 6 minutos, houve um aumento na distância percorrida, na escala de Borg observou-se uma redução na percepção do esforço durante as atividades. Em termos de equilíbrio e mobilidade, os resultados da escala de equilíbrio de Berg e do teste “Time Up and Go” mostraram diminuição no tempo necessário para completar tarefas como levantar-se de uma cadeira e caminhar, indicando melhoria na força muscular e estabilidade. Estas melhorias evidenciam não só uma melhoria na funcionalidade global, mas também um impacto direto na qualidade de vida, na melhoria do envolvimento em atividades comunitárias e maior autonomia nas tarefas do dia a dia.

Verificou-se que muitas pessoas eram referenciadas para a ECCI para cuidados após uma fratura do fêmur, sendo que em conjunto com a equipa e enfermeira orientadora ficou clara a necessidade de realização de um folheto com os exercícios e cuidados a ter após a fratura do fêmur (Apêndice F), assim como a necessidade de elaboração de um folheto com exercícios de RFM e RFR (Apêndice G) a realizar no domicílio, como forma de relembrar diariamente a realização dos mesmos mas também permitir a continuidade dos mesmos após a alta, permitindo a continuidade do desenvolvimento da unidade de competência J2⁴ das competências específicas do EEER e atingir o objetivo estabelecido de “Desenvolver programas na comunidade de RFR e RFM”, desenvolvendo competências no Domínio da melhoria continua da qualidade²⁷.

O EEER possui competências que incluem a tomada de decisões voltadas para a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação⁴. A prevenção é uma das áreas fundamentais da sua atuação, e, em consonância com o objetivo estabelecido para o Dia Mundial de Prevenção de Quedas, foi desenvolvida e

distribuída uma brochura informativa para a população presente na Unidade de Saúde (Apêndice H), além de um flyer (Apêndice I) direcionado aos profissionais de saúde, com o intuito de sensibilizá-los e lembrá-los da importância da data.

O EEER também contribui para a eficiência e qualidade na organização dos cuidados, procurando continuamente a excelência. Um exemplo disso é a implementação de um sistema de registo de enfermagem que incluía diagnósticos, intervenções e resultados relacionados com a enfermagem de reabilitação. Durante o estágio, todos os registos de enfermagem foram realizados no sistema Sclínico, tanto em ambiente hospitalar quanto comunitário. Dentro dos programas disponíveis, foi possível selecionar o programa "Reabilitação" e incluir intervenções relacionadas com as condições das pessoas, tais como "avaliar intolerância à atividade", "avaliar conhecimento sobre técnicas de adaptação para autocuidado" e "avaliar o stress do cuidador". Além disso, o projeto "Academias da Mobilidade" foi incorporado como uma área de intervenção comunitária, permitindo o acompanhamento estatístico das pessoas que recebiam cuidados de reabilitação.

As atividades de cuidados paliativos e de apoio em lares foram realizadas no contexto comunitário, e reflexões baseadas no ciclo de Gibbs foram aplicadas em ambos os ambientes, conforme um dos objetivos deste estágio (Apêndice J e Apêndice K). Esse processo reflexivo facilitou uma análise mais profunda das experiências vividas, promovendo o desenvolvimento de uma comunicação mais empática e sensível, fundamental nos contextos de cuidados paliativos e em lares. Além disso, a reflexão permitiu o aperfeiçoamento profissional e a personalização dos cuidados prestados, resultando em planos de cuidados mais eficazes e centrados na pessoa. A análise das vivências, ajudou maioritariamente na gestão da dor, gestão do stress e na minimização do impacto emocional dessas situações.

III.3. Serviço de Cirurgia Vascular

O serviço de Cirurgia Vascular é composto por uma fisioterapeuta, uma assistente social, a equipa médica e enfermeiros, pelo que um elemento é a enfermeira gestora e o segundo elemento é especialista em enfermagem de reabilitação, desempenhando as duas funções. O ensino clínico decorreu entre 04 de março a 12 de abril, num total de 144h.

Durante o estágio no serviço de cirurgia vascular, foi realizada uma análise minuciosa das condições e necessidades das pessoas que haviam sido submetidos a amputações e outras intervenções vasculares. O diagnóstico revelou que a maioria enfrentava graves dificuldades ao nível da mobilidade, além de desafios na adaptação tanto física como emocional após a cirurgia. Foram identificados casos de dor fantasma, complicações nas transferências e limitações funcionais, que impactavam diretamente a capacidade dos mesmos para realizar as suas atividades diárias. Para além disso, muitos manifestaram sinais de ansiedade e um forte sentimento de perda relacionado com a amputação, o que comprometia o progresso no processo de reabilitação.

O contexto social também foi analisado, revelando que muitos enfrentavam barreiras arquitetónicas no domicílio, no acesso a cuidados contínuos e suporte familiar limitado, o que agravava a sua situação de vulnerabilidade. As condições clínicas, como doenças crônicas associadas (diabetes, hipertensão, etc.), e o estado nutricional foram fatores que influenciavam na recuperação pós-operatória e no prognóstico a longo prazo. Com base nesta avaliação inicial, foram delineados planos de intervenção individualizados, visando a reabilitação funcional, a adaptação ao uso de próteses, a gestão da dor e o suporte emocional, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e promover a reintegração na sociedade.

As atividades desenvolvidas nos contextos de estágio que se seguiram tiveram como foco principal a promoção do autocuidado nas AVD, indo ao encontro da competência J3 do EEER⁴, com o objetivo de maximizar a funcionalidade, potencializando um melhor desempenho motor, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Trabalhar com pessoas submetidas a amputação, e contribuir para a promoção da sua funcionalidade, aplicando o programa de reabilitação específico à pessoa amputada presente no serviço, desenvolvido pela enfermeira orientadora, levou-me a refletir sobre a importância de respeitar os limites da pessoa e os meus próprios. O contacto com o sofrimento do outro, desperta o desejo de o minimizar, no entanto esse desejo deve focar-se em fornecer ferramentas para promover a funcionalidade e autonomia, em vez de substituir as capacidades do outro, podendo surgir não como substituição, mas como uma ajuda. Como defende Hesbeen a missão dos que cuidam é a de estender ou agarrar a mão

com intenção de ajudar a encontrar ou recuperar o seu equilíbrio²⁸.

Defini como objetivo “Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de reeducação funcional respiratório e motora com base em evidência científica”, pelo que tinha por base a promoção de uma prática de cuidados seguros e para isso, sendo a área da cirurgia vascular, uma área específica, neste sentido e com uma população alvo específica, fiz pesquisa bibliográfica (Apêndice L) para pôr em prática o programa de reabilitação, desde a fase pré-operatória até a fase pós-operatória, realizando ensinamentos do foro de RFM e RFR, desenvolvendo a competência comum do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D2.2 “Suporta a prática clínica em evidência científica”.

Propus como objetivo “Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada pessoa submetida a cirurgia vascular”, para o atingir, tive a oportunidade de realizar ensinamentos pré-operatórios como cuidados a ter com a ferida, posicionamentos, exercícios isométricos e isotónicos, atividades terapêuticas, transferências, cuidados de higiene, uso do sanitário, treino de marcha e treino com a cadeira de rodas, tanto à pessoa como à família e de acompanhar, verificar e validar e registar esses mesmos ensinamentos no pós-operatório, adaptando sempre as intervenções e cuidados à pessoa. No pós-operatório revelou-se importante os ensinamentos dos corretos posicionamentos de forma a manter o alinhamento corporal e prevenir deformidades e contraturas no membro residual, assim como a correta colocação da ligadura para a moldagem do coto. Estas intervenções realizadas mostraram ter um impacto positivo e implicações diretas no processo de reabilitação da pessoa, relacionadas com a taxa de sobrevivência e reinserção no domicílio, nomeadamente na reinserção da sociedade¹⁴.

Um dos grandes receios da pessoa submetida a cirurgia, neste caso em específico, amputação, para além das alterações vivenciadas a nível físico e psicológico, é o regresso a casa e as limitações e barreiras arquitetónicas existentes, não só em casa, mas na comunidade. O enfermeiro de reabilitação, tem um papel fundamental de deter conhecimentos de produtos de apoio e dos recursos da comunidade para poder ajudar e encaminhar a família na resolução das limitações existentes²⁹, fazendo uma parceria com a câmara municipal. Para atingir o objetivo estabelecido “Capacitar a pessoa e a família para a alta” em colaboração com a enfermeira orientadora estabeleci contacto com as

famílias de forma a identificar as barreiras existentes tanto no interior como exterior do domicílio e aconselhar alterações, dar a conhecer produtos de apoio, assim como dar a conhecer os apoios sociais que têm direito de forma a ser um processo facilitador na transição saúde/doença, desenvolvendo a competência do EEER J1.2⁴. Após este contacto era combinado com a família um dia para se realizar e consolidar os ensinamentos das atividades de vida diária (transferências com tábua de transferência do leito para a cadeira de rodas, utilização de cadeira de rodas e cadeira sanitária, uso do sanitário, vestir e despir, posicionamentos) de forma a capacitar a família e a pessoa para a alta. Em conjunto com a enfermeira orientadora e equipa, de forma a contribuir para o objetivo proposto identificou-se a necessidade de realização de um folheto (Apêndice M) com as diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados, uma vez que se verificou a falta de conhecimento dos apoios existentes na comunidade, tanto por parte da pessoa como da família.

Através o contacto direto com as famílias, foi possível identificar e minimizar as barreiras que poderiam comprometer a segurança e mobilidade da pessoa em contexto domiciliar. As orientações fornecidas sobre as adaptações necessárias e o uso de produtos de apoio resultaram em ambientes mais acessíveis e seguros, facilitando a reintegração da pessoa na sua rotina diária.

Com os ensinamentos realizados permitiu que as pessoas desenvolvessem maior autonomia e confiança na realização das atividades, reduzindo a dependência de terceiros e as famílias relataram sentir-se mais preparadas e seguras para apoiar o seu familiar.

A criação do folheto informativo sobre as diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados permitiu preencher uma necessidade existente das pessoas e famílias. O aumento da informação, facilitou o acesso a esses recursos e promoveu uma continuidade dos cuidados pós alta, reduzindo a ansiedade associada ao retorno ao domicílio.

Uma das funções desempenhadas pela enfermeira orientadora era a referenciação para a RNCCI. É fundamental que o EEER tenha um conhecimento na área para permitir a continuidade dos cuidados de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família²⁹.

Numa referenciação está implícita a classificação Internacional da Funcionalidade para que seja selecionada a tipologia que melhor se adequa às necessidades da pessoa, desta forma é necessário deter conhecimentos científicos para realizar uma correta avaliação da pessoa, identificar as suas necessidades, o seu grau de dependência e o seu potencial.

Tive também oportunidade de participar nas reuniões do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, que era composta pela enfermeira orientadora e por enfermeiros de reabilitação de outros centros hospitalares e poder observar os temas e os projetos desenvolvidos, tendo sido bastante gratificante para o meu percurso.

III.4. Serviço de Neurocirurgia

O serviço de Neurocirurgia é composto por uma equipa de fisioterapeutas, uma assistente social, terapeuta ocupacional a equipa médica e enfermeiros, em que 1 dos elementos é especialista em reabilitação, desempenhando funções exclusivas de especialista. O ensino clínico decorreu entre 15 de abril e 17 de maio, num total de 144h.

Durante este estágio, a intervenção ocorreu exclusivamente no período pós-operatório, uma vez que as pessoas chegavam diretamente da cirurgia ou eram admitidas para cirurgias eletivas durante a tarde. O enfermeiro especialista em reabilitação do serviço não tinha pessoas atribuídas de forma permanente e, com apenas uma enfermeira especialista presente, a gestão das intervenções era organizada com base nas informações transmitidas nas passagens de turno. No início de cada turno, realizava-se uma avaliação das necessidades de intervenção, sendo definidas as prioridades. Contudo, devido à falta de pessoal, nem sempre era possível responder a todas as necessidades identificadas. Ainda assim, esta experiência permitiu desenvolver competências na gestão de cuidados, articulando as necessidades das pessoas com os recursos disponíveis, tanto humanos como materiais, coordenando a prestação de cuidados e ajustando os planos de intervenção em colaboração com a restante equipa.

Uma das principais preocupações da intervenção do EEER é iniciar o processo de reabilitação o mais precoce possível, pelo que um dos objetivos estabelecidos para este campo de estágio foi “Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de

reeducação funcional respiratória e motora com base em evidência científica”. Após cirurgia do foro neurológico a pessoa sofre várias alterações como complicações respiratórias. Os cuidados de enfermagem no pós-operatório incidiram na manutenção de uma ventilação eficaz, remoção de secreções pulmonares, posicionamentos, correções posturais, treino de marcha, vigilância da dor e manutenção da amplitude articular. A intervenção precoce de um programa de RFR com o intuito de reduzir as complicações respiratórias, deve ser iniciado no pré-operatório e estender-se até aos pós operatório³⁰. Tive oportunidade de desenvolver competências no âmbito de RFR em pessoas traqueostomizadas e com alterações do nível de consciência, tendo sido um desafio, pelo fato de não ter experiência na população alvo e pelo fato de trabalhar com pessoas que não colaboram o que traz desafios e adaptações na reeducação funcional respiratória.

No decorrer do ensino clínico deparei-me com uma pessoa de 42 anos, de nacionalidade alemã, que sofreu um acidente grave e desenvolveu um hematoma subdural extenso, lesões cerebrais e múltiplas fraturas. Já se encontrava a algumas semanas no serviço, estando em processo de retirar a traqueostomia e iniciar o primeiro levante. Iniciei a minha intervenção com a recolha de informação clínica e de uma avaliação neurológica e da função pulmonar.

Durante a avaliação do estado de consciência, a pessoa apresentava sonolência, reagindo à abertura dos olhos apenas a estímulos verbais. As respostas verbais, quando presentes, eram frequentemente incompreensíveis ou, em outros momentos, inexistentes. Devido ao comprometimento neurológico, não foi possível realizar uma avaliação completa de funções cognitivas, como a orientação no tempo e espaço, linguagem, memória, habilidades motoras, pares cranianos e sensibilidade. Entre as sequelas observadas, destacava-se a parésia nos quatro membros, com força muscular avaliada em grau 3/5. Além disso, a pessoa não estava autorizada a levantar-se devido a uma fratura não consolidada na bacia. Completamente dependente nos autocuidados, o score na escala de MIF foi de 18, enquanto o índice de Barthel indicava uma pontuação de 0. A alimentação era administrada via enteral, utilizando uma sonda nasogástrica com nutrição contínua.

Na avaliação pulmonar, não foram observadas alterações na parede torácica. A pessoa apresentava uma respiração mista, com 21 ciclos por minuto, irregular e de

amplitude reduzida, utilizando músculos acessórios para respirar, embora não estivesse sob aporte de oxigênio suplementar. As saturações periféricas estavam dentro dos parâmetros normais. Contudo, os episódios de tosse eram ineficazes, com presença de secreções amareladas e espessas em quantidade moderada, necessitando de aspiração pelo menos uma vez por turno. Na auscultação pulmonar, o murmúrio vesicular estava globalmente diminuído, e apresentava roncos no terço superior esquerdo. Considerando o elevado nível de dependência e imobilidade, foi implementado um plano individualizado de RFR e RFM, com o objetivo de melhorar tanto a capacidade respiratória quanto a função motora, além de promover ganhos na sensibilidade e função cognitiva.

Foram executados exercícios respiratórios como reeducação abdominodiafragmática posterior, reeducação da hemicúpula diafragmática com ênfase à esquerda e reeducação costal global. Assim como a hidratação das secreções e com recurso a manobras acessórias, aspiradas secreções amareladas. A intervenção verificou-se com a melhoria na auscultação e na diminuição da presença de secreções ao longo do internamento.

Com a autorização para o levante e a melhoria do estado de consciência, foram iniciadas mobilizações passivas e assistidas ativas. A pessoa foi submetida a estímulos sensoriais, incluindo a reprodução de músicas da sua autoria durante os cuidados de higiene e a apresentação de fotografias da família, o que levou a movimentos corporais direcionados em resposta a esses estímulos. Foram também iniciados exercícios para melhorar o equilíbrio, tanto estático como dinâmico, na posição sentada, bem como exercícios de levante e transferências. Inicialmente, a pessoa apresentava pouco controle da cabeça e do tronco, mas ao longo do tempo verificou-se uma melhoria gradual dessas funções.

Embora não tenha apresentado ganhos ao nível da independência, foram notórios os ganhos ao nível da cognição, evoluindo ao nível da interação com o meio tendo atingindo o objetivo estabelecido “Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada pessoa submetida a cirurgia”.

Uma das necessidades identificadas em conjunto com a enfermeira orientadora foi a falta de um documento de registo das intervenções realizadas. No momento da avaliação

da funcionalidade e planificação de um plano de intervenção, não existia um documento onde se registasse o número de pessoas sujeitas a intervenção do EEER bem com as intervenções realizadas de forma a dar continuidade ao plano de intervenção. Foi desenvolvida uma folha de registos em formato Excel em conjunto com a enfermeira orientadora (Apêndice M) das intervenções realizadas pelo EEER, de forma a clarificar, registar e avaliar os resultados das intervenções realizadas.

Tive a oportunidade de desenvolver uma sessão de formação (Apêndice O) acerca da terapêutica inalatória, indo ao encontro do objetivo estabelecido para este ensino clínico “Capacitar a equipa de enfermagem no âmbito do foro respiratório”, após identificar a necessidade da equipa relativamente a esta temática, contribuindo para desenvolver competências de EEER J2⁴ e de EE no domínio da melhoria contínua da qualidade²⁷. A sessão de formação teve uma percentagem de adesão da equipa de enfermagem de 80%. Após a formação foi apresentada uma ficha de avaliação da sessão para os profissionais avaliarem a sessão (Apêndice P) pelo que no geral a sessão de formação foi classificada como muito bom.

III.5. Centro de Reabilitação

O serviço é composto por uma equipa médica e enfermeiros, em que 4 são enfermeiros especialistas de reabilitação. O serviço tem apoio de uma equipa de fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. O ensino clínico decorreu entre 9 de julho e 26 de julho, num total de 72h.

Este estágio ainda que breve, ofereceu uma experiência enriquecedora para consolidar conhecimentos sobre a prática de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com sequelas neurológicas especialmente após Acidente Vascular Cerebral.

No internamento de adultos, o foco esteve na reabilitação motora. A maioria das pessoas apresentava limitações significativas na mobilidade, exigindo intervenções que visavam restaurar a função motora, melhorar o equilíbrio e fortalecer a musculatura. Uma das técnicas utilizadas foi o standing frame, que auxilia na recuperação da posição ortostática, promovendo a força nos membros inferiores e a reeducar o equilíbrio. Essa intervenção é vital para a recuperação da capacidade de andar reduzindo o risco de quedas

e aumentando a independência. Uma das técnicas e dispositivo utilizado para auxiliar a recuperação motora foram as talas pneumáticas. Estas são projetadas para promover uma redução na espasticidade, relaxando os músculos e diminuindo a rigidez, na melhoria da funcionalidade, prevenção de complicações como contraturas, deformidade e úlceras por pressão e estimulação da circulação³¹. O uso das talas pneumáticas foi uma intervenção valiosa para promover o bem-estar geral e auxiliar na recuperação funcional.

Tive também a oportunidade de participar em sessões no serviço especializado em treino de AVD. Este setor desempenha um papel crucial na preparação das pessoas para o retorno ao domicílio, onde são treinados para realizar atividades como vestir-se, utilizar dispositivos de apoio, realizar transferências de forma segura, além de simular cuidados de higiene pessoal e o uso do sanitário. A participação nos treinos possibilitou o desenvolvimento de competências específicas para o EEER, como "Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania" e "Maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa"⁴. Essas experiências alinham-se com os objetivos propostos de "Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de reeducação funcional respiratório e motora com base em evidência científica" e "Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação no âmbito de prevenção de complicações da pessoa com AVC”.

A experiência no centro de reabilitação evidenciou a importância de uma abordagem personalizada e integrada no processo de reabilitação. O uso de tecnologias assistidas e intervenções direcionadas são essenciais para maximizar a funcionalidade e promover a autonomia.

V. Considerações Finais

O desenvolvimento deste relatório permitiu-me aprofundar conhecimentos acerca da problemática em estudo, comprovando a relevância e a importância na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. O relatório suporta a fundamentação teórica da importância do EEER demonstrando o impacto e o papel ativo deste na promoção de saúde e implementação de intervenções planeadas como o ensino, demonstração e treino com vista à otimização e ou reeducação das funções.

A crescente prevalência de doenças que comprometem a mobilidade, especialmente em populações idosas, destaca a importância de intervenções especializadas na recuperação e manutenção da capacidade funcional.

A integração de cuidados especializados em reabilitação em contexto hospitalar e comunitário mostrou ser crucial para a promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. O estágio proporcionou um entendimento abrangente dos desafios enfrentados pelas pessoas e famílias, destacando o papel do EEER na implementação de intervenções eficazes e no suporte contínuo.

A realização do estágio foi fundamental para o desenvolvimento de competências essenciais de EEER permitindo uma prática reflexiva e orientada para a promoção da funcionalidade. Todo o percurso vivenciado e realizado para a concretização do relatório, permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER e competências de mestre.

Ficou evidente o impacto positivo das intervenções do EEER na reabilitação de pessoas com alterações funcionais. As atividades realizadas foram fundamentadas com base em evidência científica, com valor ético e profissional, tendo por base, em todos os contextos de estágio, a importância da intervenção do EEER.

A aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis foi crucial para entender e facilitar os processos de transição vividos pelas pessoas sobre cuidados, auxiliando no seu percurso de adaptação a novas condições de vida. As estratégias desenvolvidas ao longo deste percurso de estágio refletiram a importância de uma abordagem holística e

humanizada, centrada nas necessidades individuais, com foco na promoção do autocuidado, da independência funcional e da reintegração social.

Conclui-se que a enfermagem de reabilitação desempenha um papel essencial não apenas na recuperação funcional, mas também na capacitação da pessoa, garantindo uma abordagem integral que visa o bem-estar físico, psicológico e social. Este estágio permitiu consolidar essas competências e sublinhar a relevância da reabilitação como uma ferramenta indispensável na resposta aos desafios de uma população em processo de envelhecimento.

VI. Referências Bibliográficas

1. United Nations agencies launch first report on the Decade of Healthy Ageing, 2021-2030 [Internet]. www.who.int. [cited 2023 Nov 29]. Available from: <https://www.who.int/news/item/22-11-2023-united-nations-agencies-launch-first-report-on-the-decade-of-healthy-age—g--2021-2030>
2. Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017- 2025 [Internet]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
3. Mateus, A. C. Metodologia de trabalho de projeto: potencialidades e desafios [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: ISEC Lisboa 2020. 5 p.
4. Regulamento n.º 85/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2 Série, nº 85. Disponível em: [regulamento-nº-392-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eer.pdf](#)
5. Camicia M, Black T, Farrell J, Waites K, Wirt S, Lutz B. The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions: A White Paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing*. 2014 Jan; 39(1):3-15
6. ENEAS.pdf [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde (PT); [22- 01-2024]. Disponível em: [URL]ENEAS.pdf (sns.gov.pt)).
7. Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas. Lisboa: Editora X; 20XX.
8. Hoeman, S. P. (2011). [Enfermagem De Reabilitação]. Editor
9. Instituto Nacional de Estatística. [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; [22- 01-2024]. Disponível e.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=ptRibeiro O. Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas. Lisboa: Editora X; 20XX.Ordem dos Enfermeiros, Mesa. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos

- cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros; 2016.
10. Pereira PAP. Défice de Mobilidade – Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade [dissertação de mestrado]. Évora: Universidade de Évora, 2018.
 11. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Internet]. 2007 Jul 1;25(2):59–66. Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/95522>
 12. Pereira MG, Simões JA. A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura [Internet]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2013 [citado 2024 Ago 30]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9781>.
 13. Ordem dos Enfermeiros. [Internet]. [Localização desconhecida]: Ordem dos Enfermeiros; [22-01-2024]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_sit e.pdf
 14. Neves M. Eficácia da implementação precoce de um programa de reabilitação nos utentes submetidos a amputação do membro inferior no sucesso da protetização. [Dissertação de Mestrado]. [Viseu]: Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu 2017. Available from: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4768/1/MartaFranciscaAlmeidaNeves_DM.pdf
 15. European Commission. State of Health in the EU: Portugal - Country Health Profile 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019Rehabilitation [Internet]. www.who.int. Available from: https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1
 16. Certo A, Sanchez K, Galvão A, Fernandes H. 2016;2(1):2182–9314. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12983/1/fragilidade%20%20no%20idoso.pdf>
 17. Hoppenfeld S, Murthy VL. Treatment and Rehabilitation of Fractures. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

18. Cristina N, Carretas S, Professor O, Fonseca D. Universidade de Évora. Escola Superior de São João de Deus. Departamento de Enfermagem Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Modelo de Autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação Mestrado em Enfermagem Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Available from: Repositório Digital de Publicações Científicas: Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação (uevora.pt)
19. Pereira VL. Doente submetido a amputação do membro inferior: o enfermeiro de reabilitação no processo de transição [Internet]. comum.rcaap.pt. 2012 [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9338?locale=en>
20. Brito A. A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. [Dissertação de Mestrado]. [Lisboa]: Instituto de Ciências da Saúde Universidade Católica Portuguesa 2012.
21. REHABILITATION NURSING [Internet]. Nurse Key. 2017. Available from: <https://nursekey.com/rehabilitation-nursing/>
22. Diariodarepublica.pt. 2023. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
23. Dias P, Teixeira H, Plama M, Messias P, Vieira J e Ferreira R. Functional respiratory re-education intervention in people with respiratory disease: a systematic literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. Ano [2121]; páginas. Disponível em: URL. Acesso em: 22-01-2024
24. Rodrigues DM. Continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com alterações da mobilidade por fratura do fémur. [Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação]. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. [Lisboa: [2012].
25. Gallo VC, Khalaf DK, Hammerschmidt KSA, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias

- de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPR*. [Internet]. 2019 [citado em 22 de janeiro de 2024]; volume (número): páginas. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>
26. Silva CF, Oliveira FDB, Ribeiro MP, Prazeres VMP, Ribeiro OMPL. Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Rev Port Enferm Reab*. [Internet]. 2019 [citado em 22 de janeiro de 2024]; volume (número): páginas. DOI: 10.33194/rper 2019.v2.n2.02.4561
27. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. 2022. Available from: 0474404750.pdf (ordemenfermeiros.pt)
28. Hesbeen W. Cuidar: A missão dos que cuidam. 1ª ed. Loures: Lusociência; 1999.
29. Correia Da Silva F, Viseu M, De M. Conhecimento dos enfermeiros sobre a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Integrados: uma realidade a nível hospitalar [Internet]. [cited 2024 Aug 16]. Available from: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7306/1/FatimaCorreiaSilvaMagno_RM.pdf
30. André Novo. Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória [Internet]. Repositório de Enfermagem de Reabilitação. 2018. Available from: <https://repositorioenfereab.com/2018/09/28/guia-orientador-de-bou-pratica-reabilitacao-respiratoria/>
31. Tânia C, Soares, Cardoso C. Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação As intervenções de enfermagem de reabilitação, promotoras do autocuidado higiene e conforto e vestir e despir, à pessoa dependente em contexto domiciliário Não contempla as correções resultantes da discussão pública [Internet]. 2014 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16292/1/Relat%c3%b3rio.pdf>

Apêndices

Apêndice A - Planeamento dos objetivos

Ensino Clínico – Módulo I e II		
Serviço de Pneumologia		
Objetivos específico: Integrar a equipa e a dinâmica funcional, estrutural e organizacional		
Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Apresentação do projeto ao enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar; Pesquisa bibliográfica e consulta de documentos e protocolos do serviço; Identificação das dinâmicas da prática do ER no serviço; Identificação de produtos de apoio existentes no serviço; Reuniões com o enfermeiro orientador.	Apresenta o projeto ao serviço; Reúne e consulta a informação do serviço e a pesquisa efetuada; Identifica as dinâmicas e os produtos de apoio existentes.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escala e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
Objetivo específico: Intervir como enfermeiro de reabilitação no âmbito de reeducação funcional respiratória com base em evidência científica		
Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Pesquisa bibliográfica; Realização de consulta do processo clínico da pessoa; Realização de ensinamentos de exercícios respiratórios; Colaborar com a equipa nas tomadas de decisão; Promoção de uma prática de cuidados seguros.	Realiza consulta bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas; Realiza ensinamentos do foro respiratório; Colabora com a equipa nas tomadas de decisão; Promove uma prática de cuidados segura.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escala e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
Objetivo específico: Elaborar um programa de reabilitação adaptado à pessoa com patologia respiratória		
Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados

Elaboração de plano de cuidado de reabilitação adequado através de programas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora; Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado; Realização de treinos específicos de atividade de vida diária; Avaliar as necessidades a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade; Implementação de um plano de cuidados de reabilitação adequado através de programas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora; Avaliação das necessidades da pessoa e da funcionalidade, utilizando instrumentos de avaliação; Avaliação dos resultados das intervenções realizadas; Realização de um estudo de caso.	Realiza técnicas de reeducação funcional respiratória (Consciencialização dos tempos respiratórios; Exercícios abdomino-diafragmáticos; Exercícios de reeducação costal; Ensino da tosse; Exercícios de correção postural; Drenagens posturais); Realiza técnicas de reeducação funcional motora (Exercícios de mobilização articular, fortalecimento muscular; Treino de equilíbrio; Treino de marcha); Desenvolve um plano de cuidados individualizado; Avalia as necessidades da pessoa e da funcionalidade, utilizando instrumentos de avaliação; Avalia os resultados das intervenções realizadas; Efetua registos que demonstrem as intervenções de EEER; Realiza um estudo de caso.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escala e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
--	---	---

Objetivo específico: Capacitar a pessoa e família para a alta na área de reabilitação funcional respiratória e motora

Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Realização de ensinamentos à pessoa e família de forma a evitar complicações e melhorar o autocuidado; Realização de ensinamentos de exercícios respiratórios e motores; Promoção do envolvimento familiar no planeamento das intervenções delineadas; Identificação necessidades formativas, seja às pessoas com necessidades, seja aos profissionais de saúde Realização de uma brochura com exercícios respiratórios e motores para a pessoa com patologia do foro respiratório	Realiza ensinamentos do foro respiratório e motor; Identifica necessidades formativas às pessoas com necessidades, seja aos profissionais de saúde Realiza uma brochura com exercícios respiratórios e motores para a pessoa com patologia do foro respiratório	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escala e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

Ensino Clínico – Módulo I e II		
Equipa de Cuidados Continuados - Comunidade		
Objetivo específico: Integrar a equipa e a dinâmica funcional, estrutural e organizacional		
Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Apresentação do projeto ao enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar; Pesquisa bibliográfica e consulta de documentos e protocolos do serviço; Identificação das dinâmicas da prática do ER no serviço; Identificação de produtos de apoio existentes no serviço; Reuniões com o enfermeiro orientador.	Apresenta o projeto ao serviço; Reúne e consulta a informação do serviço e a pesquisa efetuada; Identifica as dinâmicas e os produtos de apoio existentes.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
Objetivos específico: Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de reeducação funcional respiratório e motora com base em evidência científica		
Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Pesquisa bibliográfica; Realização de consulta do processo clínico da pessoa; Realização de ensinos de exercícios respiratórios e motores; Colaborar com a equipa nas tomadas de decisão; Promoção de uma prática de cuidados seguros; Colaboração nas reuniões multiprofissionais; Identificação de barreiras arquitetónicas do domicílio que limitem o processo de adaptação;	Realiza consulta bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas; Realiza ensinos do foro respiratório e motor; Realiza técnicas de reeducação funcional respiratória (Consciencialização dos tempos respiratórios; Exercícios abdomino-diafragmáticos; Exercícios de reeducação costal; Ensino da tosse; Exercícios de correção postural); Realiza técnicas de reeducação funcional motora (Exercícios de mobilização articular, fortalecimento muscular; Treino de equilíbrio; Treino de marcha; Posicionamento	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

Informação sobre produtos de apoio adequados à pessoa.	antiespasticidade); Colabora com a equipa nas tomadas de decisão. Identifica características do domicílio. Seleciona produtos de apoio adequados à pesso	
--	--	--

Objetivos específico: Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre uma situação específica

Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Pesquisa bibliográfica; Realização de uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre uma situação específica no âmbito do foro paliativo Realização de uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre uma situação específica no âmbito do foro geriátrico	Realiza consulta bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas; Realiza uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre uma situação específica no âmbito do foro paliativo Realiza uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre uma situação específica no âmbito do foro geriátrico	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

Objetivos específico: Desenvolver programas na comunidade de RFR e RFM

Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Identificação necessidades formativas, seja às pessoas com necessidades, família, seja aos profissionais de saúde; Realização de um folheto com exercícios respiratórios; Realização de um folheto com exercícios motores; Realização de Flyer e brochura para sensibilizar para o dia mundial da prevenção de quedas	Identifica necessidades formativas às pessoas com necessidades, seja aos profissionais de saúde Realiza um folheto com exercícios respiratórios Realiza um folheto com exercícios motores	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e

		Normas e protocolos do serviço
--	--	--------------------------------

Ensino Clínico – Módulo I e II		
Serviço de Cirurgia Vascular		
Objetivo específico: Integrar a equipa e a dinâmica funcional, estrutural e organizacional		
Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Apresentação do projeto ao enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar; Pesquisa bibliográfica e consulta de documentos e protocolos do serviço; Identificação das dinâmicas da prática do ER no serviço; Identificação de produtos de apoio existentes no serviço; Reuniões com o enfermeiro orientador.	Apresenta o projeto ao serviço; Reúne e consulta a informação do serviço e a pesquisa efetuada; Identifica as dinâmicas e os produtos de apoio existentes.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
Objetivos específico: Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de reeducação funcional respiratório e motora com base em evidência científica		
Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados

Pesquisa bibliográfica; Realização de consulta do processo clínico da pessoa; Realização de ensinos de exercícios respiratórios e motores; Colaborar com a equipa nas tomadas de decisão; Promoção de uma prática de cuidados seguros;	Realiza consulta bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas; Realiza ensinos do foro respiratório e motor; Realiza técnicas de reeducação funcional respiratória (Consciencialização dos tempos respiratórios; Exercícios abdomino-diafragmáticos; Exercícios de reeducação costal; Ensino da tosse; Exercícios de correção postural); Realiza técnicas de reeducação funcional motora (Exercícios de mobilização articular, fortalecimento muscular; Treino de equilíbrio; Treino de marcha; Treino de transferências); Treino de AVD. Colabora com a equipa nas tomadas de decisão.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
---	---	--

Objetivos específico: Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada pessoa submetida a cirurgia vascular

Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Elaboração planos de cuidados de reabilitação adequados através de programas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora; Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado; Realização de treinos específicos de atividade de vida diária; Avaliar as necessidades a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade; Implementação de um plano de cuidados de reabilitação adequado através de programas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora;	Desenvolve um plano de cuidados individualizado; Avalia as necessidades da pessoa e da funcionalidade, utilizando instrumentos de avaliação; Avalia os resultados das intervenções realizadas; Efetua registos que demonstrem as intervenções de EEER;	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

Objetivos específico: Capacitar a pessoa e a família para a alta

Atividades realizadas	CrITÉrios de AvaliaÇão	Recursos Utilizados
Realização de ensinos � pessoa e família de forma a evitar complicações pós cirúrgicas e melhorar o autocuidado; Realização de ensinos de exercícios respiratórios e motores; Promoção do envolvimento familiar no planeamento das intervenções delineadas; Identificação necessidades formativas, seja às pessoas com necessidades, seja aos profissionais de saúde; Realização de um folheto com as diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados.	Realiza ensinos � pessoa e família de forma a evitar complicações pós cirúrgicas e melhorar o autocuidado; Realiza ensinos de exercícios respiratórios e motores; Identifica necessidades formativas às pessoas com necessidades, seja aos profissionais de saúde Realiza um folheto com as diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

Ensino Clínico – Módulo I e II		
Serviço de Neurocirurgia		
Objetivo específico: Integrar a equipa e a dinâmica funcional, estrutural e organizacional		
Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Apresentação do projeto ao enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar; Pesquisa bibliográfica e consulta de documentos e protocolos do serviço; Identificação das dinâmicas da prática do ER no serviço; Identificação de produtos de apoio existentes no serviço; Reuniões com o enfermeiro orientador.	Apresenta o projeto ao serviço; Reúne e consulta a informação do serviço e a pesquisa efetuada; Identifica as dinâmicas e os produtos de apoio existentes.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica;

		Protocolos e Normas e protocolos do serviço
Objetivos específico: Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de reeducação funcional respiratório e motora com base em evidência científica		
Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Pesquisa bibliográfica; Realização de consulta do processo clínico da pessoa; Realização de ensinos de exercícios respiratórios e motores; Colaborar com a equipa nas tomadas de decisão; Promoção de uma prática de cuidados seguros;	Realiza consulta bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas; Realiza ensinos do foro respiratório e motor; Realiza técnicas de reeducação funcional respiratória (Consciencialização dos tempos respiratórios; Exercícios abdomino-diafragmáticos; Exercícios de reeducação costal; Ensino da tosse; Exercícios de correção postural); Realiza técnicas de reeducação funcional motora (Exercícios de mobilização articular, fortalecimento muscular; Treino de equilíbrio; Treino de marcha; Posicionamento antiespasticidade); Colabora com a equipa nas tomadas de decisão.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
Objetivos específico: Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada pessoa submetida a cirurgia		
Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Elaboração planos de cuidados de reabilitação adequados através de programas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora; Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado; Realização de treinos específicos de atividade de vida diária;	Desenvolve um plano de cuidados individualizado; Avalia as necessidades da pessoa e da funcionalidade, utilizando instrumentos de avaliação; Avalia os resultados das intervenções realizadas;	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de

Avaliar as necessidades a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade; Implementação de um plano de cuidados de reabilitação adequado através de programas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora; Elaboração de folha de registos de enfermagem de reabilitação.	Efetua registos que demonstrem as intervenções de EEER; Elabora folha de registos de enfermagem de reabilitação.	medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
Objetivos específico: Capacitar a equipa de enfermagem no âmbito do foro respiratório		
Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Identificação necessidades formativas, seja às pessoas com necessidades, seja aos profissionais de saúde; Realização de uma sessão de formação sobre terapêutica inalatória a equipa de enfermagem.	Identifica necessidades formativas às pessoas com necessidades, seja aos profissionais de saúde Realiza de uma sessão de formação sobre terapêutica inalatória a equipa de enfermagem.	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escala e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

Ensino Clínico – Módulo I e II		
Centro de Reabilitação de Alcoitão		
Objetivo específico: Integrar a equipa e a dinâmica funcional, estrutural e organizacional		
Atividades realizadas	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Apresentação do projeto ao enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar; Pesquisa bibliográfica e consulta de documentos e protocolos do serviço;	Apresenta o projeto ao serviço; Reúne e consulta a informação do serviço e a pesquisa efetuada;	Humanos: Professora orientador da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa

Identificação das dinâmicas da prática do ER no serviço; Identificação de produtos de apoio existentes no serviço; Reuniões com o enfermeiro orientador.	Identifica as dinâmicas e os produtos de apoio existentes.	multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço
---	---	---

Objetivos específico: Intervir como enfermeiro de reabilitação na pessoa no âmbito de reeducação funcional respiratório e motora com base em evidência científica

Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Pesquisa bibliográfica; Realização de consulta do processo clínico da pessoa; Realização de ensinamentos de exercícios respiratórios e motores; Colaborar com a equipa nas tomadas de decisão; Promoção de uma prática de cuidados seguros;	Realiza consulta bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas; Realiza ensinamentos do foro respiratório e motor; Colabora com a equipa nas tomadas de decisão.	Humanos: Professora orientadora da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

Objetivos específico: Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação no âmbito de prevenção de complicações da pessoa com AVC

Atividades realizadas	CrITÉrios de Avaliação	Recursos Utilizados
Elaboração planos de cuidados de reabilitação adequados através de programas de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora; Realização de treinos específicos de atividade de vida diária; Avaliar as necessidades a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade;	Realiza técnicas de reeducação funcional respiratória (Consciencialização dos tempos respiratórios; Exercícios abdomino-diafragmáticos; Exercícios de reeducação costal; Ensino da tosse; Exercícios de correção postural; Drenagens posturais); Realiza técnicas de reeducação funcional motora (Exercícios de mobilização articular, fortalecimento muscular; Treino de equilíbrio; Treino de	Humanos: Professora orientadora da ESSCVP; Enfermeiro-chefe; Equipa multidisciplinar Materiais: Escalas e instrumentos de medida; Pesquisa bibliográfica; Protocolos e Normas e protocolos do serviço

	marcha); Avalia as necessidades da pessoa e da funcionalidade, utilizando instrumentos de avaliação;	
--	--	--

Apêndice B - Cronograma

Ano	2023/2024							
Mês	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Dias	04/12 a 26/01		9/01 a 22/02	4/03 a 12/04	15/04 a 17/05		0/05 a 08/07	09/07 a 26/07
Integrar a equipa e a dinâmica funcional, estrutural e organizacional	Serviço de Pneumologia		ECCI	Serviço de Cirurgia Vascular	Serviço de Neurocirurgia		ECCI	Centro de Reabilitação
Intervir como enfermeiro de reabilitação no âmbito de reeducação funcional respiratório com base em evidência científica								
Elaborar um programa de reabilitação adaptado à pessoa com patologia respiratória								
Capacitar a pessoa para a alta na área de reabilitação funcional respiratória e motora								
Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre uma situação específica								
Desenvolver programas na comunidade de RFR e RFM								
Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada pessoa submetida a cirurgia vascular								
Capacitar a pessoa e a família para a alta								
Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada pessoa submetida a cirurgia								
Capacitar a equipa de enfermagem no âmbito do foro respiratório								
Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação no âmbito de prevenção de complicações da pessoa com AVC								

Apêndice C – Artigo – Scoping Review

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Obstipação na Pessoa Adulta Hospitalizada – Protocolo Scoping Review

Intervencion of the Rehabilitation Nurse in The Prevention of Constipation in Hospitalized Adults -

Scoping Review Protocol

Intervención del Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación en la Prevención del Estreñimiento en Personas Adultas Hospitalizadas - Protocolo de Scoping Review

RESUMO

Introdução: A obstipação é uma perturbação gastrointestinal caracterizada pela dificuldade ou diminuição da frequência de defeções, com o aumento do conteúdo fecal intra-abdominal e consequente desconforto abdominal. Esta condição tem impacto significativo na qualidade de vida, manifestada por cerca de 19% da população adulta, e com uma prevalência que aumenta até 40% durante o internamento hospitalar. As causas apontadas para este aumento, são atribuídas à imobilidade, à alteração de hábitos alimentares e à medicação. No entanto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), pode minimizar esta condição através da reeducação da função da eliminação intestinal com intervenções educativas, terapêutica e exercícios específicos.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos cuidados à pessoa com obstipação durante a hospitalização.

Metodologia: A metodologia da Scoping Review foi desenvolvida de acordo com o protocolo de Joanna Briggs Institute (JBI). Foram realizadas pesquisa na plataforma Pubmed, e base de dados CINHAL, MEDLINE e SCIELO com limite temporal dos últimos dez anos. A estratégia usada para determinar os critérios de inclusão foi a Mnemónica PCC, traduzindo-se em população, conceito e contexto. Os estudos elegíveis foram de qualquer nível de evidência que se reportem à intervenção do EEER, em pessoas adultas, com idade superior a 18 anos, com obstipação e hospitalizadas. Os artigos que não cumpriram os critérios de inclusão acima definidos foram excluídos. O processo de análise, extração e síntese foi desenvolvido por três revisores independentes.

Resultados: Foram incluídas sete publicações nesta revisão, que identificam as intervenções realizadas pelos enfermeiros à pessoa hospitalizada, proporcionam educação e suporte para melhorar a função intestinal, de forma a prevenir a obstipação e complicações futuras através de um plano de autocuidado eficaz e personalizado.

Discussão: Foram identificadas diversas intervenções realizadas por EEER para a prevenção da obstipação em adultos hospitalizados. As estratégias mais destacadas incluem: massagem abdominal, programas de reabilitação estruturados e apropriação de práticas de autocuidado. Estas revelaram benefícios significativos na melhoria da função intestinal e alívio da obstipação, com eficácia na prevenção. Verifica-se uma falta de padronização nos métodos de intervenção e a necessidade de mais estudos longitudinais para avaliar a sustentabilidade dos efeitos. Além disso, diversidade das populações estudadas e a aplicação limitada dos resultados a um contexto mais amplo não fornece uma consistência dos benefícios

Conclusão: O resultado deste protocolo, revelou as áreas principais de intervenção na obstipação da pessoa hospitalizada, e destacou a importância das intervenções dos EEER na prevenção da obstipação, com a identificação das práticas que têm um impacto positivo na prevenção da obstipação e melhoraram o restabelecimento da função intestinal. O achado possibilita a tomada de decisão fundamentada e a determinação das áreas prioritárias para se desenvolver investigação de forma a sustentar os benefícios e a necessidade de intervenções continuas.

DESCRIPTORIOS: Adulto Hospitalizado, Obstipação, Prevenção, Reeducação da Função Intestinal, Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice D – Estudo de caso em contexto hospitalar



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

Estudo de Caso – Ensino Clínico I

Serviço de Pneumologia

Cláudia Vanessa Novais Ramos, nº8642

Docente(s): Professora Doutora Teresa Silveira

Orientadora: Enfermeira Catarina Esteves

LISBOA, 2023/202

Abreviaturas

AVD's - Atividades de vida diária

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico

MRC – Medical Research Council Scale

Índice

Índice de Tabelas.....	4
I. Colheita de Dados.....	5
II. Avaliação global.....	8
II.1. Avaliação do estado de consciência.....	8
II.2. Avaliação do padrão tensional e cardíaco.....	8
II.3. Avaliação do padrão da temperatura timpânica.....	9
IV. 4. Avaliação da dor.....	9
V. 5. Avaliação do padrão respiratório.....	10
VI. 6. Avaliação de escalas.....	13
III. Plano de Cuidados.....	19
IV. Referências Bibliográficas.....	30

Índice de Tabelas

Tabela 1: Avaliação do padrão tensional e cardíaco	8
Tabela 2: Avaliação do padrão da temperatura timpânica	9
Tabela 3: Avaliação da dor	9
Tabela 4: Avaliação do padrão respiratório	10
Tabela 5: Avaliação da dispneia - Escala de Borg modificada	13
Tabela 6: Avaliação da força muscular – MRC	14
Tabela 7: Avaliação do equilíbrio – Escala Simples	15
Tabela 8: Índice de Barthel	16
Tabela 9: Avaliação do risco de queda – Escala de Morse	17
Tabela 10: Avaliação do risco de úlcera por pressão – Escala de Braden	18

I. Colheita de Dados

Identificação:

Nome:

H.M.S **Idade:** 89

anos **Género:**

Masculino **Raça:**

Caucasiana

Enquadramento Familiar: Vive com esposa em habitação 1º andar, sem elevador. Sem filhos.

Data de internamento: 4/12/2024

Motivo de admissão: Dispneia intensa e tosse em agravamento

Diagnóstico médico: Derrame pleural recidivante

História atual: Internado anteriormente de 20/10 a 06/11 por derrame pleural direito recidivante (citologia líquido pleura de 27/10 positiva para células malignas).

Recorreu anteriormente ao SU a 20/11, 30/11 com os sintomas de dispneia e tosse, com alta no próprio dia.

Antigas citologias (abril e setembro de 2022) negativas.

Recorre ao hospital de Torres Vedras dia 04/12 por dispneia intensa e tosse em agravamento. Internado por derrame pleural recidivante. Toracentese diagnóstica e evacuadora para dia 5/012 com biópsias pleurais.

05/012 Colocação de dreno torácico. Dreno pouco funcionante ao longo do internamento.

06/012 Raio x tórax com alterações parenquimatosas no LID com consolidação. Admitida pneumologia nosocomial, iniciando antibioterapia.

Biópsias com identificação de células malignas. 07/01 Retirado dreno torácico sem intercorrências.

Antecedentes pessoais: Seguido em consulta de medicina interna e pneumologia (internamento recente 10/2023 por derrame pleural à direita em estudo); Estenose aórtica grave, seguido em consulta; Retinopatia; DRC seguido em consulta de nefrologia; DM2NIT; HTA; HBP; Doença venosa dos membros inferiores; Anemia; Status pós hernioplastia inguinal esquerda.

Medicação habitual: Trajenta 5mg – 1cp ao PA; Dapaglifozina 10mg – 1cp ao PA; Glicazida 30mg – 1cp ao PA; Metformina 1000mg – 1cp ao ALM + JTR; Omeprazol 20mg – 1cp ao PA; Amlodipina 10mg – 1cp ao PA; Furosemida 40mg – 1cp ao PA; Tansulosina 0,4mg – 1cp ao jantar; AAS 100mg – 1cp ao jantar.

Alergias: Penicilina e Metamizol

Exames complementares de diagnóstico (MCDT) realizados durante o internamento:

- Análises clínicas;
- Raio X;
- Tomografia axial computadorizada (TAC);
- Gasimetria arterial

SU 04/12:

GSA com O2 3l/min: ph: 7,48; pCo2: 33mmHg; Po2: 72mmHg; HCO3: 26,6mmol/L; Na+: 132mEq/L; K+: 4,8mEq/L; Ca ion: 1,16mmol/L; Gluc: 378mg/dl; Lac: 2 mmol/L; Hb: 12,6g/dl; SpO2 94,9%.

Lab 04/12/2023: TP 11,4; APTT 28; leuc 16400; Neut: 1465; Hb 12,9; Plaq: 236000; gli 292; ur 76; cR 1,42; prot totais 5,9; alb 3,6; AST 46; ALT 71; GGT 107; LDH 298; CK 31; Na 136; K 4,9; CI 101; PCR 1,8; PCT 0,11.

04/12 TC Tx: Eixo traqueo-brônquico permeável. Mediastino com desvio à esquerda. ICT regular. Calcificações ateromatosas aortocoronárias. Prótese endovascular na V. aorta ascendente. Volumoso derrame pleural à direita, ocupa todo o hemitorax direito.

Hemitorax esquerdo sem lesões focais. Pequena bronquiectasia infrahilar. Não se individualizam adenopatias mediastínicas ou hilares. Sem outros achados de relevo.

13/12 TC Tx: Maior expansão do pulmão direito por provável reabsorção do derrame pleural. Mantem-se, contudo, algum derrame pleural em cavidade livre atualmente com uma maior expressão à esquerda. Atelectasia passiva do parênquima pulmonar adjacente à esquerda. Há direita encontra-se um infiltrado com várias áreas de cavitação no lobo superior direito, assim como no lobo inferior direito.

Raio x tx

04/12/2023



06/12/2023



11/12/2023



13/12/2023



05/01/2024



09/01/2024



II. Avaliação global

O primeiro contacto com o Sr. H foi no dia 11 de dezembro de 2023, no turno da manhã. Iniciei a avaliação e implementação do plano de reabilitação.

As escalas utilizadas tiveram por base as escalas utilizadas no serviço, assim como os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação elaborado pela ordem dos enfermeiros e o guia orientador de boa prática de reabilitação respiratória da ordem dos enfermeiros.

II.1. Avaliação do estado de consciência

O Sr. H manteve-se sempre consciente e orientado nas 3 vertentes. Glasgow de score 15.

II.2. Avaliação do padrão tensional e cardíaco

Tabela 1: Avaliação do padrão tensional e cardíaco

Data	Tensão Arterial		Frequência Cardíaca	
	IER	Antes	Após	IER
11/12/2023		126/75	115/57	80
12/12/2023		119/61	110/59	90
13/12/2023		120/55	115/63	88
14/12/2023		95/42	90/40	89
21/12/2023		112/50	110/54	88
03/01/2024		150/70	144/65	85
04/01/2024		120/61	125/71	95
09/01/2024		132/61	145/70	89

II.3. Avaliação do padrão da temperatura timpânica

Sr. H manteve-se sempre apirético.

Tabela 2: Avaliação do padrão da temperatura timpânica

Data	Temperatura
11/12/2023	36,3
12/12/2023	36.0
13/12/2023	36,2
14/12/202321	36,3
21/12/2023	36,4
03/01/2024	36,7
04/01/2024	37.1
09/01/2024	36,4

II.4. Avaliação da dor

Sr. H referiu queixas álgicas a nível do membro superior direito antes da 2ºsessão, pelo que se administrou analgésico prescrito e após a sessão referiu melhorias. Antes da 3ºsessão referiu odinofagia, cumpriu analgesia prescrita em SOS tendo surtido efeito.

Tabela 3: Avaliação da dor

Data	Avaliação da Dor (Qualitativa)	
	Antes IER	Após IER
11/12/2023	0	0
12/12/2023	4 (MSD)	3 (MSD)
13/12/2023	4 (odinofagia)	3 (odinofagia)
14/12/2023	0	0
21/12/2023	0	0
03/01/2023	0	0
04/01/2023	0	0
09/01/2023	0	0

II.5. Avaliação do padrão respiratório

Tabela 4: Avaliação do padrão respiratório

Data	Características da ventilação	
	Antes IER	Após IER
11/12/2023	Ventilação espontânea, SpO2 de 95% com aporte de O2 a 5l/min.	Ventilação espontânea, SpO2 de 97% com aporte de O2 a 5l/min. FR
12/12/2023	Ventilação espontânea, SpO2 de 95% com aporte de O2 a 4l/min. FR	Ventilação espontânea, SpO2 de 97% com aporte de O2 a 4l/min. FR
13/12/2023	Ventilação espontânea, SpO2 de 95% com aporte de O2 a 5l/min. FR	Ventilação espontânea, SpO2 de 96% com aporte de O2 a 5l/min. FR
14/12/2023	Ventilação espontânea, SpO2 de 92% com aporte de O2 a 4l/min. FR	Ventilação espontânea, SpO2 de 95% com aporte de O2 a 4l/min. FR
21/12/2023	Ventilação espontânea, SpO2 de 93% com aporte de O2 a 5l/min. FR	Ventilação espontânea, SpO2 de 96% com aporte de O2 a 5l/min. FR
03/01/2024	Ventilação espontânea, SpO2 de 94% com aporte de O2 a 3l/min. FR	Ventilação espontânea, SpO2 de 98% com aporte de O2 a 3l/min. FR
04/01/2024	Ventilação espontânea, SpO2 de 95% com aporte de O2 a 2l/min. FR	Ventilação espontânea, SpO2 de 97% com aporte de O2 a 2l/min. FR
09/01/2024	Ventilação espontânea, SpO2 de 95% sem aporte de O2.	Ventilação espontânea, SpO2 de 97% sem aporte de O2.
Data	Inspeção	
	Antes IER	Após IER
11/12/2023	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude diminuída. Sem utilização dos músculos acessórios.	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude diminuída. Sem utilização dos músculos acessórios.
12/12/2023	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude diminuída. Sem utilização dos músculos	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude diminuída. Sem utilização dos músculos

	acessórios.	acessórios.
--	-------------	-------------

13/12/2023	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude diminuída. Sem utilização dos músculos acessórios.	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude diminuída. Sem utilização dos músculos acessórios.
14/12/2023	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.
21/12/2023	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.
03/01/2024	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.
04/01/2024	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.
09/01/2024	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.	Simetria torácica mantida. Respiração mista com ritmo regular e amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios.
Data	Auscultação	
	Antes IER	Após IER
11/12/2023	Murmúrio vesicular diminuído na base direita e mantido à esquerda. Sem ruídos adventícios.	Murmúrio vesicular diminuído na base direita e mantido à esquerda. Sem ruídos adventícios.

12/12/2023	Murmúrio vesicular diminuído na base direita e mantido à	Murmúrio vesicular diminuído na base direita e mantido à
------------	---	---

	esquerda. Presença de rncos nas bases.	esquerda. Presença de rncos nas bases.
13/12/2023	Murmúrio vesicular diminuído à direita e mantido à esquerda. Presença de rncos nas bases.	Murmúrio vesicular diminuído à direita e mantido à esquerda. Presença de rncos nas bases.
14/12/2023	Murmúrio vesicular diminuído à direita e mantido à esquerda. Presença de rncos nas bases.	Murmúrio vesicular diminuído à direita e mantido à esquerda. Presença de rncos nas bases.
21/12/2023	Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Presença de crepitações na base direita.	Murmúrio vesicular diminuído à direita e mantido à esquerda. Presença de crepitações na base direita.
03/01/2024	Murmúrio vesicular simétrico. Presença de crepitações na base direita.	Murmúrio vesicular simétrico. Presença de crepitações na base direita.
04/01/2024	Murmúrio vesicular simétrico. Presença de crepitações na base direita.	Murmúrio vesicular simétrico. Presença de crepitações na base direita.
09/01/2024	Murmúrio vesicular simétrico. Presença de crepitações na base direita.	Murmúrio vesicular simétrico. Presença de crepitações na base direita.
Data	Palpação	
11/12/2023	Expansibilidade e elasticidade diminuída à direita	
12/12/2023	Expansibilidade e elasticidade diminuída à direita	
13/12/2023	Expansibilidade e elasticidade diminuída à direita	
14/11/2023	Expansibilidade e elasticidade mantida	
21/12/2023	Expansibilidade e elasticidade mantida	
03/01/2024	Expansibilidade e elasticidade mantida	
04/01/2024	Expansibilidade e elasticidade mantida	
09/01/2024	Expansibilidade e elasticidade mantida	

II.6. Avaliação de escalas

Avaliação da dispneia - Escala de Borg modificada

Tabela 5: Avaliação da dispneia - Escala de Borg modificada

Data	Avaliação da dispneia	
	Antes IER	Após IER
11/12/2023	4	3
12/12/2023	3	2
13/12/2023	3	3
14/12/2023	3	3
21/12/2023	3	2
03/01/2024	2	2
04/01/2024	2	1
09/01/2024	1	1

Avaliação da força muscular – MRC

Tabela 6: Avaliação da força muscular – MRC

Data	Escala MRC	
	Antes IER	Após IER
11/12/2023	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros
12/12/2023	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros
13/12/2023	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros
14/12/2023	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros	4/5 – MSD; 5/5 – Restantes membros
21/12/2023	5/5- Nos 4 membros	5/5- Nos 4 membros
03/01/2024	5/5- Nos 4 membros	5/5- Nos 4 membros
04/01/2024	5/5- Nos 4 membros	5/5- Nos 4 membros

09/01/2024	5/5- Nos 4 membros	5/5- Nos 4 membros
------------	--------------------	--------------------

Avaliação do equilíbrio – Escala Simples

Tabela 7: Avaliação do equilíbrio – Escala Simples

Data	Escala Simples de Equilíbrio			
	Sentado		Em pé	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
11/12/2023	Presente	Presente	Presente	Ausente
12/12/2023	Presente	Presente	Presente	Ausente
13/12/2023	Presente	Presente	Presente	Ausente
14/12/2023	Presente	Presente	Presente	Ausente
21/12/2023	Presente	Presente	Presente	Presente
03/01/2024	Presente	Presente	Presente	Presente
04/01/2024	Presente	Presente	Presente	Presente
09/01/2024	Presente	Presente	Presente	Presente

Atividades de vida diária – Índice de Barthel

Tabela 8: Índice de Barthel

Índice de Barthel		Data							
		1/12/23	2/12/23	3/12/23	4/12/23	1/12/23	3/01/24	4/01/24	9/01/24
Evacuar	Incontinente – 0 Acidente ocasional – 5 Continente - 10	0	0	0	0	0	0	0	0
Urinar	Incontinente/algália do/incapaz da sua situação – 0 Acidente ocasional (1x/dia) – 5 Continente (há mais de 7 dias) - 10	0	0	0	0	0	0	0	0
Higiene pessoal	Necessita de ajuda – 0 Independente - 5								
Ir à casa de banho	Dependente – 0 Necessita de ajuda – 5 Independente – 10								
Alimentação	Dependente – 0 Necessidade de alguma ajuda – 5 Independente - 10				0	0	0	0	0
Transferência	Dependente – 0 Ajuda maior (uma ou duas pessoas) /consegue sentar-se – 5 Independente - 10				0	0	0	0	0
Mobilidade	Impossível – 0 Independente em cadeira de rodas – 5 Marcha com ajuda de uma pessoa – 10 Independente - 15					0	0	0	0
Vestir	Dependente – 0 Necessita de ajuda – 5 Independente - 10						0	0	0
Escadas	Dependente – 0 Necessita de ajuda – 5 Independente - 10								
Banho	Dependente – 0 Independente – 5								
Total		5	5	5	5	0	0	0	0
Independente: 100 Dependência leve: 61-99 Dependência moderada: 41-60 Dependência severa: 21-40 Dependência total: 0-20									

Avaliação do risco de queda – Escala de Morse

Tabela 9: Avaliação do risco de queda – Escala de Morse

Escala de Morse	Data								
	1 1/12/23	1 2/12/23	1 3/12/23	1 4/12/23	2 1/12/23	0 3/01/24	0 4/01/24	0 9/01/24	
Historial de quedas Sim – 25 Não – 0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Diagnóstico secundário Sim – 15 Não – 0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ajuda a caminhar Apoia-se na mobília – 30 Muletas/Canadianas/Bengala/Andarilho – 15 Nenhum/apoiado/acamado - 0	0	0	0	0	0	5 1	5 1	5 1	
Terapia intravenosa Sim – 20 Não – 0	0 2	0 2	0 2	0 2	0 2	0 2	0 2	0 2	
Postura andar e transferência Normal/acamado/imóvel – 0 Debilidade – 10 Dependente de ajuda - 20	0 2	0 2	0 2	0 2	0 2	0 1	0 1	0 1	
Estado mental Consciente das suas capacidades – 0 Não consciente das suas limitações - 15	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	0 4	0 4	0 4	0 4	0 4	5 4	5 4	5 2	
Sem risco: 0-24 pontos Baixo risco: 25-50 pontos Alto risco: >51 pontos									

Avaliação do risco de úlcera por pressão – Escala de Braden

Tabela 10: Avaliação do risco de úlcera por pressão – Escala de Braden

Escala de Braden	Data							
	1 1/12/23	1 2/12/23	1 3/12/23	1 4/12/23	2 1/12/23	0 3/01/24	0 4/01/24	0 9/01/24
Percepção sensorial Completamente limitada – 1 Muito limitada – 2 Ligeiramente limitada – 3 Nenhuma limitação - 4	4	4	4	4	4	4	4	4
Humidade Pele constantemente húmida – 1 Pele muito húmida – 2 Pele ocasionalmente húmida – 3 Pele raramente húmida - 4	4	4	4	4	4	4	4	4
Atividade Acamado – 1 Sentado – 2 Anda ocasionalmente – 3 Anda – 4	2	2	2	2	2	3	3	3
Mobilidade Completamente imobilizado – 1 Muito limitada – 2 Ligeiramente limitada – 3 Nenhuma limitação - 4	2	2	2	2	2	3	3	3
Nutrição Muito pobre – 1 Inadequada – 2 Adequada – 3 Excelente - 4	3	2	2	3	3	3	3	3
Fricção e Forças de deslizamento Problema – 1 Problema potencial – 2 Nenhum problema - 3	2	2	2	2	2	2	2	2
Total	17	16	16	17	17	17	17	17
Baixo risco: >17 Alto risco: < 16								

III. Plano de Cuidados

O plano de cuidados foi estabelecido de acordo com os diagnósticos definidos, com base no padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação¹. A classificação utilizada foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)². Foram utilizados Guia Orientador de Boa Prática Reabilitação Respiratória³, o Guia Orientador de Boas Práticas Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade⁴ e um livro de reabilitação respiratória⁵ como orientadores no planeamento das intervenções.

Com base na avaliação executada, focos de enfermagem identificados foram: **ventilação, movimento muscular, equilíbrio, intolerância à atividade, gestão do regime terapêutico, dor, risco de queda, risco de úlcera por pressão e autocuidado.**

Foco: Ventilação		
Diagnóstico de Enfermagem: Ventilação comprometida		
de Data início	Intervenções	Avaliação
11/12/ 2023	Vigiar ventilação (padrão respiratório, ritmo respiratório, amplitude torácica, tempos inspiratórios e expiratórios e presença de ruídos adventícios); Observar e analisar exames realizados (TAC; RX; gasimetria; análises); Auscultar tórax (murmúrio vesicular, ruídos adventícios); Vigiar respiração (cansaço para pequenos, médios esforços; sensação de cansaço em repouso e esforços através da escala de borg); Monitorizar sinais vitais;	O número de séries e repetições foi-se adequando à tolerância do Sr. H. 09/01/2024- Ventilação não comprometida.

	Otimizar ventilação através de técnica de posicionamento (posições de descanso e relaxamento; correções posturais); Executar técnica de relaxamento (mobilização da articulação escapulo-umeral, rotação da escapulo-umeral (2 séries de 5 repetições), consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (2 séries de 10 repetições); Executar técnicas respiratórias (respiração abdominodiafragmática posterior (2 séries de 10 repetições); reeducação costal seletiva bilateral direita e esquerda com aberturas costais de abdução/adução (2 séries de 10 repetições); reeducação costal global com bastão (2 séries de 10 repetições); Gerir oxigenoterapia;	
--	---	--

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória		
Data de início	Intervenções	Avaliação
11/12/2023	Avaliar conhecimento sobre técnicas respiratórias para otimizar ventilação; Ensinar sobre técnicas de posicionamentos (posições de descanso e correção postural); Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar ventilação (respiração abdominodiafragmática posterior (2 séries de 10 repetições); reeducação costal seletiva bilateral direita e esquerda com aberturas costais de abdução/adução (2 séries de 10	09/01/2024- conheciment os sobre técnica respiratória melhorado

	repetições); reeducação costal global com bastão (2 séries de 10 repetições); Validar conhecimento sobre técnicas respiratórias para otimizar ventilação (respiração abdominodiafragmática posterior (2 séries de 10 repetições); reeducação costal seletiva bilateral direita e esquerda com aberturas costais de abdução/adução (2 séries de 10 repetições); reeducação costal global com bastão (2 séries de 10 repetições); Providenciar material educativo (brochura sobre exercícios a realizar no domicílio).	
--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias		
Data de início	Intervenções	Avaliação
11/12/2023	Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação; Instruir sobre técnicas de posicionamentos (posições de descanso e correção postural); Instruir sobre técnicas respiratórias para otimizar ventilação (respiração abdominodiafragmática posterior (2 séries de 10 repetições); reeducação costal seletiva bilateral direita e esquerda com aberturas costais de abdução/adução (2 séries de 10 repetições); reeducação costal global com bastão (2 séries de 10 repetições); Treinar técnica de posicionamento	09/01/2024 – capacidade para usar técnicas respiratórias melhorada

	(posições de descanso e correção postural);	
--	--	--

	Treinar técnica respiratória para para otimizar ventilação (respiração abdominodiafragmática posterior (2 séries de 10 repetições); reeducação costal seletiva bilateral direita e esquerda com aberturas costais de abdução/adução (2 séries de 10 repetições); reeducação costal global com bastão (2 séries de 10 repetições); Validar aprendizagem de capacidades sobre as técnicas respiratórias.	
--	--	--

Foco: Intolerância à atividade			
Diagnóstico de Enfermagem: Intolerância à atividade presente			
de	Data	Intervenções	Avaliação
	início		
		Avaliar a intolerância à atividade	11/12/2023 – realiza
		Vigiar respiração (padrão respiratório;	exercícios
		esforço para pequenos e médios esforços);	motores e
		Monitorizar sinais vitais;	respiratórios.
		Monitorizar cansaço (escala de borg	Borg 4 no
		modificada);	início do treino.
		Gerir oxigenoterapia;	12/12/2023 – realiza
		Gerir atividade física (de acordo com tolerância);	exercícios
		Negociar atividade física (realizar atividade que tragam maior realização/satisfação);	motores e
		Planear a atividade física (atividades	respiratórios.
			Borg 3 no
			início do treino.

	que exijam maior esforço após um período de repouso); Planear o repouso;	03/01/2024 – realiza treino de marcha (50m) e pedaleira (20min).
--	--	---

	Supervisionar resposta ao exercício.	Borg 2 no início do treino. 04/01/2024 - realiza treino de marcha (70m) e pedaleira 25min). Borg 2 no início do treino. 09/01/2024 – intolerância à atividade presente. Borg 1.
--	--------------------------------------	---

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia		
de Data início	Intervenções	Avaliação
11/12/2023	Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia; Ensinar sobre técnicas de conservação de energia (coordenação da respiração com o esforço, expirar quando executa o movimento ou que implique mais esforço; planejar as atividades a realizar; preparar o material necessário para as atividades de forma antecipada; planejar as atividades de vida diária (AVDs; utilizar barras de apoio e banco no banho;	09/01/2024 – conhecimento sobre técnica de conservação de energia melhorado

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia		
de Data início	Intervenções	Avaliação

11/12/2023	Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia; Instruir sobre técnicas de conservação de energia (coordenação da respiração com o esforço, expirar quando executa o movimento ou que implique mais esforço; planejar as atividades a realizar; preparar o material necessário para as atividades de forma antecipada; planejar as AVDs; utilizar barras de apoio e banco no banho; Treinar técnicas de conservação de energia (coordenação da respiração com o esforço, expirar no momento em que executa o movimento ou que implique mais esforço; planejar as atividades a realizar; preparar o material necessário para as atividades de forma antecipada; planejar as AVDs; utilizar barras de apoio e banco no banho; Validar aprendizagem de capacidades sobre técnicas de conservação de energia.	09/01/2024 – capacidade para usar técnica de conservação de energia melhorada
-------------------	---	--

Foco: Gestão do regime terapêutico		
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão do regime terapêutico		
Data de início	Intervenções	Avaliação
11/12/2023	Avaliar conhecimento sobre gestão do regime terapêutico; Ensinar sobre gestão do regime terapêutico (adaptação correta do O2 à rampa de oxigénio; técnica correta de administração de inaloterapia);	09/01/2024- conhecimento sobre regime terapêutico melhorado

	Validar aprendizagem de capacidades sobre gestão do regime terapêutico	
--	---	--

Foco: Movimento muscular		
Diagnóstico de Enfermagem: Movimento muscular diminuídos no membro superior direito (3/5)		
Data de início	Intervenções	Avaliação
11/12/2023	Avaliar força muscular através da escala Medical Research Council (MRC); Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (flexão/extensão dos dedos; flexão/extensão do cotovelo; abdução/adução do ombro; flexão/extensão do ombro; (2 séries de 10 repetições). Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares e articulares ativos; Treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular (flexão/extensão dos dedos; flexão/extensão do cotovelo; abdução/adução do ombro; flexão/extensão do ombro; (2 séries de 10 repetições). Validar aprendizagem de capacidades para executar técnicas de exercício muscular e articular. Supervisionar o movimento muscular.	11/12/2023: realizados os exercícios de forma ativa assistida. Força muscular 4/5 na escala MRC. 12/12/2023: realizados os exercícios de forma ativa assistida. Força muscular 4/5 na escala MRC. 13/12/2023: realizados os exercícios de forma ativa resistida. Força muscular 4/5 na escala MRC. 14/12/2023: realizados os exercícios de forma ativa resistida. Força muscular 4/5 na escala MRC. 11/12/2023:

		realizados os exercícios de forma ativa resistida. Força muscular 5/5 na escala MRC.
--	--	--

		09/01/2024 - Risco de movimento muscular alterado
--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de movimento muscular diminuído no membro superior esquerdo e nos membros inferiores		
de	Data	Intervenções
início		Avaliação
2023	11/12/	Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (exercícios isotônicos: flexão/extensão do cotovelo esquerdo; flexão/extensão dos dedos da mão esquerda; flexão plantar/dorsiflexão tibiotársica direita e esquerda; flexão/extensão do joelho direito e esquerdo; flexão/extenso coxofemoral direita e esquerda; abdução/adução da coxofemoral direita e esquerda; (2 séries de 10 repetições); treino de marcha; Treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular (exercícios isotônicos: flexão/extensão do cotovelo
		11/12 - Realiza os exercícios propostos de forma ativa. Força muscular manteve-se na escala 5/5 na escala MRC. 12/12 - Realiza os exercícios propostos de forma ativa. Força muscular manteve-se na escala 5/5 na escala MRC. Realizou levante para cadeirão e pedaleira cerca de 10 minutos. 13/12 e 14/12 -

	esquerdo; flexão/extensão dos dedos da mão esquerda; flexão plantar/dorsiflexão tibiotalársica direita e esquerda; flexão/extensão do joelho direito e esquerdo; flexão/extensão coxofemoral	Realiza os exercícios propostos de forma ativa. Força muscular manteve-se na escala 5/5 na escala
--	--	---

	direita e esquerda; abdução/adução da coxofemoral direita e esquerda; ponte de glúteos (2 séries de 10 repetições); treino de marcha; Supervisionar o movimento muscular. Validar aprendizagem de capacidades para executar técnicas de exercício muscular e articular.	MRC. Realiza levante para cadeirão. 21/12 - Realiza os exercícios propostos de forma ativa e resistida. Força muscular manteve-se na escala 5/5 na escala MRC. Realiza levante para cadeirão e treino de marcha cerca de 20 metros com recurso a andarilho. 03/01/2024 – Realiza os exercícios propostos de forma ativa e resistida. Força muscular manteve-se na escala 5/5 na escala MRC. Realiza levante para cadeirão, treino de marcha cerca de 50 metros com recurso a andarilho e pedaleira 20 minutos. 04/01/2024 - Realiza os exercícios propostos de forma ativa e resistida. Força muscular manteve-se na escala 5/5 na escala MRC. Realiza levante para cadeirão, treino de
--	--	--

		marcha cerca de 70 metros com recurso a andarilho e pedaleira 25 minutos 09/01/2024 – realiza os exercícios propostos de forma ativa. Força muscular manteve-se na escala 5/5 na escala MRC. Realiza levante para cadeirão, treino de marcha cerca de 100 metros com apoio unilateral.
--	--	--

Foco: Dor		
Diagnóstico de Enfermagem: Dor presente no membro superior direito		
de	Data	Intervenções
início		Avaliação
	11/12/2023	Avaliar dor através da escala da dor numérica; 11/12/2023 – Dor presente 12/11/2023 – Dor presente 13/12/2023 - Dor ausente 09/01/2024 – Dor ausente

Foco: Equilíbrio		
Diagnóstico de Enfermagem: Equilíbrio corporal comprometido		
de	Data	Intervenções
início		Avaliação
		Avaliar equilíbrio corporal (estático e dinâmico, sentado e ortostático); 11/12; 12/12; 13/14 3 14/12/2023 – apresenta diminuição do equilíbrio

11/12 /2023	Estimular a manter o equilíbrio corporal (técnica de correção postural; Aplicar dispositivo auxiliar de marcha (andarilho); Executar técnica de treino de equilíbrio (alternância de cargas nos membros inferiores, exercícios de coordenação de movimentos); Monitorizar o equilíbrio corporal através de escala simples;	dinâmico em posição ortostática; 21/12/2023 - 09/01/2024 – Apresenta equilíbrio mantido na posição sentado e ortostática.
--------------------------------------	--	---

IV. Referências Bibliográficas

1. Reabilitação D, Mesa D, Da C, De E, De Reabilitação E. ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM. Padrão Documental dos cuidados de enfermagem de reabilitação [Internet]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
2. CIPE ® Versão 2 [Internet]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
3. Reabilitação Respiratória Guia Orientador de Boa Prática [Internet]. Available from: 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
4. Guia Orientador de Boas Práticas Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação [Internet]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
5. Hoeman SP. Rehabilitation nursing: prevention, intervention, and outcomes. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier; 2008.

Apêndice E – Brochura – Exercícios a realizar no domicílio

Serviço de Pneumologia



Enfermagem de Reabilitação

Exercícios para realizar em casa

Treino da tosse controlada

- Inspire profundamente pelo nariz e sustenha a respiração durante 3 segundos
- Contraia os músculos da barriga e tussa 2-3 vezes, com a boca aberta
- Se for necessário ajude com a mão, colocando-a na barriga e aplicando uma pressão quando tosse



Exercícios respiratórios

Consciencialização dos tempos respiratórios

- Sentado ou deitado, coloque a mão na barriga
- Inspire pelo nariz de forma lenta e profunda e sinta a barriga a encher
- Sustenha a respiração no final da inspiração, se possível durante 3/5 segundos
- Expire lentamente pela boca, com os lábios semicerrados e deite o ar todo fora



Exercícios de fortalecimento muscular



Deitado de barriga para cima, coloque um objeto pequeno debaixo das coxas e empurre o objeto contra a cama

Deitado de barriga para cima, com as pernas fletidas, levante a anca e de seguida volte a baixar



Realize 3 séries de 10 repetições, conforme a sua tolerância.
Pode aumentar o número de repetições

Exercícios de fortalecimento muscular

Levante os braços à altura dos ombros e volte a descer



Afaste os braços à altura dos ombros e volte a aproximá-los do corpo

Estique o joelho esquerdo e volte à posição inicial lentamente. De seguida repita com o joelho direito.



Atrás de uma cadeira coloque-se em bicos de pés e volte a pousar os calcanhares no chão.

Mantenha-se ativo e pratique estilos de vida saudável

- Cumpra os exercícios mencionados anteriormente
- Alongue e faça caminhadas
- Mantenha uma boa hidratação
- Mantenha uma boa higiene do sono
- Evite fumar e consumir bebidas alcoólicas



Ao manter-se ativo e realizar os exercícios mencionados irá:

Prevenir complicações e evitar incapacidades
Melhorar a ventilação pulmonar
Adquirir maior independência

Se tiver dúvidas não hesite em contactar

LOCALIZAÇÃO E CONTACTOS:
Centro Hospitalar do Oeste
www.choroeste.mio.saudef.pt

Trabalho executado por: Cláudia Ramos (Estudante de Enfermagem de Reabilitação)
Orientado por: Enfª Catarina Esteves e Profª Doutora Teresa Silveira



Apêndice F – Exercícios e cuidados a ter após a fratura do fêmur



CUIDADOS A TER:

- ① Regular a altura das canadianas, ou do andarilho, de acordo com a sua altura (pela zona da anca);
- ② Evitar tapetes, preferencialmente, ou fixá-los ao chão;
- ③ Utilizar sapatos, de preferência fechados;

Em caso de prótese total da anca, NÃO PODE:

- X Dobrar a perna mais de 90°;
- X Afastar a perna (abrir para o lado) mais de 30°;
- X Cruzar a perna operada;

A realização destes exercícios vai fortalecer os músculos importantes para a marcha, prevenindo e diminuindo o edema das pernas.

Para esclarecimento de dúvidas, não hesite em contactar a Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI)



Exercícios e Indicações a Realizar Após a Fratura do Fémur

O que acontece quando ocorre uma fratura?
Ocorre uma perda total ou parcial da continuidade de um osso.

Para a sua recuperação, será importa a realização dos exercícios presentes neste folheto, diariamente.

01. TRANSFERIR-SE

LEVANTAR DA CAMA

- Dobrar a perna não operada e rodar, até ficar sentado com as pernas de fora;
- Sentar-se na cama apoiado, com os antebraços e a perna operada esticada;

DEITAR NA CAMA

- Sentar na cama;
- Colocar a perna não operada debaixo da perna operada;
- Levantar a perna operada com a ajuda da perna não operada (se não conseguir, peça ajuda a outra pessoa);

SENTAR

- Dobrar Utilizar cadeiras mais altas e com apoios de braços;
- Na casa de banho, utilizar alteador de sanita;

02. SUBIR / DESCER ESCADAS



SUBIR

- 1º - Subir com a perna não operada;
- 2º - Subir com a perna operada;
- 3º - Subir a canadiana;

DESCER

- 1º - Descer a canadiana;
- 2º - Descer com a perna operada;
- 3º - Descer com a perna não operada;

04. EXERCÍCIOS QUE POSSO REALIZAR

DEITADO

- Mexer os pés, um de cada vez, para trás e para a frente;
- Colocar um objeto pequeno/mole por baixo do joelho da perna operada, e fazer força para o esmagar;
- Afastar a perna operada para fora e trazê-la de volta à posição normal;
- Levantar a perna operada o máximo que tolerar e voltar a baixar;
- Fazer a ponte (levantando a anca com os joelhos dobrados);

EM PÉ

- Levantar o pé do chão, dobrando o joelho para a frente
- Afastar a perna para o lado (com a perna esticada);
- Dobrar os joelhos e baixar o corpo até onde conseguir, voltando a esticar os joelhos;

03. ANDAR DE ANDARILHO



- 1º - Colocar o andarilho à frente do corpo, nem muito próximo, nem muito afastado;
- 2º - Iniciar a marcha com a perna operada até ao andarilho;
- 3º - Descer com a perna não operada;

Apêndice G - Folheto ECCI – Exercícios motores a realizar no domicílio

Vantagens do exercício físico

- ➔ Melhora ou restaura a atividade e a participação;
- ➔ Previne problemas nas estruturas do corpo;
- ➔ Previne ou reduz os fatores de risco;
- ➔ Melhora a sensação de bem estar e qualidade de vida;
- ➔ Melhora a força muscular.



Para esclarecimento de dúvidas, não hesite em contactar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Mantenha-se ativo!



EXERCÍCIOS QUE PODE REALIZAR EM CASA

A perda da funcionalidade é uma preocupação da equipa de enfermagem de reabilitação.

Faça os exercícios que lhe são indicados e promova a sua mobilidade global e força muscular para obter melhores resultados.

Todos os exercícios são adaptados à capacidade individual, que irá depender da sua força e mobilidade muscular e articular.

As repetições de cada exercício serão estabelecidas no seu plano individual de reabilitação e de acordo com a prescrição do enfermeiro especialista de reabilitação será feita a readaptação progressiva.

Caso o exercício provoque dor ou desconforto, deve parar e consultar o profissional de saúde.

Exercícios:



Levante os braços acima da cabeça com o bastão.
Deite o ar fora quando baixa os braços.



Rode o tronco para a direita e para a esquerda. Poderá usar o apoio do bastão.



Deitado, puxe os joelhos um de cada vez para si e volte a baixar.



Mantenha-se sentado e levante os joelhos um de cada vez.



Levante a bacia da cama e volte a baixar.



Agache e volte a colocar-se na posição vertical. Se necessário, apoiado.



Cumpra a pedaleira. De preferência 2 vezes por dia, de forma progressiva e conforme a sua tolerância.

Apêndice H – Brochura ECCI – Dia Mundial da Prevenção das Quedas

24 de Junho

DIA MUNDIAL DA PREVENÇÃO DE QUEDAS



PENSE EM PREVENIR... PARA NÃO CAIR!

Não cair...É prevenir

Sabia que:

- ✚ A percentagem de quedas aumenta após os 60 anos
- ✚ É a 2ª causa de morte acidental a nível mundial
- ✚ É responsável por 684 mil mortes por ano a nível mundial
- ✚ Em 2019, ocorreram 113 mil quedas em Portugal com ida à urgência
- ✚ 95% das fraturas da anca são devido a queda
- ✚ Representam 30% do risco de morte 1º ano após ocorrerem, a partir dos 60 anos

PREVENIR AS QUEDAS É PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA

- ✚ Otimize o ambiente ao nível da: luminosidade, ruído, odor, temperatura e obstáculos;
- ✚ Reconheça os motivos relacionados consigo ou com o ambiente que o podem levar a cair;
- ✚ Corrija hábitos e atitudes que possam favorecer as quedas;
- ✚ Faça regularmente uma reavaliação da sua visão e audição;
- ✚ Conheça os medicamentos que está a tomar e os seus efeitos;
- ✚ Use sempre luz de presença junto à cama para que possa ligar e desligar quando se deitar e levantar;
- ✚ Fique sentado 10 segundos antes de se levantar e levante-se devagar;
- ✚ Escolha calçado adequado, evite andar em meias;
- ✚ Use de forma correta os auxiliares de marcha;
- ✚ Utilize o corrimão, sempre que possível;
- ✚ Se tem animais de estimação, cuidado para não tropeçar neles;
- ✚ Remova tapetes e carpetes.;
- ✚ Evite subir a superfícies altas, mantenha tudo o que necessita à altura dos seus braços;
- ✚ Pratique exercício físico regularmente;
- ✚ Limite o consumo de bebidas alcoólicas;
- ✚ Mantenha o telemóvel sempre próximo de si para pedir ajuda sempre que necessário.

NÃO CAIA NO DESCUIDO

Apêndice I - Flyer ECCI – Dia Mundial da Prevenção das Quedas

DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

24/6

RECOMENDAÇÕES



Praticar exercício físico



Reavaliar regularmente a sua audição e visão



Conhecer a medicação e os seus efeitos



Manter tudo o que necessita perto de si



Evitar subir a superfícies instáveis



O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação realiza uma avaliação multifatorial do risco e promove a competência dos utentes/famílias na gestão individual ao nível da prevenção de quedas



Escolher sapatos fechados e evitar andar de meias

CASA SEGURA



Manter o telemóvel acessível



Usar corrimões e barras de apoio aos sanitários



Otimizar o ambiente: luminosidade, ruído e odor



Remover obstáculos como tapetes e carpetes

Apêndice J - Reflexão segundo o ciclo de Gibbs – Contexto Paliativo



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Paliativos

Cláudia Vanessa Novais Ramos, nº8642

Docente(s): Professora Doutora Teresa Silveira

LISBOA, 2023/2024

Índice

I. Introdução.....	1
II. Ciclo reflexivo de Gibbs.....	2
II.1. 1ªEtapa: Descrição.....	2
II.2. 2ªEtapa: Sentimentos.....	2
II.3. 3ªEtapa: Avaliação.....	2
II.4. 4ªEtapa: Análise.....	3
II.5. 5ªEtapa: Conclusão.....	3
II.6. 6ªEtapa: Planejamento de Ação.....	3
III. Referências Bibliográficas.....	4

I. Introdução

Esta reflexão foi desenvolvida na comunidade, tendo como objetivo a realização de uma reflexão à luz do ciclo de Gibbs, com o propósito de analisar criticamente uma experiência vivenciada na prática de enfermagem de reabilitação.

Esta reflexão permite explorar em profundidade aspectos de uma situação específica, com base na experiência vivenciada.

Vão ser abordadas todas as fases do ciclo, desde a descrição do acontecimento até a formulação de conclusões e planos de ação.

II. Ciclo reflexivo de Gibbs

II.1. 1ªEtapa: Descrição (O que aconteceu?)

A Senhora A. de 75 anos, que reside com o esposo, genro e filha. A senhora A foi diagnosticada com um tumor maligno na mama direita. Encontra-se a fazer quimioterapia e apresenta uma ferida na região infra mamária que necessita de cuidados curativos. Estes cuidados são garantidos pela colega da unidade de cuidados de saúde primários que faz visita domiciliária, no entanto a equipa de reabilitação assume os cuidados quando a colega se ausenta.

Ao interagir com a senhora e a filha, observou-se labilidade emocional, demonstrando preocupação e ansiedade em relação à situação de saúde. Expressaram dúvidas sobre o diagnóstico, tratamento e a ferida em questão, revelando uma falta de conhecimentos sobre a condição.

II.2. 2ªEtapa: Sentimentos (O que sentiu?)

Nesta situação, foram vivenciados sintomas de empatia pela angústia e ansiedade vividas. Assim como uma preocupação em tentar fornecer ferramentas para as ajudar a lidar com as dificuldades.

II.2. 3ªEtapa: Avaliação (O que foi bom e o que foi mau na experiência?)

Como aspetos positivos, reconhecemos o papel fundamental que a equipa de reabilitação tem em fornecer estratégias de suporte emocional e de educação para a saúde.

Como aspetos negativos, identifico a falta de conhecimentos e informação pela parte da família.

II.4. 4ª Etapa: Análise (Que sentido pode retirar da situação?)

Esta situação evidencia a necessidade de abordar a pessoa como um todo. Destacando o papel do enfermeiro de reabilitação que tem a responsabilidade de fornecer suporte emocional, educação e informação para ajudar as pessoas e as suas famílias a compreender e enfrentar os desafios associados à doença e tratamento.

II.5. 5ª Etapa: Conclusão (O que mais se poderia ter feito?)

Para além dos cuidados físicos, o cuidado poderia ter sido mais centrado na educação para a saúde e no apoio psicossocial, tendo em conta que a educação para a saúde e o apoio psicossocial são importantes a reabilitação é uma componente integral de uma abordagem holística, permitindo que a pessoa alcance ou mantenha os seus níveis ideais de funcionamento físico, sensorial, intelectual e social¹.

Além disso, considero que seria benéfico à posteriori envolver a equipa multidisciplinar de forma a continuar a desenvolver competências para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto paliativo. Ao trabalhar com outros profissionais de saúde, garantia-se uma abordagem mais abrangente e eficaz, visando atender às necessidades das pessoas.

II.6. 6ª Etapa: Planeamento de Ação (Se acontecer de novo, como irá proceder?)

Se acontecer de novo uma situação idêntica, irei dar como prioridade a comunicação eficaz, o suporte emocional e a coordenação dos cuidados multidisciplinares.

III. Referências Bibliográficas

1. Ribeiro C. Dissertação acadêmica. [Local onde foi apresentada ou publicada]: [Nome da instituição]; [Ano de publicação]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18190/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20acad%c3%a9mica_Catarina%20Ribeiro_ep819.pdf. Acesso em: [22/02/2024].

Apêndice K – Reflexão segundo o ciclo de Gibbs – Contexto Idosos



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – Idosos

Cláudia Vanessa Novais Ramos, nº8642

Docente(s): Professora Doutora Teresa Silveira

LISBOA, 2023/2024

Índice

I. Introdução.....	1
II. Ciclo reflexivo de Gibbs.....	2
II.1. 1ªEtapa: Descrição.....	2
II.2. 2ªEtapa: Sentimentos.....	2
II.3. 3ªEtapa: Avaliação.....	2
II.4. 4ªEtapa: Análise.....	3
II.5. 5ªEtapa: Conclusão.....	3
II.6. 6ªEtapa: Planeamento de Ação.....	3
III. Referências Bibliográficas.....	4

I. Introdução

Esta reflexão foi desenvolvida na comunidade, tendo como objetivo a realização de uma reflexão à luz do ciclo de Gibbs, com o propósito de analisar criticamente uma experiência vivenciada na prática de enfermagem de reabilitação.

Esta reflexão permite explorar em profundidade aspectos de uma situação específica, com base na experiência vivenciada.

Vão ser abordadas todas as fases do ciclo, desde a descrição do acontecimento até a formulação de conclusões e planos de ação.

II. Ciclo reflexivo de Gibbs

II.1. 1ª Etapa: Descrição (O que aconteceu?)

A Senhora M. de 93 anos, que atualmente reside com a filha de 70 anos, que é a cuidadora principal, num 2º andar sem elevador. A senhora M teve uma queda na via pública no final de agosto, que resultou numa fratura do colo do fémur, tendo sido submetida a um encavilhamento. A senhora M, apresenta uma síndrome demencial numa fase inicial, pelo que já apresentava desequilíbrio no domicílio e deambulava com um quadripé previamente. Esta senhora é viúva, tem duas filhas, no entanto apenas um delas, também viúva, está presente na sua vida, que é a cuidadora e bastante preocupada, prestável e cuidadosa com a mãe. Foi implementado um programa de reabilitação à senhora M, que colaborou desde o início no mesmo. Ao longo das semanas foram realizados vários ensinamentos que com a ajuda da filha foi cumprindo, no entanto quando se iniciou o treino de subir e descer escadas, mostrou-se bastante renitente, uma vez que a queda que levou à fratura teria sido no final das escadas, à saída do prédio, dizendo que nunca iria conseguir voltar a ir à rua porque nunca iria conseguir voltar a descer as escadas.

II.2. 2ª Etapa: Sentimentos (O que sentiu?)

Este caso foi particularmente difícil, uma vez que a senhora sempre se demonstrou participativa nos cuidados e empenhada a melhorar com o objetivo de voltar a ir à rua. Houve espaço para partilha, gestão de sentimentos e de expectativas. Nesta fase houve sentimentos de tristeza e frustração por perceber que esta barreira arquitetónica influenciava de tal maneira a vida e a inclusão social desta senhora e da filha.

II.3. 3ª Etapa: Avaliação (O que foi bom e o que foi mau na experiência?)

Como aspetos positivos posso salientar, ter acompanhado este processo nesta fase de transição tão importante, ter participado no plano de reabilitação e poder incluir a família nesse plano, com o objetivo de potenciar ao máximo a funcionalidade da senhora M.

Posso também salientar o fato de estar presente e de a senhora M. ter tido o acompanhamento de duas profissionais de saúde permitiu que fosse estabelecida uma relação de confiança e segurança nesta fase.

Como aspetos negativos, realço a dificuldade sentida da nossa parte de gerir o plano de reabilitação e dos progressos realizados nesta fase e da dificuldade em lidar com as emoções e não deixar transparecer os sentimentos vivenciados.

II.4. 4ªEtapa: Análise (Que sentido pode retirar da situação?)

Nesta situação, são compreensíveis os sentimentos vividos pela senhora M, uma vez que a experiência traumática da queda, influenciou as suas perceções e emoções.

Além das questões emocionais, é essencial considerar o impacto das barreiras arquitetónicas existentes que representam uma limitação para a independência e inclusão social.

II.5. 5ªEtapa: Conclusão (O que mais se poderia ter feito?)

Além dos esforços realizados, de envolver recursos da comunidade para ajudar a superar as barreiras arquitetónicas, poderíamos ter explorado mais alternativas de transporte adaptado para facilitar a sua mobilidade, para que num primeiro impacto pudesse sair de casa com segurança e independência. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”. As barreiras arquitetónicas impedem a participação cívica, influenciam o desenvolvimento, a participação na comunidade e integração social, sendo fundamental que qualquer ambiente reúna as condições necessárias para uma integração total num ambiente acessível¹.

Segundo o decreto de lei nº163/2006 foram introduzidas normas técnicas que visa eliminar barreiras urbanísticas e arquitetónicas nos edifícios públicos, equipamentos coletivos e via pública². Torna-se importante uma abordagem integrada e centrada na pessoa, dando à Senhora M. e à sua filha um suporte mais abrangente e eficaz.

II.6. 6ª Etapa: Planeamento de Ação (Se acontecer de novo, como irá proceder?)

Caso a situação aconteça novamente vou ter mais atenção à gestão de expectativas e de emoções. Planear melhor os cuidados de forma que esta transição seja realizada de forma mais segura possível, identificando e solucionando os possíveis obstáculos ambientais.

III. Referências Bibliográficas

1. Pereira AI, Martins MM, Pereira R, Gomes B, Santos J, Cunha P. As cidades de hoje: desafios aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a inclusão. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [periódico online]. 2020;volume. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/58>. Acesso em: [22/02/2024].
2. Decreto-Lei n.º 163/2006. Diário da República Eletrónico, 1ª Série, n.º 210, de 31 de outubro de 2006. Disponível em: [inserir link]. Acesso em: [22/02/2024].

Apêndice L – Pesquisa Bibliográfica

Pesquisa Bibliográfica

Alterações após amputação dos membros inferiores¹:

Alterações do equilíbrio estático;

O pé contralateral desloca o centro de força em comparação com o não amputado;

Independentemente do nível de amputação, todos apresentam alterações como a inclinação e anteriorização da cabeça, flexão do tronco e retrapé com valgo aumentado;

Escoliose lombar e rotação do tronco para o lado amputado além de assimetria de cristas ilíacas.

Nos indivíduos com amputação transfemural verificam-se alterações mecânicas devido à dependência de um membro artificial para o suporte do peso corporal. (Kaufman, Frittoli e Frigo, 2012) associada a uma perda da musculatura do membro inferior, levando a movimentos compensatórios na coxofemoral, pélvis e tronco durante a marcha (Deva et al., 2015)².

A marcha do amputado é descrita como atípica, geralmente não possui um padrão suave e simétrico, com um consequente aumento do deslocamento vertical e lateral do centro de massa, resultando num aumento do custo metabólico e energético (Bell et al., 2014)².

Como possíveis alterações, pode-se identificar as diferenças de propriedades de inércia do membro amputado em pessoas com AFT, juntamente com o aumento da inclinação pélvica anterior durante a fase de postura da marcha³.

Quando comparada a postura de acordo com o nível de amputação, os sujeitos com amputação transtibial apresentaram maior flexão do tornozelo do que os sujeitos com amputação transfemoral³.

A amputação transtibial compreende toda a remoção realizada entre o tornozelo e a articulação do joelho. Com isto, a perda de estruturas musculares como consequência da amputação abaixo do joelho, causa déficits na entrada sensorial do componente proprioceptivo nos pés e no tornozeli, sugerindo possíveis alterações posturais³..

As amputações localizam-se entre a desarticulação do quadril e do joelho, este procedimento leva a uma série de alterações funcionais na biomecânica corporal, podendo também gerar padrões de postura e de marcha para compensar a perda do membro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcela Juliani Silva G, Dei Tos D, Catarim Fabiano L. Alterações Cinesiofuncionais em Pacientes com Amputação de Membro Inferior: Revisão da Literatura. Arquivos do Mudi. 2021 Apr 16;25(1):91–9.
2. Ribeiro A, Luísa D, Professora Auxiliar A. UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA FCS/ESS LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA. Análise das alterações biomecânicas na marcha em amputados transfemorais: Revisão Bibliográfica [Internet]. 2017. Available from: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5874/1/PG_23655.pdf
3. Leite V, Luza LP, Dias SMS, Caviquioni T, Zampirolo ERF, Da Silva R. Avaliação postural de sujeitos com amputação de membro inferior. Scientia Medica. 2019 May 9; 29(1):33103.

Apêndice M - Folheto RNCCI

- Na RNCCI, a pessoa comparticipa os custos referentes à prestação de cuidados de apoio social nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.
- O valor da comparticipação depende do rendimento do agregado familiar, que é calculado pela Equipa de Coordenação Local.
- O internamento numa Unidade de Convalescência e o apoio domiciliário da ECCI é gratuito, sendo os custos assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde, ou por outros Subsistemas de Saúde.

Para mais informações pode consultar o Guia Prático da RNCCI, disponível em www.seg-social.pt



Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Esta rede é fundamental para garantir cuidados de qualidade e continuos a todas as pessoas que necessitem

O que é a RNCCI?

Um conjunto de serviços e recursos de saúde e de apoio social que visam garantir a prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente.



Estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua reabilitação, autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

Tipologia de Cuidados

- Unidade de Convalescência (até 30 dias)

Pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido a uma situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, requeiram cuidados de saúde que, não possam ser prestados no domicílio.

- Unidade de Média Duração e Reabilitação (duração entre 30 a 90 dias):

Pessoas que, na sequência de doença aguda ou agudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas com potencial de reabilitação funcional e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio.

- Unidade de Longa Duração e Manutenção (internamentos com mais de 90 dias):

Pessoas com doença ou processo crónico, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa.

Pode proporcionar o internamento de situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador.

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):

Pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma. Tem como critério de referenciação a fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio

Como é realizada a referenciação?

- Deve contactar o Serviço onde está internado ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse hospital.
- São os profissionais de saúde e de apoio social do serviço do hospital que referenciam
- A EGA do Hospital onde está internado, é a equipa que analisa a situação
- Se a EGA verificar que tem as condições necessárias para ser encaminhado para a RNCCI, envia uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência da pessoa/família.

A referenciação pode ser realizada logo no início do internamento e até quatro dias antes da data prevista da alta.

Apêndice N - Folha de registros

Movimento Muscular	Força muscular - escala MRC								
	Exerc musc e artic Ativo/ Ativo Assist/Resist								
	Exercício muscular e articular passivo								
	Exercícios de Ponte /Oscilação pélvica								
	Exercícios isométricos (Gluteos/Isq/Quadric)								
	Automobilizações								
	Exercícios de tolerância ao esforço								
AVD/Ativid	Levante/transferência s/ ou c/Ajudar/Elevador								
	Andar s/apoio/com auxiliar de marcha (Andarilho/Bengala/Canadianas)								
	Cansaço fácil nas AVD								
	Recupera após repouso								
	Instruir e treinar técnica de conservação (Andar/Comer/Vestir/Eliminação)								
	EEER								
Observações									

Apêndice O - Sessão de formação sobre terapêutica inalatória

Terapêutica Inaloterapia

Elaborado por: Cláudia Ramos
Orientadora Pedagógica:
Teresa Silveira

14/05/2024

Objetivo Geral

- Clarificar aspetos técnicos e teóricos relacionados com o uso de inaladores junto da equipa de enfermagem

Objetivos Específicos

- Identificar as características e principais diferenças entre DPI e pMDI
- Promover boas práticas no uso dos diversos dispositivos inalatórios

Terapêutica Inalatória

• Administração de fármacos via inalatória com fins terapêuticos - doenças respiratórias

- Rápido início de ação pela deposição direta do fármaco
- Proporciona altas concentrações de fármaco no local pretendido
- Utilização de doses menores para obter um efeito terapêutico
- Menos efeitos secundários pelo uso de doses inferiores

1. Labiris NR and Dolovich MB. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56:588-99; 2. Ibrahim M et al. Med Devices (Auckl). 2015; 8:131-39.





Em média só 10% da dose prescrita atinge o órgão alvo e de modo irregular

A deposição do fármaco depende:



características físicas finais das partículas do aerossol;

padrão ventilatório;

anatomia das vias aéreas

Fármacos Inalados & Siglas

BRONCODILATADORES			
Beta-2-Agonista		Anticolinérgicos (anti muscarínicos)	
Curta ação	Longa ação	Curta ação	Longa ação
SABA Short acting B agonist	LABA Long acting B agonist	SAMA Short acting antimuscarinic	LAMA Short acting antimuscarinic

Corticosteroides – após inalação lavagem da boca e face

ICS

Cordeiro, C. 2020

Fármaco	Tipo de Inalador	Duração de Ação
Beta2agonistas- ação curta		
Salbutamol	pMDI, DPI	4-6horas
Beta2agonistas – ação longa		
Formoterol	DPI	12 horas
Salmeterol	pMDI; DPI	12 horas
Antimuscarínicos – ação curta		
Ipratrópio	pMDI	6-8 horas
Antimuscarínicos – ação longa		
Glicopirrônio	DPI	12-24 horas
Combinação de ação curta SABA/SAMA		
Salbutamol/ Ipratrópio		6-8 horas
Combinação de ação longa: LABA/LAMA		
Indacaterol/glicopirrônio	DPI	12-24 horas

Sequência da administração dos fármacos

- Quando prescritos múltiplos fármacos, a sequência da inalação deve ser os broncodilatadores 5 a 10 minutos antes dos corticosteróides

Ordem de administração:

S (Salbutamol)
A (Atrovent/ Brometo de Ipratrópio)
B (Beclometasona)



A deposição de uma partícula num determinado local da via aérea, depende do seu diâmetro aerodinâmico

Barreto in Canteiro & Heitor (2006)

Dimensão da partícula	Local de deposição
> 10µm	Orofaringe
5 – 10µm	Vias aéreas superiores (orofaringe e traqueia)
< 5µm	Vias aéreas inferiores (alvéolos e ácinos)
1 – 5µm	Parênquima pulmonar, adequados para aerossóis terapêuticos. Constituem a fração respirável do aerossol

Taveira et al. (2000)

Tipos de Dispositivos

- Inaladores pressurizados doseáveis (MDI - Metered Dose Inhaler)

- Inaladores de Pó seco (DPI - Dry Powder Inhaler)

MDI- libertam uma mistura de dose controlada de fármaco e propelene sobre a forma de aerossol e com partículas de diâmetro elevado (30 -40um).

Vantagens

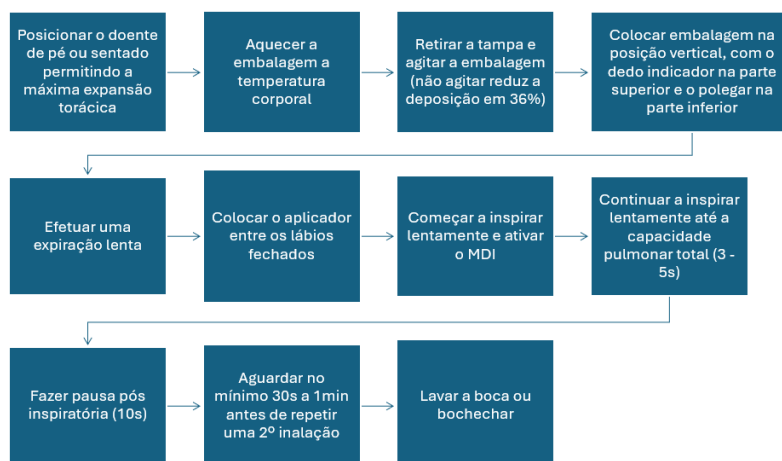
- Pequeno e portátil;
- Baixo custo;
- Multiplas doses (cerca de 200);
- Rápida administração do fármaco;
- Risco reduzido de contaminação

vs

Desvantagens

- Coordenação mão - pulmão
- Elevada deposição na orofaringe com aumento dos efeitos secundários;
- Sem indicador do número de doses;
- Propelene prejudicial à camada de ozono.

Técnica Inalatória Correta de Utilização dos MDI



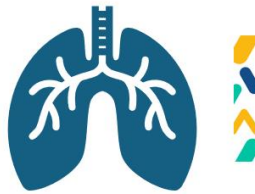
Aproximadamente 80% do aerossol fica depositado na orofaringe, 10% nas vias aéreas inferiores, 9% fica retido na válvula e 1% é exalado

ERROS

- Esquecer de agitar;
- Colocar o inalador ao contrário;
- Inspirar pelo nariz;
- Inalação lenta e pouco profunda;
- Descoordenação mão pulmão

Inaladores de Pó seco (DPI - Dry Powder Inhaler) – utilizam partículas sólidas

- O aerosol é disparado pela inspiração do doente
- Inspiração rápida e profunda
- Maior deposição pulmonar
- Não necessitam de coordenação mão - pulmão



• Vantagens

- Pequeno e portátil
- Não necessitam de coordenação inspiratória
- Têm contador de doses
- Não têm propelentes

vs

Desvantagens

- Requerem inspiração ativa
- Necessitam de estar protegidos da humidade
- Risco de contaminação
- Custo mais elevado do que os pMDI



Câmara Expansora

Proporciona uma diminuição da velocidade do aerosol antes de atingir a boca, permitindo que os propelentes se evaporem e as partículas de maior calibre se depositem nas paredes da câmara e não na orofaringe, atingindo as de menor calibre as vias aéreas inferiores

Indicações para uso de Câmara Expansora

- Doentes com dificuldade na utilização de MDI ou DPI, especialmente crianças e idosos;
- Redução dos efeitos na orofaringe, especialmente em doentes com infeção por cândida devido ao uso de corticosteroides;
- Doentes com crises de asma ou exacerbação de DPOC e urgências respiratórias

Cuidados e limpeza

➔ As câmaras expansoras têm carga eletrostática interna que atrai as partículas de aerossol para as suas paredes e reduz a deposição pulmonar do fármaco

Cuidados

- Desmontar todas as peças;
- Lavagem mergulhando a CE em 1L de água morna e umas gotas de detergente da loiça, durante 10 minutos e deixar secar ao ar ambiente;
- Não esfregar ou limpar;
- Substituição anual.

Técnica Inalatória

DPI	pMDI	pMDI com câmara expansora
Expiração prévia a inalação		Sem expiração prévia Inalação a volume corrente
Inalação rápida vigorosa	Inalação lenta e profunda	
Pausa inspiratória 10s (contar até 10) / crianças 5s		

Adaptado de: Barreto et al., 2000; ERS/SAM TASK FORCE REPORT, 2011; DGS, 2013 Silva, Eurico, 2014.



Dúvidas?

Obrigada!



Apêndice P - Ficha de avaliação da sessão

FICHA DE AVALIAÇÃO

Acção de Formação		Data	____/____/____
--------------------------	--	-------------	----------------

A sua opinião sobre a atividade formativa que acaba de participar é muito importante, pois contribui para melhorar a qualidade de futuras ações.
Assinale com uma cruz a opção que mais se adequa à sua opinião em relação aos itens referidos

Avaliação dos conteúdos programáticos	Fr aco	M édio	Bo m	Mui to Bom	Ex celente
Interesse prático profissional	☐	☐	☐	☐	☐
Conteúdo da ação correspondeu aos objetivos previstos	☐	☐	☐	☐	☐

Avaliação do Formador	Fr aco	M édio	Bo m	Mui to Bom	Ex celente
Adequação da metodologia	☐	☐	☐	☐	☐
Motivador de mudança de comportamentos	☐	☐	☐	☐	☐

Geral	Fraco	M édio	Bo m	Mui to Bom	Ex celente
Classifique, em termos gerais, a ação de formação	☐	☐	☐	☐	☐

Quer fazer considerações a alguma questão anteriormente assinalada	
Refira alguns aspetos a ter em conta em próximas atividades do mesmo tipo	A incluir:
	A excluir
Outras sugestões	

Obrigado pela colaboração