

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Mónica Sofia Carvalho Lobato Ventura

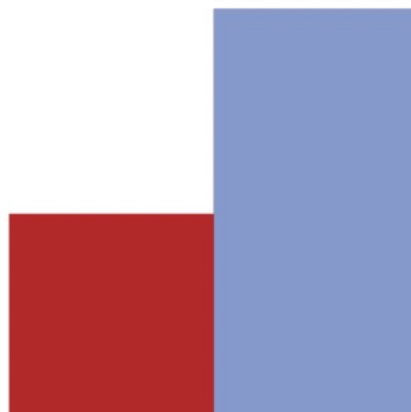
## Capacitação da Família para a Promoção da Saúde da Pessoa com Necessidade de Reabilitação: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

Orientador(es)

Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

Setembro-25



## **Agradecimentos**

A concretização deste Relatório apresenta não apenas o culminar de um percurso académico, mas também o reflexo do apoio, da paciência e da dedicação de pessoas muito especiais, sem as quais este momento não seria possível.

Ao meu marido, pela sua incansável presença, compreensão e apoio incondicional ao longo de todo este processo. Obrigada por acreditares em mim, mesmo nos momentos em que eu duvidei. Foste a minha força nos dias mais difíceis.

À minha filha, que com apenas um ano de vida já me ensinou tanto sobre amor, resiliência e propósito. És a minha maior inspiração e a razão pela qual luto diariamente por ser uma profissional e uma pessoa melhor. Este trabalho é também teu.

À minha mãe, pelo amor imenso, pelo cuidado constante e por nunca ter deixado faltar apoio, mesmo nos momentos de maior desafio. O teu exemplo de dedicação e coragem foi, e continua a ser, um farol na minha vida.

Às minhas grandes amigas, por estarem sempre por perto com uma palavra certa, uma partilha generosa, um ombro amigo e por serem as melhores tias que a minha filha podia ter. A vossa companhia tornou este caminho mais leve e mais significativo.

Por fim, um agradecimento a todos os professores do corpo docente do I Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa. Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Joana Marques, pela sua orientação rigorosa, o seu incentivo constante e a sua disponibilidade que foram fundamentais para a realização deste trabalho. Agradeço profundamente pela partilha de conhecimento, pela exigência que me fez crescer e pela confiança depositada em mim desde o início.

A todos os meus orientadores de Estágio ao longo deste percurso, o meu mais sincero obrigado! Este trabalho é também vosso.

## **Resumo**

A promoção da autonomia da pessoa em processo de reabilitação exige uma abordagem centrada não apenas na pessoa cuidada, mas também na sua família, reconhecendo esta como um recurso terapêutico essencial na continuidade dos cuidados. A família, enquanto rede de suporte, assume um papel ativo no quotidiano da pessoa, sendo fundamental na adoção de comportamentos promotores de saúde e na prevenção de complicações.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelas suas competências específicas, está capacitado para intervir junto da pessoa com limitações funcionais e da sua família, promovendo a capacitação para o autocuidado, a funcionalidade e a participação ativa no plano de cuidados. Ao reconhecer a família como parceira do processo terapêutico, o EEER contribui para uma reabilitação mais eficaz, segura e centrada na realidade do utente.

Como objetivo geral, definiu-se o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e humanas para o cuidado especializado à pessoa com necessidade de cuidados de reabilitação, com especial enfoque na intervenção junto da família. Através da identificação das necessidades nos diferentes contextos de Estágio, delinearam-se objetivos e implementaram-se estratégias de capacitação familiar que visaram promover a autonomia da pessoa e a continuidade dos cuidados no domicílio e na comunidade.

As atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de Estágio, sustentadas em evidência científica atualizada e aliadas ao pensamento crítico e reflexivo, permitiram consolidar competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação, bem como competências do grau de Mestre. Esta experiência promoveu uma prática crítica, humanizada e centrada na pessoa e sua família, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a excelência profissional.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Família; Autonomia; Capacitação; Promoção da Saúde; Cuidados de Enfermagem.

## **Abstract**

The promotion of the individual's autonomy during the rehabilitation process requires an approach centred not only on the person receiving care but also on their family, recognising it as an essential therapeutic resource for the continuity of care. The family, as a support network, assumes an active role in the individual's daily life, being fundamental in adopting health-promoting behaviours and preventing complications.

The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, by virtue of their specific competencies, is qualified to intervene with individuals presenting functional limitations and with their families, fostering empowerment for self-care, functionality, and active participation in the care plan. By recognising the family as a partner in the therapeutic process, the Specialist Nurse contributes to a more effective, safer, and reality-based rehabilitation process for the patient.

As a general objective, the development of scientific, technical, ethical, and human competencies for specialised care of individuals requiring rehabilitation was defined, with a particular focus on interventions directed at the family. Through the identification of needs across different internship contexts, objectives were outlined and family-empowerment strategies were implemented to promote the individual's autonomy and ensure continuity of care at home and within the community.

The activities carried out across the various internship settings, grounded in up-to-date scientific evidence and allied to critical and reflective thinking, made it possible to consolidate specialised competencies in Rehabilitation Nursing, as well as master's-level competencies. This experience fostered a critical, humanised, and person- and family-centred practice, contributing to the quality of care and professional excellence.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Family; Autonomy; Empowerment; Health Promotion; Nursing Care.

### **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

IC – Insuficiência Cardíaca

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MECV-V – Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade

MIF – Escala da Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council

NYAH – New York Heart Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RFM – Reeducação Funcional Motora

SC – Supervisora Clínica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP – Supervisora Pedagógica

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

TA – Tensão Arterial

TAS – Técnico de Auxiliar de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Índice

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Introdução .....                                                                                                                           | 10 |
| II. Enquadramento Teórico .....                                                                                                               | 13 |
| III. Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre.....                                                              | 17 |
| III.1. Serviço de Internamento de Pneumologia.....                                                                                            | 20 |
| III.2 Unidade de Saúde Familiar .....                                                                                                         | 27 |
| III.3 Unidade de Cuidados na Comunidade .....                                                                                                 | 35 |
| III.4 Serviço de Internamento de Ortopedia .....                                                                                              | 39 |
| III.5 Serviço de Internamento de Pediatria.....                                                                                               | 47 |
| III.6 Unidade de Cuidados Continuados Integrados.....                                                                                         | 53 |
| III.7. Unidade de Saúde Familiar .....                                                                                                        | 57 |
| IV. Considerações Finais .....                                                                                                                | 63 |
| V. Referências Bibliográficas .....                                                                                                           | 65 |
| Apêndices .....                                                                                                                               | 72 |
| Apêndice A - Descrição das Atividades Desenvolvidas   Serviço de Internamento de<br>Pneumologia – Objetivo 2.....                             | 73 |
| Apêndice B - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....                                                                             | 75 |
| Apêndice C - Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V).....                                                                    | 87 |
| Apêndice D - Questionário para Diagnóstico de Situação à Equipa de Enfermagem do<br>Serviço de Internamento de Pneumologia.....               | 89 |
| Apêndice E - Respostas ao Questionário para Diagnóstico de Situação à Equipa de<br>Enfermagem do Serviço de Internamento de Pneumologia ..... | 91 |
| Apêndice F - Folheto “Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva<br>Crónica” .....                                               | 93 |
| Apêndice G - Tabela de Sistematização das Intervenções realizadas em Enfermagem de<br>Reabilitação numa Unidade de Saúde Familiar .....       | 94 |

|                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Apêndice H - Reflexão Crítica segundo O Ciclo de Gibbs: Equipe Coordenação Local                                                                                  | 97  |
| Apêndice I - Entrevista Informal com a Supervisora Clínica.....                                                                                                   | 101 |
| Apêndice J - Formação à Equipe de Enfermagem: “Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração”.....                                      | 102 |
| Apêndice K - Plano de Sessão da Formação dirigida à Equipe de Enfermagem “Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração” .....          | 109 |
| Apêndice L - Questionário de Satisfação da Formação à Equipe de Enfermagem “Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração” .....        | 112 |
| Apêndice M - Respostas ao Questionário de Satisfação da Formação à Equipe de Enfermagem “Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração” | 113 |
| Apêndice N - Descrição das Atividades Desenvolvidas   UCC – Objetivo 1 .....                                                                                      | 114 |
| Apêndice O - Planos de Cuidados De Enfermagem de Reabilitação na ECCI .....                                                                                       | 116 |
| Apêndice P - Panfleto “Prevenção de Quedas no Domicílio”.....                                                                                                     | 124 |
| Apêndice Q - Descrição das Atividades Desenvolvidas   Serviço de Internamento de Ortopedia – Objetivo 2.....                                                      | 125 |
| Apêndice R - Questionário para Diagnóstico de Situação dirigido aos EEER do Serviço de Internamento de Ortopedia .....                                            | 128 |
| Apêndice S - Respostas ao Questionário para Diagnóstico de Situação dirigido aos EEER do Serviço de Internamento de Ortopedia.....                                | 130 |
| Apêndice T - Análise dos Resultados do Questionário Aplicado aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Internamento de Ortopedia  | 132 |
| Apêndice U - Guia para o Utente e Família: “Prótese Total da Anca” .....                                                                                          | 134 |
| Apêndice V - Tabela para Diagnóstico de Situação – Serviço de Internamento de Ortopedia.....                                                                      | 151 |
| Apêndice W - Folheto Informativo “Artroplastia Total da Anca” .....                                                                                               | 152 |
| Apêndice X - Descrição das Atividades Desenvolvidas   Serviço de Internamento de Pediatria – Objetivo 1 .....                                                     | 153 |
| Apêndice Z - Estudo de Caso: Serviço de Internamento de Pediatria.....                                                                                            | 157 |

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Apêndice AA - Serviço de Internamento de Pediatria: Caixa de Reabilitação .....                                 | 174 |
| Apêndice AB - Póster Informativo “Caixa de Reabilitação” do Serviço de Internamento de Pediatria.....           | 176 |
| Apêndice AC - Descrição das Atividades Desenvolvidas   Estágio na UCCI – Objetivo 1                             | 177 |
| Apêndice AD - Entrevista Informal à Supervisora Clínica da UCCI.....                                            | 181 |
| Apêndice AE - Póster “Posicionamento em Padrão Anti-Espástico no Doente com AVC” .....                          | 183 |
| Apêndice AF - Apresentação “Posicionamento em Padrão Anti-Espástico no Doente com AVC” .....                    | 184 |
| Apêndice AG - Plano da Sessão Formativa sobre “Posicionamento em Padrão Anti-Espástico no Doente com AVC” ..... | 190 |
| Apêndice AH - Ficha de Articulação entre a USF e a Consulta de IC Hospitalar .....                              | 193 |
| Apêndice AI – Folheto “Viver Melhor com Insuficiência Cardíaca” .....                                           | 197 |
| Apêndice AJ – Folheto “Insuficiência Cardíaca – Guia para a Família e/ou Cuidadores”                            | 198 |

## Anexos

|                                                                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo 1 – Certificado de Participação no “IV Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação: da Investigação à Prática”.....                                                        | 200 |
| Anexo 2 - Certificado de Participação II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP Lisboa: "Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, um Caminho Emergente!" ..... | 202 |
| Anexo 3 – Certificado de Participação nas 1 <sup>as</sup> Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local Saúde Santa Maria.....                                         | 204 |

## **I. Introdução**

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II, foi proposto a realização de um Relatório de Estágio. A construção deste trabalho tem como objetivo central promover uma reflexão crítica sobre a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) junto da família, salientando a relevância desta relação na promoção da autonomia da pessoa com necessidade de reabilitação.

A Enfermagem de Reabilitação (ER) é uma especialidade que visa promover o máximo potencial de funcionalidade e autonomia do indivíduo, intervindo em todas as fases do ciclo de vida e nos diferentes contextos de saúde. Esta prática é sustentada por competências específicas que o EEER deve desenvolver, nomeadamente: cuidar de pessoas com necessidades especiais, capacitar a pessoa com deficiência ou limitação funcional para a reintegração social e maximizar a funcionalidade com base nas suas capacidades remanescentes<sup>1,2</sup>. Ao longo do percurso de Estágio é pretendido que sejam desenvolvidas essas competências.

Fazem parte das competências específicas do EEER a promoção da capacitação da pessoa e a maximização da sua funcionalidade para que seja possível promover o máximo de independência e autonomia à pessoa nas suas Atividades de Vida Diária (AVD)<sup>2</sup>. Contudo, a promoção da autonomia da pessoa não pode ser compreendida como um processo isolado e individual. É na relação com a sua rede de suporte, em particular a família, que se constrói um plano de cuidados eficaz e sustentável. A família desempenha um papel fulcral no processo de reabilitação, pois é na comunidade, no ambiente natural, onde os cuidados se prolongam e onde a pessoa encontra suporte emocional, físico e social<sup>3,4</sup>. Assim, cabe ao EEER não apenas o cuidado direto à pessoa doente, mas também a capacitação da família, promovendo estratégias que favoreçam a sua participação ativa, informada e segura no plano terapêutico<sup>4</sup>.

A família assume, assim, um papel ativo e indispensável no processo de reabilitação, sendo o ambiente natural onde se assegura a continuidade dos cuidados e se promovem hábitos de vida saudáveis. As intervenções do EEER junto da família envolvem um conjunto de intervenções que vão desde a educação para a saúde, à orientação para o autocuidado, passando pelo apoio emocional e pela articulação com os recursos da comunidade. Estas intervenções visam melhorar a condição funcional da pessoa em

processo de reabilitação, prevenir complicações, reduzir a sobrecarga familiar e promover uma maior qualidade de vida<sup>4,5</sup>.

A literatura recente destaca a eficácia da inclusão da família no processo de cuidados de ER. Quando devidamente estruturada, orientada e envolvida, a família contribui para melhores resultados clínicos e funcionais, encurtando o período de recuperação e favorecendo a reintegração social e profissional. Além disso, o envolvimento da família no processo de cuidados não deve ser visto apenas como apoio logístico ou emocional, mas como um recurso terapêutico ativo. Estudos demonstram que, quando os cuidadores familiares são capacitados pelo EEER, há ganhos significativos na recuperação funcional da pessoa, especialmente após eventos incapacitantes. A orientação estruturada e o acompanhamento contínuo ao cuidador contribuem para a continuidade e eficácia dos cuidados no domicílio, minimizando riscos de readmissão e promovendo uma reabilitação mais sustentável e centrada na pessoa<sup>4,5</sup>.

A presença e participação da família no percurso de cuidados têm vindo a assumir um papel cada vez mais central, refletido em políticas de saúde e na prática clínica quotidiana. Em Portugal, este reconhecimento encontra-se consagrado na regulamentação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar — o qual “cuida da família como unidade de cuidados” — e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação — cujas competências específicas incluem capacitar a pessoa e a sua rede de suporte para reinserção e maximizar a funcionalidade nas AVD, com intervenção junto das pessoas significativas e continuidade de cuidados na família e comunidade<sup>6,7</sup>. A relação terapêutica entre o enfermeiro e a família deve fundamentar-se em princípios de respeito mútuo, colaboração efetiva e no reconhecimento da família como um sujeito ativo, com direitos e responsabilidades no processo de cuidados. Quando construída de forma comprometida e partilhada, esta relação interpessoal torna-se um elemento central para o sucesso das intervenções de enfermagem, contribuindo simultaneamente para o fortalecimento da autonomia familiar<sup>5</sup>.

Por outro lado, é importante considerar que o envolvimento familiar deve ser equilibrado e seguro. A atuação do EEER implica orientar essa participação de forma a evitar a dependência excessiva da pessoa em processo de reabilitação, preservando a sua autonomia e prevenindo a sobrecarga física e emocional dos cuidadores. A capacitação familiar deve ser progressiva e adaptada, respeitando os limites da rede de suporte e promovendo o empoderamento tanto da pessoa como da sua família. Esta abordagem permite um cuidado mais sustentável, proporcional e centrado na funcionalidade e bem-

estar de todos os envolvidos, em consonância com os princípios de envolvimento respeitoso e corresponsável da família nos cuidados<sup>4,5</sup>.

Assim, o presente Relatório tem como objetivo geral: sistematizar o desenvolvimento das competências científicas, técnicas, éticas e humanas para o cuidado especializado à pessoa com necessidade de cuidados de ER, ao longo do ciclo de vida, com especial enfoque na intervenção junto da família na promoção da autonomia. Como objetivos específicos destacam-se:

1. Descrever as principais intervenções do EEER centradas na família para a promoção da autonomia;
2. Apresentar as etapas das atividades desenvolvidas com as equipas de enfermagem, pessoa e família, e as competências comuns do EE, específicas do ER e de mestre;
3. Identificar os ganhos dessa abordagem no contexto da prática clínica.

A estrutura do trabalho contempla a introdução, enquadramento teórico onde são apresentados e desenvolvidos os principais conceitos que fundamentam as intervenções realizadas, o plano de projeto desenvolvido nos vários contextos de Estágio, que inclui os objetivos, as atividades, os critérios de avaliação, os recursos e as competências comuns do EE, específicas do ER e de mestre, por fim as considerações finais que refletem sobre as aprendizagens obtidas, terminando nas referências bibliográficas. São apresentados ainda todos os trabalhos desenvolvidos ao longo deste percurso no capítulo dos apêndices.

Relativamente à metodologia, procurou-se que fosse sistemática, organizada e objetiva<sup>8</sup>, com base na revisão narrativa da literatura científica. Inicialmente, procedeu-se a uma pesquisa exploratória na base de dados MEDLINE, para identificar os principais estudos publicados nos últimos cinco anos relacionados com a temática e posterior análise dos títulos, resumos e texto integral. Foram utilizados como descritores DeCS/MesH: “promoção da saúde”, “enfermagem de reabilitação”, “cuidados de enfermagem”, “intervenções”, “reabilitação”, “enfermeiro especialista”, “família”, “autonomia” e “capacitação”. A pesquisa foi posteriormente alargada às seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Nursing & Allied Health Collection: comprehensive via EBSCO-Host e SiELO e RCAAP via Google Académico. Foram também analisadas fontes legislativas e normativas, bem como documentos orientadores da Ordem dos Enfermeiros (OE) e Direção-Geral da Saúde (DGS). As normas de referência de Vancouver e as orientações do “Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos” da ESSCVP – Lisboa são respeitadas neste Relatório.

## **II. Enquadramento Teórico**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a reabilitação como uma componente essencial dos cuidados de saúde, cujo objetivo é otimizar o funcionamento da pessoa com condições de saúde, em qualquer fase do ciclo de vida e da trajetória da doença, seja em contexto agudo, subagudo ou crónico<sup>9</sup>. A ER aborda as limitações funcionais associadas à condição de saúde, promovendo a melhoria do desempenho, a redução do impacto da deficiência e o reforço da autonomia da pessoa. Esta intervenção baseia-se em estratégias educativas e capacitadoras que visam maximizar a funcionalidade e favorecer a adaptação à nova realidade, tornando a pessoa o mais independente, ativa e integrada possível<sup>2</sup>.

O objetivo central da reabilitação é minimizar os impactos funcionais da doença e maximizar a capacidade da pessoa para viver com autonomia e qualidade de vida, não apenas pela intervenção direta do profissional de saúde, mas também pelo envolvimento ativo da família enquanto unidade de suporte emocional e funcional<sup>10,11</sup>. Este processo envolve uma abordagem interdisciplinar, onde a ER tem um papel fundamental, ao articular saberes e práticas direcionadas à funcionalidade e à reintegração da pessoa na sociedade.

A presença de uma condição de saúde afeta direta e indiretamente os membros da família, fazendo com que a sua estrutura funcional seja modificada, alterando profundamente a dinâmica familiar<sup>12</sup>. A pessoa doente, fragilizada e dependente, necessita de suporte não apenas físico, mas também emocional ao longo do seu percurso de reabilitação. A família, enquanto elemento central da rede de suporte, também vivencia o impacto dessa mudança no quotidiano, frequentemente expressando sentimentos de ansiedade, insegurança e sobrecarga física e emocional<sup>4,5,11</sup>. Neste contexto, o EEER assume um papel estratégico na promoção da saúde, reconhecendo a família como parceira ativa no processo terapêutico e na continuidade dos cuidados. Este papel está consagrado na regulamentação da profissão, que atribui a este profissional, competências específicas orientadas para a capacitação da pessoa e da sua rede de apoio, reforçando um cuidado integral, seguro e humanizado<sup>2,7</sup>. A atuação do EEER junto da família promove assim, a continuidade de cuidados, estimula a adesão ao plano de reabilitação e favorece um ambiente mais seguro e acolhedor para a recuperação da pessoa. Logo, é essencial que esta seja valorizada e integrada nos cuidados de saúde à pessoa doente desde o início do seu processo de recuperação.

O *International Council of Nurses* define família como sendo “o grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes”<sup>12</sup> (p.25). Nesta perspectiva, o enfermeiro deve ter uma abordagem holística, considerando as características individuais e coletivas de cada família, bem como o seu papel ativo na recuperação da pessoa em processo de reabilitação. Cada família possui uma estrutura e funcionamento próprios, o que implica que a intervenção de EEER deva ser personalizada e culturalmente sensível.

De acordo com o decreto-lei nº161/96 de 1996, “a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem a todo o ser humano são ou doente, ao longo do seu ciclo de vital”<sup>13</sup> (p.99), tendo como foco a promoção de saúde, estabelecendo uma relação terapêutica com a pessoa, de forma a potencializar a readaptação ou adaptação funcional após a doença. O Enfermeiro Especialista (EE), como detentor de competências acrescidas, é o profissional a quem são reconhecidas aptidões para prestar cuidados específicos e especializados que lhe permitem atuar a um nível de complexidade mais elevado<sup>14</sup>. O EEER, para além disso, intervém com elevado grau de autonomia técnica, científica e ética, sendo responsável por elaborar, implementar, avaliar e reajustar planos de cuidados que promovam a funcionalidade e o bem-estar da pessoa, com o apoio estruturado da família<sup>12</sup>. A sua atuação deve ser centrada na pessoa e família, respeitando os princípios da ética e da humanização dos cuidados.

O EEER é responsável por desenvolver um plano de cuidados onde o principal objetivo se concentre em maximizar a funcionalidade da pessoa e promover a sua independência física, mental e social de forma a conseguir a reintegração na vida diária o mais precocemente possível<sup>7</sup>. Para tal, além de atuar diretamente sobre a pessoa doente, o enfermeiro necessita de trabalhar com a colaboração e cooperação da família preparando-a o mais precocemente possível para a continuidade dos cuidados necessários posteriormente<sup>12</sup>.

Para sustentar estas práticas, torna-se essencial o recurso a modelos e teorias de enfermagem que ofereçam uma estrutura para compreender e orientar a intervenção. Neste contexto, a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender é particularmente relevante. Desenvolvida em 1982 e revista posteriormente, esta teoria tem como base a promoção de comportamentos saudáveis através do empoderamento do indivíduo e da alteração das crenças e perceções que influenciam esses comportamentos<sup>15</sup>. A teoria de Nola Pender propõe que os indivíduos adotem comportamentos promotores de saúde com

base nas suas experiências anteriores, percepções de benefícios e barreiras, influências interpessoais e situações ambientais<sup>15</sup>. Esta abordagem permite ao EEER identificar fatores motivacionais e comportamentais, tanto da pessoa como da família, orientando a construção de planos de intervenção personalizados.

Segundo o regulamento das competências específicas do EEER, o enfermeiro implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade e interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal<sup>7</sup>. Nesta perspetiva, a promoção da saúde não é apenas relevante, mas essencial para apoiar uma recuperação eficiente e sustentável. Aplicar esta teoria ao contexto da reabilitação implica reconhecer que tanto a pessoa em processo de reabilitação quanto a família precisam de ser motivadas, capacitadas e informadas para adotarem comportamentos promotores da funcionalidade e da independência. O EEER atua como facilitador desse processo ao identificar os fatores que influenciam as escolhas da família, promovendo a literacia em saúde e reforçando os benefícios da participação ativa no plano de cuidados<sup>5,16</sup>. O enfermeiro pode, por exemplo, utilizar ferramentas educativas e momentos de escuta ativa para encorajar a família a participar na definição dos objetivos terapêuticos, favorecendo o envolvimento e a corresponsabilização.

Neste contexto, surge também o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAF) criado por Wright e Leahey, como uma ferramenta essencial para a prática do enfermeiro junto das famílias. Este modelo contempla três dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional da família, permitindo uma compreensão profunda das relações, papéis e dinâmicas familiares<sup>17</sup>. A dimensão estrutural permite identificar a composição familiar e os vínculos; a desenvolvimental analisa os estágios do ciclo de vida familiar; e a funcional observa os padrões de comunicação, apoio emocional e resolução de problemas. O uso do MCAF permite ao EEER reunir informação para personalizar a sua intervenção, respeitando os valores, crenças e necessidades da pessoa e da família, otimizando os resultados da reabilitação e promovendo a coesão familiar.

A articulação entre a Teoria de Nola Pender e o MCAF permite uma abordagem integrada: a primeira fornece o enquadramento para a promoção de comportamentos saudáveis, enquanto o segundo oferece os meios para compreender e intervir eficazmente na família como sistema. Assim, o EEER pode delinear intervenções que promovam a autonomia da pessoa, ao mesmo tempo que capacita a família para enfrentar os desafios

da reabilitação<sup>15,17</sup>. Essa integração permite uma visão mais ampla e sensível da realidade da pessoa e da família, favorecendo intervenções adaptadas às suas reais necessidades.

As intervenções do EEER com foco familiar incluem educação para o autocuidado, treino prático de técnicas específicas, apoio emocional, incentivo à autonomia progressiva e avaliação da sobrecarga familiar. Num programa estruturado com seis sessões para cuidadores, foram demonstrados ganhos significativos na funcionalidade dos cuidadores, traduzidos em melhorias nas AVD — evidenciando ganhos em saúde, reinserção funcional e potencial redução de complicações a longo prazo<sup>18</sup>.

Diversos estudos apontam para a eficácia da intervenção do EEER centrada na família. O envolvimento familiar contribui para o sucesso terapêutico, promovendo a corresponsabilidade e reduzindo sentimentos de ansiedade e sobrecarga<sup>5</sup>. Outros autores destacam a importância da capacitação familiar desde o início do processo de cuidados, reforçando o seu papel na continuidade e manutenção dos resultados após a alta hospitalar<sup>4</sup>. Tais evidências reforçam a necessidade de formação específica do EEER na abordagem à família, com uso sistemático de modelos teóricos adequados.

Neste sentido, o enquadramento teórico baseado na teoria de Nola Pender e no MCAF constitui uma mais-valia na fundamentação e implementação de intervenções especializadas do EEER, com enfoque na promoção da autonomia da pessoa e no fortalecimento da sua família enquanto parceira de cuidados. Esta abordagem reforça a importância de se olhar para a família como um recurso essencial no processo de reabilitação, contribuindo não só para a eficiência dos cuidados, mas também para a humanização da prática clínica em enfermagem.

O EEER é um profissional que desempenha um papel fundamental na promoção da saúde da pessoa e na literacia da sua família, capacitando ambos para a sua recuperação e fornecendo ferramentas essenciais para a continuidade desse processo após a hospitalização. A reabilitação não envolve apenas a vertente física mas também a emocional, onde o enfermeiro é o elo de ligação da equipa multidisciplinar para trabalhar com o doente e família, desenvolvendo estratégias de apoio emocional e motivacional, que podem ser decisivas para uma melhor recuperação da pessoa.

### **III. Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre**

Este capítulo reflete o percurso formativo no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, descrevendo e analisando criticamente a consolidação das competências comuns do EE, as competências específicas do EEER, e as competências do grau de Mestre, em articulação com o tema central deste Relatório. Os diferentes contextos de Estágio serão apresentados por ordem cronológica de realização, permitindo uma leitura estruturada da evolução das aprendizagens e competências desenvolvidas.

A experiência nos diferentes contextos de Estágio permitiu aplicar saberes teóricos à prática clínica especializada, desenvolvendo competências de observação sistemática, diagnóstico de situação, intervenção individualizada e avaliação de resultados. Este percurso seguiu um plano estruturado de ação fundamentado na sequência: identificar, planejar, conceber, executar e avaliar, o que exigiu pensamento crítico constante e tomada de decisão clínica fundamentada<sup>10</sup>.

Para os vários contextos de Estágio, é esperado que se desenvolvam conhecimentos e capacidades que vão ao encontro das competências específicas desenvolvidas pelo EEER, promovendo cuidados holísticos e individualizados que irão melhorar a capacidade funcional da pessoa e consequentemente manter ou melhorar a sua qualidade de vida. Para tal, é essencial que seja realizada uma avaliação individualizada tendo em conta a singularidade de cada pessoa e o seu contexto familiar e social com o objetivo de planejar intervenções específicas para a sua recuperação, pois tal como descrito no Regulamento nº 392/2019 do Diário da República, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados<sup>7</sup>.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender orientou grande parte da prática, ao considerar a pessoa como um agente ativo na busca pela saúde, influenciado por fatores individuais, interpessoais e ambientais. Este Modelo centra-se na promoção de comportamentos saudáveis e no fortalecimento das capacidades das pessoas e das suas famílias para tomarem decisões conscientes em prol da saúde e do bem-estar. Os seus componentes fundamentais — como as experiências anteriores, perceções de benefícios e barreiras, autoeficácia e influências situacionais — foram essenciais para compreender os fatores que motivam ou dificultam a adoção de comportamentos promotores de funcionalidade<sup>19</sup>. Esta abordagem mostrou-se particularmente útil para articular estratégias de capacitação familiar e promoção da autonomia, reconhecendo que o

envolvimento ativo da família impacta diretamente os resultados obtidos no processo de reabilitação da pessoa.

Durante os Estágios, a aplicação dos referenciais teóricos foi acompanhada pela promoção ativa das Competências Comuns do EE, conforme estabelecido pela OE. Entre estas, destacam-se: A1 “Desenvolve uma prática ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”; A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”; B3.1 “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”; C1.1 “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”; D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; e D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”<sup>14</sup>. Ao longo da descrição dos Estágios serão destacadas outras competências desenvolvidas em cada atividade realizada.

Com base na problemática estudada, foram aplicadas ferramentas diagnósticas como entrevistas e questionários às equipas de enfermagem, em articulação com os enfermeiros-chefes e supervisores clínicos. Estes instrumentos possibilitaram realizar o diagnóstico de situação em relação à pertinência da problemática em estudo. A análise dos resultados orientou a elaboração de materiais informativos e educativos adaptados ao contexto, respeitando os princípios da acessibilidade e literacia em saúde.

A promoção da saúde com a família exigiu o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, alicerçadas na escuta ativa, empatia e compreensão das dinâmicas familiares. A aplicação do MCAF possibilitou a integração desta abordagem de forma sistematizada, contemplando a avaliação das dimensões estrutural, funcional e do desenvolvimento familiar, de acordo com os referenciais teóricos que sustentam a prática especializada em enfermagem<sup>17</sup>. Esta ferramenta facilitou a adequação das intervenções à realidade de cada agregado familiar, promovendo ganhos em saúde.

As competências específicas do EEER foram aplicadas transversalmente nos diferentes contextos, destacando-se: (1) a maximização da funcionalidade e autonomia; (2) a capacitação da pessoa e cuidador; (3) a prevenção de complicações; (4) o reforço da rede de suporte familiar; e (5) a articulação com a comunidade<sup>7</sup>. A atuação do EEER ultrapassa a técnica, exigindo visão holística e intervenção centrada na pessoa e família como um sistema.

No âmbito das Competências de Mestre, destacou-se a capacidade de integrar a investigação na prática clínica, com base na evidência científica e nos referenciais ético-

deontológicos. Este processo envolveu leitura, análise e síntese crítica de literatura científica, identificação de boas práticas e adequação da intervenção a cada contexto. O desenvolvimento da competência de investigação contribuiu para uma atuação mais qualificada, reflexiva e transformadora, com impacto direto na melhoria da qualidade dos cuidados<sup>19</sup>.

A articulação entre teoria e prática foi promovida de forma constante. A experiência de Estágio evidenciou que a promoção da saúde com a família é uma intervenção complexa, mas com grande potencial de transformação, exigindo do EEER não apenas competências técnicas, mas também competências relacionais humanas de qualidade, escuta ativa, negociação e capacidade de liderança.

Este percurso de desenvolvimento de Competências revelou-se uma experiência enriquecedora, que consolidou o conhecimento, promoveu a integração de saberes, e reforçou a convicção de que a família é um parceiro essencial na promoção de cuidados de qualidade. Com base nesta trajetória, foi possível desenvolver uma prática de enfermagem de reabilitação mais consciente, fundamentada e humanizada.

### **III.1. Serviço de Internamento de Pneumologia**

O primeiro contacto com a prática clínica no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação teve lugar num contexto hospitalar, concretamente num serviço de internamento de Pneumologia, com capacidade para 33 utentes. A organização do serviço contempla 21 camas destinadas a utentes com patologias respiratórias, 6 camas afetas à área de Medicina Interna e 6 reservadas a cuidados intermédios, vocacionadas para utentes com necessidades de monitorização contínua e/ou suporte de oxigenoterapia de alto fluxo.

As patologias respiratórias mais prevalentes neste contexto clínico incluem a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Pneumonia, Neoplasia Pulmonar, Pneumotórax, Fibrose Pulmonar e Derrame Pleural. Estas condições exigem intervenções de enfermagem diferenciadas, com especial enfoque na avaliação funcional, na promoção da autonomia e na prevenção de complicações associadas à imobilidade e à limitação ventilatória.

A equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por enfermeiros generalistas (num total de 53), sendo complementada por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma EEER. Verificou-se a inexistência de registos informatizados específicos para intervenções de ER, bem como a ausência de instrumentos de avaliação adaptados à área. Esta lacuna compromete a visibilidade dos cuidados especializados prestados, dificultando a sua sistematização e integração no processo clínico.

O Estágio decorreu sob orientação das Competências definidas pelo Regulamento nº329/2019 da Ordem dos Enfermeiros, promovendo a prestação de cuidados individualizados, centrados na funcionalidade e no contexto familiar da pessoa em processo de reabilitação, conforme preconizado para o EEER<sup>7</sup>.

Esta experiência inicial permitiu-me observar de forma mais clara os desafios e as potencialidades da ER em contexto hospitalar, reforçando a importância de uma atuação especializada, sistematizada e visível. Constituiu, ainda, um ponto de partida para a consolidação de competências que serão aprofundadas ao longo do percurso formativo e profissional.

Seguidamente serão apresentados os objetivos definidos, atividades realizadas e competências desenvolvidas no presente contexto.

**Objetivo 1 - Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre as intervenções especializadas do EEER, com ênfase na pessoa com patologia respiratória.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Observação das estratégias adotadas pelo EEER na capacitação da pessoa e seus cuidadores na gestão do regime terapêutico;
- Observação e participação nos treinos de AVD;

O Estágio desenvolvido no serviço de Pneumologia permitiu-me aprofundar de forma efetiva os conhecimentos e competências técnicas e relacionais inerentes ao exercício do EEER, com foco na pessoa com patologia respiratória. Numa fase inicial, as atividades de observação foram fundamentais para compreender as especificidades do contexto clínico e as estratégias implementadas pela equipa, em particular pelo EEER, na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa. Este percurso revelou-se exigente, mas profundamente enriquecedor, permitindo não só o aprofundamento das competências adquiridas ao longo da formação, como também o desenvolvimento de uma prática fundamentada numa avaliação individualizada e holística, que integrou o contexto familiar e social dos utentes, orientando o planeamento de intervenções ajustadas às suas necessidades reais e objetivos de reabilitação.

A observação da prática diária do EEER no cuidado à pessoa com doença respiratória e aos seus cuidadores, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e melhorar os sintomas, permitiu identificar um conjunto de estratégias clínicas e educativas adotadas, que facilitam a promoção da autonomia, o controlo dos sintomas respiratórios, a adesão ao plano terapêutico e a melhoria da qualidade de vida dos utentes<sup>20</sup>.

Desde os primeiros dias, o acolhimento por parte da equipa facilitou uma integração progressiva nas rotinas do serviço, possibilitando a observação e, gradualmente, a execução de intervenções com crescente autonomia, sempre sob supervisão direta. As primeiras semanas foram marcadas por um período de adaptação ao contexto clínico, no qual a prioridade foi conhecer a organização do serviço, as dinâmicas da equipa e as particularidades das patologias mais prevalentes. A observação das intervenções realizadas pela EEER foi essencial para compreender a forma como se implementa o plano terapêutico e se estabelece um plano de cuidados de ER.

Com o decorrer das semanas, fui progressivamente assumindo um papel mais ativo, passando da fase de observação para a execução supervisionada de intervenções

especializadas, nomeadamente exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), Reeducação Funcional Motora (RFM) e treino das AVD, conforme preconizado para a atuação do EEER<sup>2,10</sup>. Estas intervenções foram sempre precedidas por uma avaliação sistemática da funcionalidade e das limitações apresentadas pelo utente, com recurso a escalas clínicas validadas, em conformidade com os princípios da prática baseada na evidência<sup>2,3</sup>. As sessões de reabilitação tinham uma duração variável entre 20 a 30 minutos, adaptadas à colaboração da pessoa e monitorizadas através de parâmetros clínicos como Tensão Arterial (TA), Frequência Cardíaca (FC) e Saturação Periférica de Oxigénio (SpO<sub>2</sub>), seguindo práticas descritas na literatura<sup>20</sup>. A progressão dos exercícios era determinada com base nos resultados da avaliação contínua, respeitando a individualidade da pessoa e os objetivos terapêuticos definidos<sup>2,10</sup>.

Durante o Estágio, foi possível acompanhar de forma próxima o comportamento da pessoa em relação à sua doença e exacerbação dos sintomas, ainda que em contextos controlados. Neste âmbito, a EEER desempenhou um papel fundamental na capacitação da pessoa e da sua família, promovendo estratégias que favoreceram o controlo da ventilação, a gestão da oxigenoterapia e dos sintomas. Destacam-se intervenções como treino de técnicas de controlo respiratório, treino de técnicas para limpeza das vias aéreas, treino de exercício adaptado e educação para a saúde, promovendo a capacitação do doente e da família, com vista à autogestão da condição respiratória no contexto domiciliário e comunitário<sup>21</sup>. A avaliação funcional, realizada com recurso a instrumentos como a Escala da Medida de Independência Funcional (MIF) e a Escala de Borg Modificada, revelou-se uma ferramenta essencial para a definição de objetivos terapêuticos realistas e ajustados. Enquanto futura EE, percebi que mais do que aplicar uma escala, importa interpretar os seus resultados com uma visão holística da pessoa — o que inclui não só o seu estado clínico, mas também o seu nível de motivação, perceção da doença e suporte familiar. Esta visão foi-se tornando mais clara à medida que evoluía no contacto com os utentes.

Criticamente, reconheço que nem todas as intervenções foram realizadas com a fluidez e segurança desejadas. Houve momentos de dúvida, de necessidade de reavaliar estratégias e de procurar orientação mais experiente. No entanto, foi precisamente nessas situações que cresci enquanto profissional em formação. A capacidade de aceitar as limitações, de refletir sobre os erros e de transformar a experiência em aprendizagem prática e emocional foi, sem dúvida, um dos ganhos mais significativos deste Estágio.

As atividades descritas possibilitaram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1.1, J1.4. e J2.1.<sup>7</sup> e Competências Comuns do EE: A1.2 e B2.1<sup>14</sup>.

**Objetivo 2 - Cuidar da pessoa e dos seus cuidadores, na perspectiva do EEER, inserido numa equipa multidisciplinar.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados de ER à pessoa com patologia respiratória e seus cuidadores;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação;
- Sensibilização da equipa para a importância da continuidade dos cuidados de ER após a alta.

Este objetivo foi concretizado através da prestação de cuidados especializados de RFR à pessoa com patologia respiratória e aos seus cuidadores. A prática foi orientada por uma abordagem centrada na pessoa, recorrendo sistematicamente a instrumentos validados de avaliação como a MIF, Escala de Borg Modificada, Escala de Barthel, Escala Medical Research Council (MRC), Escala London Chest, e outras escalas específicas dirigidas à pessoa com DPOC <sup>15,16,20</sup>. Os instrumentos de avaliação foram aplicados no início do internamento (até 48h) e reavaliados periodicamente até ao momento da alta, em consonância com as práticas recomendadas no Padrão Documental da Ordem dos Enfermeiros<sup>22</sup>. A utilização sistemática destas escalas permitiu uma leitura mais precisa das necessidades individuais, bem como do estado funcional e de saúde dos utentes, facilitando a monitorização contínua, a construção de planos de cuidados personalizados, otimizados e baseados na evidência, e a demonstração dos ganhos em saúde associados às intervenções de ER<sup>23,24,25</sup>.

Durante o período de Estágio, desenvolvi a minha prática com um grupo específico de utentes, portadores de diversas patologias respiratórias, nomeadamente DPOC, pneumonia e pneumotórax. O acompanhamento contínuo dos mesmos utentes permitiu planear e monitorizar os resultados das intervenções, revelando-se particularmente enriquecedora para o meu percurso formativo enquanto estudante de ER, uma vez que possibilitou o desenvolvimento das seguintes Competências Específicas de ER: J1.2, J1.2.4., J2.1, J3. e J3.2.1.<sup>7</sup>. Desenvolveu-se também a seguinte Competência Comum do EE: D2.<sup>14</sup>.

As atividades específicas desenvolvidas que dão resposta ao objetivo são apresentadas de forma pormenorizada em apêndice (Apêndice A).

Houve oportunidade de desenvolver um plano de cuidados aprofundado sobre um doente específico que acompanhei desde o primeiro dia Estágio até à última semana (Apêndice B). Este contexto foi uma mais-valia para praticar e solidificar conteúdos teóricos relacionados com a reabilitação respiratória. Foi possível prestar cuidados específicos em relação às técnicas de RFR, realizar cuidados de enfermagem de RFM, treino para as AVD e realização de ensinamentos à pessoa e família, ensinamentos esses importantes durante o internamento, promovendo a autonomia da pessoa e também para o domicílio, tentando que a pessoa e família mantenham a continuação de alguns exercícios que irão ajudar a manter ou melhorar a sua capacidade funcional e/ou a aliviar sintomas causados pela patologia. No decurso deste acompanhamento tive igualmente a oportunidade de aplicar o teste de avaliação da deglutição através do Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V), disponível para utilização na entidade hospitalar em questão (Apêndice C). Esta avaliação permitiu identificar precocemente alterações da deglutição e implementar medidas adaptativas, reforçando a importância da intervenção do EEER na promoção da segurança na alimentação.

De forma crítica e reflexiva, este objetivo permitiu-me perceber que a prestação de cuidados especializados de ER exige não apenas competência técnica, mas também capacidade de adaptação, empatia e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, com a pessoa cuidada e com a sua família. A colaboração com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial na construção de um plano de cuidados integrado, embora tenha verificado que nem sempre a especificidade do contributo do EEER é totalmente compreendida por todos os profissionais. Este facto tornou-se uma oportunidade para comunicar de forma fundamentada os ganhos observados com as intervenções de ER e sensibilizar a equipa para a importância da continuidade destes cuidados após a alta.

### **Objetivo 3 - Capacitar a pessoa e família para a continuidade dos cuidados no domicílio.**

#### Atividades:

- Ensino sobre exercícios que a pessoa pode realizar no domicílio;
- Instrução da pessoa e família sobre a prevenção de quedas no domicílio;
- Aplicação de questionários à equipa para diagnóstico de situação sobre as áreas prioritárias a capacitar a pessoa/família;

- Elaboração de um folheto informativo dirigido à pessoa e família.

Após auscultação e análise detalhada do material informativo disponível no serviço e em diálogo com a Supervisora Clínica (SC) e coordenadora do serviço, identificou-se a necessidade de criar um folheto educativo que pudesse apoiar a autonomia da pessoa e da família na continuidade dos cuidados respiratórios no domicílio. Este processo foi também acompanhado pela Supervisora Pedagógica (SP). Para confirmar a pertinência deste material de apoio e definir os conteúdos a introduzir, foi elaborado um questionário dirigido à equipa de enfermagem (Apêndice D), que revelou uma forte concordância quanto à importância da sua criação, com 87,5% das respostas a classificarem a sua relevância com uma nota igual ou superior a 4. Para identificar qual a patologia a abordar para direccionar os ensinamentos, foi colocada a seguinte questão: “Tendo em conta as patologias mais comuns do serviço, qual considera ser a mais relevante a abordar neste folheto?”. Com base nas respostas recolhidas (Apêndice E), a DPOC foi apontada como a patologia mais relevante para incluir no folheto (31,3%), devido à sua prevalência e à necessidade de gestão contínua. O conteúdo desenvolvido focou-se na Reabilitação Respiratória da pessoa com DPOC, contemplando exercícios que pode realizar de forma autónoma ou com apoio familiar. Depois de revisto pela SP, SC e Enfermeira Chefe, o folheto foi posteriormente entregue a utentes e a familiares, que contribuíram com sugestões de melhorias no que diz respeito à clareza e à compreensão das informações (Apêndice F). Essas recomendações foram integradas, garantindo que o material fosse acessível e adaptado às necessidades reais dos destinatários.

As intervenções realizadas de capacitação da pessoa e família na transição para o domicílio foram orientadas pelos princípios da promoção da autonomia. A elaboração e entrega do folheto informativo permitiram a consolidação da Competência Específica de ER: J1<sup>7</sup>. e das Competências Comuns do EE: B2.2.4., C2.1., D2 e D2.1.<sup>14</sup>. Esta intervenção representou uma oportunidade significativa para aprofundar o meu papel enquanto futura EEER, ao reconhecer a importância de competências que vão além do conhecimento técnico, abrangendo comunicação, pedagogia e empatia.

A revisão deste documento pela equipa reforça a Competência de Grau de Mestre “Comunica eficazmente em contextos interdisciplinares e multiprofissionais”. Paralelamente, a competência “Desenvolve a sua prática profissional fundamentada na evidência científica, nos princípios da investigação e da decisão clínica” esteve presente em todas as fases do trabalho desenvolvido. Desde a conceção dos conteúdos, passando

pela sua adaptação às necessidades identificadas na prática clínica, até à avaliação do impacto da intervenção junto dos utentes, foi garantida uma abordagem metodológica rigorosa, suportada por literatura científica atualizada e práticas validadas<sup>19</sup>. Estas competências, integradas de forma concreta e reflexiva no processo de elaboração e implementação do folheto demonstram a translação do conhecimento científico em intervenções práticas, sustentando a qualidade e a segurança dos cuidados em enfermagem especializada.

Durante os ensinamentos realizados no internamento, houve uma situação que me fez perceber a importância de adaptar a forma como comunico. Depois de explicar alguns exercícios respiratórios a um utente com DPOC e à sua família, percebi que a informação não estava a ser bem compreendida. A forma como transmitia os conteúdos — com alguma linguagem técnica e sem demonstração dos exercícios — não era suficiente para garantir que realmente compreendessem e fossem capazes de aplicar o que lhes estava a ser ensinado. Perante isso, tive de repensar a abordagem. Decidi simplificar a linguagem, usar imagens para apoiar a explicação e envolver mais ativamente a família no processo. Ao fazer estas alterações, foi notória uma maior compreensão e participação por parte dos utentes e familiares, o que revelou ganhos na adoção destas estratégias.

Como futura EEER, esta experiência ajudou-me a perceber que ensinar não é apenas passar informação — é adaptar a mensagem a quem a recebe, ter empatia e respeitar o ritmo de cada pessoa. Foi uma situação que me mostrou o valor de uma prática centrada na pessoa e na família, e a importância de refletir constantemente sobre o impacto real das nossas intervenções. Esta experiência também reforçou a centralidade da família como suporte essencial na gestão da doença crónica e na reabilitação. Envolver os familiares no processo educativo não só contribui para a continuidade dos cuidados, como fortalece o sentido de segurança e suporte emocional do utente. Este aspeto está alinhado com a Competência Específica de ER: J2.1.1 “Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado”<sup>7</sup> e evidencia a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto social.

Por outro lado, esta prática permitiu identificar algumas limitações do contexto hospitalar, como a restrição temporal e a diversidade dos perfis dos utentes, que dificultam a realização de ensinamentos aprofundados. Reconhecer estas barreiras é fundamental para desenvolver estratégias flexíveis e inovadoras, que promovam uma prática centrada e humanizada. Por fim, esta experiência consolidou o meu compromisso com a enfermagem especializada em reabilitação, reforçando a importância do

planeamento, implementação e avaliação de intervenções educativas adaptadas, que promovam a autonomia, qualidade de vida e participação ativa do utente e família. O exercício reflexivo contínuo sobre a eficácia e o impacto das minhas práticas será um pilar da minha atuação profissional.

Concluo que este Estágio representou um momento de crescimento profundo, não apenas pela aquisição de competências técnicas, mas sobretudo pelo desenvolvimento de uma consciência crítica sobre o meu papel enquanto futura EE. A intervenção em reabilitação respiratória exige um olhar atento, uma escuta sensível e uma prática fundamentada na ciência, mas também na relação. É este equilíbrio entre o saber e o cuidar que procuro cultivar e que pretendo transportar para a minha futura prática profissional. O Estágio neste serviço permitiu aplicar na prática os conhecimentos adquiridos na teoria no âmbito da especialidade em ER, contribuindo para o desenvolvimento de uma abordagem diferenciada, centrada na pessoa e família nos seus objetivos e necessidades. O meu desenvolvimento pessoal e profissional foi construído com base na oportunidade de integrar planos de reabilitação, aplicar escalas específicas e promover ensinamentos estruturados, bem como para a afirmação da importância do papel do EEER num contexto hospitalar ainda pouco habituado à sistematização dos cuidados de reabilitação especializados. O contacto contínuo com a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar permitiu-me desenvolver sobretudo capacidades relacionais, reflexivas e organizacionais.

### **III.2 Unidade de Saúde Familiar**

O contexto de Estágio na comunidade foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) localizada no concelho de Oeiras. Esta unidade cobre uma área de aproximadamente 45,8km<sup>2</sup>, servindo uma população estimada de 172.120 habitantes<sup>26</sup>. A equipa de enfermagem é composta por nove profissionais: cinco EE — dois dos quais em ER — e quatro enfermeiros generalistas. O sistema informático utilizado para os registos é o SClínico. A USF dispõe de várias consultas, nomeadamente: Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso, Doença Crónica, Doença do Aparelho Respiratório e Consulta no Domicílio.

As USF são estruturas elementares de prestação de cuidados de saúde, dirigidas ao indivíduo e à família, que assentam em equipas multiprofissionais, conforme definido no Decreto-Lei n.º 298/2007. Estas unidades possuem autonomia na gestão técnica e assistencial, estando inseridas na estrutura organizativa do Serviço Nacional de Saúde

(SNS), no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O seu principal objetivo é a promoção da saúde da população inscrita, através da prestação de cuidados de proximidade, continuidade e qualidade. As USF também desempenham um papel ativo na integração em redes de apoio à família e na implementação de estratégias comunitárias que visem a melhoria da resposta social e de saúde. Cada utente tem atribuída uma micro equipa de saúde familiar, composta por médico e enfermeiro de família, assegurando o acompanhamento personalizado e contínuo.

De acordo com os dados disponíveis na plataforma BI-CSP, os problemas de saúde mais frequentemente identificados nos CSP incluem as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, patologias osteoarticulares e condições respiratórias crónicas<sup>27</sup>. Esta informação revela a elevada prevalência de condições que afetam diretamente a funcionalidade dos indivíduos, reforçando a importância da atuação do EEER na promoção da autonomia, na prevenção da incapacidade e no acompanhamento da pessoa ao longo do seu percurso de saúde/doença. A identificação de problemas ativos permite ainda às equipas multidisciplinares, nas quais se insere o EEER, planejar intervenções mais direcionadas e centradas nas reais necessidades da comunidade.

Segundo as recomendações da OMS, os serviços de reabilitação devem estar plenamente integrados no sistema de saúde e acessíveis à comunidade<sup>9</sup>. A integração destes serviços nos CSP permite uma intervenção precoce, com benefícios significativos na prevenção de incapacidades, na promoção da funcionalidade e na gestão de condições de saúde crónicas. Estas intervenções contribuem para a diminuição da necessidade de internamentos hospitalares e, consequentemente, para a redução dos custos associados ao sistema de saúde. Um estudo recente, realizado em 2024, intitulado “*Impacto de um Projeto de Reabilitação na Comunidade*”, demonstrou resultados positivos relativamente às intervenções desenvolvidas pelo EEER, evidenciando a eficácia e o impacto destas ações no contexto comunitário. Este estudo reforça a importância dos cuidados de reabilitação após a hospitalização, salientando o papel crucial do EEER na resposta às necessidades funcionais dos utentes no seu ambiente rural<sup>28</sup>.

**Objetivo 1 - Aprofundar conhecimentos teórico-práticos das intervenções especializadas do EEER, com ênfase na comunidade.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Observação participada nas consultas realizadas na USF;

- Participação ativa nas visitas domiciliares;
- Observação do trabalho realizado pela Equipe de Coordenação Local (ECL) e participação em reunião interinstitucional com uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), visando compreender os processos de articulação e coordenação de cuidados;
- Observação e reflexão crítica sobre o papel do EEER na USF, integrando o conhecimento teórico com a prática observada.

A reabilitação, enquanto domínio especializado da enfermagem, integra um conjunto de conhecimentos, competências e intervenções que visam maximizar a funcionalidade e promover a autonomia da pessoa ao longo do seu ciclo de vida. Como refere a OE, “a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”<sup>29</sup> (preâmbulo, pág.1).

Durante o Estágio realizado, tive a oportunidade de aprofundar os conhecimentos teórico-práticos do EEER, através da concretização de diversas atividades centradas na realidade da prática clínica e da comunidade. Para melhor compreensão da atuação do EEER neste contexto, foi elaborada uma tabela (Apêndice G) onde se relacionam as diferentes valências de consultas de enfermagem existentes na unidade com as possíveis intervenções especializadas em ER. Esta análise permitiu verificar que o papel do EEER atravessa todas as faixas etárias e contextos de saúde — da promoção à reabilitação, da prevenção à compensação funcional.

Uma das atividades fundamentais para este processo foi a revisão da literatura científica recente, a qual permitiu consolidar conhecimentos atualizados sobre as intervenções do EEER nos cuidados de saúde primários. A evidência destaca a importância de uma abordagem centrada na funcionalidade da pessoa e na sua permanência na comunidade, orientando práticas de reabilitação baseadas na evidência. Particular relevância assumem as intervenções de capacitação do cuidador informal e as estratégias de prevenção de quedas em idosos, competências fundamentais do EEER neste contexto<sup>30</sup>. Adicionalmente, a promoção da mobilidade e da funcionalidade no processo de transição hospital-domicílio reforça o papel ativo do EEER na continuidade de cuidados e na prevenção de complicações associadas à dependência funcional<sup>31</sup>.

Em articulação com esse conhecimento, tive a oportunidade de acompanhar consultas de enfermagem realizadas na USF, observando a forma como a EEER avalia, intervém e acompanha os utentes com vista à promoção da saúde e da funcionalidade. Casos como o de utentes com patologia osteoarticular, sequelas neurológicas ou insuficiência respiratória crónica revelaram-se exemplares da necessidade de cuidados diferenciados e contínuos. A abordagem da EEER mostrou-se sempre holística, considerando não só a condição física, mas também os fatores emocionais, sociais e familiares, em consonância com os princípios do MCAF. Este Modelo centra-se na compreensão das dinâmicas familiares, valorizando o contexto relacional, os padrões de funcionamento e a comunicação no seio da família. Ao integrar a família como unidade de cuidado, o MCAF permite uma intervenção centrada e ajustada às necessidades identificadas, promovendo a adaptação funcional e emocional dos seus membros face aos desafios impostos pela condição de saúde<sup>17</sup>.

A participação ativa nas visitas domiciliárias revelou-se uma experiência de grande valor formativo, permitindo observar a relevância da avaliação no contexto real de vida da pessoa e da família. Este contacto direto possibilitou a identificação de barreiras físicas e sociais, bem como a implementação de intervenções ajustadas, nomeadamente na prevenção de acidentes e na educação dirigida ao cuidador. Este tipo de atuação vai ao encontro da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender, a qual destaca o papel do enfermeiro como facilitador de mudanças de comportamento e promotor da capacitação individual e familiar<sup>15</sup>.

Durante este percurso, tive também a oportunidade de realizar um dia de observação na Equipa de Coordenação Local, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A ECL é uma equipa multidisciplinar, composta por profissionais dos CSP (médicos e enfermeiros) e um representante do setor social (geralmente do Centro Distrital do ISS, I.P.), cuja missão principal é assegurar a articulação, coordenação e acompanhamento dos cuidados continuados integrados a nível local<sup>32</sup>. Esta experiência revelou-se particularmente relevante no contexto de Estágio numa USF, ao proporcionar uma visão ampliada sobre a integração de cuidados, a gestão em rede dos recursos comunitários e o papel estratégico da articulação interinstitucional na continuidade dos cuidados. A observação direta das dinâmicas da ECL permitiu compreender como se operacionaliza a transição de cuidados entre os diferentes níveis — hospitalar, domiciliário e institucional — evidenciando a importância da comunicação eficaz e da

avaliação multidimensional na tomada de decisão sobre os percursos dos utentes com necessidades complexas de reabilitação.

Por fim, destaco a observação e reflexão crítica, segundo o Ciclo de Gibbs, sobre o papel do EEER na USF, que me permitiu integrar o conhecimento teórico com a prática vivenciada (Apêndice H). A atuação deste profissional assume-se como um elemento estruturante na promoção da funcionalidade e prevenção da dependência, sendo evidente a necessidade da sua presença efetiva nas equipas dos CSP. A reflexão foi também orientada pela literatura, que destaca o valor do EEER na transição de cuidados, no planeamento de intervenções comunitárias e na articulação com diferentes níveis assistenciais<sup>3</sup>. Este Estágio possibilitou um contacto direto e enriquecedor com a realidade da ER em contexto comunitário, fortalecendo competências específicas e fomentando uma visão crítica, responsável e baseada na evidência sobre o papel do EEER.

As atividades desenvolvidas neste Estágio permitiram consolidar um conjunto de competências fundamentais para o exercício avançado em enfermagem. Ao nível das Competências do Grau de Mestre, destacou-se a capacidade de integrar a evidência científica na prática clínica, bem como a reflexão crítica sobre os contextos e processos de intervenção em saúde, promovendo uma prática informada, ética e transformadora<sup>19</sup>. No domínio das Competências Comuns do EE, foram evidenciadas: C2.1 e C2.2.4<sup>14</sup>. Relativamente às Competências Específicas do ER, destacam-se: J1., J1.2 e J1.3<sup>7</sup>.

## **Objetivo 2 – Consciencializar a equipa de enfermagem sobre a importância da correta administração da terapêutica por via inalatória.**

### Atividades:

- Realização de entrevista informal à SC;
- Revisão da literatura científica;
- Realização de uma formação sobre as especificidades da terapêutica por via inalatória à equipa enfermagem;

Em conversa informal com a SC acerca das competências do EEER e a sua função nas diversas valências das consultas realizadas nesta USF, foi identificada a necessidade de uma intervenção formativa dirigida à equipa de enfermagem, acerca da temática “Especificidades da terapêutica por via inalatória e a sua administração”. Esta necessidade surgiu no âmbito de uma reflexão conjunta sobre as áreas de atuação do

EEER e da identificação de lacunas de uniformização de procedimentos nesta vertente. Com base nesta conversa, foi realizado um diagnóstico de situação através da realização de uma entrevista informal à SC (Apêndice I), com o objetivo de identificar as necessidades da população de abrangência da Unidade e da equipa de enfermagem, no que se refere à pessoa com alterações respiratórias. Através desta entrevista foi possível compreender que a SC identifica uma necessidade relevante para a existência de uma formação à equipa de enfermagem, de forma a mantê-la atualizada e a uniformizar o conhecimento sobre um tema que identifica como relevante naquela Unidade de Saúde. A pertinência deste tema prende-se também com o facto de as doenças respiratórias serem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e particularmente em Portugal. Entre 2011 e 2019, verificou-se um aumento significativo de utentes com problemas ativos de asma e DPOC seguidos nos cuidados de saúde primários, o que reforça a pertinência de capacitar os profissionais de saúde para uma abordagem adequada e eficaz destas patologias <sup>26,27</sup>.

Neste sentido, foi realizada uma formação à equipa de enfermagem (Apêndice J), realizando previamente o plano de sessão (Apêndice K). A formação contou com a presença de toda a equipa, tendo sido dinamizada de forma interativa, com demonstrações práticas e espaço para reflexão sobre as questões colocadas. O material partilhado ficou disponível para posterior consulta. A ação foi avaliada de forma positiva pelos participantes, que reconheceram o seu contributo para a melhoria da prática e dos cuidados prestados, refletido no questionário de satisfação disponibilizado no final da formação (Apêndice L e M).

A educação dos profissionais de saúde, particularmente na área da reabilitação respiratória, é considerada essencial para garantir a segurança e eficácia terapêutica junto dos utentes. Estudos recentes reforçam que erros na técnica inalatória comprometem o controlo da doença e estão associados a um maior número de exacerbações e internamentos evitáveis<sup>33</sup>. O EEER, pelo seu conhecimento diferenciado em fisiopatologia respiratória, técnicas de RFR e capacitação para o autocuidado, assume aqui um papel crucial na promoção da literacia em saúde, tanto com a pessoa e família como com os pares<sup>34</sup>.

Neste contexto, a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender oferece um enquadramento pertinente, ao reconhecer que os comportamentos de saúde são influenciados por fatores individuais, interpessoais e contextuais. A autora defende que o Enfermeiro atua como facilitador de mudanças, promovendo ambientes que encorajem

escolhas saudáveis e capacitação dos intervenientes<sup>15</sup>. A formação realizada à equipa, centrada na capacitação técnica e na valorização da prática baseada na evidência, está em linha com esta perspetiva, ao potenciar profissionais mais confiantes, informados e capazes de promover a autonomia do utente no uso da terapêutica. Esta intervenção permitiu o desenvolvimento de várias competências fundamentais. Ao nível das Competências do Grau de Mestre destacou-se a capacidade de identificar necessidades formativas num contexto real, construir conhecimento relevante e aplicá-lo de forma prática e colaborativa<sup>19</sup>. No que se refere às Competências Comuns do EE, foram desenvolvidas competências ao nível da promoção do trabalho em equipa, da partilha de saberes e da liderança na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, conforme o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros<sup>14</sup>. Relativamente às Competências Específicas do ER, foram mobilizadas as seguintes: J3.1.1 e J3.2.3<sup>7</sup>.

### **Objetivo 3 - Promover a capacitação da pessoa e família para a gestão da terapêutica inalatória.**

#### Atividades:

- Participação ativa nas consultas de “Doença do Aparelho Respiratório”, em conjunto com a SC e outros enfermeiros da equipa;
- Avaliação do conhecimento da pessoa e família sobre a patologia respiratória e uso dos dispositivos inalatórios;
- Realização de ensinios individualizados sobre a utilização dos dispositivos para administração da terapêutica inalatória e gestão da doença respiratória.

No seguimento da formação dinamizada junto da equipa de enfermagem sobre a terapêutica inalatória, foi proposto à equipa médica o encaminhamento dos utentes com patologia respiratória para consulta de enfermagem imediatamente após a consulta médica. Esta articulação interprofissional visou criar um espaço privilegiado para a aplicação prática dos conteúdos formativos, promovendo a continuidade de cuidados e a integração das intervenções especializadas do EEER na área respiratória. A aceitação por parte da equipa médica foi muito positiva, o que permitiu operacionalizar esta proposta em contexto real, especificamente na consulta de Doença do Aparelho Respiratório.

Durante estas consultas, nas quais participei ativamente em conjunto com a SC e outros elementos da equipa de enfermagem, foi possível implementar intervenções orientadas para a avaliação do conhecimento da pessoa e da família sobre a patologia respiratória e

a terapêutica inalatória, assim como realizar ensinamentos individualizados e adaptados à realidade de cada pessoa. Estes momentos revelaram-se fundamentais para detetar erros na técnica inalatória, validar e reforçar ensinamentos acerca da gestão de regime terapêutico e, sobretudo, reforçar a autonomia da pessoa e o envolvimento da família no processo de gestão da doença.

No contexto dos CSP, o papel do EEER assume uma importância estratégica na educação para a saúde, prevenção de complicações e promoção da funcionalidade e autonomia da pessoa. A sua intervenção distingue-se pela capacidade de articular conhecimento clínico com uma pedagogia adaptada ao utente e à família, promovendo a literacia em saúde, o autocuidado e a autogestão da condição crónica. Estudos demonstram que a capacitação da pessoa com patologia respiratória crónica contribui significativamente para a melhoria da adesão terapêutica e utilização segura de dispositivos inalatórios<sup>34</sup>. Adicionalmente, intervenções do EEER no domicílio têm impacto positivo na funcionalidade respiratória e na prevenção de exacerbações, reforçando o valor da educação terapêutica individualizada<sup>20</sup>. A Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender oferece um referencial sólido para esta prática, ao sustentar que os comportamentos de saúde são influenciados por fatores pessoais, perceções individuais e ambiente social, sendo o enfermeiro um agente ativo na criação de condições que favoreçam escolhas saudáveis e mudanças sustentadas<sup>15</sup>.

Esta vivência permitiu-me desenvolver competências fundamentais no âmbito da educação da gestão do regime terapêutico, da relação de ajuda, da adaptação da linguagem e intervenções à pessoa e família, e da coordenação de cuidado em equipa multiprofissional. Ao nível das Competências do Grau de Mestre, realça-se a capacidade de propor soluções inovadoras, implementar intervenções com base na evidência e refletir criticamente sobre os resultados obtidos<sup>19</sup>. Relativamente às Competências Comuns do EE, destaque: A1.1.1, B1.1 e B3<sup>14</sup>. No que se refere às Competências Específicas do ER, saliento: J1.1.3, J1.1.8 e J3<sup>7</sup>.

A experiência de Estágio numa USF permitiu-me vivenciar de forma concreta a importância da integração do EEER nos CSP. Este contexto revelou-se particularmente fértil para a promoção da saúde e prevenção da incapacidade da população. Através de intervenções centradas na pessoa e na família, e de uma atuação colaborativa com a equipa multiprofissional, o EEER demonstrou ser um elemento-chave na implementação de cuidados diferenciados e sustentados na evidência. Em suma, o EEER na USF é essencial para garantir cuidados de saúde holísticos e humanizados, através da realização

de planos de intervenção adaptados às necessidades funcionais, sociais e emocionais da população onde está inserido. A sua presença não só eleva a qualidade assistencial, como promove a autonomia e a capacitação dos utentes, contribuindo para uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa. Contudo, é ainda visível a necessidade de reforçar a visibilidade e reconhecimento institucional deste papel nos CSP, potenciando uma maior integração nas equipas e uma atuação mais sistematizada e abrangente. Esta análise crítica reforça o compromisso com uma prática reflexiva, transformadora e orientada para ganhos em saúde.

### **III.3 Unidade de Cuidados na Comunidade**

De forma a dar continuidade ao desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados de ER na comunidade, foi realizado Estágio em contacto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserida numa Unidade de Cuidados na Comunidade de Lisboa. Este contexto permitiu o aprofundamento das competências específicas do EEER no acompanhamento de pessoas com perda de funcionalidade, em situação de doença crónica, agudização ou dependência, no seu domicílio. É constituída por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte quatro enfermeiros (uma EEER, uma Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, uma Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica e uma Enfermeira de Cuidados Gerais), assistente social, psicóloga e assistente técnica. O sistema de informação utilizado é o SClínico.

A ECCI tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica onde está inserida, prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo<sup>35</sup>. De acordo com a Direção-Geral da Saúde<sup>36</sup>, estas equipas assumem-se como fundamentais na resposta às necessidades complexas da população envelhecida, promovendo a recuperação funcional, a autonomia e a qualidade de vida dos utentes.

No contexto dos cuidados continuados integrados, o EEER ocupa uma posição privilegiada para fornecer cuidados alinhados com as suas competências específicas a pessoas com necessidades especiais que se encontrem no domicílio. Contribuindo para a promoção da máxima funcionalidade e autonomia nas AVD promovendo uma melhoria na qualidade de vida da pessoa e sua família<sup>29</sup>. A prática de ER neste contexto é marcada por uma abordagem centrada na pessoa e família, orientada para objetivos terapêuticos individualizados, com foco na maximização das capacidades remanescentes, na educação

da pessoa e do cuidador e na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade ou da dependência.

**Objetivo 1 - Aprofundar conhecimentos teórico-práticos das intervenções especializadas do EEER em contexto domiciliário.**

Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Observação das estratégias adotadas pelo EEER na capacitação da pessoa e dos seus cuidadores;
- Prestação de cuidados especializados de ER à pessoa e aos seus cuidadores;
- Realização de planos de cuidados de ER;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação.

Este objetivo foi alcançado através da colaboração ativa nas intervenções de ER, bem como do desenvolvimento das competências de comunicação e de interação com a pessoa e os seus cuidadores, procurando sempre adaptar-me às suas necessidades e ao contexto familiar. Ao entrar no domicílio de uma pessoa com necessidade de cuidados, percebi que é essencial ter uma abordagem cuidadosa e sensível, avaliando diversas dimensões da sua realidade. Estar no ambiente familiar da pessoa exige não só conhecimento técnico, mas também sensibilidade e respeito. Procurei, por isso, ajustar a minha forma de estar, observando com atenção a intervenção da EEER, valorizando o contexto único de cada família.

Ao longo do Estágio, tive a oportunidade de observar as estratégias utilizadas pela EEER da equipa, focadas na capacitação da pessoa e dos cuidadores para lidarem com necessidades reais, como a incapacidade funcional, as barreiras arquitetónicas, o risco de complicações associadas à dependência funcional e a sobrecarga do cuidador. Estas observações permitiram-me perceber que, mais do que realizar exercícios terapêuticos, é essencial saber escutar, adaptar a linguagem e ajustar a abordagem às capacidades, dúvidas e expectativas de cada pessoa e cuidador e ao espaço onde vivem.

Neste contexto foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Índice de Barthel, Escala de Morse, Escala de Zarit, Tabela Nacional de Funcionalidade, Escala de Borg modificada e Escala de MRC.

As atividades específicas desenvolvidas que dão resposta ao objetivo são apresentadas de forma pormenorizada em apêndice (Apêndice N). Adicionalmente, os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação elaborados no decurso deste Estágio encontram-se incluídos no Apêndice O, ilustrando a aplicação prática do processo de decisão clínica e a adaptação das intervenções ao contexto domiciliário.

Estas intervenções permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1., J1.1.8, J1.2.4., J2.1. e J3.<sup>7</sup>.

## **Objetivo 2 - Contribuir para a capacitação do cuidador informal, favorecendo o autocuidado e a gestão da situação de dependência.**

### Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Promoção do autocuidado do cuidador;
- Realização de panfleto informativo para reforço dos ensinamentos;
- Reforço positivo e validação do papel de cuidador.

Para dar resposta a este objetivo, comecei por realizar uma revisão da literatura científica atual, com o intuito de compreender as melhores práticas na capacitação do cuidador informal, sobretudo na gestão da sobrecarga, na promoção do autocuidado e na aquisição de competências específicas para lidar com a dependência funcional da pessoa cuidada<sup>37</sup>. Além disso, um estudo qualitativo nacional identificou estratégias facilitadoras usadas pelos enfermeiros para capacitar cuidadores, reforçando a importância de uma atuação contínua, empática e baseada em evidência na gestão da sobrecarga e na promoção do autocuidado<sup>39</sup>. Este processo teórico fundamentou as intervenções desenvolvidas e permitiu adotar uma abordagem mais reflexiva, empática e baseada em evidência.

Durante o Estágio, reconheci que muitos cuidadores enfrentavam não apenas desafios físicos, mas também emocionais e organizacionais. Assim, sempre que possível, procurei promover momentos de escuta ativa e apoio emocional, incentivando o cuidador a valorizar o seu próprio bem-estar e a importância do autocuidado como parte integrante da prestação de cuidados. A evidência demonstra que cuidadores informais frequentemente negligenciam a sua própria saúde, o que pode comprometer a continuidade e qualidade dos cuidados prestados<sup>18,31</sup>. Em situações concretas, reforcei

verbalmente o papel essencial que desempenhavam, validando as suas dúvidas, dificuldades e conquistas, numa lógica de reforço positivo e encorajamento contínuo<sup>18</sup>.

Como estratégia complementar, desenvolvi um panfleto informativo (Apêndice P), com conteúdos claros e acessíveis, para apoiar a consolidação dos ensinamentos realizados durante as visitas domiciliárias. A opção por criar este recurso surgiu da necessidade de disponibilizar à pessoa e família um material de consulta rápida, que reforçasse as orientações fornecidas presencialmente e facilitasse a sua aplicação no dia-a-dia. A escolha do tema “prevenção de quedas no domicílio” fundamentou-se na elevada prevalência deste problema na população alvo e no impacto significativo que as quedas podem ter na autonomia e qualidade de vida. Os conteúdos foram definidos com base em evidência científica atualizada e adaptados à realidade, contemplando recomendações simples, objetivas e exequíveis. O panfleto foi revisto pela SP, SC e Enfermeira Chefe, sendo posteriormente apresentado à equipa de enfermagem, de forma a validar a sua adequação e pertinência da informação. Seguidamente, foi partilhado com três utentes e respetivos cuidadores, com o objetivo de recolher feedback. Esta etapa permitiu realizar ajustes finais, assegurando a clareza, relevância e utilidade prática do material.

A entrega destes recursos teve como objetivo facilitar a continuidade dos cuidados de forma segura e autónoma, promovendo maior confiança e competência por parte do cuidador. A literatura evidencia que intervenções educativas utilizando materiais impressos aumentam a consciência de risco e promovem comportamentos de prevenção<sup>40</sup>. Estas atividades, embora simples, permitiram-me perceber que a capacitação do cuidador informal vai muito além do ensino técnico — implica criar uma relação de proximidade e confiança, promover o empoderamento e reconhecer o papel fundamental que desempenham na recuperação e bem-estar da pessoa em processo de reabilitação. Esta experiência reforçou a importância de intervir de forma integrada, considerando tanto as necessidades da pessoa dependente como as do seu cuidador, numa perspetiva centrada na família e orientada para a promoção da saúde.

Estas intervenções permitiram o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: B2.2.4., C2.2.5. e D2.1.<sup>14</sup>. Acresce também nestas atividades o desenvolvimento das Competências de Mestre: “...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma pró-ativa em equipas e projetos” e “a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”<sup>19</sup>.

A observação da prática da ER no contexto domiciliário, focada no cuidar da pessoa e dos seus cuidadores, de forma a maximizar a funcionalidade e promover a autonomia,

permitiu a identificação da inadequada preparação dos utentes e cuidadores no processo pós-hospitalização e consequente regresso ao domicílio. Esta análise permitiu reconhecer o valor das intervenções do EEER no contexto comunitário, sobretudo no trabalho desenvolvido junto da família e dos cuidadores. A sua atuação revela-se essencial para apoiar e estimular o processo de promoção da autonomia da pessoa, facilitando a adaptação à nova realidade e fortalecendo a rede de suporte informal. Verificou-se também a inexistência de uma plataforma eficaz de comunicação entre os profissionais dos cuidados de saúde primários e os profissionais do meio hospitalar, o que dificulta a continuidade dos planos de cuidados e compromete a obtenção de ganhos em saúde de forma célere e eficaz.

Concluo que, apesar do tempo limitado, este Estágio proporcionou experiências muito ricas que me permitiram integrar desde o conhecimento teórico à prática clínica, consolidando a minha identidade profissional enquanto futura EEER. A articulação entre a observação crítica, a prestação de cuidados e a reflexão fundamentada na evidência e na teoria contribuiu para reforçar a importância da atuação do EEER na promoção da saúde da pessoa e da família no contexto domiciliário.

### **III.4 Serviço de Internamento de Ortopedia**

O contexto de Estágio na vertente do utente com patologia ortopédica decorreu num Hospital situado na região de Lisboa. Foi desenvolvido num serviço de internamento especializado em Ortopedia e Trauma, com capacidade para 60 utentes, distribuídos equitativamente por duas alas. Este serviço tem como principal missão a prestação de cuidados diferenciados a pessoas com patologias ortopédicas e traumáticas, recebendo com regularidade utentes encaminhados do serviço de urgência e de outros hospitais da região de Lisboa.

A unidade de internamento é particularmente vocacionada para a gestão do pós-operatório de intervenções ortopédicas, destacando-se, entre os procedimentos cirúrgicos mais frequentes, a Artroplastia Total do Joelho (ATJ), a Artroplastia Total da Anca (ATA) e as cirurgias à coluna vertebral. Estes procedimentos requerem uma abordagem estruturada e contínua no âmbito da ER, tornando-se essencial a atuação especializada do EEER para a promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e envolvimento da família no processo de recuperação e regresso ao domicílio.

A equipa de enfermagem é composta por 36 enfermeiros: Enfermeira Chefe, 14 EEER e 21 Enfermeiros de cuidados gerais. Esta composição reflete uma aposta clara na

diferenciação e valorização do papel da ER no contexto ortopédico. A presença significativa de EEER permite a implementação sistemática de intervenções especializadas, com impacto positivo na recuperação funcional dos utentes. Relativamente ao sistema informático em uso, destaca-se a existência de um separador específico destinado ao registo dos cuidados de ER. Embora a ferramenta disponha de funcionalidades limitadas, a possibilidade de utilização de “notas livres” permite um registo mais personalizado e descritivo das intervenções realizadas, facilitando a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A população-alvo deste Estágio corresponde a utentes internados num serviço de Ortopedia, maioritariamente adultos e idosos, submetidos a intervenções cirúrgicas ortopédicas de média a elevada complexidade. Estes utentes apresentavam, na sua maioria, condições clínicas que comprometiam significativamente a sua mobilidade, autonomia funcional e qualidade de vida, sendo a reabilitação um pilar fundamental do processo de recuperação. Importa destacar ainda que grande parte destes utentes se encontrava em situações de dependência temporária para a realização das AVD, sendo a atuação do EEER determinante para o restabelecimento da funcionalidade, prevenção de complicações e promoção da autogestão da saúde. Neste contexto, a família assume um papel central no processo de recuperação, não só como rede de suporte emocional e prático, mas também como elemento ativo no processo de reabilitação<sup>5</sup>. Assim, os ensinamentos e a promoção da saúde com a família constituíram uma vertente essencial das intervenções implementadas durante este Estágio, reforçando a importância de capacitar os cuidadores formais e informais no domínio dos cuidados pós-operatórios e estratégias de adaptação à nova condição funcional do utente<sup>18</sup>.

### **Objetivo 1 - Aprofundar conhecimentos teórico-práticos das intervenções do EEER com a pessoa submetida a cirurgia ortopédica.**

#### Atividades:

- Revisão de literatura científica;
- Participação nos cuidados de ER na capacitação da pessoa e promoção da sua autonomia;
- Integração da família nos cuidados de ER, sempre que possível.

Durante este Estágio, e tendo por base o primeiro objetivo definido, procurei aprofundar os meus conhecimentos teórico-práticos através da aplicação direta e reflexiva

das intervenções do EEER junto da pessoa submetida a cirurgia ortopédica. Esta aprendizagem desenvolveu-se em três eixos: revisão bibliográfica direcionada, prática clínica supervisionada e ensino estruturado à pessoa e família. Para fundamentar as minhas decisões e intervenções, comecei por realizar uma revisão dos conteúdos lecionados durante a componente teórica e uma revisão dirigida de literatura científica em português, focando os contributos do EEER na promoção da autonomia funcional em contexto ortopédico. Esta etapa permitiu-me prestar cuidados de qualidade em ER e compreender melhor a importância de uma abordagem centrada na pessoa e na família, nomeadamente na fase pós-operatória, reconhecendo a eficácia do treino funcional e respiratório, orientado para a recuperação da autonomia e prevenção de complicações<sup>10,41</sup>.

O treino de RFR e RFM é realizado pelo EEER em parceria de cuidados com os fisioterapeutas, sendo que os primeiros remetem a sua intervenção para a globalidade da pessoa, tendo em vista a recuperação da funcionalidade prévia, priorizando sempre os ensinamentos com enfoque nas AVD e na capacitação da independência aumentando o potencial da pessoa para o regresso a casa e consequentemente diminuindo o tempo de internamento<sup>18</sup>. Ao longo das semanas, tive oportunidade de integrar a prática dos cuidados de reabilitação, participando de forma ativa em intervenções planeadas e individualizadas. Sempre que o estado clínico da pessoa o permitia, colaborei no treino das AVD.

A minha atuação baseou-se na observação sistemática das dificuldades manifestadas e na seleção dos exercícios ou estratégias mais adequados, promovendo a autoconfiança e a perceção de progresso. Por exemplo, numa situação específica, identifiquei que um utente submetido a ATA revelava insegurança na marcha com canadianas. Após supervisão, propus a utilização temporária de um andador, até que o equilíbrio e a força muscular permitissem transitar para outro apoio. Esta decisão foi tomada com base na minha avaliação funcional através de instrumentos de avaliação adequados e discutida em equipa, sempre focando a segurança e autonomia da pessoa.

De forma geral, ao observar e integrar a prática diária no cuidar da pessoa em contexto ortopédico, procurei intervir de forma sistematizada com o objetivo de maximizar a funcionalidade e promover a autonomia da pessoa. Verifiquei que a prática regular e consistente no treino e ensino das AVD é fundamental, sobretudo quando centrada na adaptação às condições reais do domicílio, antecipando os desafios que a pessoa enfrentará no regresso a casa. Compreendi, também, a importância de envolver a família

nesse processo, uma vez que a pessoa após a cirurgia apresenta frequentemente limitações físicas temporárias que exigem apoio na gestão da sua rotina. Nesse sentido, as intervenções centraram-se em recuperar, tanto quanto possível, os níveis de capacidade funcional prévios à intervenção cirúrgica, respeitando o ritmo e as necessidades individuais de cada utente. Com estas ações, procurei contribuir para uma prática de cuidados de excelência, promovendo a segurança da pessoa, prevenindo complicações e potenciando uma recuperação funcional eficaz no menor tempo possível.

Utilizei, para isso, uma abordagem baseada no MCAF, focando as forças da família, o seu envolvimento emocional e a sua capacidade para apoiar na continuidade dos cuidados<sup>17</sup>. Os ensinamentos foram validados por meio da observação prática, procurando garantir que as orientações fossem compreendidas e reproduzidas com segurança. Ao longo deste processo, foi perceptível que quando a família é envolvida e capacitada, o retorno ao domicílio decorre com maior tranquilidade e com menor risco de reinternamento. Esta percepção é corroborada por estudos que reforçam a importância da educação terapêutica na transição hospital-domicílio e na continuidade segura dos cuidados<sup>18,31</sup>.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1.4., J2.1., J2.2., J2.2.5. e J2.2.6.<sup>7</sup>. e de Competências Comuns de EE: A1.1.1. e B2.2.<sup>14</sup>.

## **Objetivo 2 - Cuidar da pessoa e dos seus familiares na perspetiva do EEER, no contexto de internamento hospitalar.**

### Atividades:

- Revisão de literatura científica;
- Prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação à pessoa, integrando os seus familiares;
- Instrução da pessoa e família sobre estratégias e produtos de apoio promotores da autonomia e segurança no regresso ao domicílio;
- Realização e validação dos ensinamentos sobre as AVD's e estratégias de adaptação no domicílio, envolvendo a pessoa e os familiares sempre que possível;
- Avaliação dos resultados com recurso a instrumentos de avaliação.

O segundo objetivo deste Estágio foi desenvolvido através da prestação de cuidados especializados de ER, integrando sempre que possível a família no processo terapêutico, com base numa abordagem centrada na pessoa, nos seus objetivos e nos seus contextos

de vida. Comecei por realizar uma revisão da literatura científica que me permitiu compreender a importância da intervenção precoce da família no internamento hospitalar, nomeadamente nos processos de capacitação para o autocuidado e para o regresso ao domicílio. Esta revisão permitiu-me perceber que o envolvimento familiar reduz complicações, facilita a transição hospitalar e melhora os resultados funcionais<sup>18,31</sup>.

Durante o percurso tive oportunidade de realizar avaliações funcionais detalhadas, integrando a família sempre que presente. A avaliação inicial incluía a aplicação de escalas como MIF, Escala de Braden, Escala de Morse, MRC, Escala de Borg Modificada e Escala Numérica da Dor, o que me permitiu obter dados objetivos sobre a condição da pessoa e definir metas de reabilitação realistas para a elaboração adequada do plano de cuidados. As escalas são aplicadas aquando da admissão da pessoa e no decorrer do internamento são reavaliadas de acordo com a sua especificidade e o *score* obtido na avaliação anterior.

Inicialmente procedeu-se à análise dos processos clínicos e consulta dos manuais do serviço. Para atingir este objetivo, participei ativamente em várias intervenções de ER, sempre procurando integrar a família, quando presente, e tendo como base os princípios da prática centrada na pessoa e a promoção da funcionalidade. Reconhecendo que muitas das limitações funcionais persistem para além do momento da alta hospitalar, empenhei-me em envolver ativamente a família nas sessões de ensino, considerando a sua disponibilidade e capacidade de participação. Sempre que possível, integrei o cuidador informal/família no processo de reabilitação, promovendo a sua participação nas sessões de treino de exercícios e de AVD, na vigilância da evolução da pessoa para gestão de expectativas e na adaptação ao contexto domiciliário.

Durante estes momentos educativos, orientei os cuidadores na escolha informada e criteriosa dos produtos de apoio, esclarecendo quais os equipamentos realmente necessários para o domicílio e quais poderiam ser substituídos por adaptações simples, funcionais e acessíveis, evitando assim aquisições desnecessárias e garantindo a segurança e autonomia da pessoa. Recorri a estratégias práticas como demonstrações e diálogo aberto para compreender as condições reais do ambiente familiar, sugerindo alterações viáveis e de baixo custo. Num caso específico, acompanhei uma utente submetida a ATJ, cujo cuidador era o marido, reformado e disponível para colaborar nos cuidados. Durante a avaliação funcional e social, verifiquei que o casal residia num apartamento com banheira de difícil acesso e com orçamento limitado para aquisição de uma cadeira de banho própria. Após discutir alternativas com ambos, sugeri a utilização

de um banco de madeira estável já existente, devidamente ajustado com proteção antiderrapante, validando a segurança desta solução junto da SC. Realizei ainda treino prático com o cuidador sobre a forma correta de auxiliar a esposa na transferência e durante o banho, garantindo estabilidade, privacidade e conforto. No momento da alta, ambos expressaram maior segurança e confiança para continuar os cuidados no domicílio, sem necessidade de adquirir equipamentos dispendiosos. As restantes atividades específicas desenvolvidas que dão resposta a este objetivo encontram-se descritas de forma pormenorizada no respetivo apêndice (Apêndice Q).

Este objetivo permitiu-me desenvolver competências técnicas e relacionais, valorizando a família como parceira ativa no processo de reabilitação. Com base no MCAF, procurei envolver a família não apenas como recetora de informação, mas como elemento fundamental na construção e manutenção dos ganhos funcionais da pessoa<sup>17</sup>. Esta experiência reforçou em mim a convicção de que cuidar em reabilitação vai além do treino técnico – exige comunicação, escuta ativa e adaptação ao contexto e ritmo de cada pessoa e família.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento da Competência Comum de EE: A.1.2.2.<sup>14</sup> e de Competências Específicas de ER: J1., J2.1. e J1.4.<sup>7</sup>.

### **Objetivo 3 - Contribuir para o conhecimento dos utentes submetidos a prótese total da anca e das suas famílias.**

#### Atividades:

- Aprovação de um questionário pela SC e SP;
- Aplicação do questionário à equipa de enfermagem (diagnóstico de situação);
- Análise dos resultados;
- Divulgação dos resultados à equipa de enfermagem;
- Elaboração de um Guia sobre os cuidados à pessoa com prótese total da anca.

No âmbito deste objetivo, foram desenvolvidas e implementadas um conjunto de intervenções orientadas para a prática baseada na evidência. Inicialmente, foi elaborado um questionário estruturado dirigido aos enfermeiros do serviço de internamento, com o intuito de recolher as suas perceções quanto aos conteúdos considerados mais relevantes

a integrar num Guia educativo dirigido ao utente e à sua família. Este Guia teria como foco os exercícios de RFM e as recomendações de adaptação no domicílio.

Após apreciação e aprovação do questionário (Apêndice R) pela SC e SP, foi enviado a toda a equipa de enfermagem do serviço, promovendo o envolvimento direto dos profissionais e incentivando a sua participação ativa no processo de melhoria dos cuidados. Obtiveram-se oito respostas, o que correspondeu a uma taxa de participação de 22,2% (Apêndice S). Procedi à análise qualitativa dos resultados obtidos (Apêndice T), identificando as áreas prioritárias a incluir no Guia. Os resultados foram apresentados à SC e equipa de enfermagem, num momento de partilha e discussão crítica, que promoveu o compromisso coletivo com a melhoria contínua da prática e reforçou a importância do papel educativo do EEER junto da pessoa e família. Com base nos resultados e posterior reflexão com a equipa, foi elaborado um Guia prático dirigido ao utente e família (Apêndice U).

O material elaborado foi disponibilizado no serviço de internamento, com o propósito de ser entregue aos utentes e família e para servir como recurso de consulta para toda a equipa de enfermagem. Esta iniciativa teve com o objetivo promover a segurança do utente e família no processo da alta e contribuir para a uniformização dos ensinamentos e orientações a transmitir à pessoa submetida a ATA e à sua família, assegurando a coerência da informação partilhada. Paralelamente, pretendeu-se reforçar uma cultura de cuidados centrados na segurança, na promoção da autonomia e na excelência da prática da ER. Intervenções deste tipo, ao promoverem a padronização dos ensinamentos e o envolvimento da equipa, contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados, facilitam a continuidade do processo de reabilitação no domicílio e reduzem o risco de complicações e readmissões hospitalares<sup>18,31</sup>.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: B2.2.4., D2. e D2.1.<sup>14</sup>.

#### **Objetivo 4 - Implementar recursos educativos orientados para a capacitação da pessoa submetida a ATA e da sua família.**

##### Atividades:

- Auscultação com a equipa de enfermagem sobre as principais dúvidas/dificuldades dos utentes submetidos a prótese total da anca;
- Elaboração de um folheto informativo sobre a temática dos ensinamentos das AVD no regresso ao domicílio;

- Elaboração de vídeos demonstrativos de exercícios que os utentes podem realizar de forma autónoma, no seu domicílio;
- Divulgação do folheto à equipa de enfermagem;
- Avaliação do folheto e vídeos (com os utentes e familiares).

Para contribuir para o conhecimento dos utentes submetidos a ATA e das suas famílias, foram desenvolvidas intervenções focadas na educação, autonomia e segurança no regresso ao domicílio, integrando as competências específicas do EEER. Com a intervenção junto dos utentes e famílias, ao longo do percurso de cuidados, foi possível identificar as principais dúvidas/dificuldades mais frequentemente sentidas, através da observação direta durante os treinos de AVD, das perguntas espontâneas colocadas pelos próprios e pelos cuidadores e da auscultação realizada aos EEER, que relatou as questões mais recorrentes no contacto diário com estes utentes. Este levantamento informal, mas sistematizado, permitiu reunir informação relevante que fundamentou a construção dos materiais educativos. Esta informação foi revista pela SP, SC e, posteriormente, partilhada com a Enfermeira Chefe do serviço, reforçando a relevância prática dos conteúdos selecionados para os materiais educativos que vieram a ser desenvolvidos.

Com base nas necessidades identificadas (Apêndice V), foi desenvolvido um folheto informativo com linguagem simples, clara e acessível, complementado por ilustrações que facilitam a compreensão. Este recurso educativo aborda as AVD mais frequentemente afetadas após ATA e fornece orientações práticas para a sua realização no domicílio. Para reforçar os conteúdos, o folheto inclui um QR code que direciona para vídeos curtos demonstrativos de exercícios simples mas fundamentais, realizados pela estudante, que a pessoa realizou em contexto hospitalar e que deve continuar a realizar de forma autónoma ou com ajuda no domicílio. Estes vídeos, ao ilustrarem os movimentos corretos, promovem a continuidade do processo de reabilitação em contexto domiciliário, incentivam a autogestão do processo de recuperação e aumentam a confiança da pessoa e da sua família na execução segura dos exercícios. Este tipo de recurso encontra sustentação na literatura, que aponta para a eficácia dos materiais visuais e escritos como ferramentas facilitadoras da capacitação da pessoa em processo de reabilitação e dos seus cuidadores<sup>42</sup>.

Após apreciação da SC e SP, o folheto foi submetido a análise crítica de 3 EEER, que avaliaram o conteúdo técnico, a clareza do texto, a adequação das imagens e utilidade dos

vídeos. Com base nas sugestões recebidas, foram efetuadas alterações que tornaram a informação mais clara e adaptada ao público-alvo. Posteriormente, o material foi submetido a uma avaliação informal junto de dois utentes com diferentes perfis sociodemográficos e de cinco familiares, com o objetivo de aferir a clareza, utilidade prática e aplicabilidade dos conteúdos no contexto real. O feedback recolhido permitiu ajustar detalhes relevantes, assegurando a adequação do material às necessidades concretas da população-alvo. Feitas as alterações, obteve-se o folheto final (Apêndice W).

O folheto foi disponibilizado no serviço de internamento como recurso de apoio para toda a equipa de enfermagem, com o objetivo de uniformizar os ensinamentos prestados, assegurar a partilha de informação consistente e atualizada, e reforçar a continuidade de cuidados no domicílio. O documento foi também apresentado pela SC em reunião multidisciplinar, com vista à sua submissão para aprovação institucional, no sentido de poder vir a integrar formalmente os materiais educativos do hospital. Esta intervenção educativa contribuiu para o aumento do conhecimento, da autonomia e da segurança dos utentes e família no regresso ao domicílio, evidenciando o papel essencial do EEER na promoção da funcionalidade, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia de substituição articular.

O desenvolvimento deste material educativo representou uma mais-valia significativa no contexto do Estágio, não só pela consolidação das minhas competências em ER, mas também pelo impacto direto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A sistematização dos ensinamentos, a adequação da linguagem e a validação com os destinatários tornaram esta intervenção uma ferramenta prática, acessível e potencialmente replicável. A sua integração no serviço promove a uniformização da informação, apoia a capacitação das pessoas e famílias para o regresso ao domicílio e reforça o papel do EEER como agente fundamental na educação para a saúde e na continuidade de cuidados.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento da Competência Comum de EE: B2.2.4.<sup>14</sup>.

### **III.5 Serviço de Internamento de Pediatria**

O Estágio na área de Enfermagem de Reabilitação Pediátrica foi realizado numa Unidade de Internamento Pediátrico de um hospital central de referência em Lisboa, com uma carga horária total de 87 horas. Esta unidade caracteriza-se por integrar três especialidades médicas fundamentais: gastroenterologia, infeciologia e nefrologia pediátrica, recebendo crianças e adolescentes provenientes de todo o território nacional,

o que confere à equipa um elevado grau de diversidade clínica e complexidade no atendimento. A estrutura física do serviço está organizada em quatro salas de internamento, cada uma com capacidade para seis camas, além de seis quartos individuais, sendo que dois destes estão especialmente equipados para acolher crianças ou adolescentes que necessitam de isolamento, devido a patologias infecciosas ou estados imunocomprometidos, assegurando assim condições adequadas de segurança e conforto.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 profissionais, entre os quais se destaca uma EEER. Esta profissional desempenha um papel fundamental, não só nos cuidados gerais de enfermagem, mas também na identificação e execução das intervenções específicas de ER sempre que se revelem necessárias durante o internamento das crianças e adolescentes. Para garantir a eficácia e a coerência dos cuidados, os registos de enfermagem são realizados através do sistema informático Glint, uma ferramenta que promove a gestão integrada da informação clínica e facilita a comunicação interdisciplinar, essencial para a continuidade e qualidade do plano de cuidados.

A ER em idade pediátrica é um campo que exige uma abordagem holística e centrada na criança, tendo em conta as suas características próprias do desenvolvimento infantil e a necessidade de promover a sua participação ativa e motivada no processo terapêutico. Para tal, a presença e o envolvimento da família constituem fatores determinantes, não apenas como fonte de suporte emocional, mas também como elementos ativos e parceiros essenciais nas intervenções realizadas. A literatura existente reforça que a inclusão da família nas práticas de reabilitação contribui de forma significativa para a melhoria dos resultados clínicos, o ajustamento emocional da criança e o seu desenvolvimento funcional<sup>41</sup>.

A atuação da EEER no contexto pediátrico envolve a implementação de estratégias integradas que visam a promoção da recuperação física, cognitiva e emocional da criança, favorecendo a sua adesão e colaboração ao plano de cuidados. Esta intervenção é particularmente exigente, pois requer uma abordagem multidimensional, tecnicamente adaptada às especificidades e vulnerabilidades próprias da idade pediátrica, bem como uma seleção rigorosa e individualizada das intervenções a aplicar. Evidências nacionais mostram que intervenções pautadas pela reflexão crítica, capacitação familiar e prevenção da sobrecarga do cuidador melhoram a funcionalidade da criança e reduzem o impacto emocional e organizacional dos cuidadores<sup>43</sup>. Também, estudos de melhoria em contexto real apontam que uma prática de cuidados centrada na família e estruturada, com

educação continuada, aumenta o envolvimento e confiança dos familiares, facilitando a colaboração da criança nos cuidados e a aderência ao plano terapêutico<sup>44</sup>.

Neste contexto, destaca-se a brincadeira terapêutica como uma ferramenta essencial e facilitadora do processo de reabilitação. Trata-se da utilização estruturada do brincar como meio de intervenção, que pode incluir dramatizações, jogos simbólicos, manipulação de brinquedos, desenhos, entre outras atividades, sempre adaptadas à idade e à condição clínica da criança. O seu objetivo principal é criar um ambiente seguro e acolhedor onde a criança possa expressar sentimentos, compreender e enfrentar situações difíceis, contribuindo para a redução da ansiedade, o reforço da autoestima, a melhoria da aceitação dos procedimentos e o desenvolvimento motor, cognitivo e social. Além disso, a brincadeira terapêutica fortalece o vínculo com a equipa de saúde e facilita a comunicação entre a criança, a família e os profissionais<sup>45</sup>. Assim, a integração contínua da família como parceira ativa no cuidado, aliada à utilização da brincadeira como recurso terapêutico, potencia significativamente o sucesso do processo de reabilitação pediátrica<sup>43</sup>.

Deste modo, o Estágio permitiu-me consolidar conhecimentos teóricos e práticos essenciais para o futuro exercício profissional na área da ER pediátrica, tendo em conta a complexidade clínica, as particularidades do desenvolvimento infantil e a importância da dinâmica familiar na abordagem terapêutica.

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

#### Atividades:

- Revisão da literatura científica;
- Observação e colaboração com a EEER na prestação de cuidados especializados à criança internada e à sua família;
- Planeamento e implementação de intervenções de RFR e RFM;
- Aplicação de instrumentos de avaliação;
- Promoção da brincadeira terapêutica e envolvimento ativo dos pais nas intervenções.

O objetivo foi alcançado por meio de uma abordagem sequencial: inicialmente através da observação atenta das intervenções realizadas pela EEER, consoante as diferentes necessidades de cada criança, seguida pela colaboração ativa nas mesmas. Esta

experiência permitiu adquirir e consolidar competências técnicas e científicas no âmbito da RFR e RFM, com especial enfoque na avaliação de critérios de segurança como a vigilância hemodinâmica, a monitorização da SpO<sub>2</sub> e aplicação da escala de Borg Modificada para avaliação subjetiva do esforço.

A prática da ER em idade pediátrica exigiu uma adaptação constante à etapa de desenvolvimento de cada criança, bem como uma forte capacidade de comunicação com os cuidadores, promovendo uma abordagem centrada na família. A integração do Modelo de Parceria de Cuidados e dos Cuidados Centrados na Família revelou-se essencial para envolver os pais nas decisões e intervenções, garantindo um cuidado mais empático, colaborativo e eficaz<sup>5</sup>. Ficou evidente que uma das competências exercidas pelo EEER neste contexto é a capacidade que é necessária desenvolver para conseguir eficazmente uma constante envolvência da figura parental nos cuidados, de forma empática, segura e humana, respeitando sempre a vontade e a disponibilidade demonstrada pela pessoa<sup>45</sup>.

Tive a oportunidade de acompanhar crianças e jovens em diferentes fases do desenvolvimento (1, 2, 7 e 14 anos) e com diferentes diagnósticos, como prematuridade, pneumonia, meningite e problemas do foro gastrointestinal. Esta diversidade permitiu compreender a necessidade de adaptar a linguagem, o planeamento e os objetivos terapêuticos a cada faixa etária, desenvolvendo intervenções específicas nas áreas de RFR e RFM (Apêndice X). Essa experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento das competências específicas do EEER, nomeadamente a capacidade de prestar cuidados diferenciados ao longo do ciclo vital e em diferentes contextos clínicos<sup>7</sup>. Evidenciou-se, assim, a importância de uma abordagem individualizada e centrada nas necessidades específicas de cada criança. No seguimento do acompanhamento da criança com 7 anos, foi ainda possível desenvolver um estudo de caso, apresentado em apêndice (Apêndice Z), que apresenta e reflete sobre as intervenções e competências desenvolvidas neste contexto e caso em particular.

As experiências vividas neste contexto permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1., J2.1. e J3.<sup>7</sup>. Desenvolveram-se ainda Competências Comuns do EE: C2.2.5. e D2.<sup>14</sup>.

**Objetivo 2 - Promover a sensibilização da equipa de enfermagem para a utilidade dos materiais existentes no serviço para as intervenções de Enfermagem de Reabilitação no contexto pediátrico.**

Atividades:

- Criação de uma caixa organizadora para colocação do material específico para as intervenções de ER;
- Elaboração de um póster informativo dirigido à equipa de enfermagem, com foco nas intervenções que podem ser realizadas com os materiais existentes na caixa;
- Realização de uma ação formativa informal junto da equipa de enfermagem do serviço para familiarização e utilização adequada do material incluído na caixa.

Durante o Estágio, constatei a inexistência de um espaço físico devidamente definido e organizado que permitisse o acesso rápido aos materiais necessários para as intervenções de ER. Verificou-se igualmente uma reduzida familiaridade, por parte da equipa de enfermagem, quanto à aplicabilidade destes materiais no contexto dos cuidados diários prestados às crianças hospitalizadas. Esta situação constituía não apenas uma barreira logística, mas também uma limitação à integração efetiva das práticas especializadas de ER no quotidiano assistencial, perceção esta igualmente partilhada pela SC e pela Enfermeira Chefe.

Neste sentido, desenvolvi uma intervenção orientada para a sensibilização, organização e capacitação da equipa, promovendo a valorização da atuação especializada do EEER. Assim, foi criada uma caixa organizadora funcional (Apêndice AA), visível e acessível, contendo os materiais previamente utilizados nas sessões de RFR e RFM, tais como bolas de sabão, brinquedos interativos, bastões, pedaleira, entre outros. A caixa foi devidamente organizada com etiquetas descritivas, respeitando os princípios de higiene e segurança do serviço, e colocada estrategicamente numa zona comum da enfermaria, para permitir o seu uso pela equipa sempre que clinicamente indicado.

Complementarmente, foi elaborado um póster informativo didático (Apêndice AB), que ficou afixado na sala de enfermagem, com uma apresentação simples e apelativa das possíveis intervenções de ER com cada utensílio presente na caixa. O objetivo foi sensibilizar os enfermeiros de cuidados gerais para o potencial dos materiais em contexto de reabilitação pediátrica, mesmo durante atividades rotineiras de prestação de cuidados, reforçando a ideia de que a reabilitação pode e deve estar integrada na prática diária.

A última etapa desta ação consistiu numa sessão formativa informal, dirigida à equipa e articulada com a SC e a Enfermeira Chefe. Durante a sessão, partilhei os fundamentos teóricos e práticos que sustentaram a construção da caixa e do póster, demonstrei

exemplos reais de utilização dos materiais com base em casos clínicos acompanhados ao longo do Estágio, e promovi um espaço de diálogo e partilha, esclarecendo dúvidas e incentivando o uso autónomo e responsável do material disponível. Este momento foi particularmente marcante pois, apesar da sua natureza não formal, exigiu um posicionamento seguro e fundamentado, em que precisei de conciliar conhecimento científico, experiência prática e competências relacionais. Ao partilhar os fundamentos e exemplos clínicos, senti que a equipa se envolveu não por obrigação, mas porque se reconheceu nos exemplos dados e compreendeu o valor de integrar pequenas ações de reabilitação na sua prática diária. Este envolvimento espontâneo validou o caminho escolhido e reforçou a importância da pedagogia relacional no contexto da especialidade.

Esta iniciativa revelou-se relevante e eficaz: a equipa demonstrou curiosidade, interesse e disponibilidade para integrar estes recursos nas suas rotinas, tendo inclusive solicitado mais informações sobre a utilização dos mesmos. A caixa passou a ser consultada de forma espontânea, promovendo a visibilidade e utilidade da prática especializada de reabilitação no contexto do serviço. Ainda que simples na sua conceção, esta ação contribuiu de forma significativa para a integração precoce e sistemática das intervenções de ER, sempre que apropriado, fortalecendo a articulação entre os cuidados gerais e os cuidados especializados.

A implementação deste objetivo revelou-se um processo não apenas organizativo, mas essencialmente pedagógico e transformador, tanto para a equipa como para o meu próprio crescimento enquanto futura EEER. A oportunidade de intervir de forma estruturada no serviço, promovendo a valorização da ER pediátrica através da organização dos recursos e da capacitação informal dos profissionais, exigiu de mim uma atuação crítica, pro ativa e estrategicamente orientada.

Ao identificar uma lacuna evidente na gestão e utilização dos materiais — associados não só à falta de espaço físico organizado, mas sobretudo ao reduzido conhecimento técnico e funcional da equipa sobre o seu potencial — percebi que, para além de executar intervenções clínicas, o papel do EEER exige a capacidade de agir como dinamizador de mudanças culturais e práticas no seio das equipas de saúde. Esta perceção foi o ponto de partida para uma atuação que, embora aparentemente simples na sua estrutura (criação de uma caixa, um póster e uma formação informal), implicou um profundo exercício de análise contextual, planeamento cuidadoso e comunicação empática e assertiva.

Do ponto de vista profissional, esta experiência permitiu-me desenvolver Competências essenciais da dimensão pedagógica e organizacional do Grau de Mestre

“...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma pró-ativa em equipas e projetos” e “a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”<sup>19</sup>. Acresce também nestas atividades o desenvolvimento das Competências Comuns do EE, nomeadamente, C2.2.5. e D2.1.<sup>14</sup>.

### **III.6 Unidade de Cuidados Continuados Integrados**

O Estágio, com uma carga horária de 192 horas, decorreu numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) com capacidade para 83 utentes, integrando respostas contratualizadas com a RNCCI e em regime privado. A unidade organiza-se por níveis de complexidade clínica e funcional, distribuídos por quatro pisos: Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), Unidade de Convalescença (UC) e internamentos privados, garantindo cuidados diferenciados e integrados. A organização dos cuidados permite a abordagem holística e contínua dos utentes, envolvendo a componente física, funcional, emocional e social, em estreita articulação com as suas famílias<sup>46</sup>. A equipa de enfermagem é composta por 35 enfermeiros, incluindo 2 EEER, uma Enfermeira Diretora e uma Enfermeira Chefe, assegurando um acompanhamento qualificado e centrado nas necessidades individuais de cada utente. O registo e acompanhamento clínico dos utentes é efetuado através do sistema informático "Gestão de Doentes", onde os registos são efetuados em notas livres.

A população-alvo observada durante o Estágio era maioritariamente idosa, apresentando diversas condições clínicas, com destaque para: Acidente Vascular Cerebral (AVC), com diferentes níveis de dependência (desde utentes acamados a utentes com mobilidade parcial); Pós-operatórios de cirurgia ortopédica, como ATA e ATJ; Doenças crónicas incapacitantes, incluindo situações de imobilidade prolongada e deterioração progressiva do estado funcional.

O contexto proporcionou uma experiência rica e diversificada no âmbito da ER, permitindo a implementação de intervenções centradas na promoção da saúde com e para a família, alinhadas com os princípios da RNCCI e os pressupostos teóricos da prática avançada do enfermeiro especialista. A proximidade com as famílias revelou-se fundamental para o desenvolvimento de cuidados que respeitam os valores, necessidades e expectativas dos utentes e dos seus cuidadores, contribuindo para uma reabilitação mais efetiva e humanizada.

**Objetivo 1 - Capacitar a família com vista à reintegração da pessoa na comunidade.**

Atividades:

- Avaliação das necessidades da família/cuidador;
- Sessões educativas e de capacitação prática;
- Preparação para a alta e transição de cuidados.

A promoção da saúde é um dos pilares fundamentais da prática do EEER, tendo como propósito capacitar os indivíduos, famílias e comunidades para exercer maior controle sobre a sua saúde e melhorar a sua qualidade de vida. Este conceito evoluiu ao longo dos anos, passando a considerar a família como elemento central na rede de apoio ao utente, especialmente em contextos de reabilitação e dependência funcional. Em unidades de cuidados continuados, como aquelas integradas na RNCCI, o foco da reabilitação vai além da recuperação física do utente, exigindo uma abordagem sistémica, centrada na interação entre a pessoa e o seu contexto familiar. A família, enquanto estrutura afetiva e funcional, desempenha um papel determinante na continuidade dos cuidados, na gestão da doença e na reintegração do utente na sua vida quotidiana<sup>47,48</sup>.

A ER reconhece a família como unidade de cuidados e como parceira no processo terapêutico. Segundo o modelo sistémico de cuidados de saúde, a família não é apenas um recurso informal, mas sim um elemento ativo no processo de reabilitação. Esta perspetiva implica uma mudança de paradigma, na qual o enfermeiro deixa de atuar exclusivamente sobre o utente, passando a desenvolver intervenções terapêuticas com e para a família, respeitando as suas dinâmicas, crenças, valores e capacidades de cuidado<sup>5,18</sup>. Diversos estudos apontam que o envolvimento da família no processo de reabilitação contribui significativamente para a melhoria dos resultados funcionais, a adesão ao plano terapêutico e a prevenção de reinternamentos evitáveis<sup>18</sup>. No entanto, a sobrecarga emocional, física e social associada ao papel de cuidador pode comprometer a saúde e o bem-estar familiar, sendo essencial que o enfermeiro identifique fatores de risco e implemente estratégias de capacitação, acompanhamento e suporte<sup>49</sup>.

No âmbito deste objetivo, foram desenvolvidas atividades como a promoção da saúde com a família, o treino de exercícios de reforço muscular e o treino para a promoção da autonomia nas AVD, descritas detalhadamente no respetivo apêndice (Apêndice AC). Sempre que a situação o permitiu, os cuidadores informais foram integrados nas sessões, assistindo aos treinos ou participando na realização das tarefas, com o objetivo

de garantir a continuidade e segurança dos cuidados após a alta. Estas intervenções permitiram não só ganhos funcionais evidentes em vários utentes, como também um maior envolvimento ativo no seu próprio processo de recuperação, promovendo a autoestima, a motivação e o sentimento de competência.

As intervenções implementadas, alinhadas com o perfil de competências do EEER, evidenciaram o impacto positivo de uma prática centrada na família. A participação ativa dos cuidadores no processo terapêutico contribuiu para a diminuição da ansiedade e da sobrecarga associada ao cuidado, facilitando a transição do utente para o domicílio com maior confiança e preparação<sup>49</sup>. Paralelamente, assegurou-se a continuidade dos cuidados com padrões mais elevados de qualidade e segurança. Ao envolver a família como parceira no plano de reabilitação, fortaleceu-se o sistema de suporte informal, elemento essencial para a manutenção dos ganhos funcionais alcançados e para a sustentabilidade da reabilitação a longo prazo.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de Competências Específicas de ER: J1., J1.2.4., J2.1., J2.1.3., J2.2. e J3.<sup>7</sup> e da Competência Comum de EE: C2.1<sup>14</sup>.

## **Objetivo 2 - Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de EEER à pessoa após AVC**

### Atividades:

- Realização de uma entrevista informal à SC;
- Execução de um póster informativo para suporte acerca do correto posicionamento dos doentes após AVC;
- Demonstração prática dos conteúdos abordados no póster;
- Esclarecimento de dúvidas aos familiares, em momentos informais de ensino durante o acompanhamento do utente.

Este objetivo emergiu da necessidade identificada durante a prática clínica, face à elevada prevalência de utentes internados com diagnóstico de AVC na unidade. Verificou-se que a padronização e correta execução das técnicas de posicionamento dos utentes constituía um domínio crítico, quer na prevenção de complicações secundárias (como úlceras por pressão, dor músculo-esquelética e espasticidade), quer na otimização da recuperação funcional. Assim, tornou-se prioritário investir em estratégias que promovam a uniformização de boas práticas de posicionamento, orientadas por evidência científica e adaptadas às necessidades individuais de cada utente.

De forma a realizar um diagnóstico de situação no âmbito desta temática, foi realizada uma entrevista informal à SC (Apêndice AD). A entrevista permitiu identificar como prioridade clínica a necessidade de reforçar o conhecimento e a padronização do posicionamento da pessoa após AVC, em quatro contextos principais: decúbito dorsal, decúbito lateral para o lado são, decúbito lateral para o lado afetado e posição de sentado. Ficou evidente que, apesar da consciência da sua importância, existem lacunas práticas e ausência de protocolos atualizados, justificando a implementação de uma intervenção educativa estruturada e dirigida à equipa de enfermagem.

Com base nessa necessidade, elaborou-se um póster informativo (Apêndice AE), com orientação, revisão e aprovação da SC e da SP, em que constam orientações claras e esquematizadas sobre o posicionamento adequado da pessoa após AVC, incluindo um QR code que remete para vídeos demonstrativos, realizados por mim com a colaboração de uma colega estudante da especialidade de ER. Após a elaboração do póster, existiu a oportunidade de o validar com uma Técnico Auxiliar de Saúde (TAS), uma utente e respetiva família, a fim de garantir que a terminologia era adequada aquela população, assim como a clareza das imagens e vídeos. A resposta foi positiva, confirmando que a informação estava perceptível e adequada. Estes recursos têm como objetivo reforçar a prática baseada na evidência e facilitar o acesso à informação por toda a equipa (enfermeiros e TAS), bem como pelos utentes e respetivas famílias.

O póster foi afixado nos quatro pisos da UCCI, assegurando a sua visibilidade e utilidade prática. Adicionalmente, foi realizada uma sessão de formação (Apêndice AF), dirigida à equipa de enfermagem e à equipa de TAS, com o intuito de apresentar os conteúdos abordados no póster, exibir os vídeos e realizar uma demonstração prática, com a participação interativa dos participantes. O plano da sessão formativa, com a respetiva estrutura e objetivos pedagógicos encontra-se disponível em apêndice (Apêndice AG). Esta abordagem favoreceu a consolidação dos conhecimentos e a uniformização dos cuidados, promovendo uma aprendizagem significativa e a adesão às boas práticas clínicas. A pertinência desta abordagem é corroborada por evidência recente, como o documento da DGS intitulado “*Norma nº 007/2020 - Cuidados ao doente com AVC em fase pós-aguda*”, que salienta a importância de medidas como o correto posicionamento, educação ao doente e família, e continuidade de cuidados após a alta<sup>50</sup>.

Paralelamente, ao longo do acompanhamento aos utentes internados após AVC, foram proporcionados momentos informais de realização de ensinamentos dirigidos às famílias, nos quais procurei esclarecer dúvidas, reforçar conhecimentos acerca da patologia, potenciais

complicações e abordar o papel fundamental do cuidador na continuidade do plano de reabilitação em contexto domiciliário. Estas sessões integraram os princípios do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na medida em que visam aumentar a perceção da importância de comportamentos saudáveis e capacitar os cuidadores/família para um envolvimento ativo e informado no processo de recuperação<sup>15</sup>.

O contexto de Estágio proporcionou uma experiência clínica rica e desafiante, onde foi possível o desenvolvimento de Competências Comuns de EE: B2.2.4., C2.1 e D2.1.<sup>14</sup>. Acresce também o desenvolvimento das Competências de Mestre: “...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma pro ativa em equipas e projetos” e “a melhoria dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos”<sup>19</sup> e a Competência Específica de ER: J1.<sup>7</sup>.

### **III.7. Unidade de Saúde Familiar**

Este Estágio decorreu na mesma USF do contexto descrito no III.2, mas numa vertente diferente (cardíaca), o que permitiu de alguma forma dar continuidade às atividades iniciadas no primeiro contacto. A realização do Estágio no mesmo local revelou-se particularmente enriquecedora, na medida em que possibilitou a consolidação de aprendizagens, a avaliação do impacto das intervenções previamente implementadas e o aprofundamento da integração nas dinâmicas da equipa multidisciplinar. Este Estágio permitiu também identificar novas oportunidades de intervenção especializada, promovendo respostas mais ajustadas às necessidades da população.

Neste sentido, os objetivos específicos e as atividades para o contexto foram delineados com foco no reforço da autonomia profissional, na aplicação de conhecimentos em situações reais e na consolidação de competências clínicas e relacionais.

**Objetivo 1 - Definir estratégias de reabilitação cardíaca, adaptadas ao contexto comunitário, para os utentes com insuficiência cardíaca acompanhados na USF.**

#### Atividades:

- Recolha de dados clínicos dos utentes com IC inscritos na USF, efetuada pela SC, através do sistema de informação SClínico;
- Caracterização dos utentes com IC inscritos na USF;

- Sistematização dos principais indicadores clínicos da população com IC da USF.

Durante o Estágio realizado na USF, foi fundamental numa primeira fase identificar e caracterizar a população com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC), composta por 212 utentes, com vista à definição de estratégias de ER adequadas ao contexto dos CSP. Esta abordagem surgiu da necessidade de promover a continuidade de cuidados à pessoa com IC na comunidade, assegurando um acompanhamento eficaz após a alta hospitalar, prevenindo descompensações clínicas e agilizando o processo de encaminhamento em caso de agudização doença, com o objetivo de evitar o recurso desnecessário ao serviço de urgência<sup>18</sup>. Neste sentido, a realidade desta USF revelou-se particularmente favorável, dado o papel ativo da equipa de enfermagem ao nível das visitas domiciliárias, permitindo uma intervenção de proximidade, personalizada e centrada nas reais necessidades da pessoa e da sua família, no seu ambiente de vida<sup>5</sup>.

A primeira etapa contou com a recolha prévia de dados clínicos dos utentes com IC inscritos na unidade, realizada pela SC, recorrendo ao sistema de informação SClinico. Com base nesta informação, foi possível construir um documento de caracterização da população, integrando dados como a tipologia da IC segundo a classificação da New York Heart Association (NYAH), comorbilidades associadas (hipertensão arterial, dislipidémia, obesidade e diabetes mellitus), hospital de referência e adesão às consultas de seguimento. Adicionalmente, a tabela incluiu um campo de observações que permitiu registar aspetos clínicos e sociais considerados relevantes, como a participação em estudos clínicos, o grau de dependência, a composição do agregado familiar e a adesão ao Plano Nacional de Vacinação.

Apesar da relevância do trabalho desenvolvido, a recolha de dados não pôde ser finalizada na sua totalidade devido à limitação temporal do Estágio. No entanto, o documento construído foi deixado à responsabilidade da EEER da USF, que assegura o seguimento deste trabalho e constitui o elo de ligação com a Consulta de IC do hospital, promovendo assim a continuidade de cuidados e a integração entre níveis de prestação de cuidados de saúde<sup>31</sup>.

O desenvolvimento destas atividades permitiu uma abordagem global, sistematizada e orientada à problemática da IC no contexto dos CSP, reforçando de forma clara a importância do EEER na identificação precoce das necessidades inseridas na comunidade, na gestão de condições crónicas complexas e na articulação de cuidados

centrados na pessoa, na sua funcionalidade e no seu contexto de vida<sup>7,47</sup>. Mais do que responder a necessidades já identificadas, estas ações demonstram o papel proactivo do EEER enquanto agente transformador dentro da equipa multidisciplinar. Através da iniciativa de construir uma base de dados organizada, orientada para o apoio à decisão clínica, o Enfermeiro não só contribui para a melhoria da vigilância e monitorização da pessoa com IC, como também cria novos recursos úteis e sustentáveis na comunidade, com vista a responder de forma eficaz às necessidades identificadas, tendo um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados<sup>5,49</sup>.

A proatividade da EEER revelou-se essencial, propondo estratégias individualizadas e implementando práticas inovadoras, otimizando os recursos disponíveis e garantindo que os cuidados de saúde são eficazes, acessíveis e adequados. Iniciativas como esta contribuem para a reorganização dos cuidados prestados, permitindo priorizar os utentes em maior risco, melhorar a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar e, em última instância, reduzir eventos evitáveis como reinternamentos e descompensações agudas<sup>18,31</sup>. Além disso, ao criar ferramentas úteis para a equipa e fomentar a articulação com outros níveis de cuidados, o EEER assume um papel de liderança clínica, promovendo uma cultura de melhoria contínua e inovação centrada no utente<sup>39,49</sup>.

Este tipo de intervenção evidencia, assim, que o EE não se limita a executar intervenções previamente definidas, mas é um motor de mudança nos cuidados de saúde comunitários, capaz de idealizar, implementar e avaliar estratégias com impacto real na vida das pessoas e das famílias, reforçando a pertinência e o valor da prática avançada em enfermagem no SNS<sup>39,47</sup>.

O desenvolvimento destas atividades possibilitou o reforço e consolidação de várias competências fundamentais para o exercício avançado da enfermagem em contexto comunitário. Ao nível das Competências do Grau de Mestre, destaca-se a capacidade de análise crítica da realidade local, com base em dados concretos da população, bem como a conceção e implementação de estratégias inovadoras orientadas para a melhoria dos cuidados de saúde. Foi também evidenciada a competência “...elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos”<sup>19</sup>. No que se refere às Competências Comuns do EE foram mobilizadas: C2.2.5. e D2.1.<sup>14</sup>. Relativamente às Competências Específicas do ER, foi desenvolvida: J1.<sup>7</sup>.

**Objetivo 2 - Promover a continuidade e qualidade dos cuidados ER na pessoa com insuficiência cardíaca.**

#### Atividades:

- Criação de uma ficha de articulação entre o ER da USF e a Consulta de IC do hospital de referência, facilitando a transição de cuidados;
- Elaboração de dois folhetos educativos: um dirigido à pessoa com IC e outro ao cuidador informal/formal;
- Participação na Consulta de IC do hospital;
- Reflexão sobre o papel do EEER na gestão de condições crônicas complexas.

Dando continuidade ao trabalho iniciado com o levantamento e caracterização da população com IC na USF, foi delineado como segundo objetivo promover a continuidade e qualidade dos cuidados em ER à pessoa com IC, através da articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. A complexidade da gestão da pessoa com esta patologia, associada ao elevado risco de descompensações e reinternamentos, exige uma abordagem coordenada, centrada na pessoa e focada na continuidade dos cuidados ao longo dos diferentes níveis do sistema de saúde<sup>18,31</sup>. Neste sentido, uma das atividades desenvolvidas foi a criação de uma ficha de articulação entre a USF e a Consulta de IC hospitalar (Apêndice AH), com o intuito de promover uma transição segura e adequada de cuidados após a alta hospitalar. Esta ficha tem como objetivo sistematizar a informação clínica relevante – nomeadamente o estado funcional, terapêutica instituída, capacidade de autocuidado e suporte familiar – permitindo um seguimento mais eficiente, seguro e direcionado às necessidades reais da pessoa no contexto comunitário<sup>47</sup>.

Com o intuito de reforçar a componente educativa no contexto da IC, foram elaborados dois folhetos informativos distintos: um direcionado à pessoa com IC (Apêndice AI) e outro direcionado ao cuidador formal ou informal (Apêndice AJ). O primeiro folheto, apresenta informações acessíveis sobre o que é a IC, os seus principais sintomas e fatores de risco, e inclui conselhos práticos para a gestão da condição no dia-a-dia. Entre as recomendações destacam-se: pesagem diária, adesão ao plano terapêutico, alimentação equilibrada, atividade física ajustada e identificação de sinais de alerta, como tosse noturna, edema ou dispneia. O segundo folheto, sublinha a importância do papel do cuidador na promoção da estabilidade clínica e emocional da pessoa com IC. Apresenta orientações claras e diretas sobre como apoiar no regime terapêutico, observar sintomas

e alterações no estado clínico, incentivar o equilíbrio entre descanso e atividade física, prestar apoio emocional e também cuidar de si próprio, enquanto cuidador. Adicionalmente, reforça a importância de recorrer à equipa de saúde sempre que necessário, destacando o papel da USF como suporte na continuidade dos cuidados<sup>33,39</sup>.

Ambos os materiais foram construídos com base na evidência científica e adaptados à realidade local da população, com uma linguagem simples, ilustrações acessíveis e contactos úteis, procurando capacitar os intervenientes para uma gestão mais eficaz da doença em contexto comunitário. Esta ação educativa reflete o papel ativo do EEER na promoção da autonomia, na prevenção de complicações e na valorização da função educativa junto da pessoa e da família<sup>5,49</sup>.

Durante este Estágio, tive também a oportunidade de participar numa visita institucional a um dos hospitais de referência dos utentes da unidade, com o objetivo de conhecer de forma mais aprofundada o funcionamento da consulta de IC e as respetivas instalações. Esta visita permitiu-me observar as práticas clínicas desenvolvidas no contexto hospitalar, conhecer as enfermeiras responsáveis pelo projeto e compreender os fluxos de encaminhamento entre níveis de cuidados. A articulação estabelecida visou promover a uniformização dos cuidados prestados, alinhando procedimentos e facilitando a continuidade assistencial<sup>18,31</sup>. Esta experiência revelou-se fundamental para fortalecer a comunicação entre os contextos hospitalar e comunitário, assegurando uma maior coesão nas intervenções de ER e contribuindo para a prevenção de ruturas no seguimento da pessoa com IC ao longo do seu percurso de cuidados<sup>5,47</sup>.

O documento elaborado para facilitar a articulação entre a USF e a consulta hospitalar foi partilhado com as enfermeiras responsáveis, com o objetivo de avaliar a sua utilidade prática e recolher sugestões de melhoria. Esta partilha teve como finalidade garantir que a ferramenta fosse pertinente, funcional e exequível em ambos os contextos assistenciais, promovendo uma comunicação eficaz, sistematizada e centrada na continuidade dos cuidados. O documento foi deixado com as colegas do hospital para análise posterior e eventuais adaptações, tendo sido perspectivada a sua disponibilização futura na USF como recurso de apoio à transição de cuidados da pessoa com IC. No momento da conclusão deste Estágio, o processo de validação e implementação do documento ainda se encontrava em fase de apreciação.

Este objetivo encontra enquadramento no MCAF, que entende a pessoa como um sistema adaptativo em constante interação com estímulos internos e externos. No caso da pessoa com IC, a transição do contexto hospitalar para a comunidade representa um

estímulo significativo, exigindo respostas de adaptação em múltiplos domínios – físico, psicológico e social<sup>17</sup>. A intervenção do EEER, neste âmbito, visa apoiar esse processo de adaptação através de estratégias orientadas para a funcionalidade, autocuidado e suporte familiar, promovendo o equilíbrio e a estabilidade clínica da pessoa<sup>5,47</sup>.

A concretização destas atividades permitiu não só criar ferramentas úteis e replicáveis no contexto da USF, mas também reforçar com os enfermeiros da Unidade o papel do EEER como elo de ligação entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo para uma resposta integrada, segura e centrada na pessoa. Além disso, evidenciou a importância da proatividade do EE na criação de recursos e iniciativas que potenciem a continuidade dos cuidados e a sustentabilidade das intervenções de ER em condições crónicas complexas como a insuficiência cardíaca<sup>5,18,47</sup>.

Ainda no decurso deste Estágio, tive a oportunidade de participar nas 1.ªs Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, um evento científico que constituiu um momento de grande valorização pessoal e profissional. A participação nestas jornadas permitiu-me refletir sobre os desafios e tendências atuais da ER, bem como contactar com boas práticas desenvolvidas em diferentes contextos, nomeadamente hospitalares e comunitários. O evento foi também uma oportunidade de reconhecimento e valorização do papel do EEER, ao destacar a importância da sua intervenção diferenciada na gestão de condições crónicas, na capacitação do utente e no trabalho colaborativo em equipa multidisciplinar<sup>5</sup>. Este momento formativo contribuiu para reforçar a minha motivação e sentido de pertença à especialidade, ao permitir o contacto direto com colegas e especialistas, a partilha de experiências e o aprofundamento de conhecimentos relevantes para a prática clínica em cuidados de saúde primários.

A concretização deste segundo objetivo permitiu o desenvolvimento da Competência Comum do EE: B2.2.4<sup>14</sup>. A partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem, a criação de materiais educativos e a construção de uma ferramenta para a transição de cuidados refletem este compromisso com a melhoria contínua dos cuidados e com a difusão de boas práticas baseadas na evidência. No que respeita às Competências Específicas de ER, foram particularmente mobilizadas: J1., J2. e J3.<sup>7</sup>.

#### **IV. Considerações Finais**

O presente Relatório permitiu aprofundar, de forma reflexiva e sustentada, o papel do EEER na promoção da saúde com a família, evidenciando a importância da sua intervenção diferenciada na continuidade dos cuidados e na maximização da funcionalidade da pessoa em processo de reabilitação. A prática em múltiplos contextos – hospitalar, domiciliário, comunitário e em cuidados continuados – demonstrou que a família é um elemento estruturante e indispensável à eficácia do plano terapêutico, devendo ser reconhecida como parceira ativa e corresponsável nos cuidados de saúde.

As experiências vividas ao longo dos diferentes Estágios evidenciaram que a promoção da autonomia não se restringe à pessoa em processo de reabilitação, mas estende-se também à sua rede de suporte, exigindo do EEER competências de avaliação, educação, capacitação e articulação interprofissional. A aplicação de modelos teóricos como a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar revelou-se essencial para orientar uma prática especializada, sensível às necessidades individuais e coletivas da pessoa e da sua família.

No decurso deste percurso formativo, desenvolvi competências essenciais à prática especializada em ER, tais como a capacidade de avaliação abrangente e sistemática, a elaboração e implementação de planos de cuidados personalizados, a utilização de estratégias educativas adaptadas aos diferentes contextos e pessoas, e a articulação eficaz com equipas multidisciplinares. Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se a conceção de materiais educativos dirigidos a utentes e cuidadores, a implementação de programas de treino funcional, o desenvolvimento de ferramentas para a partilha de informação e a orientação da família na adaptação do ambiente domiciliário.

As intervenções desenvolvidas – desde a criação de materiais educativos, implementação de planos de treino personalizados, à construção de ferramentas de articulação e partilha de informação – reforçaram a necessidade de sistematizar os cuidados de reabilitação e de reconhecer a especificidade do contributo do EEER na resposta às condições crónicas e à transição entre contextos de cuidados. Verificou-se ainda que o envolvimento da família não apenas potencia os resultados clínicos e funcionais, como também contribui para a humanização dos cuidados e para a sustentabilidade da reabilitação a longo prazo.

Não obstante, a aquisição destas competências foi influenciada por algumas limitações, nomeadamente a variabilidade na disponibilidade de recursos materiais e

humanos nos diferentes contextos de Estágio, a reduzida exposição a determinadas situações clínicas específicas e as restrições inerentes ao tempo disponível para o desenvolvimento de intervenções mais prolongadas. Estas condicionantes, embora representem desafios, reforçaram a necessidade de flexibilidade, criatividade e adaptação na prática profissional.

Este percurso formativo consolidou a identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, alicerçada numa prática ética, científica e centrada na pessoa. Ao longo do trabalho desenvolvido, foram mobilizadas as competências definidas para o grau de Mestre e para a prática avançada em enfermagem, com foco na produção de conhecimento, na aplicação da evidência à prática e na liderança clínica.

Conclui-se, assim, que a promoção da saúde com a família representa uma área estratégica de intervenção do EEER, com impacto direto na qualidade de vida da pessoa, na continuidade dos cuidados e na valorização do papel da enfermagem especializada no SNS. A integração da família no processo terapêutico não é apenas desejável, mas essencial, para garantir cuidados de qualidade, centrados na funcionalidade, na autonomia e na dignidade da pessoa em processo de reabilitação.

No futuro, ambiciono desenvolver projetos orientados para a melhoria contínua da prática clínica em ER, nomeadamente a criação de programas estruturados de capacitação da família/cuidadores, a implementação de protocolos de seguimento pós-alta que assegurem a continuidade dos cuidados e a produção de materiais educativos baseados na evidência. Pretendo, igualmente, investir na formação contínua e na investigação aplicada, contribuindo para o reforço do corpo de conhecimento da enfermagem especializada e para a melhoria dos cuidados prestados à população.

## V. Referências Bibliográficas

1. Sousa LM, Vieira CM, Severino S, Antunes V. Enfermagem de Reabilitação nos cuidados de higiene: revisão integrativa. Rev Port Enf Reab. 2020;6(1):2165–74. Disponível em: [https://revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/viewFile/429/683](https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/viewFile/429/683)
2. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010. Citado em 20 Fev 2020. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacaooe/regulamentocompetenciasreabilitacao\\_aprovadoag20nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacaooe/regulamentocompetenciasreabilitacao_aprovadoag20nov2010.pdf)
3. Matos MF, Simões JA. Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2021. DOI: [10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770](https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770)
4. Raposo P, Relhas L, Pestana H, Mesquita A, Sousa L. Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: Estudo de Caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2020;3(Supl 1):18–28. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756>
5. Frade J, Henriques C, Frade MF. A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. Revista de Enfermagem de Referência. 2021;5(7):e20158. DOI: [10.12707/RV20158](https://doi.org/10.12707/RV20158)
6. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: OE; 2010. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/.../RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/.../RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

7. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019 do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 3 maio 2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
8. Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo; 509p.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Reabilitação em sistemas de saúde. Washington (DC): OPAS; 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/reabilitacao-em-sistemas-saude>
10. Marques-Viera C, Sousa L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. 1.ª ed. Loures: Lusodidacta; 2016.
11. Lacerda MR, et al. Cuidado domiciliário: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspetiva da área pública. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(4):e00012323. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500036>
12. International Council of Nurses. ICN code of ethics for nurses. Geneva: ICN; 2021. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf)
13. Decreto-Lei nº161/96. (4 de 9 de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. Diário da República 1- Serie-A n.º 205.
14. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26/2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
15. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing *Practice*. 7ª ed. Boston: Pearson; 2015.

16. Costa MJ, Duarte J. Literacia em saúde respiratória: capacitação do utente com patologia crónica. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*. 2023;2(1):32–40. Disponível em: <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>
17. Wright LM, Leahey M. *Nurses & Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. 2ª ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 1994.
18. Maciel dos Santos AS, Fonseca MJ, Gomes J, Soares S, Ribeiro C. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC: um estudo quase-experimental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2023;6(2):e339. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2023.339>
19. Regulamento n.º 705/2021 da Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa-Lisboa. Diário da República: II Série, n.º 144/2021. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
20. Silva L, Delgado B. Reabilitação respiratória domiciliária na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2020;3(Sup 1):50–55. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>
21. Lobo A, Vieira J, Ferreira R. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com pneumonia: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2024;7(1):12–18. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2024.396>
22. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. Enfermagem de Reabilitação – instrumentos de recolha de dados e padrão documental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 2025 Jul 14]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

23. Silva A, et al. Indicators Sensitive to Rehabilitation Nursing Care: A Functional and Technological Respiratory Rehabilitation Program for Elderly People. In: Fonseca C, García-Alonso J, editors. *Lecture Notes in Bioengineering*. Cham: Springer; 2021. p. 87–98. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/31568>
24. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 15];2(1). Disponível em: <https://eventos.aper.pt/ficheiros/Revista/RPERV2N1.pdf>
25. Parecer n.º 12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. 2010 set 18. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
26. [Instituto Nacional](#) Estatística. Censos 2021 - Resultados definitivos [Internet]. Lisboa: INE; 2021 [citado 2024 Dez 1]. Disponível em: <https://censos.ine.pt>
27. [Administração Central do Sistema](#) de Saúde. BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: BI Self-Service; Problemas Ativos [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [citado 2024 Nov 22]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt>
28. Pinho AM, Pires J, Façanha J, Cera MC. Impacto de um Projeto de Reabilitação na Comunidade: Estudo Quasi-Experimental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2024 Abril 23 [citado 2024 Dez 1];7(1). Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2024.388>
29. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 428/2010 – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: OE; 2010.
30. Almeida AS, Pagueia A, Neves AP. Nursing interventions to empower family caregivers to manage the risk of falling in older adults: a scoping review. *Int J*

- Environ Res Public Health. 2024 [citado 2025 Jul 15];21(3):246. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21030246>
31. Amorim RF, Pedreira LC, Martinez BP, et al. Intervenções para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa na transição hospital-domicílio: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2024 [citado 2025 Jul 15];27:e230227. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230227.pt>
32. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e define as suas estruturas e funcionamento. *Diário da República*. 1.ª série — N.º 109 — 6 de junho de 2006. Disponível em: <https://www2.gov.pt/guias/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
33. Pinto M, Teixeira P, Alves L, Sebastião C, Henriques AF. *Capacitação da pessoa para a técnica de inalação correta em programa de reabilitação respiratória*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2025 Maio 3 [citado 2025 Nov 7];8(2):e36174. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2025.36174>
34. Costa MJ, Duarte J. Literacia em saúde respiratória: capacitação do utente com patologia crónica. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*. 2023 [citado 2025 Nov 15];2(1):32–40. Disponível em: <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>
35. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Cuidados continuados integrados: equipas de cuidados continuados integrados (ECCI). Lisboa: ACSS; 2021 [citado 2025 Jan 2]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/cuidados-continuados-integrados/>
36. Direção-Geral da Saúde. Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos – Orientações Técnicas. Lisboa: DGS; 2021 [citado 2025 Jan 15]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>

37. Joo B, Marquez JL, Osmotherly PG. Objective assessments for walking aid prescription in balance impairment and falls risk: a scoping review of current evidence. *Disability Rehabilitation: Assistive Technology*. 2025 May 29;1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17483107.2025.2508936>
38. Hunter SW, Meyer C, Divine A, Hill KD, Johnson A, Wittich W, Holmes J. An observational study of the impact of professional walking aid prescription on gait parameters for individuals with suspected balance impairments. *Heliyon*. 2024 Sep 7;10(18):e37649. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e37649>
39. Ferraz L, Gonçalves M, Ferreira A, Vidinha T, Marques A. Estratégias promotoras da capacitação do cuidador informal: estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)* 2025 [citado 2025 Jul 15];8(1):1–10. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v8i1.417>
40. Ong M, Kim S, et al. Fall prevention education to reduce fall risk among community-dwelling older adults: A systematic review. *PMC*. 2022 [cited 2025 Fev 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13434>
41. Ribeiro O, Néné M, Sequeira C. *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2021.
42. Henriques T. Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca: revisão sistemática da literatura [dissertação de mestrado]. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; 2020.
43. Damas J. Capacitação de cuidadores de crianças em processo de reabilitação. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação [dissertação de mestrado]. Universidade de Évora; 2022 [citado 2025 Jul 15]. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32652>
44. Nematifard T, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Borimnejad L. Improvement of family-centered care in the pediatric rehabilitation ward: a participatory action

- research. *Front Pediatr*. 21 June 2024;12:1325235. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1325235>
45. Souza C, Barreto B, Santana G, Miguel J, Braz L, Lima L, Melo M. O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 2021;21(2):173–80. Disponível em: <https://doi.org/10.31508/1676-379320210024>
46. Pinheiro E. Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: uma abordagem pluridimensional [dissertação de mestrado]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13039>
47. Conselho de Enfermagem. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. Lisboa: Conselho de Enfermagem; 2009 [citado 2025 Jul 15]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/conteudos/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-referencial-do-enfermeiro/>
48. Silva RP, Sousa E. *Continuidade de cuidados de reabilitação entre contextos de saúde: estudo de caso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2020 Out 27 [citado 2025 Jul 15];3(Suppl 1):70–5. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-4731-339X>
49. Viegas L, Rodrigues F. Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)*. 2022 Jun [citado 2025 Jul 15];5(1):97–111. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.197>
50. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 007/2020 de 03/06/2020 - Cuidados ao doente com AVC em fase pós-aguda. Lisboa: DGS; 2020 [atualizada em 06/07/2021; acesso em 12 jul. 2025]. Disponível em: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/Norma-007\\_2020-de-06\\_07\\_2021.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/Norma-007_2020-de-06_07_2021.pdf)

## **Apêndices**

## **Apêndice A - Descrição das Atividades Desenvolvidas | Serviço de Internamento de Pneumologia – Objetivo 2**

O presente apêndice complementa a informação do Relatório, apresentando de forma detalhada as atividades desenvolvidas no âmbito do segundo objetivo do Estágio no serviço de Pneumologia. Estas intervenções foram realizadas no contexto clínico específico e orientadas pelos princípios da enfermagem de reabilitação, refletindo a aplicação prática dos conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências específicas na área.

### **Reeducação Funcional Respiratória:**

Realizaram-se sessões em adultos com faixas etárias entre os 58 e os 83 anos com diferentes patologias respiratórias e alterações do desenvolvimento funcional distintos. Antes do início das sessões, foi efetuada uma avaliação clínica detalhada, considerando o estado de consciência, sinais vitais, auscultação e padrão respiratório. Foram realizadas as seguintes técnicas: Prevenção e correção dos defeitos posturais através de técnicas de correção postural com recurso a espelho; Reeducação da tensão muscular através de técnicas de descanso e relaxamento e consciencialização da respiração; Prevenção e correção dos defeitos ventilatórios por forma a melhorar a distribuição e ventilação alveolar através do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semi-cerrados, respiração diafragmática, utilização do espirómetro de incentivo, e exercícios respiratórios como a reeducação diafragmática e costal global e seletiva; Assegurar a permeabilidade das vias aéreas através da realização de técnicas como a tosse dirigida, o Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias (CATR) e utilização do dispositivo Acapella.

### **Reeducação Funcional Motora:**

Com o objetivo de reeducação ao esforço foram realizados exercícios de mobilizações passivas, mobilizações ativas (livre, ativa e resistida), treino de força, treino de escadas e treino de equilíbrio.

### **Treino de Atividades de Vida Diária:**

De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, as AVD compreendem seis áreas fundamentais de treino no âmbito da reabilitação. Estas incluem: higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal, vestuário,

alimentação, locomoção e transferências. Tais atividades constituem competências essenciais para a autonomia funcional do indivíduo, sendo alvo prioritário de intervenção por parte do EEER<sup>25</sup>. O treino das AVD, realizado em situações controladas, permitiu-me perceber como a doença respiratória afeta o quotidiano de forma transversal — desde o simples ato de se vestir até à deslocação no espaço. Nessas intervenções, tornou-se evidente a importância de ensinar técnicas de conservação de energia, pausas programadas e controlo ventilatório, como forma de prevenir a exaustão e aumentar a eficiência funcional. Foram realizados treinos nas áreas da higiene, vestuário, locomoção e transferências, em consonância com os objetivos previamente definidos no plano de cuidados. A implementação destas atividades é cuidadosamente ajustada à tolerância e capacidade da pessoa. Estas estratégias visam otimizar o desempenho funcional, minimizar o esforço respiratório e promover maior autonomia, contribuindo para uma abordagem centrada na pessoa e ajustada às suas necessidades e limitações específicas<sup>20</sup>.

#### **Ensinos:**

No campo da educação para a saúde, participei em momentos formativos com os utentes e cuidadores, nomeadamente no ensino de técnicas de limpeza das vias aéreas e gestão da oxigenoterapia. Esta componente revelou-se especialmente desafiante, já que a compreensão e adesão às orientações variavam muito de pessoa para pessoa. Aprendi, nesse sentido, a adaptar a linguagem, a utilizar recursos visuais e a reforçar positivamente os progressos, consolidando uma prática comunicacional mais empática e eficaz.

#### **Referências Bibliográficas**

20. Silva L, Delgado B. Reabilitação respiratória domiciliária na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2020;3(Sup 1):50–55. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>
25. Parecer n.º 12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. 2010 set 18. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)

## **Apêndice B - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

### **História atual:**

- Utente recorre ao serviço de urgência no dia 10/11 por agravamento da dispneia e tosse nos últimos 4 dias, com expectoração mucopurulenta.

### **Diagnóstico:**

- DPOC agudizada com bronquiectasias infetadas.

### **Antecedentes Pessoais:**

- Enfisema pulmonar
- Insuficiência respiratória global sob OLD 1L/min em repouso e 2L/min a esforços + VNI noturno e 2 períodos diurnos de 2 horas
- Pneumotórax secundário à direita
- Adenocarcinoma da próstata
- Ex-fumador 80 UMA.

### **Exames Complementares de Diagnóstico:**

- Raio-x demonstra apagamento dos seios costofrénicos. Consolidação alveolar no lobo inferior direito e difusa no lobo esquerdo.

### **História Clínica:**

- Utente consciente e orientado na pessoa e espaço. Visivelmente emagrecido, com diminuição da força muscular ao nível dos membros superiores e inferiores (avaliação através da escala MRC – membros superiores (5) e membros inferiores (4)). Reside com a esposa e refere apoio dos dois filhos. Está integrado na rede de cuidados continuados da ECCI de Pêro Pinheiro, da qual recebe apoio domiciliário. Refere que realiza exercícios de reabilitação no domicílio com as colegas da ECCI. Refere vontade de continuar com a reabilitação durante o internamento hospitalar.

- **Situação funcional prévia à intervenção:** O utente apresentava limitação funcional moderada associada à patologia de base. Antes do internamento, referia cansaço fácil para pequenos/médios esforços e realizava marcha a curta distância no domicílio com auxílio de andarilho. Utilizava uma pedaleira por cerca de 5 minutos em casa com tolerância limitada. Na Escala de Força Muscular (MRC), os membros superiores apresentavam pontuação de 5 e os membros inferiores de 4. Segundo a LCADL, evidenciava dependência moderada para as atividades da vida diária (AVD).

Antes de estabelecer o plano de reabilitação adequado para o utente avaliei vários fatores através de escalas. As escalas utilizadas para a avaliação da pessoa e consequente planeamento do plano de enfermagem de reabilitação foram as que se encontram na circular informativa da Direção Geral de Saúde (DGS) para a pessoa portadora de DPOC, pois não existiam escalas. Sendo estas as seguintes:

- HADS: Escala de Ansiedade e Depressão
- Questionário de Dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire - MRCDQ)
- Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)
- The Saint George's Respiratory Questionnaire
- Escala de Borg Modificada

Estas escalas são utilizadas como métodos de avaliação. A MRCDQ é utilizada para conhecer a evolução da dispneia ao longo do tempo e recorrendo à memória da pessoa. A LCADL é a escala recomendada para a avaliação do desempenho na vida diária e da capacidade funcional. Para a avaliação da qualidade de vida está validado o The Saint George's Respiratory Questionnaire específico para a doença respiratória. Para a avaliação da ansiedade e depressão foi utilizado o HADS. E por fim, para a avaliação da dispneia durante a execução dos exercícios que constituem o plano de reabilitação foi utilizada a Escala de Borg Modificada.

**Objetivos do Plano de Cuidados** de ER, tendo em conta as capacidades do utente e a sua vontade:

- Melhorar a força muscular dos membros inferiores (objetivo: atingir  $MRC \geq 4+$ );
- Aumentar a tolerância ao esforço, reduzindo a Escala de Borg durante a prática de exercício;
- Melhorar a ventilação e a higiene brônquica com mobilização eficaz de secreções;
- Promover autonomia na mobilidade, alcançando marcha assistida  $\geq 5$  metros.

**1º Dia – 13 de Outubro**

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b> | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>Intervenção</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Resultado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ventilação comprometida          | <p>Hemodinamicamente estável.</p> <p>Auscultação Pulmonar – murmúrio vesicular diminuído bilateralmente.</p> <p>Utente com O2 a 0,5L/min por óculos nasais para saturações alvo.</p> <p>Escala de Borg Modificada – 1 (repouso)</p> | <p><b>Realizados exercícios de RFR com ênfase na expiração:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consciencialização/controlo da respiração (inspiração pelo nariz /expiração pela boca com os lábios semicerrados (1:3))</li> <li>- Respiração abdomino-diafragmática sentado (3 séries de 5 repetições)</li> <li>- Reeducação diafragmática da hemicúpula direita em DLD (3 séries de 5 repetições)</li> <li>- Reeducação diafragmática da hemicúpula esquerda DLE (3 séries de 5 repetições)</li> <li>- Abertura costal global com bastão (3 séries 5 repetições)</li> </ul> | <p>Exercícios respiratórios realizados em ar ambiente.</p> <p>Escala de Borg Modificada – 2/3</p> <p>Auscultação pulmonar sobreponível.</p> <p>Fica a cumprir VNI a 0,5L/min após término da sessão de reabilitação.</p> <p>Parâmetros VNI domicílio – FR (18cpm), IPAP (24cmH2O), EPAP (5.0)</p> |
| Limpeza da via aérea ineficaz    | <p>Auscultação Pulmonar – presença de ferveores nas bases.</p>                                                                                                                                                                      | <p><b>Realizados 2 ciclos do Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR) que consiste em:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º Controlo da respiração</li> <li>- 2º Exercícios de expansão torácica</li> <li>- 3º Controlo da respiração</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Exercícios realizados em ar ambiente.</p> <p>Tosse seca ineficaz, sem mobilização de secreções.</p> <p>Auscultação pulmonar sobreponível.</p> <p>Escala de Borg Modificada - 5</p>                                                                                                             |

|                         |                                                                       |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                                                                       | - 4º Técnica de expiração forçada (Huff)                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |
| Mobilidade comprometida |                                                                       | <b>Exercícios de mobilidade dos membros inferiores:</b><br>- Doente no leito realizados exercícios de flexão e extensão do joelho com flexão e extensão da articulação coxo femural (3 séries 8 repetições) | Realizados exercícios com aporte de O2 a 2L/min por óculos nasais para saturações alvo.<br><br>Escala de Borg Modificada – 3/4                                     |
| Força diminuída         | Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC)<br>Membros inferiores – 4 | <b>Exercícios de fortalecimento muscular:</b><br>5 Minutos de pedaleira com intervalos de 30 segundos a pedalar e 30 segundos em repouso.                                                                   | Instruído para realizar pedaleira autonomamente durante o dia consoante tolerância, pois já realizava pedaleira no domicílio.<br><br>Escala de Borg Modificada - 7 |

## 2º Dia – 16 de outubro

| Diagnóstico de Enfermagem | Avaliação                                                                                                                                                                     | Intervenção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Resultado                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ventilação comprometida   | Hemodinamicamente estável.<br><br>Auscultação Pulmonar – murmúrio vesicular diminuído bilateralmente.<br><br>Utente com O2 a 0,5L/min por óculos nasais para saturações alvo. | <b>Realizados exercícios de RFR com ênfase na expiração:</b><br>- Consciencialização/controlo da respiração (inspiração pelo nariz /expiração pela boca com os lábios semi-cerrados (1:3))<br>- Respiração abdomino-diafragmática sentado (3 séries de 5 repetições)<br>- Abertura costal global com bastão (3 séries 8 repetições) | Exercícios respiratórios realizados em ar ambiente.<br><br>Escala de Borg Modificada – 1/2<br><br>Auscultação pulmonar sobreponível.<br><br>Fica a cumprir VNI a 0,5L/min após término da sessão de reabilitação. |

|                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | Escala de Borg Modificada – 0 (repouso)                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Limpeza da via aérea ineficaz                         | Auscultação Pulmonar – presença de roncos nas bases.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecido o dispositivo Acapella pela Medicina Física e Reabilitação.</li> <li>- Realizados e validados ensinamentos acerca da utilização do mesmo.</li> <li>- Realizadas 3 séries de 10 repetições com tosse dirigida entre séries sem saída de expectoração.</li> </ul> | <p>Exercício realizado com aporte de O<sub>2</sub> a 0,5L/min por óculos nasais.</p> <p>Tosse dirigida no final de cada série, sem mobilização de secreções.</p> <p>Auscultação pulmonar sobreponível.</p> <p>Escala de Borg Modificada – 3/4</p>                |
| <p>Mobilidade comprometida</p> <p>Força diminuída</p> | <p>Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC)</p> <p>Membros inferiores – 4</p> | <p><b>Exercícios de mobilidade/fortalecimento muscular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de levantar e sentar realizado 5 vezes.</li> <li>- Realização de pedaleira durante 10 minutos em que pedala 45seg e descansa 1 minuto.</li> </ul>                                                  | <p>Exercício realizados com aporte de O<sub>2</sub> a 2L/min por óculos nasais.</p> <p>Escala de Borg Modificada 7/8</p> <p>Exercício realizado com VNI do domicílio com O<sub>2</sub> a 0,5L/min para saturações alvo.</p> <p>Escala de Borg Modificada 4/5</p> |

### 3º Dia – 17 de Outubro

| Diagnóstico de Enfermagem | Avaliação | Intervenção | Resultado |
|---------------------------|-----------|-------------|-----------|
|---------------------------|-----------|-------------|-----------|

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ventilação comprometida                               | <p>Hemodinamicamente estável.</p> <p>Auscultação Pulmonar – murmúrio vesicular diminuído bilateralmente.</p> <p>Utente com O2 a 0,5L/min por óculos nasais para saturações alvo.</p> <p>Escala de Borg Modificada – 1/2</p> | <p><b>Realizados exercícios de RFR com ênfase na expiração:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consciencialização/controlo da respiração (inspiração pelo nariz /expiração pela boca com os lábios semi-cerrados (1:3)).</li> <li>- Respiração abdomino-diafragmática sentado (3 séries de 5 repetições).</li> <li>- Abertura costal global com bastão (3 séries 10 repetições).</li> </ul> | <p>Auscultação pulmonar sobreponível.</p> <p>Sem necessidade de aporte de O2.</p> <p>Escala de Bord Modificada – 2/3</p> <p>Com necessidade de colocar O2 a 0,5L/min por óculos nasais para manter saturações alvo.</p> <p>Escala de Borg Modificada - 4/5</p> |
| Limpeza da via aérea ineficaz                         | <p>Auscultação Pulmonar – presença de roncos dispersos.</p>                                                                                                                                                                 | <p>- Realizado Acapella 3 séries de 10 repetições com pedido de tosse entre cada série sem saída de expetoração.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Tosse dirigida no final com mobilização de secreções mucopurulentas em pequena quantidade.</p> <p>Escala de Borg Modificada – 3</p>                                                                                                                         |
| <p>Mobilidade comprometida</p> <p>Força diminuída</p> |                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>Exercícios de mobilidade/fortalecimento muscular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios de extensão e flexão da articulação tibiotársica bilaterais (3 séries 10 repetições);</li> <li>- Exercícios de extensão e flexão do joelho bilaterais (3 séries 10 repetições);</li> </ul>                                                                                            | <p>Escala de Borg Modificada – 2</p> <p>Escala de Borg Modificada – 3/4</p> <p>Escala de Borg Modificada - 6/7</p>                                                                                                                                             |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | - Exercícios de extensão e flexão da articulação coxofemural bilateral coordenados com a respiração (3 séries 10 repetições);<br>- Exercício de levantar/sentar 3x<br>- Marcha estática com apoio no andarilho 3x | Necessidade de aumentar aporte de O2 para 2L/min.<br>Escala de Borg Modificada - 7/8 |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4º Dia – 18 de Outubro

| Diagnóstico de Enfermagem | Avaliação                                                                                                                                                                                                            | Intervenção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Resultado                                                                                                                                                |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ventilação comprometida   | Hemodinamicamente estável.<br><br>Auscultação Pulmonar – murmúrio vesicular diminuído bilateralmente.<br><br>Utente com O2 a 0,5L/min por óculos nasais para saturações alvo.<br><br>Escala de Borg Modificada – 1/2 | <b>Realizados exercícios de RFR com ênfase na expiração:</b><br>- Consciencialização/controlo da respiração (inspiração pelo nariz /expiração pela boca com os lábios semi-cerrados (1:3)).<br>- Respiração abdomino-diafragmática sentado (3 séries de 5 repetições).<br><br>- Abertura costal global com bastão (3 séries 10 repetições). | Auscultação pulmonar sobreponível.<br><br>Sem necessidade de aporte de O2.<br><br>Escala de Bord Modificada – 2/3<br><br>Escala de Borg Modificada - 4/5 |

|                               |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Limpeza da via aérea ineficaz | Auscultação Pulmonar – presença de roncos dispersos. | - Realizado Acapella 3 séries de 10 repetições com pedido de tosse entre cada série sem saída de expetoração.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tosse dirigida no final com mobilização de secreções mucopurulentas em pequena quantidade.<br><br>Escala de Borg Modificada – 3                                                                          |
| Mobilidade comprometida       | Auscultação Pulmonar – presença de roncos dispersos. | <b>Exercícios de mobilidade/fortalecimento muscular:</b><br>- Exercícios de extensão e flexão da articulação tibiotársica bilaterais (3 séries 10 repetições);<br>- Exercícios de extensão e flexão do joelho bilaterais (3 séries 10 repetições);<br>- Exercícios de extensão e flexão da articulação coxofemural bilateral coordenados com a respiração (3 séries 10 repetições);<br>- Treino de Marcha | Escala de Borg Modificada – 3/4<br><br>Necessidade de aumentar aporte de O <sub>2</sub> para 6L/min durante a marcha.<br><br>Escala de Borg Modificada – 9/10<br><br>Percorreu apenas cerca de 4 metros. |

**Resumo dos Resultados:****1º Dia**

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>            | <b>Avaliação</b>                                                                                                   | <b>Intervenção</b>                                                | <b>Resultado</b>                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Ventilação espontânea prejudicada           | Hemodinamicamente estável.<br>Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Escala de Borg Modificada – 1 (repouso) | RFR: respiração diafragmática, abertura costal com bastão. Sem O2 | Auscultação sobreponível. VNI 0,5L/min após             |
| Capacidade ineficaz para eliminar secreções | Auscultação Pulmonar – presença de fervores nas bases                                                              | 2 ciclos do CATR com tosse dirigida                               | Sem mobilização de secreções. Borg 5                    |
| Mobilidade física prejudicada               | Exercícios realizados no leito. Flexão/extensão de joelho e coxofemoral. Escala de Borg 3/4                        | Mobilidade dos MI com 3x8 repetições                              | Mobilidade mantida com necessidade de oxigénio a 2L/min |
| Padrão respiratório ineficaz                | Escala de Força MRC – MI: 4. Pedaleira com pausas. Borg 7                                                          | 5 min pedaleira com instrução para autonomia                      | Tolerância moderada com Borg 7                          |

## 2º Dia

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>               | <b>Avaliação</b>                                 | <b>Intervenção</b>                                           | <b>Resultado</b>                                |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Ventilação espontânea prejudicada              | Murmúrio vesicular diminuído.<br>Borg repouso: 0 | RFR: respiração diafragmática,<br>abertura costal com bastão | Borg após exercício: 1/2. VNI<br>mantido        |
| Capacidade ineficaz para eliminar<br>secreções | Roncos nas bases. Tosse sem<br>expectoração      | Ensino e uso do Acapella (3x10<br>repetições)                | Sem mobilização de secreções.<br>Borg 3/4       |
| Mobilidade física prejudicada                  | Escala MRC MI: 4. Borg<br>durante exercício: 7/8 | Treino levantar/sentar (5x),<br>pedaleira 10 minutos         | Exercício tolerado com O2 a<br>2L/min. Borg 7/8 |

### 3º Dia

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>            | <b>Avaliação</b>                                                         | <b>Intervenção</b>                                                                       | <b>Resultado</b>                                    |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Ventilação espontânea prejudicada           | Murmúrio vesicular diminuído.<br>Borg repouso: 1/2                       | RFR: respiração diafragmática,<br>abertura costal com bastão                             | Necessidade de O2 a 0,5L/min.<br>Borg após: 2/3     |
| Capacidade ineficaz para eliminar secreções | Roncos dispersos. Tosse dirigida com pouca expectoração                  | Acapella 3x10 com tosse dirigida. Mobilização mínima de secreções                        | Pequena quantidade de secreções mobilizadas. Borg 3 |
| Mobilidade física prejudicada               | Marcha com apoio, exercícios coordenados com respiração.<br>Borg até 7/8 | Exercícios: flexão/extensão articulações, levantar/sentar, marcha estática com andarilho | Marcha tolerada com aumento de O2. Borg 7/8         |

#### 4º Dia

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>            | <b>Avaliação</b>                                           | <b>Intervenção</b>                                           | <b>Resultado</b>                                                  |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Ventilação espontânea prejudicada           | Murmúrio vesicular diminuído. Borg repouso: 1/2            | RFR: respiração diafragmática, abertura costal com bastão    | Sem O2 em repouso. Com necessidade de 0,5L/min durante exercícios |
| Capacidade ineficaz para eliminar secreções | Roncos dispersos. Tosse com pouca expectoração             | Acapella 3x10 com tosse dirigida                             | Mobilização de secreções mucopurulentas. Borg 3                   |
| Mobilidade física prejudicada               | Marcha iniciada. Borg 9/10 com apenas 4 metros percorridos | Exercícios de flexão/extensão articulações, treino de marcha | Percorreu cerca de 4 metros com O2 a 6L/min. Borg 9/10            |

Término do plano de ER por deterioração do estado de saúde do utente.

## **Apêndice C - Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V)**

**Objetivo:** Detetar precocemente alterações da deglutição através da aplicação do Método de Expetoração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V)

Foi realizado o teste ao utente X da seguinte forma:

INICIA-SE O TESTE PELA CONSISTÊNCIA NÉCTAR TAL COMO INDICADO NO PROTOCOLO.

1º - 5ml na consistência néctar

2º - 10ml na consistência néctar

3º - 20ml na consistência néctar

SEM EXISTÊNCIA DE SINAIS DE ALTERAÇÃO DE SEGURANÇA →  
SEGUIU-SE PARA A CONSISTÊNCIA LÍQUIDA.

1º - 5ml na consistência líquida

2º - 10ml na consistência líquida

3º - 20ml na consistência líquida

STOP → ALTERAÇÕES SE SEGURANÇA

### Resultados obtidos:

## Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V) para Detecção de Disfagia Orofaríngea

|                  |                         |                |             |
|------------------|-------------------------|----------------|-------------|
| Nome: [REDACTED] | Nº Processo: [REDACTED] | Data: 17/10/24 | Hora: 11h25 |
|------------------|-------------------------|----------------|-------------|

| SINAIS DE ALTERAÇÃO DA SEGURANÇA                      | AVALIAÇÃO   |      |      |         |      |      |       |      |      |
|-------------------------------------------------------|-------------|------|------|---------|------|------|-------|------|------|
|                                                       | Viscosidade |      |      |         |      |      |       |      |      |
|                                                       | Néctar      |      |      | Líquido |      |      | Pudim |      |      |
|                                                       | 5ml         | 10ml | 20ml | 5ml     | 10ml | 20ml | 5ml   | 10ml | 20ml |
| Tosse                                                 | -           | -    | -    | -       | -    | +    |       |      |      |
| Alterações na qualidade vocal (voz molhada, fraca...) | -           | -    | -    | -       | -    | +    |       |      |      |
| Diminuição da Saturação de O <sub>2</sub> (≥5%)       | -           | -    | -    | -       | -    | +    |       |      |      |
| SINAIS DE ALTERAÇÃO DA EFICÁCIA                       | Viscosidade |      |      |         |      |      |       |      |      |
|                                                       | Néctar      |      |      | Líquido |      |      | Pudim |      |      |
|                                                       | 5ml         | 10ml | 20ml | 5ml     | 10ml | 20ml | 5ml   | 10ml | 20ml |
|                                                       | 5ml         | 10ml | 20ml | 5ml     | 10ml | 20ml | 5ml   | 10ml | 20ml |
| Encerramento labial ineficaz                          | -           | -    | -    | -       | -    | -    |       |      |      |
| Resíduos orais                                        | -           | -    | -    | -       | -    | -    |       |      |      |
| Deglutições múltiplas                                 | -           | -    | -    | -       | -    | -    |       |      |      |
| Suspeita de resíduos faríngeos                        | -           | -    | -    | -       | -    | -    |       |      |      |

Orientação de preenchimento: Quando o doente apresentar qualquer uma das alterações mencionadas (de segurança e/ou eficácia), a avaliação para o volume e viscosidade em questão é considerada positiva registando-se com o sinal (+), o que significa que o bólus nas condições apresentadas será pouco seguro e/ou eficaz. A ausência de alterações dos sinais de segurança e/ou eficácia deverá ser registada com o sinal (-)

| RESULTADO FINAL | Sem alterações de Segurança ou de Eficácia |                          |                          |                          | Com alterações de Segurança, mas não de Eficácia |                          |                          |                          | Com alterações de Eficácia, mas não de Segurança |                          |                          |                          | Com alterações de Segurança e de Eficácia |                          |                          |                          |
|-----------------|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                 | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **Apêndice D - Questionário para Diagnóstico de Situação à Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento Pneumologia**

Caros Enfermeiros,

Eu, Mónica Ventura, estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, venho por este meio solicitar a V. importante contributo na realização de um Folheto dirigido aos utentes/famílias, na área da Reabilitação Respiratória.

De forma a desenvolver um Folheto adaptado às reais necessidade e dificuldades dos utentes do Serviço, considerasse fundamental realizar numa 1ª fase um trabalho de auscultação das mesmas. Neste sentido, solicito a V. colaboração nas seguintes questões apresentadas.

Agradeço desde já a V. colaboração.

Enfermeira Mónica Ventura

O objetivo deste questionário é perceber a pertinência da realização de um Folheto para o utente e família com conteúdos acerca de Enfermagem de Reabilitação Respiratória. Para que deste modo, o utente/família tenham informação complementar acerca de exercícios de reeducação funcional respiratória que a pessoa pode realizar, autonomamente ou com ajuda, no domicílio.

1. No serviço de pneumologia existe algum folheto que aborde esta temática?
  - a. Sim
  - b. Não
  - c. Talvez
2. Numa escala de 1 a 5 qual a relevância da realização deste folheto para o serviço de pneumologia?
  - a. 1. Nada relevante
  - b. 5. Muito relevante
3. Na sua opinião, acha importante os familiares terem conhecimento acerca desta temática?
  - a. Sim
  - b. Não
  - c. Talvez

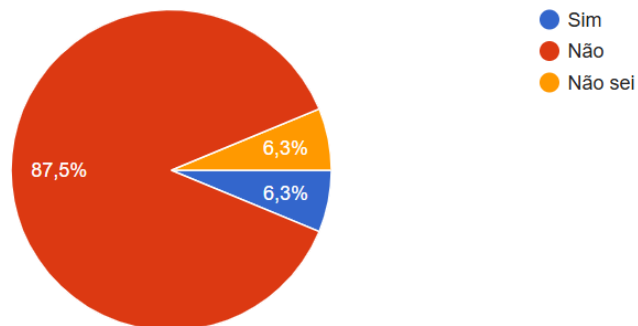
4. Tendo em conta as patologias mais comuns do serviço, qual considera ser a mais relevante a abordar neste folheto?

R:

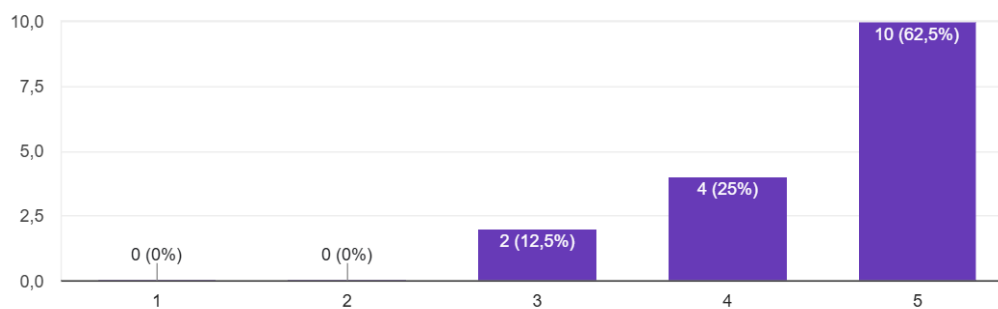
5. Considera útil a entrega deste material de apoio?
- a. Sim
  - b. Não
  - c. Talvez

## Apêndice E - Respostas ao Questionário para Diagnóstico de Situação à Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento de Pneumologia

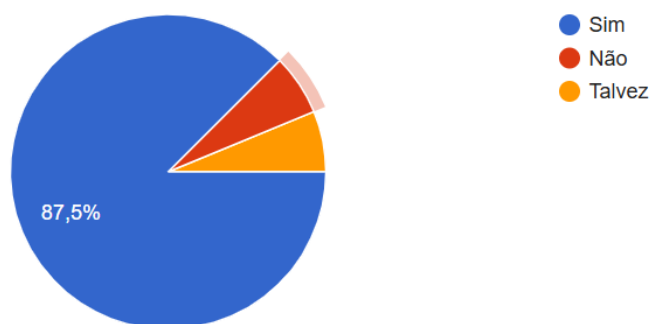
1. No serviço de pneumologia existe algum folheto que aborde esta temática?



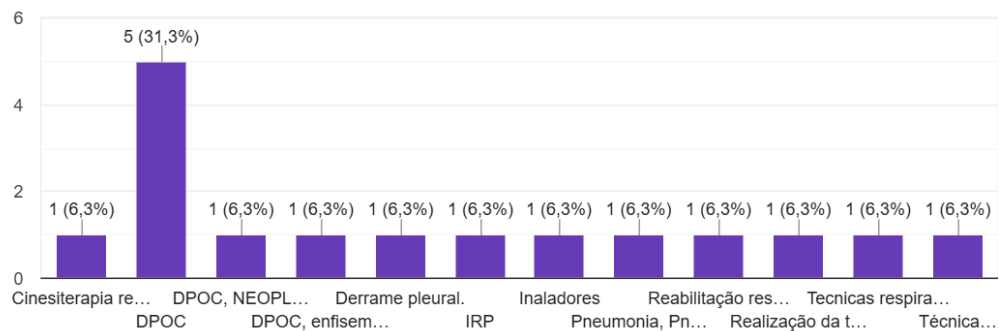
2. Numa escala de 1 a 5 qual a relevância da realização deste folheto para o serviço de pneumologia?



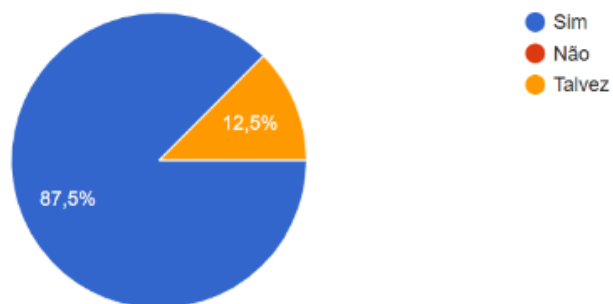
3. Na sua opinião, acha importante os familiares terem conhecimento acerca desta temática?



4. Tendo em conta as patologias mais comuns do serviço, qual considera ser a mais relevante a abordar neste folheto?



5. Considera útil a entrega deste material de apoio?



## Apêndice F - Folheto “Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”



### O que é a DPOC?

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por sintomas respiratórios persistentes associados à obstrução da passagem do ar aos pulmões. É uma doença que pode afetar negativamente a qualidade de vida das pessoas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, em Portugal, a DPOC afeta cerca de 800 mil pessoas e constitui a segunda causa de internamento por doença respiratória, conduzindo a graus de incapacidade relevantes e elevada mortalidade.

### Técnicas de conservação/gestão de energia - o que são?

São estratégias que consistem na planificação das tarefas e dos períodos de descanso. Estas medidas ajudam-no a sentir-se menos cansado e a tornar-se mais independente nas suas atividades do dia-a-dia.

**Exemplos:**

- Controle a respiração durante a realização das atividades;
- Tome banho sentado num banco ou cadeira apropriada;
- Vista-se ou dispa-se sentado;
- Ao subir e descer escadas, inspire primeiro e suba ou desça um ou mais degraus enquanto expira;
- Alterne entre atividades leves e cansativas ao longo do dia;
- Pare e descanse durante a realização de uma atividade se estiver cansado.

### Reabilitação Respiratória DPOC

Guia para o utente e/ou família com exercícios.



Aprenda a respirar melhor!

Em caso de dúvidas contacte o Serviço de  
Tel.: 21X XXX XXX

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Realizado por: Mónica Ventura nº8689  
Docente: Profª Doutora Joana Marques  
Supervisora Clínica: [Redacted]  
Enfermeira Chefe: [Redacted]

Guia Prático de Gestão da DPOC nos Cuidados de Saúde Primários. 2021. Disponível em: <https://www.cns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/03/Guia-DPOC-GEST-PR.pdf>  
Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.odene.pt/pt/boa-pratica-reabilitacao-respiratoria>  
Exercícios de Controle Ventilatório. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de São João. Disponível em: <https://portal.cuhs.joao.pt/pt/boa-pratica-reabilitacao-respiratoria>  
Condorelli M, Memória E. Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. 1. ed. Loures: Lusotécnica - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2012.

### Exercícios de Reabilitação Respiratória para realizar em casa:

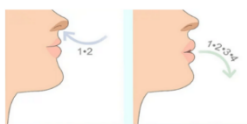
#### Respiração Abdominodiafragmática:

Deitado de barriga para cima ou sentado colocar a mão sobre a barriga e de seguida, inspirar lentamente pelo nariz elevando a barriga e expirar pela boca.



#### Expiração com os lábios semicerrados:

Deve inspirar lentamente pelo nariz (conte até 2) e expirar pela boca com os lábios semicerrados (contando até 3 ou 4).



#### Reeducação Costal Global:

Elevar os braços ao nível da cabeça inspirando pelo nariz e de seguida baixar os braços deitando o ar fora pela boca. Pode realizar o exercício deitado ou sentado.



#### Exercícios para Limpeza das Vias Aéreas – no caso de ter expectoração:

#### Tosse Dirigida:

É uma manobra intencional por parte da pessoa que visa simular uma tosse eficaz e espontânea.

Para ajudar a tossir pode, sentado, abraçar uma almofada contra a barriga para o ajudar na realização da força de manobra a conseguir uma tosse eficaz.

#### Dispositivo Acapella:



Deve realizar sempre que tem expectoração, pois este dispositivo movimenta as secreções presentes nos pulmões. Mantenha a frequência que realizava no internamento. Pode utilizar este dispositivo sentado, deitado de barriga para cima ou de lado.

#### Treino de Exercício:

A pessoa com DPOC apresenta alterações nos músculos, por isso, é fundamental realizar exercícios de fortalecimento muscular e mobilidade.

- Exercícios com ou sem halteres dos membros superiores e inferiores, tais como:
  - Flexão e extensão do cotovelo, elevação do braço ao nível da cabeça e flexão e extensão do joelho (pode fazer sentado ou deitado).
- Pedaleira;
- Caminhadas diárias, consoante a sua tolerância.

**Apêndice G - Tabela de Sistematização das Intervenções realizadas em Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Saúde Familiar**

| <b>USF – Consultas</b>   | <b>Intervenções ER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saúde Infantil e Juvenil | <p>“J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção do Desenvolvimento e Crescimento Saudável Infantil (avaliação do desenvolvimento cognitivo e avaliação da postura e motricidade – utilização da Escala de Sheridan).</li> <li>• Promoção do Desenvolvimento e Crescimento Saudável Juvenil.</li> <li>• Prevenção de alterações funcionais.</li> <li>• Educação e Capacitação da Família (educação sobre dispositivos de apoio e orientações sobre otimização do domicílio).</li> <li>• Articulação com a saúde escolar quando aplicável.</li> <li>• Impacto nos Indicadores de Saúde Infantil e Juvenil.</li> </ul> |
| Saúde da Mulher          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção e prevenção na saúde da mulher (prevenção da incontinência urinária, ensinos sobre exercícios de Kegel e educação sobre a saúde pélvica).</li> <li>• Acompanhamento na gestação (exercícios para prevenir ou aliviar as dores lombares e musculares, técnicas de relaxamento para o parto, ensinos acerca de exercícios respiratórios, reabilitação do assoalho pélvico e apoio na recuperação pós parto).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Saúde do Adulto e Idoso  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção do envelhecimento saudável (avaliação funcional através da Tabela Nacional da Funcionalidade para identificação de limitações motoras, cognitivas e sensoriais).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doença Crónica (DM, HTA)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de quedas (Escala de Morse).</li> <li>• Educação em saúde (incentivos à prática de exercício físico e orientação acerca da alimentação e ingestão hídrica).</li> <li>• Prevenção da imobilidade (realização de ensinos de exercícios de reabilitação funcional motora).</li> <li>• Prevenção do isolamento social através da articulação com recursos da comunidade para envolvimento comunitário e social.</li> <li>• Referenciação para cuidados paliativos.</li> <li>• Gestão de expectativas da família no processo de recuperação funcional e da autonomia.</li> </ul> |
| Sala de Tratamentos             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinos sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor.</li> <li>• Ensinos sobre posicionamento terapêutico, levante e transferências.</li> <li>• Prescrição de produtos de apoio.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Doença do Aparelho Respiratório | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dissociação e consciencialização dos tempos respiratórios.</li> <li>• Ensino sobre técnicas de gestão e conservação de energia.</li> <li>• Adesão ao tratamento, ensinos sobre a utilização dos dispositivos inalatórios e posterior avaliação da técnica inalatória.</li> <li>• Ensinos sobre atividade física adequada às capacidades da pessoa.</li> <li>• Promover o envolvimento do cuidador formal e/ou informal de referência, para continuidade/supervisão de cuidados.</li> </ul>                                                                                            |
| Visita Domiciliária             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do ambiente doméstico (gestão de barreiras arquitetónicas e otimização do domicílio).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da segurança no domicílio (prevenção de quedas).</li> <li>• Prescrição de exercícios RFM e/ou RFR adequados à pessoa com vista à obtenção de ganhos em saúde que melhorem a funcionalidade e promovam a autonomia.</li> <li>• Prescrição de dispositivos de apoio (orientação sobre produto indicado à pessoa e o uso correto e/ou adequado).</li> <li>• Prevenção de complicações associadas à imobilidade.</li> <li>• Ensinos à família relativamente a necessidades atuais e gestão de expectativas.</li> <li>• Avaliação do stress do prestador de cuidados (Escala de Zarit).</li> </ul> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **Apêndice H - Reflexão Crítica segundo o Ciclo de Gibbs: Equipa de Coordenação Local**

### **1. Descrição**

Durante o Estágio na USF, realizei um dia de observação com a ECL da RNCCI, bem como tive a oportunidade de assistir a uma reunião de articulação com uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de média/longa duração e reabilitação. A ECL, integrada por médicos, enfermeiros e um elemento social, é responsável por coordenar, avaliar e encaminhar utentes nas tipologias da RNCCI, promovendo a articulação entre cuidados primários, sociais e de reabilitação<sup>1</sup>.

Esta experiência proporcionou contacto direto com o processo de referenciação e encaminhamento de utentes, revelando várias fragilidades, particularmente ao nível da qualidade e adequação das propostas provenientes dos contextos hospitalares.

### **2. Sentimentos**

Senti-me motivada e curiosa, reconhecendo o valor prático de acompanhar a integração dos cuidados e a tomada de decisões multidisciplinares. Senti empatia pelos profissionais sobrecarregados — tanto na origem da referenciação (hospital) como na avaliação local (ECL). A frustração cresceu ao observar a quantidade de processos mal referenciados por parte dos profissionais de saúde, causando-me preocupação com o impacto da má referenciação na qualidade dos cuidados e na eficácia da rede.

A observação gerou em mim uma sensação mista: por um lado, reconheci o papel essencial e estruturante da ECL na gestão integrada dos cuidados; por outro, senti frustração e inquietação ao testemunhar a ineficiência associada a referenciações incompletas e inadequadas, que exigem trabalho duplicado contínuo e prejudicam a resposta célere às necessidades dos utentes.

### **3. Avaliação**

A observação revelou aspetos muito positivos, como o compromisso e a articulação entre os membros da ECL e da UCCI, bem como a preocupação genuína com a adequação dos cuidados. No entanto, ficou evidente que muitos processos de referenciação

provenientes dos hospitais chegam incompletos ou mal fundamentados, o que obriga a ECL a devolver os processos ou solicitar informações adicionais — atrasando decisões e provocando duplicação ou mesmo triplicação de tarefas entre profissionais<sup>2</sup>.

Foi também evidente, na reunião com a UCCI, que utentes mal referenciados acabam por ser mal encaminhados, ocupando vagas em unidades que não correspondem ao seu perfil clínico-funcional. Esta inadequação contribui para congestionamento das vagas, atrasos no acesso de outros utentes e desperdício de recursos humanos e materiais<sup>3,4</sup>.

Positivamente, esta experiência permitiu-me perceber a articulação entre níveis de cuidados, reforçando a importância do trabalho em rede e da comunicação. A presença do EEER na ECL mostrou-se fundamental para ajustar tipologias refutadas após avaliação rigorosa.

#### **4. Análise**

A literatura portuguesa confirma que a ECL assegura o acompanhamento local da RNCCI, integrando condições ambientais, factos psicossociais e físicos. O estudo de Jaime & Costa (2021) evidencia que, sem a avaliação do EEER, 14 de 293 utentes propostos para UCCI viram as tipologias alteradas e 6 canceladas, reforçando o impacto clínico da presença do EEER na ECL. Esta evidência valoriza a participação direta na tomada de decisão da equipa.

Estudos recentes demonstram que a má referenciação hospitalar é um problema estrutural na RNCCI. Em particular, Santos et al. (2022) reportam que 24% dos utentes perdem a vaga por deterioração do estado clínico enquanto aguardam decisão, muito devido à devolução sucessiva de processos mal preenchidos<sup>2</sup>. Outro estudo identificou um atraso médio de 9,73 dias entre a alta hospitalar e a integração na RNCCI, valor que excede largamente os prazos recomendados para garantir continuidade de cuidados eficazes<sup>3</sup>. Esta realidade compromete não só a eficiência do sistema, mas também a experiência do próprio utente, que vê a sua transição de cuidados bloqueada por motivos administrativos ou de má comunicação entre níveis de cuidados<sup>1</sup>.

#### **5. Conclusão**

A experiência permitiu-me compreender, de forma clara, a importância do papel do EEER no seio da ECL como elemento crítico na análise, validação e reorientação das referenciações, contribuindo para decisões clínicas mais eficazes e adequadas ao perfil funcional dos utentes. Percebi também a relevância da articulação entre níveis de cuidados e da comunicação multiprofissional, bem como os efeitos negativos que decorrem da sua ausência. A observação desta realidade reforçou a minha convicção de que o EEER, pelas suas competências na avaliação funcional e na promoção da autonomia, deve intervir ativamente nos processos de transição e referenciação, promovendo decisões informadas, seguras e centradas no utente.

## **6. Plano de Ação**

Para futuras experiências, proponho-me:

- Participar ativamente nas reuniões da ECL, apresentando contributos baseados na avaliação funcional, reforçando a adequação da referenciação às necessidades reais dos utentes.
- Colaborar na elaboração de propostas clínicas estruturadas, promovendo clareza na documentação e contribuindo para a uniformização dos critérios de referenciação.

## Referências Bibliográficas:

1. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: ACSS; 2025. Secção: “Equipa de Coordenação Local”. Disponível em: [https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a?version=1.1](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a?version=1.1)
2. Santos R, Ferro AP, Camões JF, Lopes CS, Rocha C, Morais SA. Desafios da referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: a experiência num hospital. *Rev Port Med Interna*. 2022;29(2):95-104. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/download/213/413>
3. Jaime MASC, Costa MGC. Enfermagem de reabilitação na equipa coordenadora local: Desafios para além do cuidar. *Servir*. 2021;2(1):123–31. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/24733>
4. Cunha AM. *Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação às equipas de cuidados continuados integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE* [dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2017. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/download/37468/27513>

## **Apêndice I - Entrevista Informal com a Supervisora Clínica**

Eu, Mónica Ventura, estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, venho por este meio solicitar a sua importante colaboração na participação desta entrevista, que terá um impacto valioso no meu desenvolvimento de competências como Estudante de ER.

O objetivo desta entrevista é a auscultação da sua perspetiva sobre a pertinência da realização de uma formação à equipa de enfermagem acerca da temática “Especificidades da terapêutica por via inalatória e a sua administração”.

Agradeço a sua colaboração.

Enfermeira Mónica Ventura.

### **1. A doença respiratória crónica é prevalente na população abrangida pela Unidade?**

*R: Não tenho suporte para afirmar que sim; não foi feito diagnóstico de situação; nem todos os utentes doentes estarão devidamente codificados e, por isso, o Programa de Doença Respiratória não estará selecionado pelos enfermeiros para esses doentes.*

### **2. Para além da terapêutica medicamentosa, que outra terapêutica é mais comum os doentes realizarem?**

*R: Inaloterapia.*

### **3. Considera importante fazer uma formação dirigida à equipa de enfermagem sobre o tema “Especificidades da terapêutica por via inalatória e a sua administração”?**

*R: Sim, muito relevante.*

### **4. Se respondeu Sim à questão anterior, que conteúdos considera essenciais incluir nesta formação?**

*R: Aumento e atualização da literacia dos Enfermeiros sobre o tema, nomeadamente: definição do conceito, conhecimento da apresentação, constituição, tipologia (grupos) e manuseamento de dispositivos; procedimento correto para administração correta cada um.*

## Apêndice J - Formação à Equipa de Enfermagem: “Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração”

# Terapêutica inalatória

FORMAÇÃO EQUIPA DE ENFERMAGEM



TRABALHO REALIZADO POR: MÓNICA VENTURA Nº8689

SUPERVISORA CLÍNICA

SUPERVISORA PEDAGÓGICA: PROFª DOUTORA JOANA MARQUES



## Enfermeiro e a Terapêutica inalatória

- ▶ Os Enfermeiros são os profissionais de saúde:

*“Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos(…).”*

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) -Decreto-Lei Nº161/96, de 4 de Setembro

- ❖ Conhecer os dispositivos inalatórios;
- ❖ Demonstrar a técnica inalatória;
- ❖ Validar ensinios.



## Dispositivos Inalatórios

- ▶ **Inaladores Pressurizados Doseáveis** – com ou sem **câmara expansora**

- MDI ou pMDI (*Pressurized Metered Dose Inhaler*);

- ▶ **Inaladores de Pó Seco**

- DPI (*Dry Powder Inhaler*);

- ▶ **Inaladores de Névoa Suave**

- SMI (*Soft Mist Inhaler*)



## Inaladores Pressurizados Doseáveis (MDI ou pMDI)



## Inaladores de Pó Seco (DPI)



## Inaladores de Névoa Suave (SMI)



# Aspetos Transversais dos Dispositivos Inalatórios

1. Preparação do dispositivo;
2. Ativação do dispositivo;
3. Técnica inalatória.
  - o Lenta e profunda
  - o Rápida e vigorosa

Três passos fundamentais e transversais:

1. Expiração prévia à inalação
2. Inalação do fármaco
3. Pausa inspiratória

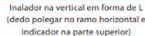


## Quadro I – Os três passos da Técnica Inalatória

| Dispositivo de Pó Seco                                                                                                                                                      | Inalador Pressurizado Doseável                                                     | Inalador de Névoa Suave                                                            | Inalador Pressurizado Câmara Expansora                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           |  |  |  |
| Expiração prévia à inalação                                                                                                                                                 |                                                                                    |                                                                                    | Sem expiração prévia<br>Inalação a volume corrente                                 |
| Inalação rápida e vigorosa                                                                                                                                                  | Inalação lenta e profunda                                                          | Inalação rápida e vigorosa                                                         |                                                                                    |
| Pausa inspiratória 10 seg. (contar até 10) / crianças 5 seg.                                                                                                                |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |
| <b>Posição do doente:</b> Para permitir uma maior expansão torácica a inalação deve ser realizada de pé, sentado ou semi-sentado; Inclinar ligeiramente a cabeça para trás. |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |

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



| Inalador de pó seco<br>Dry Powder Inhaler (DPI)                                   |                                                                                                                                                                                             | Inalador de nuvem suave<br>Soft mist Inhaler (SMI)                                                                                                                                                             | Inalador pressurizado doseável<br>Pressurized Metered-Dose Inhaler (pMDI)                                                                                                                       |                                                               | pMDI + Câmara expansora<br>Inalação múltipla                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unidose                                                                           | Multidose                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                | Tradicionais                                                                                                                                                                                    | Ativado pela inalação<br>Breath Triggered Inhaler (BTI)       |                                                                                                                          |
| Não necessita agitar                                                              |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                | Agitar inalador                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                                                                                          |
| Aerolizer *                                                                       | <br><b>Airflusol forsiptro*</b><br>Abrir a tampa e<br>abrir e fechar o bucal                             | <br><b>Respimat *</b><br>Rodar a base na direção da seta<br>que se encontra na etiqueta até<br>ouvir um clique (meia volta) | <br>Inalador na vertical em forma de L<br>(dedo polegar no ramo horizontal e<br>indicador na parte superior) |                                                               | <br>Acoplar pMDI à câmara expansora |
| Breezhaler *                                                                      | <br><b>Diskus *</b><br>Deslizar a tampa do<br>dispositivo<br>Deslizar a palheta até<br>ouvir um estalido |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                                                                                          |
| HandiHaler*                                                                       | <br><b>Easyhaler *</b><br>Retirar a tampa, agitar 5x<br>e premir na vertical                             | <br><b>Ellipta *   Spiromax *</b><br>abrir tampa                                                                            |                                                                                                              |                                                               |                                                                                                                          |
| Zonda*                                                                            | <br><b>Genual*   Novolizer*</b><br>Retirar a tampa e<br>premir e soltar o botão                          | <br><b>Turbuhaler *</b><br>Retirar a tampa e rodar a<br>base nos 2 sentidos                                                 |                                                                                                             |                                                               |                                                                                                                          |
| Colocar cápsula e perfurar                                                        |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                               |                                                                                                                          |
| Expiração forçada prévia à inalação (atenção: não expirar em direção ao inalador) |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                 |                                                               | Não necessita de expiração prévia                                                                                        |
| Colocar bucal entre os dentes com a língua por baixo                              |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                 |                                                               | Usar máscara ou bucal bem adaptado                                                                                       |
| Inspiração <b>rápida e vigorosa</b> pela boca                                     |                                                                                                                                                                                             | Iniciar inspiração <b>lenta</b> e ativar o inalador<br>(coordenação mão – pulmão)                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                 | Inspiração <b>lenta</b><br>Ativação automática do<br>inalador | Ativar pMDI e fazer 10 inalações<br>em <b>volume corrente</b>                                                            |
| No final da inspiração deve fazer APNEIA: adultos: 10seg   crianças: 5seg         |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                 |                                                               | Não necessita de apneia                                                                                                  |
| Se necessária outra dose - esperar 30 - 60seg - repetir procedimento              |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                                                                                          |

## Quadro II- Erros mais frequentes

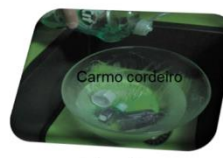
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|   <b>Inalador de pó seco</b> |   <b>Inalador de nuvem suave (SMI)</b> |   <b>Inalador pressurizado doseável</b> |   <b>MDI ou pMDI + câmara expansora<br/>Inalação múltipla</b> |  |
| Erro na ativação da dose (características de cada inalador)                                                                                                                                    | Rodar com a tampa aberta e libertação inadvertida de dose                                                                                                                                                | Não agitar (reduz a quantidade de fármaco libertado)                                                                                                                                                      | Atraso entre a ativação do fármaco e a inalação (não deve ser superior a 2 seg), ou seja, má coordenação "mão-pulmão"                                                                                                           |                                                                                     |
| Libertação inadvertida de dose                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           | Administração durante o choro (reduz a deposição pulmonar)                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| Inalação pelo nariz<br>(só aceitável em crianças pequenas a utilizar câmara expansora ou nebulizador com máscara)                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
| Inalação pouco vigorosa<br>Inalação lenta                                                                                                                                                      | Inalação rápida. Ausência de coordenação mão-pulmão                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           | Administrar várias doses por inalação (vários puffs seguidos reduzem a deposição pulmonar)                                                                                                                                      |                                                                                     |
| Ausência de apneia no final da inalação                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           | Fugas entre a máscara e a boca                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |
| Humidade - expirar para o inalador; guardar sem tampa                                                                                                                                          | Má manutenção da câmara. Necessidade de desinfeção periódica dos materiais (verificar as instruções do fabricante)                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
| Não lavar a boca após inalação com corticosteroides<br>(risco: candidíase orofaríngea; efeitos sistémicos)                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |

## Câmara Expansora - Higienização

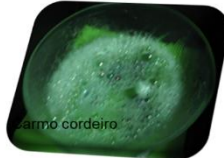
**1 X Semana**



**Passo 1: Desmontar as peças**



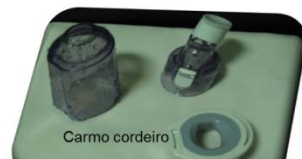
**Passo 2: Coloca-las num recipiente com água "norma" e detergente suave**



**Passo 3: Deixar durante 15 minutos**



**Passo 4: Passa-las por água limpa, sacudir.**



**Passo 5: Sacudir e deixar secar ao ar ambiente, sem limpar.**

Orientação nº 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013

Imagens de cortesia da Profª Carmo Cordeiro – Aulas do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## Curiosidades – Câmara Expansora



**Indicador Flow-Vu®**  
Flow-Signal: sinalizar de fluxo  
Anti-estática  
Válvula expiratória e inspiratória  
Universal



Válvula expiratória  
Válvula inspiratória  
Capacitor  
Adaptador (Universal)  
Sinalizador de fluxo




**Alumínio: Anti-estática**  
Válvulas inspiratórias e expiratórias (silicone) Universal

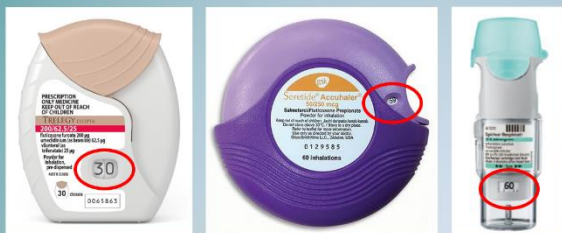
**Limpeza:**

- Material anti-estático (plástico ABS)
- Válvulas de baixa resistência
- Câmara de transição: Máscara facial amovível
- Adaptador flexível: Universal
- Sinalizador de fluxo
- Limpeza semanal de acordo com as directrizes internacionais e nacionais

**Limpeza:**

- Lavar com água e detergente suave
- Desinfeção: colocar em água a ferver durante pelo menos 5 min (Domicílio)
- Desinfeção térmica (comum para biberões), durante 15 minutos. Não micro-ondas!!
- Autoclave: até 60 vezes até 120°C (Cuidados Saúde!!)

Imagens de cortesia da Profª Carmo Cordeiro – Aulas do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



Como saber  
se o fármaco  
está a  
acabar?



## Check-List Técnica Inalatória

Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017

Tabela 3. Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI)

|                                                                                                                                           | Sim | Não |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;                                                                                    |     |     |
| 2. Retirar o contendor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;                                              |     |     |
| 3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);                                                                           |     |     |
| 4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma; |     |     |
| 5. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;                                                                                              |     |     |
| 6. Efetuar uma expiração lenta;                                                                                                           |     |     |
| 7. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerossol para os olhos);        |     |     |
| 8. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;                                                                                         |     |     |
| 9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;                                                       |     |     |
| 10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);                                                             |     |     |
| 11. Realizar uma expiração forçada;                                                                                                       |     |     |
| 12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir;                                 |     |     |
| 13. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas.                         |     |     |



Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017

Tabela 4. Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com CE

|                                                                                                                                                                                                                     | Sim | Não |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;                                                                                                                                                              |     |     |
| 2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;                                                                                                                        |     |     |
| 3. Retirar a tampa da embalagem e agitar a embalagem (na posição vertical);                                                                                                                                         |     |     |
| 4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à CE;                                                                                                                                        |     |     |
| 5. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional) (adultos e crianças > 5 anos);                                                                                                    |     |     |
| 6. Câmara expansora com:<br>- Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo;<br>- Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca; |     |     |
| 7. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;                                                                                                               |     |     |
| 8. Contar 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada no adulto de 30 segundos ou 5 inspirações na idade pediátrica);                                                                                             |     |     |
| 9. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da CE e aproveitamento completo da dose administrada;                                           |     |     |
| 10. Nas CE com apito, se ouvir o som do apito é indicativo de que está a inspirar demasiado rápido;                                                                                                                 |     |     |
| 11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face se utilizar máscara.                                                                                                                                 |     |     |

Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017



Tabela 5. Técnica de inalação com inalador de pó seco (DPI)

|                                                                                                                                                      | Sim | Não |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;                                                                                               |     |     |
| 2. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador;                                                                                                  |     |     |
| 3. Prepare o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI;                                                                 |     |     |
| 4. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional);                                                                   |     |     |
| 5. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar; |     |     |
| 6. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca;                                                                                              |     |     |
| 7. Sustentar a respiração durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (criança);                                                                      |     |     |
| 8. Expirar lentamente;                                                                                                                               |     |     |
| 9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador;                                                                                        |     |     |
| 10. Repita os passos 3, 4, 5, 6, 7 e 8 para novas inalações, caso tenham sido prescritas. Esperar entre 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação;  |     |     |
| 11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade bucal e/ou bochechar com água e deitar fora.                                                        |     |     |

Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017



Tabela 6. Técnica de inalação com inalador de névoa suave (SMI)

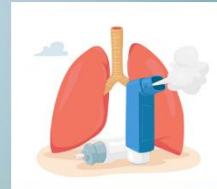
|                                                                                                                                                                                               | Sim | Não |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Expire lenta e profundamente (idealmente até à capacidade de reserva funcional);                                                                                                           |     |     |
| 2. Sele os lábios, ajustando-os à volta do bucal enquanto se inspira lenta e profundamente, pressione o botão de libertação de dose e continue a inspirar lentamente, o máximo que conseguir; |     |     |
| 3. Sustenha a respiração 10 segundos;                                                                                                                                                         |     |     |
| 4. Expirar lentamente;                                                                                                                                                                        |     |     |
| 5. Repita todos os passos para administração da segunda inalação.                                                                                                                             |     |     |



Orientação nº 010/2017 de 26/06/2017

## Referências Bibliográficas

- <https://gresp.pt/recursos/videos/dispositivos-inalatorios-e-tecnica-inalatoria/https://gresp.pt/recursos/videos/dispositivos-inalatorios-e-tecnica-inalatoria/>
- <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-.pdf.aspxhttps://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-.pdf.aspx>
- <https://www.acentfermeiros.pt/files/upload/revistas/revista-ace-nr10-b.pdfhttps://www.acentfermeiros.pt/files/upload/revistas/revista-ace-nr10-b.pdf>
- <https://asthma.org.au/relief-eplla/>
- <https://medcity.com/product/sereotide-diskus-50-250mcg/>
- <https://www.rightbreathe.com/medicines/spiriva-respimat-2-5microgramsdose-solution-for-inhalation-cartridge-with-device-boothringpr-ingiholm-ltd-60-dose/3s>
- <https://www.symbolcorl.co.uk/home/dosing-and-side-effects.html>
- <https://www.drqjulanajusti.com.br/post/como-saber-se-a-bombinha-de-asma-acabou>
- [https://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/teraputica-inalatoria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/teraputica-inalatoria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf)
- <https://www.acentfermeiros.pt/articles/document/be23e3d768e64d76c4df1004928604e9.pdf>
- <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/FolhetocomparativodatecnicainalatoriaGRESF-1.pdf>
- [https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2\\_conteudos\\_ficheiros/n%C3%A3%C2%A2%C3%A2%C2%8A8\\_janeiro-dezembro-2000\\_terap%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%Auica-inalat%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%83ria.pdf](https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/n%C3%A3%C2%A2%C3%A2%C2%8A8_janeiro-dezembro-2000_terap%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%Auica-inalat%C3%A3%C2%A3%C3%A2%C2%83ria.pdf)
- <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Dispositivos-Inalatorios-MGFamiliar.pdf>
- <https://www.sppneumologia.pt/saude-publica/dispositivos-inalatorios>



## **Apêndice K - Plano de sessão da Formação dirigida à Equipa de Enfermagem “Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração”**

Integrado no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, foi elaborada uma formação à equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar, no âmbito da Unidade Curricular Módulo I. De seguida, explana-se o plano de sessão da sua apresentação.

**Tema:** Especificidades da terapêutica por via inalatória e a sua administração.

**Grupo a que se destina:** Equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar.

**Preletora:** Enfermeira Mónica Ventura, estudante do 1º MER ESSCVP, sob orientação da SC.

**Local:** Sala de reuniões.

**Data:** 21 de Novembro de 2024

**Hora:** 14:00

**Duração:** 30 minutos (os 5 minutos finais destinam-se à discussão)

**Objetivo Geral:** Promover a atualização do conhecimento da equipa de enfermagem sobre a terapêutica por via inalatória e as suas especificações.

### **Objetivos Específicos:**

- Descrever as técnicas de utilização dos dispositivos inalatórios;
- Identificar os erros mais frequentes relacionados com a técnica de administração de terapêutica por via inalatória;
- Apresentar as check-list de orientação para a boa prática da técnica de administração de terapêutica por via inalatória;
- Refletir sobre a importância da atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde para a promoção de ensinamentos adequados à população.

| <b>Etapas</b>          | <b>Objetivos</b>                                                                                                                                  | <b>Conteúdos</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>Metodologia</b> | <b>Recursos</b>                                                       | <b>Tempo</b><br>(minutos) |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Introdução</b>      | - Apresentar o tema da formação                                                                                                                   | - Apresentação da preletora<br>- Contextualização da realização da formação<br>- Justificação do interesse do tema e pertinência da formação                                                                                  | Expositiva         | Sala<br>Computador com <i>PowerPoint</i><br>Projektor<br>Diapositivos | 4                         |
| <b>Desenvolvimento</b> | - Expor a contextualização teórica<br>- Apresentar as especificidades da terapêutica por via inalatória e as especificidades da sua administração | - Enquadramento teórico<br>- Apresentação dos dispositivos inalatórios<br>- Adequada execução da técnica por via inalatória<br>- Higienização dos dispositivos<br>- Apresentação das check-list da técnica por via inalatória | Expositiva         | Sala<br>Computador com <i>PowerPoint</i><br>Projektor<br>Diapositivos | 20                        |
| <b>Discussão</b>       | - Promover a reflexão partilhada, através do debate                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                               | Expositiva         | Enfermeiros da USF                                                    | 5                         |

|                  |                                           |                             |               |                                       |   |
|------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|---------------|---------------------------------------|---|
| <b>Avaliação</b> | - Realizar a avaliação da<br>apresentação | - Aplicação do questionário | Interrogativa | Questionário<br>Enfermeiros da<br>USF | 1 |
|------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|---------------|---------------------------------------|---|

**Apêndice L - Questionário de Satisfação da Formação à Equipa de Enfermagem**  
**“Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração”**

Este questionário visa avaliar sua opinião sobre o modo como decorreu a sessão, assim como a consolidação do tema abordado.

A sua apreciação é muito importante, pois permitirá eventuais reajustes ao modelo de formação apresentada. O presente questionário é anónimo.

**Agradece-se o contributo**

Assinale com um (x) na grelha o valor que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo o 1- valor mais baixo e o 5- valor mais alto)

1. Classifique a sessão em cada um dos parâmetros abaixo apresentados:

| Parâmetros                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Os temas abordados foram adequados e cumpridos                 |   |   |   |   |   |
| A duração da sessão foi adequada                               |   |   |   |   |   |
| A linguagem utilizada foi clara e assertiva                    |   |   |   |   |   |
| Houve oportunidade de esclarecimento de dúvidas                |   |   |   |   |   |
| Considera que a sessão foi ao encontro das suas expectativas   |   |   |   |   |   |
| Considero que fiquei mais esclarecida sobre o tema apresentado |   |   |   |   |   |
| A metodologia e recursos utilizados foram adequados            |   |   |   |   |   |

2. Apreciação global da sessão formativa:

|              |  |
|--------------|--|
| Fraca        |  |
| Satisfatória |  |
| Boa          |  |
| Muito boa    |  |
| Excelente    |  |

3. Sugestões:

|  |
|--|
|  |
|--|

## **Apêndice M - Respostas ao Questionário de Satisfação da Formação à Equipa de Enfermagem “Especificidades da Terapêutica por Via Inalatória e a sua Administração”**

O presente apêndice apresenta os resultados do questionário de satisfação aplicado a nove participantes no final da sessão formativa realizada. O questionário, de caráter anónimo, teve como objetivo avaliar a perceção dos participantes relativamente à qualidade da formação, à adequação dos conteúdos e à metodologia utilizada. As respostas foram analisadas de forma descritiva e agrupadas por tipo de questão.

### ***1. Avaliação dos Itens em Escala de 1 a 5***

*(1 – Valor mais baixo | 5 – Valor mais alto)*

| <b>Item Avaliado</b>                                   | <b>Média<br/>(n=9)</b> | <b>Distribuição das<br/>Respostas</b> |
|--------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Os temas abordados foram adequados e cumpridos         | 5                      | 9× 5                                  |
| A duração da sessão foi adequada                       | 5                      | 9× 5                                  |
| A linguagem utilizada foi clara e assertiva            | 5                      | 9× 5                                  |
| Houve oportunidade de esclarecimento de dúvidas        | 5                      | 9× 5                                  |
| A sessão foi ao encontro das suas expectativas         | 5                      | 9× 5                                  |
| Fiquei mais esclarecido(a) sobre o tema apresentado    | 5                      | 9× 5                                  |
| A metodologia e os recursos utilizados foram adequados | 5                      | 9× 5                                  |

### ***2. Apreciação Global da Sessão***

**Resposta possível:** Fraca | Satisfatória | Boa | Muito boa | Excelente

**Resultado:**

- 9 Participantes responderam "**Excelente**"

### ***3. Sugestões***

Muito pertinente para a prática de enfermagem.

## **Apêndice N - Descrição das Atividades Desenvolvidas | UCC – Objetivo 1**

O presente apêndice apresenta, de forma descritiva, as intervenções realizadas durante o estágio na ECCI, no âmbito do primeiro objetivo de estágio. Estas intervenções foram orientadas pelos princípios da enfermagem de reabilitação e ajustadas ao contexto domiciliário, refletindo a adaptação prática dos conhecimentos adquiridos à realidade dos utentes e famílias acompanhados.

### **Intervenções desenvolvidas:**

#### **➤ Reabilitação Funcional Motora:**

Mobilizações passivas, mobilizações ativas assistidas e resistidas, alongamentos, treinos de equilíbrio, treino de exercício físico, treino de escadas e treino de marcha em piso regular e irregular. A prática de ER em contexto domiciliário levou-me a perceber que é muitas vezes necessário adaptar os recursos disponíveis ao ambiente da pessoa. Nem sempre existem condições ideais ou materiais específicos, pelo que cabe ao EE encontrar soluções criativas e seguras dentro do próprio domicílio. A escolha de espaços que garantam estabilidade e conforto, bem como a utilização de objetos do quotidiano – como garrafas de água ou sacos de arroz – para promover o reforço muscular ou a resistência, são estratégias simples mas eficazes que valorizam o contexto real da pessoa e favorecem a adesão ao plano de reabilitação.

#### **➤ Adaptação de Produtos de Apoio:**

Identificou-se a necessidade de reajustar os auxiliares de marcha utilizados por alguns utentes, com especial atenção aos dispositivos utilizados. A seleção e adaptação destes equipamentos mostraram-se fundamentais para garantir a segurança durante a marcha e responder às capacidades funcionais em evolução. Evidências recentes indicam que avaliações objetivas — incluindo equilíbrio, força muscular, padrão de marcha e velocidade de marcha — são essenciais para orientar a prescrição e adaptação dos auxiliares<sup>37</sup>. Além disso, estudos clínicos demonstram que a prescrição profissional, associada a treino contínuo, melhora parâmetros de marcha e contribui para a prevenção de quedas, reforçando a relevância do acompanhamento constante pelo EEER<sup>38</sup>. Esta experiência evidenciou a importância da avaliação contínua e personalizada e consolidou o papel ativo na monitorização da eficácia e segurança dos produtos de apoio ao longo do percurso terapêutico.

➤ **Treino de Atividades de Vida Diária:**

Quando identificadas necessidades para o treino das AVD quer por verbalização do utente ou cuidador/família, quer por observação direta, procurei intervir de forma prática e centrada na pessoa. Num dos casos, colaborei no treino da higiene pessoal com um utente que apresentava limitação funcional ao nível do membro superior direito, secundária a um AVC. A intervenção consistiu na adaptação da realização de higiene do rosto e no barbear, com o uso da mão não dominante e apoio pontual do cuidador, recorrendo a objetos de uso quotidiano reposicionados estrategicamente para facilitar o acesso. Com o treino repetido e incentivo positivo, foi possível promover maior autonomia nesta AVD, reforçando a autoconfiança do utente e diminuindo a dependência do cuidador.

➤ **Participação em primeiras visitas domiciliárias:**

Participação em primeiras visitas domiciliárias realizadas aquando da admissão da pessoa na ECCI. Este momento inicial é crucial, exigindo do EEER uma observação atenta e sistematizada de múltiplas dimensões. Para além de estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa e o cuidador, é essencial avaliar o grau de capacidade funcional, a mobilidade, o risco de quedas, a presença de dor, alterações sensoriais, a necessidade de produtos de apoio, bem como as barreiras arquitetónicas existentes no domicílio. Deve também considerar-se o contexto emocional e social da família, a sobrecarga do cuidador e a sua disponibilidade para colaborar no processo de reabilitação. Estas informações são fundamentais para orientar o plano de cuidados e definir estratégias que promovam a funcionalidade, a segurança e a autonomia da pessoa no seu próprio ambiente.

## **Apêndice O - Planos de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na ECCI**

**Caso 1:** Senhor A, 90 anos, sexo masculino e raça caucasiana. Reside com a esposa e tem cuidadora formal que permanece 24 horas durante 6 dias da semana. Reside em Algés, num 5º andar, em prédio com elevador, boas condições de higiene e salubridade. Sem apoio de instituição para cuidados de higiene pessoais, cuidados assumidos pela cuidadora formal supra mencionada que refere experiência nos cuidados a pessoas com dependência. Sem cama articulada ou colchão anti escara, casa de banho com banheira e utilização de cadeira de banho. Antecedentes pessoais: doença de Parkinson, encavilhamento do colo de fémur esquerdo em junho de 2020, doença cerebrovascular crónica com enfartes lacunares e leuco encefalopatia, status pós neoplasia do cólon em 2008 submetido a hemicolectomia direita, insuficiência respiratória com internamentos anteriores por hematoquésias, pneumonia adquirida na comunidade e bronquite aguda.

**História atual:** Internado no serviço de ortopedia por fratura do fémur direito resultante de queda da própria altura no domicílio, submetido a cirurgia para encavilhamento do fémur. Durante internamento sofreu uma queda de que resultou trauma de cotovelo sem evidência de fratura. Sem outras intercorrências clínicas durante internamento. Foi referenciado à ECCI para Plano de Reabilitação Motora.

### **Avaliação Funcionalidade / Mobilidade**

- Transferências: baixa tolerância ao esforço global, assume posição de sentado e posição ortostática com ajuda moderada.
- Mobilidade no leito: alterna posicionamentos de decúbito mas necessita de ajuda para decúbito lateral direito.
- Marcha: Assume a posição ortostática com ajuda, não faz marcha eficaz, limitação significativa nas transições funcionais.
- Condição cardiorrespiratória e capacidade de tolerância ao esforço: cansaço fácil a pequenos esforços.
- Dor: queixas álgicas à mobilização do membro inferior direito (MID) com terapêutica de resgate.
- Força Muscular: MID 3/5; restantes segmentos 4+/5 (escala LOWER). Amplitudes articulares preservadas.
- Equilíbrio corporal: deficitário na posição ortostática, mantida a posição sentado.

**Plano de Intervenção Inicial (PII):** O plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação para o Sr. A tem como principais objetivos a recuperação cirúrgica e aquisição da autonomia prévia ao internamento, treino de marcha com dispositivos de apoio, fortalecimento muscular dos membros inferiores, com maior incidência no membro operado, promoção da adesão ao regime terapêutico e realização de ensinios à pessoa e cuidador formal e informal.

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b> | <b>Objetivos a atingir</b>                                                | <b>Intervenções de ER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intolerância à atividade         | Promover a tolerância à atividade de acordo com as capacidades anteriores | <p>- Avaliação da intolerância à atividade através da Escala de Borg, monitorização da frequência cardíaca e oximetria.</p> <p>- Realização de exercícios de reabilitação funcional motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir, demonstrar e treinar exercícios isométricos;</li> <li>• Instruir, demonstrar e treinar exercícios de mobilização passiva, ativa/assistida e resistida dos membros inferiores em todos os segmentos articulares;</li> <li>• Incentivar a realização dos exercícios várias vezes ao dia;</li> <li>• Treinar subir/descer escadas.</li> </ul> |
| Ventilação comprometida          | Promover padrão respiratório eficaz                                       | <p>- Monitorização da saturação periférica de oxigénio (antes, durante e após a realização dos exercícios);</p> <p>- Otimização da ventilação com recurso a RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>• Respiração abdomino-diafragmática;</li> <li>• Correção postural;</li> <li>• Posições de descanso e relaxamento na cama e no cadeirão;</li> <li>• Abertura costal global.</li> </ul>                                                                                                                                 |

|                                            |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Andar com auxiliar de marcha comprometido  | Capacitar o andar com auxiliar de marcha | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da capacidade de andar com auxiliar de marcha.</li> <li>- Instrução e treino do andar com auxiliar de marcha: andarilho (progredir para as canadianas).</li> </ul>                                                                         |
| Equilíbrio corporal comprometido           | Promover o equilíbrio corporal           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do equilíbrio corporal através da Escala de Berg.</li> <li>- Execução de exercícios para o treino de equilíbrio.</li> </ul>                                                                                                                |
| Capacidade para o autocuidado comprometida | Promover a autonomia para autocuidado    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre técnicas de transferência (cama/posição de pé/sentado);</li> <li>- Incentivar a autonomia no uso sanitário e higiene pessoal.</li> </ul>                                                                                              |
| Conhecimento comprometido                  | Realizar ensinamentos ao cuidador        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a necessidade de informação;</li> <li>- Instruir sobre a assistência nas AVD;</li> <li>- Instruir sobre medidas de diminuição das barreiras arquitetónicas;</li> <li>- Ensinar sobre estratégias adaptativas de gestão do stress.</li> </ul> |

**Caso 2:** Senhora M, 83 anos, sexo feminino e raça caucasiana. Reside com o esposo e têm apoio da filha. Reside em Algés numa casa térrea com uma rampa improvisada para acesso à rua, boas condições de higiene mas espaço condicionado pela presença de muito mobiliário tornando difícil a circulação, casa de banho inserida na cozinha com duche improvisado. Sem cama articulada ou colchão anti escara. Tem apoio de Instituição de Gerontologia Médica para cuidados de higiene pessoais, alimentação e higiene domiciliária. Autónoma na realização das AVD's até altura do episódio. Antecedentes pessoais: carcinoma seroso do ovário de alto grau de malignidade operada em 2018. Em Abril de 2021 recidiva da doença com metástases ganglionares a nível inter-aorto-cava. Em 2023 progressão da doença a nível ganglionar e hepático (inicia quimioterapia paliativa), rins poliquísticos, síndrome demencial, doença osteoarticular degenerativa, dislipidemia, arritmia, gastrite crónica, obstipação e status de fratura proximal do úmero esquerdo em 2016 (tratamento conservador).

**História atual:** Internada no serviço ortopedia por fratura-luxação do úmero proximal direito resultante de queda da própria altura na rua, submetida a artroplastia do úmero. Foi referenciada à ECCI para Programa de Reabilitação motora: Exercícios de mobilidade do cotovelo e punho e manutenção da força muscular.

**Avaliação Funcionalidade / Mobilidade:**

- Transferências e marcha: autónoma, realiza com supervisão próxima de uma pessoa cerca de 50 metros (com pausas para descansar).
- Vestir-se e Despir-se: dependente em grau moderado por limitação do movimento do membro superior direito.
- Higiene: dependente em grau moderado para a realização da higiene pessoal.
- Dor controlada com terapêutica de resgate.
- Edema: não apresenta.
- Força Muscular: membro superior direito 3+/5 e 5/5 nos restantes segmentos (escala LOWER).
- Amplitudes articulares: limitação funcional da articulação escapulo-umeral direita com indicação de restrição de mobilização, restantes amplitudes membro superior direito preservadas com indicação para mobilização e fortalecimento.
- Equilíbrio corporal: equilíbrio estático e dinâmico sentado e estático e dinâmico na posição ortostático mantidos.

**PII:** O plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação para a Sra. M tem como principais objetivos a obtenção da autonomia prévia, a promoção do maior grau de independência na realização das AVD's, a prevenção de complicações tais como a queda, a adaptação do domicílio e a capacitação do cuidador informal.

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>           | <b>Objetivos a atingir</b>            | <b>Intervenções de ER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ventilação comprometida                    | Promover padrão respiratório eficaz   | <p>- Monitorização da saturação periférica de oxigénio (antes, durante a após a realização dos exercícios);</p> <p>- Otimização da ventilação com recurso a RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>• Respiração abdomino-diafragmática;</li> <li>• Correção postural;</li> <li>• Posições de descanso e relaxamento na cama e no cadeirão.</li> </ul>                                                                                                                                                        |
| Movimento articular comprometido           |                                       | <p>Realização de exercícios de reabilitação funcional motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de exercício com movimentos passivos, ativos e resistidos do membro superior direito: mobilização da articulação do cotovelo e punho (flexão/extensão) e movimentos pendulares.</li> <li>• Instruir, demonstrar e treinar exercícios de mobilização passiva, ativa/assistida e resistida dos membros inferiores em todos os segmentos articulares e membro superior esquerdo;</li> <li>• Incentivar a realização dos exercícios várias vezes ao dia.</li> </ul> |
| Capacidade para o autocuidado comprometida | Promover a autonomia para autocuidado | <p>- Instruir sobre técnicas de transferência (cama/posição de pé/sentado);</p> <p>- Instruir sobre o vestir e despir;</p> <p>- Incentivar a autonomia no uso sanitário e higiene pessoal.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Conhecimento comprometido                  | Capacitação do cuidador               | <p>- Avaliar a necessidade de informação;</p> <p>- Instruir sobre a assistência nas AVD;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|  |  |                                                                                                                                                                                              |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre medidas de diminuição das barreiras arquitetônicas;</li> <li>- Ensinar sobre estratégias adaptativas de gestão do stress.</li> </ul> |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## **Apêndice Q - Descrição das Atividades Desenvolvidas | Serviço de Internamento de Ortopedia – Objetivo 2**

O presente apêndice apresenta as atividades desenvolvidas no âmbito do segundo objetivo de Estágio, realizadas no Serviço de Internamento de Ortopedia. As intervenções centraram-se na prestação de cuidados especializados de ER à pessoa com alterações músculo-esqueléticas, em fase pós-operatória ou em recuperação funcional. A minha ação desenvolveu-se nas seguintes áreas:

- **Avaliação da pessoa e da família:** Colaboração na avaliação inicial de 3 utentes utilizando os instrumentos de avaliação mencionados em cima. Registo dos dados obtidos e utilização dos mesmos para definição dos planos de cuidados individualizados, envolvendo a família sempre que possível, para recolha de informação auscultando as suas perceções e expectativas quanto à recuperação funcional da pessoa.

- **RFM:** mobilizações passivas, mobilizações ativas (ativas livres, ativas assistidas e ativas resistidas), atividades e exercícios terapêuticos (rolar e levantar, ponte, treino de equilíbrio, treino de flexibilidade, preparação para a posição ortostática e treino de marcha com auxiliares de marcha), utilização de artromotor. A força muscular foi avaliada através da Escala de MRC e o equilíbrio funcional estático e dinâmico através da Escala de Equilíbrio de Berg. A inclusão do treino de força muscular nos programas de ER é fundamental para promover ganhos na funcionalidade da pessoa, facilitando a realização das AVD. Durante o Estágio, recorri à utilização de materiais como pesos e bandas elásticas para intensificar a resistência nos exercícios terapêuticos, ajustando-os à capacidade física e evolução clínica de cada pessoa. Paralelamente, o treino de equilíbrio foi realizado de forma progressiva, iniciando com mobilizações básicas e evoluindo gradualmente para exercícios mais complexos, como rolar, sentar, levantar, realizar a ponte e manter o equilíbrio em pé, tanto em posição estática como dinâmica. Estes exercícios visaram recuperar o controlo postural e readquirir a posição ortostática de forma segura e funcional, preparando a pessoa para a marcha. Foi o meu primeiro contacto com o artromotor, um dispositivo prescrito pelo médico ortopedista para pessoas submetidas a ATJ. Nas primeiras 24 horas pós-cirurgia, o artromotor permite iniciar passivamente a mobilização articular do joelho, sem exigir esforço ativo do utente ou provocar dor, uma vez que a amplitude de movimento é previamente ajustada pelo ortopedista. Durante o Estágio, utilizei o equipamento conforme prescrito pelo médico

ortopedista, monitorizei a tolerância da pessoa durante a realização do exercício e realizei os registos após a intervenção, garantindo uma transição segura para o treino ativo subsequente.

- **Treino de AVD:** Os treinos são realizados de acordo com os objetivos estabelecidos no plano de cuidados e respeitam a tolerância da pessoa. Realizaram-se treinos de higiene, utilização do sanitário, vestuário, de locomoção, de transferência e de subir e descer escadas. A Escala de MIF é uma ferramenta essencial na avaliação da autonomia da pessoa, permitindo não só identificar o seu nível de funcionalidade, como também acompanhar a evolução ao longo do processo de reabilitação. Através da sua aplicação, torna-se possível avaliar a eficácia das intervenções implementadas, ajustar os planos de cuidados de forma personalizada e detetar precocemente situações que possam comprometer a recuperação<sup>22</sup>. Desta forma, a utilização sistemática da MIF contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, promovendo a prevenção de complicações e a redução do risco de instalação de incapacidades. O AVD coloca diversos desafios à prática do EEER, exigindo não apenas domínio técnico e capacidade de adaptação a diferentes contextos e estratégias, mas também sensibilidade para promover a autonomia da pessoa sem a substituir nas tarefas. É necessário manter um equilíbrio entre o apoio necessário e o incentivo à realização autónoma, respeitando o ritmo e as capacidades individuais, mesmo quando tal implica aceitar algum grau de imperfeição no desempenho durante o processo de aprendizagem.

- **Educação e capacitação da pessoa e da família:** realizaram-se ensinamentos e esclarecimentos de dúvidas aos utentes e aos cuidadores/familiares, quando presentes, durante todas as sessões de reabilitação e fornecido material informativo adequado disponível no serviço. Num dos casos acompanhados durante o Estágio, tive a oportunidade de intervir na fase de preparação da alta de uma utente submetida a ATA. Em colaboração com a filha, realizei o treino do uso da cadeira de banho e do posicionamento seguro no duche, propondo soluções acessíveis, como a utilização de um banco já existente com superfície antiderrapante, evitando custos adicionais. Durante os ensinamentos, identifiquei outros materiais disponíveis no domicílio que poderiam ser adaptados às necessidades da utente. Um exemplo foi a utilização de uma almofada firme para elevar a altura da cadeira ou sofá, prevenindo a flexão da articulação da anca em ângulos superiores a 90 graus, conforme as restrições pós-operatórias. Estas estratégias

permitiram não só otimizar os recursos da família, como promover a segurança e a autonomia da pessoa no ambiente domiciliário.

- **Preparação para a alta:** Foi possível a colaboração na preparação do plano de alta em articulação com a equipa multidisciplinar, tendo participado na entrega de material informativo disponível no serviço e reforço e validação de ensinamentos sobre cuidados a ter em casa. Solicitei e informações sobre o domicílio para ajustar o plano terapêutico e aconselhar sobre acessibilidade e necessidades de modificação para prevenção de acidentes. Sempre que possível, propus alternativas económicas a produtos de apoio, tendo em conta o contexto social e os recursos da família. No momento da preparação para a alta, constatei que a articulação entre o EEER e os restantes profissionais é essencial para assegurar um plano de continuidade de cuidados realista e seguro. Numa das altas, elaborei juntamente com a SC uma proposta de plano de treino de AVD para ser mantido em ambulatório, incluindo recomendações sobre vigilância da dor, cuidados com o penso operatório, progressão da marcha e exercícios respiratórios.

## **Apêndice R - Questionário para Diagnóstico de Situação dirigido aos EEER do Serviço de Internamento de Ortopedia**

Caros Enfermeiros,

Eu, Mónica Ventura, estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, venho por este meio solicitar o V. importante contributo na realização de um Guia dirigido aos utentes/famílias, na área da Reabilitação Motora. De forma a desenvolver um Guia que vá ao encontro das reais necessidade e dificuldades dos utentes/famílias do Serviço, considera-se fundamental realizar numa 1ª fase um trabalho de auscultação das mesmas. Neste sentido, solicito a V. colaboração nas seguintes questões apresentadas.

Agradeço desde já a V. colaboração.

Enfermeira Mónica Ventura

- O objetivo deste questionário centra-se na auscultação dos conteúdos mais pertinentes a incluir num Guia para o utente e família com ensinamentos sobre exercícios de Enfermagem de Reabilitação Motora e recomendações de adaptação no seu domicílio.

1. Quais as cirurgias mais comuns realizadas a utentes internados no serviço? Refira as três mais comuns, na sua perceção.
2. De acordo com a sua experiência profissional, considera benéfica a criação de um Guia de apoio ao utente com exercícios e recomendações para a fase pós hospitalar?
3. Considerando as três cirurgias que referiu na questão anterior, mencione quais os conteúdos que considera mais importantes estarem incluídos no Guia para ensinamentos e recomendações para o domicílio.
4. Para além dos conteúdos referidos na questão acerca dos ensinamentos e recomendações existe mais alguma área que considera importante referir no Guia?
5. Para a realização desse Guia, de acordo com a população alvo, considera mais benéfico a elaboração de um folheto informativo ou a elaboração de pequenos vídeos demonstrativos dos exercícios a realizar?

6. Se existisse este material de apoio disponível para consulta/entrega ao utente iria utilizá-lo?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez

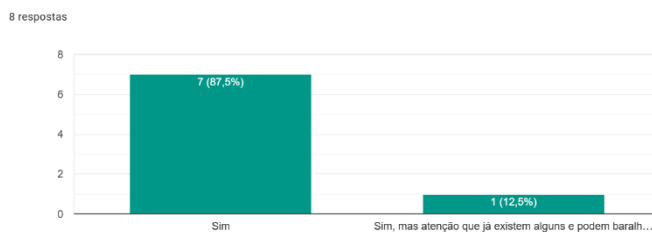
## **Apêndice S - Respostas ao Questionário para Diagnóstico de Situação dirigido aos EEER do Serviço de Internamento de Ortopedia**

1. Quais as cirurgias mais comuns realizadas a utentes internados no serviço? Refira as três mais comuns, na sua perceção.

**R:** Prótese Total da Anca (8); Prótese Total do Joelho (8); Cirurgia Coluna (2); Cirurgia Ombro (2); Encavilhamento do Fémur (4).

2. De acordo com a sua experiência profissional, considera benéfica a criação de um Guia de apoio ao utente com exercícios e recomendações para a fase pós hospitalar?

**R:**



3. Considerando as três cirurgias que referiu na questão anterior, mencione quais os conteúdos que considera mais importantes estarem incluídos no Guia para ensinos e recomendações para o domicílio.

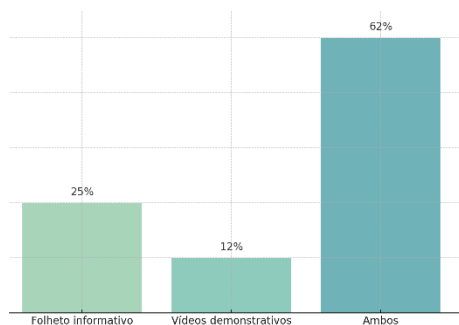
**R:** Atividades de Vida Diária; Cuidados Pós-operatório; Medicação; Meios de apoio; Exercícios; Posições luxantes; Mobilidade; Posicionamentos; Prevenção de Quedas; Cuidados a ter no domicílio.

4. Para além dos conteúdos referidos na questão acerca dos ensinos e recomendações existe mais alguma área que considera importante referir no Guia?

**R:** Cuidados ao penso; Prevenção da infeção; Papel do cuidador na promoção da autonomia; Ensinos à família.

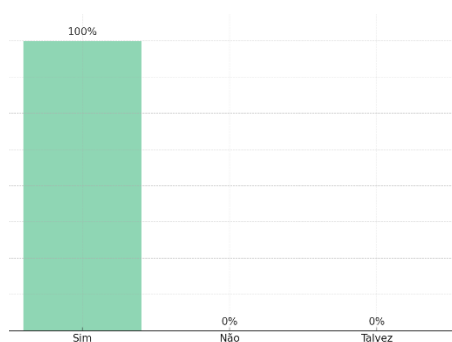
5. Para a realização desse Guia, de acordo com a população alvo, considera mais benéfico a elaboração de um folheto informativo ou a elaboração de pequenos vídeos demonstrativos dos exercícios a realizar?

**R:**



6. Se existisse este material de apoio disponível para consulta/entrega ao utente iria utilizá-lo?

**R:**



## **Apêndice T - Análise dos Resultados do Questionário Aplicado aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Internamento de Ortopedia**

Com o objetivo de recolher percepções e sugestões relativas à criação de um material educativo de apoio à pessoa em reabilitação no pós-operatório, foi aplicado um questionário aos EEER do Serviço de Ortopedia. O questionário foi composto por seis questões (quatro de resposta aberta e duas de resposta fechada), permitindo uma análise mista (qualitativa e quantitativa) dos dados.

### **1. Cirurgias mais comuns no serviço de Ortopedia**

Na percepção dos respondentes, as três cirurgias mais frequentemente realizadas no serviço são:

- **Prótese Total da Anca (PTA)** – 8 menções
- **Prótese Total do Joelho (PTJ)** – 8 menções
- **Encavilhamento do Fémur** – 4 menções
- **Cirurgia à Coluna** – 2 menções
- **Cirurgia ao Ombro** – 2 menções

As respostas demonstram uma prevalência clara das artroplastias (anca e joelho) como principais intervenções cirúrgicas, seguidas de procedimentos relacionados com fraturas do fémur.

### **2. Percepção sobre a criação de um Guia de apoio pós-alta**

Todos os profissionais (100%) consideraram **benéfica** a criação de um Guia com exercícios e recomendações para a fase pós-hospitalar, evidenciando uma percepção unânime da sua relevância na continuidade dos cuidados e reabilitação no domicílio.

### **3. Conteúdos prioritários para incluir no Guia**

As sugestões sobre os conteúdos mais relevantes a incluir no Guia centraram-se nos seguintes temas:

- Ensino das Atividades de Vida Diária;
- Cuidados pós-operatórios;
- Medicação e prevenção de infeções;
- Utilização de meios de apoio e prevenção de quedas;

- Exercícios de reabilitação e mobilidade;
- Posicionamentos e posições luxantes;
- Cuidados no domicílio e orientação ao cuidador.

Estes dados revelam a preocupação dos profissionais em abordar de forma integrada tanto os aspetos funcionais como os educativos e preventivos no período de convalescença.

#### **4. Outras áreas consideradas importantes**

Adicionalmente, foram referidos temas como:

- Cuidados ao penso;
- Prevenção da infeção;
- Papel do cuidador na promoção da autonomia;
- Ensinos à família.

Estes contributos reforçam a necessidade de incluir conteúdos dirigidos não apenas ao utente, mas também à rede de suporte informal.

#### **5. Formato mais adequado para o material de apoio**

Quanto ao formato mais eficaz para o material, os resultados foram:

- 25% preferem folheto informativo;
- 12% optam por vídeos demonstrativos;
- 63% consideram ambos os formatos mais adequados.

Este dado reforça a importância de adotar uma abordagem multimodal na comunicação, considerando os diferentes perfis de literacia em saúde da população-alvo.

#### **6. Intenção de utilização do material**

Todos os participantes (100%) afirmaram que utilizariam o material, caso este estivesse disponível, o que valida a pertinência da sua implementação em contexto clínico.

## **Guia para o Utente e Família**

### **Prótese Total da Anca**



O presente guia foi elaborado por uma estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa e é dirigido à pessoa submetida a artroplastia total da anca. Este guia visa ser uma ferramenta básica de orientação e esclarecimento de dúvidas. Neste guia vai encontrar informações acerca da cirurgia, exercícios de reabilitação para realizar em casa e algumas sugestões de preparação para o seu regresso ao domicílio. No final irá encontrar um QR code onde terá acessos a pequenos vídeos demonstrativos dos exercícios que poderá realizar autonomamente em casa.

#### **Em que consiste a cirurgia?**

A artroplastia ou prótese total da anca é uma cirurgia onde ocorre a substituição da articulação que liga a anca à perna por uma prótese (material artificial). Tem como objetivo a diminuição significativa da dor e consequente aumento da funcionalidade.

## **Orientações ANTES da cirurgia**

### O que deve trazer para o hospital:

- ✓ Roupas confortáveis e roupa interior
- ✓ Produtos de higiene pessoal (desodorizante, escova e pasta dos dentes, pente, etc.)
- ✓ Calçado fechado e antiderrapante
- ✓ Outros objetos pessoais (próteses dentárias, óculos, próteses auditivas)
- ✓ Auxiliares de marcha (2 canadianas ou andador)
- ✓ Medicação habitual
- ✓ Exames que tenha realizado

### Preparação da pele:

- ✓ Remover o verniz das unhas
- ✓ No dia anterior à cirurgia deve realizar o banho com clorexidina (solução antisséptica)
- ✓ Deverá cumprir jejum de sólidos e líquidos de, pelo menos, 8 horas

## **Orientações no DIA da cirurgia**

### Cuidado a ter:

- ✓ Tomar banho com clorexidina, não colocar cremes ou loções hidratantes no corpo nem desodorizante.
- ✓ Deve manter o jejum de sólidos e líquidos.
- ✓ Retirar adornos (brincos, pulseiras, anéis, piercings).
- ✓ Retirar próteses (dentárias, auditivas e lentes de contacto).
- ✓ Tomar apenas a medicação que for indicada pelo enfermeiro.

## **Orientações APÓS a cirurgia**

A analgesia no pós-operatório irá permitir que inicie a reabilitação precocemente com a dor controlada.

É aconselhado iniciar o programa de reabilitação o mais precocemente possível de modo a promover:

- Ganho de força muscular
- Aumento da capacidade funcional
- Aumento da autonomia/independência

Estes fatores irão diminuir o tempo de internamento necessário para a sua recuperação e consequentemente promovem a sua qualidade de vida.

O programa de reabilitação no pós-operatório preconiza mobilizações precoces na cama, a realização de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos livres das articulações do membro operado, o treino para as atividades de vida diárias e a promoção da sua autonomia/independência. Durante o internamento os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em conjunto com os fisioterapeutas, irão realizar exercícios para fortalecimento muscular e aumento da funcionalidade do membro operado, irão realizar treinos e ensinamentos sobre as atividades de vida diária para que o seu regresso a casa seja o mais precoce possível e decorra sem intercorrências ou fatores de stress.

Todas as suas dúvidas e receios serão esclarecidos, para que o seu regresso a casa decorra da melhor maneira possível.

#### **Cuidados com a ferida operatória:**

- ✓ Deve realizar o penso conforme indicado pelo médico na nota de alta.
- ✓ Após retirar os pontos/agafos deve colocar creme na cicatriz operatória todos os dias.
- ✓ No primeiro ano, aplicar na cicatriz operatória fator de proteção 50+ a cada duas horas quando exposto a luz solar.

#### **Deve vigiar a ferida operatória, mantendo-se atento aos sinais de infeção:**

- |                     |                                             |
|---------------------|---------------------------------------------|
| ➤ Dor               | ➤ Calor na região da ferida operatória      |
| ➤ Rubor/vermelhidão | ➤ Febre ( <a href="#"><u>&gt;38°C</u></a> ) |

Se apresentar estes sinais deve entrar em contacto com o Hospital (consultar os contactos no final deste guia).

## Exercícios para realizar no domicílio

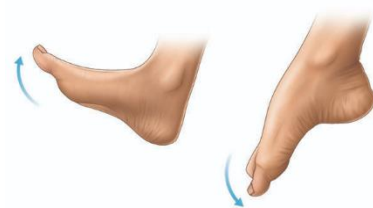
### - Exercícios para os membros inferiores

#### • Exercícios que pode realizar deitado

##### 1. Mobilização do tornozelo

Mover os pés alternadamente para trás e para a frente.

Execute estes movimentos 10 a 15 vezes em cada perna.



##### 2. Ativação do quadricípite

Colocar uma almofada pequena, um rolo ou toalha enrolada debaixo do joelho da perna operada e pressionar contra o colchão.

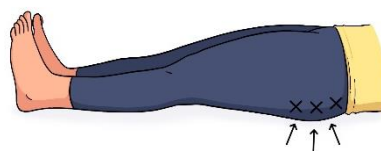
Manter a contração durante 5 a 10 segundos



##### 3. Ativação dos glúteos

Com as pernas em extensão contrair os glúteos um contra o outro.

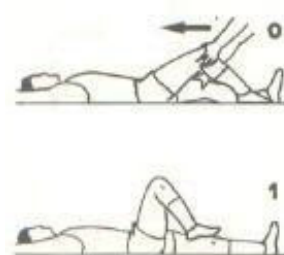
Manter a contração durante 5 a 10 segundos.



##### 4. Flexão da anca e joelho

Levar o calcanhar do membro operado na direção do glúteo deslizando o calcanhar pelo colchão, de seguida, volte à posição inicial.

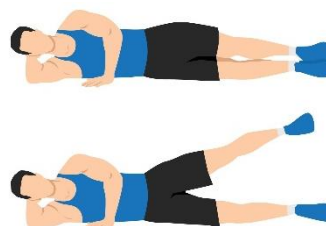
Repita o exercício 10 a 15 vezes.



##### 5. Abdução da anca

Deitado de barriga para cima, afastar o membro operado para fora e retomar à posição inicial.

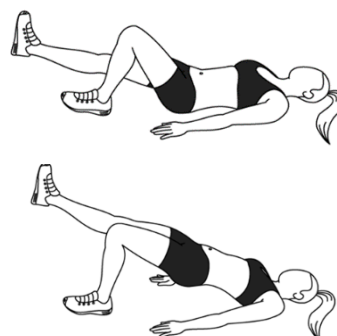
Repita o exercício 10 a 15 vezes.



##### 6. Ponte de glúteos

Com os braços ao longo do corpo e fletindo o joelho da perna sã vai levar a bacia mantendo a perna operada em extensão.

Repita o exercício 5 a 10 vezes.



**Exercícios para realizar em pé** (apoiado no andarilho, parapeito de uma janela ou superfície segura)

1. Flexão plantar

Levantar ambos os calcanhares do chão o mais alto que conseguir. Mantenha a posição durante 5 segundos.

Repita o exercício 10 a 15 vezes.



2. Abdução da anca

Com o joelho em extensão, afaste a perna operada para o lado o máximo que conseguir sem inclinar o tronco. Retome à posição inicial.

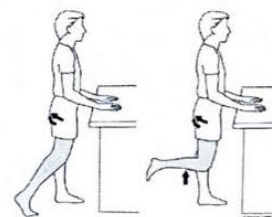
Repita o exercício 10 a 15 vezes.



3. Flexão do joelho

Dobre o joelho da perna operada em direção aos glúteos. Mantenha o tronco direito.

Repita o exercício 10 a 15 vezes.



4. Flexão do joelho e anca

Dobre o joelho da perna operada para a frente.

Mantenha o tronco direito.

Repita o exercício 10 a 15 vezes.



5. Extensão da anca

Apoie-se sobre a perna sã. Levante a perna operada para trás, mantendo-a sempre em extensão. Mantenha o corpo alinhado.

Repita o exercício 10 a 15 vezes.



6. Agachamento

Mantendo o tronco alinhado e direito, fletir ambos os joelhos lentamente. Regressar à posição inicial.

Repita o exercício 5 a 10 vezes.



### - Exercícios para os membros superiores

Pode realizar os exercícios em pé ou sentado. Se conseguir utilize um halter ou algo que consiga agarrar com a mão e que tenha algum peso (ex.: garrafa com água, pacote de arroz).

Deve fazer movimentos lentos e controlados de forma a manter a ativação correta dos músculos.

#### 1. Exercícios de fortalecimento muscular

Com o braço a 90° dobre o cotovelo de modo a levar a mão ao ombro mantendo a palma da mão virada para cima.

Repetir o exercício 10 vezes em cada braço.



Com o cotovelo junto à orelha, leve a mão desde o ombro até ao teto, esticando o cotovelo. Com a mão oposta segure o outro braço.

Repetir o exercício 10 vezes em cada braço.



Mantenha o braço esticado e eleve o braço acima da cabeça.

Repetir o exercício 10 vezes em cada braço.

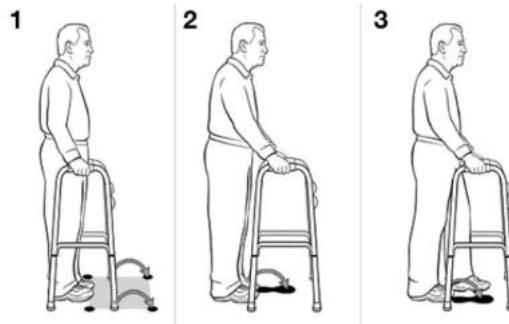


## ENSINOS PARA A MARCHA

### ➤ **Marcha com andarilho:**

- 1º Avance o andarilho (tentando manter mais carga na perna não operada);
- 2º Avance a perna operada (o primeiro apoio do pé no chão deve ser com o calcanhar);
- 3º Avance a perna sã (fazendo a carga nos braços apoiados no andarilho).

\*Sempre que necessitar de mudar de direção deve fazer a rotação do corpo pelo lado sã.



### ➤ **Marcha com canadianas:**

- 1º Avance as canadianas (à largura dos ombros e sem se inclinar para a frente);
- 2º Avance a perna operada (o primeiro apoio do pé no chão deve ser com o calcanhar);
- 3º Avance a perna sã (fazendo a carga nos braços apoiados nas canadianas).

\*Sempre que necessitar de mudar de direção deve fazer a rotação do corpo pelo lado sã.



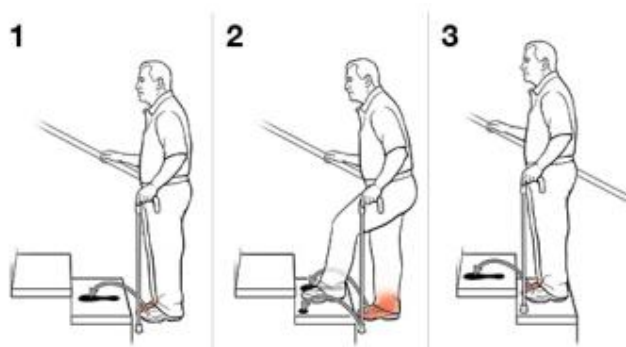
## ENSINOS PARA SUBIR E DESCER ESCADAS

### ➤ Subir escadas com canadianas:

- A) Subir com o membro são, mantendo as canadianas no degrau de baixo;
- B) Subir com o membro operado;
- C) Subir as canadianas.

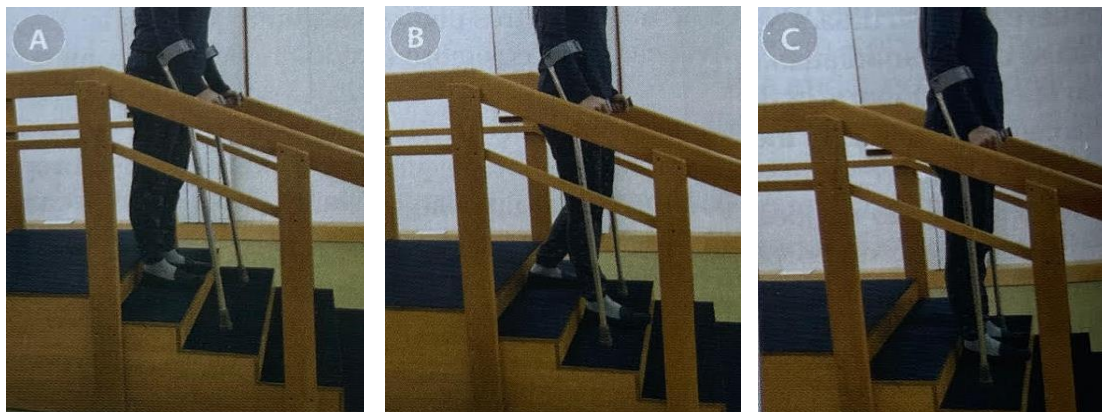


Se só usar uma canadiana ou uma bengala, utilize o corrimão como apoio.



➤ **Descer escadas com canadianas:**

- A) Colocar as canadianas no degrau de baixo;
- B) Descer o membro operado;
- C) Apoiar-se e fazer força nas canadianas e descer o membro não operado.



Se só usar uma canadiana ou uma bengala, utilize o corrimão como apoio.



## RECOMENDAÇÕES PARA RETOMAR AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

### Posicionamento no leito:

- Deitado/a de barriga para cima.
- Deitado/a sobre o lado não operado com uma ou duas almofadas entre as pernas de forma a ficar com corpo alinhado.
- Deitado/a ligeiramente sobre o lado operado, o que tolerar.

### Levantar da cama:

1. **Sair pelo lado da perna operada;**
2. Deitado/a, chegar o corpo para a beira da cama;
3. Para se sentar, apoia os antebraços e cotovelos na cama e roda as pernas para mantendo a perna operada em extensão;
4. Apoiar os pés no chão, olhar em frente e contar até 10 para recuperar o equilíbrio;
5. Quando se encontrar estável levantar-se fazendo força com as pernas e com as mãos contra a cama;
6. Após se encontrar de pé apoiar-se no andarilho ou canadianas para iniciar a marcha.

### Retornar à cama:

1. Entrar pelo lado da perna sã;
2. Posicione-se de forma a sentir a cama atrás dos seus joelhos;
3. Retire as mãos do andarilho ou canadianas e apoie-as na cama fletindo o joelho da perna sã mantendo a perna operada em extensão deixando-a deslizar para a frente no chão;
4. Para se deitar, incline o tronco para trás apoiando o peso nos cotovelos e antebraços e rode as pernas para dentro da cama mantendo a perna operada em extensão.



### Levantar da cadeira/sofá

1. Garantir que tem as canadianas ou o andarilho ao seu alcance;
2. Mantendo o membro operado em extensão, apoiar as mãos nos braços da cadeira/sofá e juntamente com o membro inferior são realizar força para se colocar de pé;
3. De seguida, apoiar-se nas canadianas ou andarilho e iniciar a marcha.



### Sentar na cadeira/sofá:

1. Posicione-se de forma a sentir a cadeira/sofá atrás dos seus joelhos;
2. Colocar a perna operada em extensão antes de se sentar;
3. Pouse o andarilho ou as canadianas e apoie as mãos nos braços da cadeira/sofá;
4. Baixe-se lentamente usando a força das mãos nos braços da cadeira deixando a perna operada deslizar para a frente, garantindo que esta se encontra SEMPRE em extensão.

Se utilizar uma cadeira sem apoio de braços, deve optar por se sentar de lado na cadeira para que consiga apoiar um dos braços no encosto da mesma e o outro braço no assento. Depois de se sentar, deve girar o tronco segurando na perna operada com as mãos para que esta acompanhe o movimento.



### Utilização do sanitário:

Para a utilização do sanitário, este deve ser adaptado, colocando um alteador de sanita como mostra a imagem na página 17. **Não deverá sentar-se inclinando o corpo para a frente.**

#### **Para se sentar deve:**

1. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar;
2. Apoiar-se nas barras de apoio e baixar-se lentamente usando a força de ambos os braços e da perna sã.
3. Para se levantar, proceder de forma inversa.

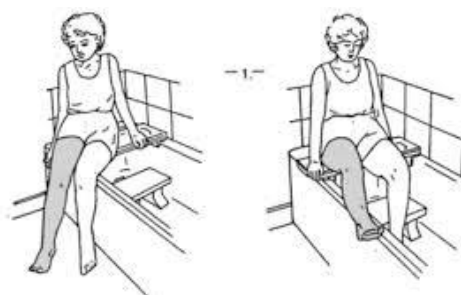
### Banho:

É muito importante que o ambiente da casa de banho seja adaptado para garantir a sua segurança, para isso, se possível, deve colocar uma barra de apoio na parede no duche/banheira e adquirir uma cadeira de banho ou banco para tomar banho sentado. Se possível, utilizar base de duche em vez de banheira durante o período da recuperação.

Para auxiliar na lavagem das pernas e pés pode utilizar uma esponja de cabo longo, **nunca esquecendo que não se pode inclinar para a frente para alcançar os pés.**

#### **Entrar na banheira:**

1. Sentar-se na cadeira de banho ou banco;
2. Primeiro entra o membro sã;
3. De seguida entra o membro operado.
4. Para sair, o membro operado sai em **extensão**.



### Vestir:

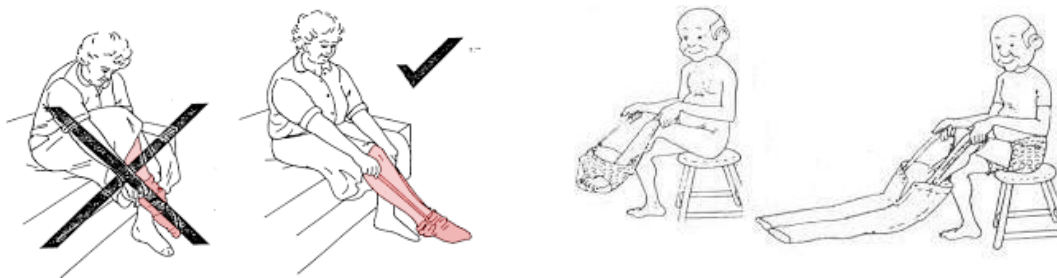
1. Vestir a perna operada;
2. De seguida, vista a perna sã.

### Despir:

1. Despir a perna operada;
3. De seguida, despe a perna sã.

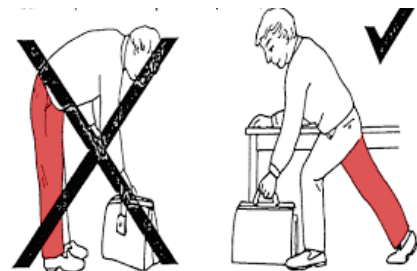
Para o ajudar na tarefa de vestir, pode adquirir alguns auxiliares, tais como:

- ✓ Calça-meia/calçadeira que permite calçar as meias e sapatos sem dobrar a perna operada;
- ✓ Gancho para o ajudar a descalçar e a vestir e despir a roupa.



### Apanhar objetos do chão:

1. Utilizar os membros superiores para se apoiar;
2. Mantar o membro operado em extensão;
3. Fletir o membro sã.

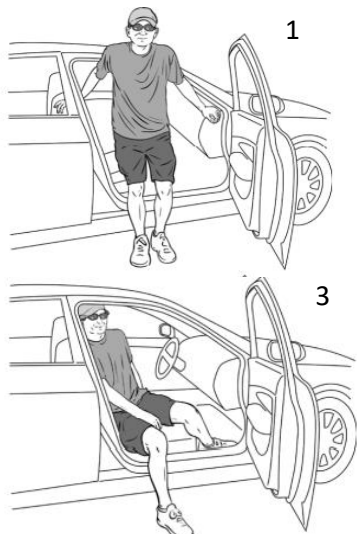


Uma alternativa para apanhar objetos é adquirir um gancho/pinça.



### Entrar e sair do carro:

1. O banco deve estar o mais recuado possível e o encosto reclinado para trás antes de entrar no carro;
2. Entre no carro de costas e deve sentar-se no banco com as pernas de fora;
3. Utilize os braços para se apoiar no banco e tablier enquanto se senta, mantendo a perna operada em extensão;
4. Depois de sentado, rode o tronco e passe uma perna de cada vez para dentro do carro; Não cruze as pernas
5. Inverta o processo para sair do carro.

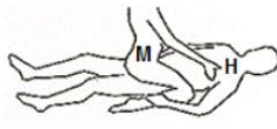
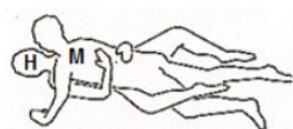


### Orientações para a atividade sexual

A atividade sexual é uma dimensão importante na qualidade de vida da pessoa e por esse mesmo motivo deve ser um tema para abordar sem receios junto do profissional de saúde de forma a esclarecer todas as suas dúvidas.

Dependendo do ritmo de recuperação de cada pessoa, por norma, a atividade sexual pode ser recomeçada 6 a 8 semanas após a cirurgia, desde que não sinta dor e se sinta confortável em relação à sua mobilidade e força do membro operado.

As posições sexuais aqui aconselhadas são seguras para homens e mulheres.



### Prevenção de acidentes domésticos:

- Não utilizar camisas de noite ou roupões compridos;
- Dispor os móveis de casa deixando espaço para andar sem encontrar obstáculos;
- Não andar em pavimentos molhados;
- Retirar os tapetes pequenos do chão;
- Não deixar fios elétricos caídos no chão;
- Colocar barras de apoio na banheira ou duche;
- Colocar tapetes antiderrapantes no interior da banheira e/ou duche;
- Não andar pela casa a baixa ou média luz.

### Outros cuidados a ter:

- ✓ Uma alimentação equilibrada é fundamental para um bom funcionamento do organismo. Por isso, evite o aumento de peso;
- ✓ O repouso e a colocação de gelo local são importantes para prevenir a dor e o inchaço;
- ✓ A medicação deve ser tomada conforme prescrição médica;
- ✓ Ao utilizar canadianas/andador verifique o estado das borrachas dos pés para prevenir quedas;
- ✓ Deve comparecer na consulta médica na data indicada.

### O que não deve fazer:

- ❖ **NÃO** cruzar as pernas ou os tornozelos (em pé, sentado ou deitado);
- ❖ **NÃO** dobrar a anca mais de 90° (Inclinar-se para a frente quando estiver sentado/Elevar o joelho mais alto que o nível da coxa/Colocar o pé num banco quando estiver sentado);
- ❖ **NÃO** se sentar em cadeiras ou bancos baixos;
- ❖ **NÃO** rodar sobre a perna operada.
- ❖ Evite agachar-se, ajoelhar-se ou inclinar-se para a frente.

### Sinais de alerta

- Dor, rubor ou calor no local da ferida cirúrgica
- Febre (temperatura >38°C)
- Dor súbita no peito
- Dificuldade em respirar/falta de ar

### Preparação do domicílio

É fundamental que prepare a sua casa para tornar o seu regresso confortável e seguro e para isso é necessário realizar algumas adaptações, tais como:

- Organize os itens de uso diário (vestuário, utensílios do wc, cozinha e sala) de maneira a serem de fácil alcance, ou seja, entre o nível da cintura e ombros.
- Retire mobiliário, tapetes ou fios nos quais possa tropeçar ou que impeçam a passagem segura, para se poder movimentar facilmente com os auxiliares de marcha.
- Para o wc deve adquirir um alteador de sanita com apoio lateral para diminuir a flexão da anca e o ajudar na transferência do sentar na sanita.
- Para o chuveiro pode ser necessário adquirir uma barra lateral de apoio, uma cadeira/banco adaptado e no caso de banheira deve adquirir uma tábua de banho.
- Pode adquirir pinças que o vão ajudar a vestir as calças e meias e que servem também para apanhar objetos do chão. É importante também ter uma calçadeira de sapatos comprida.

A maioria dos materiais referidos poderá ser adquirido em farmácias ou lojas de material ortopédico. Se tiver dificuldades em selecionar os produtos de apoio que necessita de adquirir fale com a equipa de enfermagem para o ajudar no esclarecimento das suas dúvidas.

## MATERIAIS DE APOIO



Alteador de sanita com  
apoio de braços



Barra lateral de apoio



Banco para banheira



Cadeira adaptada  
para a banheira



Cadeira adaptada  
para o duche

**Apêndice V - Tabela para Diagnóstico de Situação – Serviço de Internamento de Ortopedia**

| <b>Etapa</b>                                            | <b>Descrição da Atividade Desenvolvida</b>                                                                                                                                     | <b>Responsável</b>      |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>1. Levantamento de necessidades</b>                  | Identificação das principais dúvidas e dificuldades dos utentes e cuidadores durante os ensinamentos, através de observação direta, auscultação informal e validação com a SC. | Estudante / SC          |
| <b>2. Planeamento dos conteúdos</b>                     | Definição dos temas-chave a abordar: AVD afetadas no pós-operatório, exercícios de reabilitação funcional motora, recomendações para o domicílio.                              | Estudante               |
| <b>3. Elaboração do folheto informativo</b>             | Criação de material escrito com linguagem simples e ilustrações, contendo QR code com ligação a vídeos demonstrativos realizados pela estudante.                               | Estudante               |
| <b>4. Validação científica preliminar</b>               | Revisão do conteúdo pela SC e SP, garantindo coerência e adequação.                                                                                                            | SC / SP                 |
| <b>5. Avaliação por profissionais especializados</b>    | Apresentação do folheto e vídeos a três EEER; recolha de sugestões de melhoria e reformulação de linguagem.                                                                    | Estudante / EEER        |
| <b>6. Avaliação com utentes e cuidadores</b>            | Aplicação do material a dois utentes e cinco familiares, com recolha de feedback sobre clareza, utilidade e aplicabilidade.                                                    | Estudante               |
| <b>7. Reformulação final</b>                            | Integração das sugestões e revisão final do folheto e vídeos.                                                                                                                  | Estudante               |
| <b>8. Disponibilização e apresentação institucional</b> | Colocação do material no serviço de internamento e apresentação formal pela SC em reunião multidisciplinar para futura aprovação institucional.                                | Estudante / SC / Equipa |

## Apêndice W - Folheto Informativo “Artroplastia Total da Anca”

### Vestir e Despir

Para **vestir** começa pela perna operada e de seguida, veste a perna sã.

Para **despir** começa pela perna operada e de seguida, despe a perna sã.

Para o ajudar na tarefa de vestir e calçar, pode adquirir alguns auxiliares, tais como:

- Calça-meia/calçadeira que permite calçar as meias e sapatos sem dobrar a perna operada;
- Gancho para o ajudar a descalçar e a vestir e despir a roupa.



### Andar com andarilho/canadianas

1. Avança as duas canadianas ao mesmo tempo;
2. Avança a perna operada;
3. Avança a perna boa (fazendo a carga nos braços apoiados no andarilho/canadianas).

Sempre que necessitar de mudar de direção deve fazer a rotação do corpo pelo lado sã.

### Subir e descer escadas

#### Subir:

1. Subir com o membro sã, mantendo as canadianas no degrau de baixo;
2. Subir com o membro operado;
3. Subir as canadianas.



#### Descer:

1. Colocar as canadianas no degrau de baixo;
2. Descer o membro operado;
3. Apoiar-se fazendo força nas canadianas e descer o membro não operado.



### EXERCÍCIOS PARA O DOMICÍLIO

Neste QR CODE vai encontrar pequenos vídeos demonstrativos dos exercícios que pode realizar autonomamente no domicílio.



## Artroplastia Total da Anca



### Regresso ao domicílio

Este folheto é dirigido a si, que foi submetido a uma cirurgia à anca para colocação de uma prótese.

**Objetivo:** promover a sua adaptação a esta nova condição e facilitar o processo de regresso a casa.

Serviço de Internamento

Contactos -

### Higiene diária

É muito importante que o ambiente da casa de banho seja adaptado para garantir a sua segurança. Para isso, se possível, deve:

- Colocar uma barra de apoio na parede no duche/banheira;
- Adquirir uma cadeira de banho ou banco para tomar banho sentado.
- Adquirir um alteador de sanita.

Para auxiliar na lavagem das pernas e pés pode utilizar uma esponja de cabo longo, nunca esquecendo que não se pode inclinar para a frente para alcançar os pés.

#### Entrar na banheira:

- Sentar-se na cadeira de banho ou banco ficando virado de frente para a torneira;
- Manter o membro operado em extensão nas transferências de entrar/sair.



### Sentar e levantar

Para se **sentar** baixe-se lentamente usando a força das mãos nos braços da cadeira/sofá deixando a perna operada deslizar para a frente, garantindo que esta se encontra **SEMPRE em extensão**.

Para se **levantar** coloque o membro operado em extensão, apoie as mãos nos braços da cadeira/sofá e juntamente com o membro inferior sã faça força para se colocar de pé.

Não se sente em bancos ou cadeiras baixas que o/a obriguem a fazer mais de 90º de flexão da anca. De preferência utilize cadeiras com apoio de braços para o ajudar a sentar e levantar. **Nunca cruze as pernas.**



Se utilizar uma cadeira **sem apoio de braços**, deve optar por se sentar de lado na cadeira para que consiga apoiar um dos braços no encosto da mesma e o outro braço no assento.



### Posicionamento na cama

Se desejar dormir de lado com a perna operada virada para cima, é necessário colocar uma almofada entre as pernas, de maneira a manter o alinhamento do corpo.

Se desejar dormir de barriga para cima deve colocar uma almofada entre as pernas.



### Entrar e sair da cama

Entrar pelo lado da perna sã.  
Sair pelo lado da perna operada.

### Apanhar objetos do chão

Para apanhar um objeto do chão, segure-se, estique a perna operada para trás mantendo-a em extensão e dobre-se sobre a perna sã.



## **Apêndice X - Descrição das Atividades Desenvolvidas | Serviço de Internamento de Pediatria – Objetivo 1**

O presente apêndice apresenta as intervenções realizadas no âmbito do estágio com crianças e jovens em diferentes faixas etárias e com diversos diagnósticos clínicos. Estas intervenções, enquadradas nas áreas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) e Reabilitação Funcional Motora (RFM), refletem a necessidade de adaptar as estratégias terapêuticas à idade, condição clínica e características individuais de cada utente. A diversidade de casos acompanhados permitiu aplicar uma abordagem diferenciada e centrada na criança, respeitando o seu estágio de desenvolvimento e promovendo a sua funcionalidade de forma personalizada.

### **Exemplos clínicos:**

#### **1. Criança de 1 ano (idade corrigida), prematura (27 semanas):**

Durante o Estágio, realizei várias sessões de reabilitação, envolvendo sempre os pais. A intervenção focou-se no fortalecimento muscular e na estimulação visual e sensorial. Foram realizados exercícios de tummy time para promover o desenvolvimento muscular do pescoço, ombros, costas e braços, uma vez que a criança ainda não sustentava a cabeça autonomamente. Estes exercícios tinham também como objetivo estimular a perceção visual e sensorial, utilizando, por exemplo, uma roca (indicada pelos pais como brinquedo preferido) para incentivar a lateralização, flexão e extensão do pescoço.

Para o fortalecimento muscular do tronco e pescoço, realizei exercícios de RFM como: sentar a criança na cama, garantindo o suporte necessário com os braços para manter a postura adequada. Para a estimulação sensorial, recorri a diferentes materiais como plástico, papel, sacos de arroz e um piano de brincar, de modo a proporcionar experiências sensoriais variadas. Durante todas as sessões, a criança mantinha-se monitorizado com oxímetro para avaliar continuamente a SpO<sub>2</sub>, e a duração das intervenções foi cuidadosamente ajustada para evitar a fadiga.

Antes de cada sessão, era explicado detalhadamente aos pais os objetivos e benefícios das intervenções propostas, promovendo sempre o seu envolvimento ativo. Foram também realizadas sessões de ensinamentos, orientando os pais sobre atividades simples que poderiam implementar ao longo do dia para estimular o desenvolvimento da criança e o momento mais adequado para as realizar.

## **2. Criança de 2 anos com pneumonia bilateral, pós-ECMO:**

A criança de 2 anos apresenta um diagnóstico clínico de pneumonia bilateral, esteve anteriormente internada na unidade de cuidados intensivos pediátricos em ECMO. Aquando a minha chegada ao serviço de internamento, a criança, encontrava-se com suporte de oxigénio por óculos nasais a 2l/min com SpO<sub>2</sub> entre os 95 e 97% e sem tónus muscular suficiente para assumir a posição ortostática sem apoio. As intervenções de ER com esta criança envolveram a RFM e RFR.

**RFR:** Expansão pulmonar através da utilização das bolas de sabão. Através do sopro controlado necessário para formar as bolas de sabão, foi possível estimular o prolongamento da expiração e aumentar a mobilização das secreções, promovendo assim uma melhor ventilação alveolar. Esta técnica, inserida na lógica da brincadeira terapêutica, revelou-se eficaz não só do ponto de vista fisiológico, como também na adesão da criança à intervenção, uma vez que o ambiente lúdico permitiu a sua participação ativa e espontânea. A intervenção foi cuidadosamente monitorizada, com vigilância da SpO<sub>2</sub>, adaptação do tempo de atividade à resistência da criança e reforço positivo constante. Para além do objetivo clínico de expansão pulmonar, esta atividade promoveu o treino do padrão respiratório e ajudou a reduzir a ansiedade associada ao internamento, permitindo também envolver os pais, que assistiram e foram encorajados a replicar a atividade em casa de forma segura. Foram também realizados e validados ensinamentos acerca da limpeza das vias aéreas através da lavagem nasal.

**RFM:** Foi promovida a estimulação da mobilidade através da brincadeira no chão, com a colocação de um colchão no quarto, de modo a permitir que os pais realizassem esta atividade durante o período de internamento e, assim, evitassem longos períodos da criança no berço. Para fortalecimento muscular dos membros inferiores, foram realizados exercícios com o uso de uma mota de brincar disponível no serviço. A criança foi incentivada a deslocar-se pelo corredor montada na mota, utilizando a força das pernas como forma de estimular a marcha. Inicialmente, não conseguia fazê-lo de forma autónoma, sendo necessário o uso de um bastão como apoio, permitindo que a criança se segurasse com as mãos para melhorar o equilíbrio e auxiliar no movimento. A partir da 4.<sup>a</sup> sessão de treino, a criança conseguiu deslocar-se de forma autónoma na mota pelo corredor, percorrendo curtas distâncias com sucesso.

### **3. Criança de 7 anos, previamente saudável, submetida a craniotomia com diagnóstico de meningite:**

Internada após transferência dos cuidados intensivos, encontrava-se acamada, sem controlo dos esfíncteres, com fala comprometida (emitia gemidos), hemiparesia à esquerda, alimentação por sonda nasogástrica, paresia facial sem encerramento palpebral à esquerda e sem cumprimento de ordens. Os principais objetivos definidos no plano de cuidados de ER foram:

- Manutenção da integridade músculo-esquelética do hemicorpo esquerdo;
- Fortalecimento muscular progressivo do hemicorpo direito;
- Prevenção de complicações respiratórias e circulatórias associadas à imobilidade prolongada;
- Promoção da percepção sensorial e da consciência corporal;
- Promoção da autonomia nas AVD, com foco no autocuidado básico;
- Envolvimento ativo da família no plano de cuidados.

As intervenções foram avaliadas ao longo do internamento com recurso aos seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Faces para avaliação da dor, Escala de Humpty Dumpty para avaliação do risco de queda e Escala MRC para avaliação da força muscular e Escala de Coma de Glasgow para avaliação do estado de consciência.

### **4. Adolescente de 14 anos, internado por sintomatologia de etiologia gastrointestinal ainda por esclarecer.**

Apresentava-se sem diagnóstico clínico específico, mas com queixas gastrointestinais, perdas de sangue pelas fezes e sinais evidentes de desnutrição: emagrecimento acentuado, palidez cutânea e sinais aparentes de desidratação. À avaliação inicial foi aplicada a Escala de MRC, verificando-se uma diminuição da força muscular em todos os quatro membros (4/5). Durante a execução de exercícios simples, a Escala de Borg Modificada indicou um valor de 7/10, refletindo um esforço percebido elevado, mesmo em atividades de baixa intensidade.

O plano de cuidados de ER centrou-se na RFM e na correção postural, tendo como objetivos principais: o fortalecimento muscular global, a melhoria da tolerância ao esforço, e o treino da percepção corporal e respiratória. As intervenções incluíram:

- Exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores, superiores e região do core, sem carga;
- Utilização de pedaleira para mobilização ativa dos membros inferiores e superiores;
- Treino de marcha no corredor, com supervisão e pausas programadas;
- Exercícios de correção postural com bastão;
- Treino de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, como estratégia para gestão do cansaço.

Devido à baixa tolerância ao esforço e queixas frequentes de dores musculares e câibras, as sessões foram limitadas a 15/20 minutos, com exercícios simples e objetivos claros, de modo a garantir a adesão e motivação do adolescente ao plano de cuidados.

No momento da alta hospitalar, foi elaborado um plano de continuação da reabilitação no domicílio, em articulação com o utente e a irmã (cuidadora principal), composto por uma rotina de exercícios simples, seguros e realistas para a sua condição. De modo a promover o envolvimento ativo e reforçar a autonomia do adolescente no processo, foi-lhe proposto que ilustrasse ele próprio os exercícios prescritos, integrando um dos seus hobbies (o desenho) no plano terapêutico. Esta estratégia visou não apenas o reforço da adesão, mas também o reconhecimento do adolescente como sujeito ativo no seu processo de reabilitação.

**Apêndice Z - Estudo de Caso: Serviço de Internamento de Pediatria**

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

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM  
RELATÓRIO MÓDULO II**

---

**Capacitar para Recuperar: Intervenção do EEER  
em Idade Pediátrica com Envolvimento Familiar –  
Um Estudo de Caso**

---

Mónica Ventura, nº 8689

Docente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

ANO LETIVO 2024/2025

## **Siglas**

AVD – Atividade de Vida Diária

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MSD – Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

MRC – Medical Research Council

## Índice

|       |                                                                 |     |
|-------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| I.    | Introdução .....                                                | 161 |
| II.   | Colheita de Dados.....                                          | 162 |
| III.  | Enquadramento Teórico .....                                     | 163 |
| IV.   | Avaliação Inicial.....                                          | 164 |
| V.    | Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação ..... | 165 |
| VI.   | Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação .....     | 168 |
| VII.  | Avaliação Final.....                                            | 170 |
| VIII. | Considerações Finais .....                                      | 172 |
| IX.   | Referências Bibliográficas.....                                 | 173 |

### **Índice de Quadros**

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro nº1 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....        | 9  |
| Quadro nº 2 – Atividades desenvolvidas no plano de Enfermagem de Reabilitação..... | 12 |

## **I. Introdução**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Módulo II, no 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior De Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, foi considerada a realização de um estudo de caso no contexto do Serviço de Internamento de Pediatria decorrido no período entre 3 de Março e 4 de Abril de 2025.

O estudo de caso constitui uma abordagem metodológica adequada para explorar fenómenos sociais ou clínicos complexos, especialmente quando se pretende compreender a realidade em profundidade e em estreita ligação com o contexto onde ocorre<sup>1</sup>. Esta metodologia é particularmente útil quando os limites entre o fenómeno em análise e o seu enquadramento contextual não estão claramente definidos, permitindo uma análise abrangente e integradora da situação.

Neste trabalho, recorreu-se à metodologia de estudo de caso com o objetivo de descrever, de forma sistemática, a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação a uma criança internada, no âmbito do ensino clínico em contexto pediátrico.

A estrutura de apresentação segue as etapas do processo de enfermagem, iniciando-se pela avaliação inicial, passando pela identificação dos diagnósticos de enfermagem, delineamento e execução de um plano de intervenção individualizado, culminando com a avaliação dos resultados obtidos e a reflexão final sobre a intervenção realizada.

## **II. Colheita de Dados**

O presente caso clínico refere-se a uma criança do sexo feminino com 7 anos de idade, previamente saudável, com antecedentes pessoais de otites de repetição. Foi internada após o agravamento de um quadro de otite aguda, que evoluiu rapidamente para um quadro grave de meningite bacteriana. Dada a gravidade do quadro neurológico, foi submetida a uma craniotomia descompressiva, sem aproveitamento da calote óssea, com o objetivo de controlar a hipertensão intracraniana decorrente do edema cerebral.

À data da admissão na unidade de internamento pediátrico, a criança encontrava-se numa situação de doença aguda, apresentando um elevado grau de dependência funcional e múltiplos défices neurológicos. A criança encontrava-se acamada, com hemiparesia esquerda, paresia facial com dificuldade no encerramento palpebral esquerdo, comunicação comprometida (emitia apenas gemidos), alimentação por sonda nasogástrica, sem controlo dos esfíncteres e sem resposta a ordens verbais. Avaliação inicial com escala de força muscular MRC: 1/5 no hemicorpo esquerdo e 3/5 no direito. Índice de Independência Funcional (MIF): 18 pontos (dependência total). Escala de Risco de Queda Humpty Dumpty: 14 pontos (risco elevado).

Este estado clínico determinou a necessidade de cuidados diferenciados no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, com intervenção precoce, planeada e contínua, focada na preservação da integridade funcional e na promoção da autonomia da criança.

### III. Enquadramento Teórico

A Enfermagem de Reabilitação Pediátrica exige um olhar multidimensional sobre o desenvolvimento infantil, considerando os aspetos físicos, cognitivos, emocionais e funcionais. Inclui a seleção cuidadosa de estratégias terapêuticas adaptadas à idade e condição clínica, com foco na mobilidade, autonomia e comunicação da criança<sup>2</sup>. É reconhecida ainda como uma prática especializada que integra a família como parceira ativa, fortalecendo o vínculo e favorecendo a continuidade dos cuidados em casa. A família exerce um papel crucial na reabilitação pediátrica, atuando como cuidadora e mediadora no processo. O envolvimento familiar, desde o planeamento até à intervenção, contribui para a continuidade dos cuidados, reforço emocional da criança e melhoria da autonomia no domicílio<sup>3</sup>. Este modelo colaborativo encoraja a coresponsabilização e empoderamento dos familiares, em linha com os princípios da Enfermagem Centrada na Família.

A brincadeira terapêutica é uma estratégia central na prática da Enfermagem em contexto pediátrico, utilizada como recurso para promoção da saúde física e emocional da criança hospitalizada. Consiste num uso estruturado e intencional do brincar — dramatizações, jogos simbólicos, manipulação de brinquedos, desenhos — adaptado à faixa etária e condição clínica. Visa criar um ambiente seguro, reduzindo ansiedade, promovendo expressão emocional, facilitando a aceitação dos procedimentos e estimulando o desenvolvimento motor, cognitivo e social, além de fortalecer o vínculo com a equipa profissional e a família. Estudos demonstram que a prática da brincadeira terapêutica contribui para<sup>4,5</sup>:

- Diminuição do stress e ansiedade durante o internamento;
- Melhor adesão a tratamentos e realização de procedimentos médicos;
- Promoção da aprendizagem e expressão emocional, facilitando a construção de uma relação de confiança com o profissional de saúde.

#### **IV. Avaliação Inicial**

##### **Parâmetros Vitais**

Frequência Cardíaca – 88bpm

Temperatura – 37.1°C

Tensão Arterial – 145/82mmHg

Dor (Escala de Faces) – Sem dor (0)

Saturação Periférica de Oxigénio – 99%

##### **Respiração**

Ventilação: espontânea sem necessidade de oxigenoterapia suplementar

Padrão respiratório: eupneica em ar ambiente

Tosse: presente, porém pouco eficaz devido ao comprometimento neurológico inicial

Secreções: não observáveis

##### **Estado de consciência**

Escala de Coma de Glasgow: 10 pontos à admissão (ocular 4, verbal 2, motora 4).

##### **Alimentação**

Via de alimentação: sonda nasogástrica.

##### **Eliminação**

Vesical e Intestinal: sem controlo dos esfíncteres, uso de fralda.

##### **Movimento corporal**

Índice Força Muscular (*Escala Medical Council Research*)

Cabeça e Pescoço: 3

Membro Superior Direito: 4

Membro Superior Esquerdo: 4

Membro Inferior Direito: 2

Membro Inferior Esquerdo: 2

##### **Risco de Queda**

Escala de Humpty Dumpty: 16 (Alto risco)

## V. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Os objetivos da intervenção em Enfermagem de Reabilitação foram definidos em articulação com a supervisora clínica e com a família, alinhando-se com o plano terapêutico estabelecido e tendo em consideração a gravidade do processo de doença e a evolução clínica da criança, com vista à recuperação funcional e à promoção do seu bem-estar.

### Objetivos definidos:

- Manutenção da integridade músculo-esquelética do hemicorpo esquerdo;
- Fortalecimento muscular progressivo do hemicorpo direito;
- Prevenção de complicações respiratórias e circulatórias associadas à imobilidade prolongada;
- Promoção da perceção sensorial e da consciência corporal;
- Promoção da autonomia nas AVD, com foco no autocuidado básico;
- Envolvimento ativo da família no plano de cuidados.

Face ao exposto, é possível identificar diversos diagnósticos de enfermagem, na sua maioria diretamente relacionados com as alterações funcionais e neurológicas decorrentes do episódio clínico agudo. Estes diagnósticos orientam a intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação, permitindo uma abordagem sistematizada, individualizada e centrada nas necessidades da criança e da sua família.

### Quadro nº1 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

| Diagnóstico de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mobilidade comprometida   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar mobilizações passivas e treino de controlo da cabeça e pescoço;</li><li>- Realizar mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas nos 4 membros, conforme tolerância.</li><li>- Estimular mudanças posturais frequentes para prevenir rigidez articular e úlceras de pressão;</li><li>- Aplicar carga propriocetiva contra colchão de forma progressiva;</li><li>- Promover treino de controlo de tronco com apoio.</li></ul> |
| Andar comprometido        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Iniciar treino de marcha assistido com auxílio do andador, respeitando a evolução neurológica;</li><li>- Promover o treino em ambiente controlado, supervisionado e com pausas frequentes;</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar tolerância ao esforço através da Escala de Borg Modificada.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Transferir-se alterado                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o transferir-se;</li> <li>- Transferir a criança;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar com a família o transferir-se.</li> <li>- Estabelecer rotinas de treino funcional nas AVD com envolvimento da família;</li> <li>- Supervisionar todas as transferências para prevenir quedas.</li> </ul>                                                                                                                                                                       |
| Dependente no autocuidado: higiene          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o autocuidado de higiene;</li> <li>- Estimular a participação ativa durante o banho assistido;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar com a família o autocuidado da higiene facial e oral;</li> <li>- Adaptar os utensílios de higiene à capacidade da criança;</li> <li>- Treinar progressivamente a higiene oral em frente ao espelho e a higiene das mãos com supervisão;</li> <li>- Envolver a família na promoção da autonomia nas rotinas de higiene.</li> </ul> |
| Dependente no autocuidado: vestuário        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o autocuidado de vestuário;</li> <li>- Incentivar a criança a participar na escolha;</li> <li>- Promover a utilização de roupas com aberturas simples (velcro, zíper).</li> <li>- Ensinar a criança e família sobre o vestir e despir;</li> <li>- Promover o autocuidado de vestuário;</li> <li>- Reforçar positivamente cada pequena conquista.</li> </ul>                                                                                                             |
| Dependente no autocuidado: alimentar-se     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o autocuidado de alimentar-se;</li> <li>- Treinar a pega e uso de talheres adaptados;</li> <li>- Estimular a mastigação e deglutição;</li> <li>- Supervisionar e apoiar na alimentação conforme a evolução;</li> <li>- Incluir alimentos com consistência segura.</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| Dependente no autocuidado: uso do sanitário | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir no autocuidado;</li> <li>- Treinar utilização de dispositivo técnico (arrastadeira).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Comunicação verbal comprometida             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular vocalizações espontâneas com espelho e sons familiares;</li> <li>- Utilizar imagens e cartões para facilitar a expressão de necessidades;</li> <li>- Valorizar qualquer tentativa de comunicação verbal ou não verbal;</li> <li>- Trabalhar em conjunto com a terapeuta da fala.</li> </ul>                                                                                                                                                                           |
| Risco de Queda aumentado                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter cama em posição baixa, com grades laterais elevadas;</li> <li>- Sinalizar risco de queda no quarto;</li> <li>- Assegurar ambiente seguro e livre de obstáculos;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|  |                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------|
|  | - Educar a família sobre vigilância e apoio à mobilidade. |
|--|-----------------------------------------------------------|

## VI. Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Tendo por base a avaliação clínica detalhada e os diagnósticos de enfermagem identificados, foi elaborado e implementado um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação individualizado, alinhado com os objetivos previamente definidos e adaptado à evolução clínica da criança. Este programa visou promover ganhos progressivos na mobilidade, no autocuidado, na comunicação e na participação ativa da criança nas atividades de vida diária, respeitando o seu ritmo de recuperação e necessidades específicas.

Paralelamente, o plano de intervenção funcionou como instrumento de capacitação da família, promovendo momentos sistemáticos de ensino e demonstração prática, de forma a garantir a continuidade dos cuidados nos períodos em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) não estivesse presente. Esta abordagem teve como propósito manter a estimulação da funcionalidade, reforçar a autonomia da criança e consolidar a participação da família como parceira ativa no processo de reabilitação.

O quadro abaixo descreve de forma sintética as sessões de Enfermagem de Reabilitação realizadas ao longo do acompanhamento clínico, incluindo os objetivos terapêuticos por domínio funcional e as atividades desenvolvidas em cada sessão, adaptadas à evolução do estado clínico da criança.

### **Quadro nº2 – Atividades desenvolvidas no plano de Enfermagem de Reabilitação**

| <b>Objetivo funcional</b>                              | <b>Atividades realizadas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prevenção de complicações por imobilidade              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Mobilizações passivas dos quatro membros;</li><li>- Mobilizações da região cervical;</li><li>- Carga propriocetiva no colchão;</li><li>- Alternância de decúbitos.</li></ul>                                                                           |
| Estimulação sensorial e início de mobilidade assistida | <ul style="list-style-type: none"><li>- Estímulos táteis com texturas e variações térmicas;</li><li>- Mobilizações ativas assistidas do MSE e MIE;</li><li>- Mobilizações ativas resistidas do MSD e MID;</li><li>- Treino de exercícios (ponte);</li><li>- Reforço verbal positivo.</li></ul> |
| Treino de controlo postural inicial                    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Elevação da cabeceira;</li><li>- Treino dos músculos do tronco ficando na posição de sentada apoio na região cervical;</li><li>- Exercícios de fortalecimento muscular do tronco e pescoço através lateralização da cabeça.</li></ul>                  |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Promoção de autocuidado: alimentação e higiene  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de higiene oral com supervisão;</li> <li>- Treino de alimentação com colher adaptada;</li> <li>- Treino de higiene facial.</li> </ul>                       |
| Treino de transferências e mobilidade funcional | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferência cama-cadeira com ajuda;</li> <li>- Treino de equilíbrio sentada;</li> <li>- Ensinos à família sobre as transferências.</li> </ul>                    |
| Estimulação da fala e comunicação               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de expressões faciais com recurso a utilização de espelho;</li> <li>- Associação de sons a imagens;</li> <li>- Reforço de intenção comunicativa.</li> </ul> |
| Promoção da autonomia no uso do sanitário       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de utilização de dispositivo urinário (arrastadeira)</li> </ul>                                                                                             |

## VII. Avaliação Final

A implementação do plano de intervenção em Enfermagem de Reabilitação permitiu uma evolução significativa do estado funcional, comunicacional e emocional da criança. A avaliação foi realizada de forma contínua, com base em instrumentos validados e observação sistemática da resposta à terapêutica.

À admissão, a criança encontrava-se acamada, com elevado grau de dependência para todas as AVD, sem controlo de esfíncteres, alimentada por sonda nasogástrica e com comunicação verbal comprometida, emitindo apenas gemidos. A Escala de MRC indicava força muscular muito diminuída no hemicorpo esquerdo (2/5) e ligeiramente superior no hemicorpo direito (4/5), comprometendo gravemente a mobilidade funcional. A ECG apresentava um score total de 10 pontos, correspondendo a um nível de consciência moderadamente diminuído (resposta ocular: 4, verbal: 2, motora: 4). O risco de queda, avaliado pela Escala de Humpty Dumpty, era considerado elevado (16 pontos).

Ao longo das sessões, observou-se um aumento gradual da força muscular e coordenação dos movimentos, da capacidade de resposta a estímulos verbais e visuais e melhoria do estado de consciência, acompanhando a regressão do edema cerebral e a eficácia da antibioterapia. Teve alta com um score 15 na ECG.

A força muscular foi recuperada gradualmente ao longo das sessões, com evolução para 3/5 no MSE, 4/5 no MIE e 5/5 em todo o hemicorpo direito, de acordo com a Escala de MRC. Esta melhoria permitiu o início da mobilidade assistida, o treino de equilíbrio e a introdução do treino de marcha com apoio (andarilho). As transferências passaram a ser realizadas diariamente com assistência, tendo a criança demonstrado equilíbrio sentado eficaz e utilização funcional da cadeira de rodas. A progressão da força muscular nos músculos cervicais e do tronco contribuiu para o aumento da tolerância ao posicionamento, com maior tempo de permanência na cadeira de rodas ou no cadeirão, graças ao melhor controlo da cabeça e redução do cansaço postural. Este ganho foi determinante para o aumento do tempo de exposição à estimulação sensorial e para a promoção da autonomia nas AVD.

A alimentação por via oral foi retomada após avaliação positiva da terapeuta ocupacional quanto à segurança da deglutição. Com treino e adaptação dos utensílios, a

criança recuperou autonomia na alimentação, sendo apenas necessário preparar os alimentos. O treino dos autocuidados foi progressivamente introduzido, nomeadamente na higiene oral, no uso do sanitário e no vestuário, com participação ativa da criança e apoio da família, principalmente da mãe.

No domínio comunicacional, registou-se uma transição gradual da emissão de gemidos para uma linguagem funcional e compreensível, com vocabulário adaptado às suas necessidades. Este progresso foi potenciado por estratégias terapêuticas integradas, coordenadas com a terapeuta ocupacional, como o uso do espelho e estimulação verbal durante os cuidados. A expressão emocional, inicialmente marcada por frustração e labilidade emocional, tornou-se mais equilibrada, com maior capacidade de autorregulação e resposta ao reforço positivo.

A pontuação final da Escala de Humpty Dumpty reduziu-se para 7 pontos, refletindo um baixo risco de queda e permitindo a realização de atividades com maior segurança.

Esta evolução global evidencia o impacto positivo da intervenção do EEER, com ganhos expressivos em termos motores, funcionais e comunicacionais. A participação ativa da família, especialmente da mãe, foi determinante para a continuidade das estratégias terapêuticas fora das sessões formais, garantindo consistência e reforço do plano de cuidados.

Em suma, o plano de Enfermagem de Reabilitação permitiu a recuperação de competências essenciais e proporcionou uma transição segura para o centro de reabilitação, alinhando-se com os objetivos inicialmente definidos e adequando-se às necessidades individuais da criança ao longo de todo o percurso clínico.

## VIII. Considerações Finais

A elaboração e desenvolvimento deste estudo de caso clínico permitiram aprofundar a compreensão do papel diferenciado e especializado do EEER no contexto pediátrico, especialmente em situações de elevada complexidade clínica, como a apresentada. A intervenção junto de uma criança de 7 anos, com história de encefalopatia pós-infecciosa e sequelas neurológicas, salientou a importância de uma abordagem sistemática, centrada na funcionalidade e adaptada às dimensões emocionais e relacionais próprias da infância.

A reabilitação precoce demonstrou-se eficaz na recuperação da mobilidade, autonomia, comunicação e bem-estar emocional da criança. Este progresso foi potenciado pela aplicação de estratégias integradas — incluindo técnicas de mobilização, treino funcional, brincadeira terapêutica e capacitação familiar — evidenciando ganhos expressivos em cada domínio funcional. Tal abordagem está em consonância com os resultados reportados na literatura, que destacam o impacto positivo do brincar terapêutico na adesão e resposta ao plano de reabilitação pediátrico<sup>4</sup>.

O envolvimento da família, em especial da mãe, mostrou-se determinante na continuidade do plano terapêutico, garantindo a replicação das intervenções nos períodos em que o EEER não esteve presente. Esta participação ativa corresponde a uma prática recomendada e comprovada como eficaz na promoção da autonomia da criança e sustentabilidade dos resultados após a alta hospitalar<sup>5</sup>.

O trabalho desenvolvido neste contexto suporte hospitalar pediátrico sublinha o papel fundamental do EEER — não apenas como técnico, mas também como educador, facilitador e suporte emocional. A articulação com famílias e equipa contribuiu para um cuidado verdadeiramente centrado na criança, com impactos positivos na sua qualidade de vida e funcionalidade.

Em resumo, este estudo de caso reforça a importância de uma prática de reabilitação em Enfermagem, estruturada e humanizada, que valoriza não apenas a recuperação funcional, mas também a integração emocional e social da criança, providenciando-lhe ferramentas e suporte adequados à sua inserção num contexto de continuidade do cuidado, seja no domicílio ou em centro de reabilitação.

## IX. Referências Bibliográficas

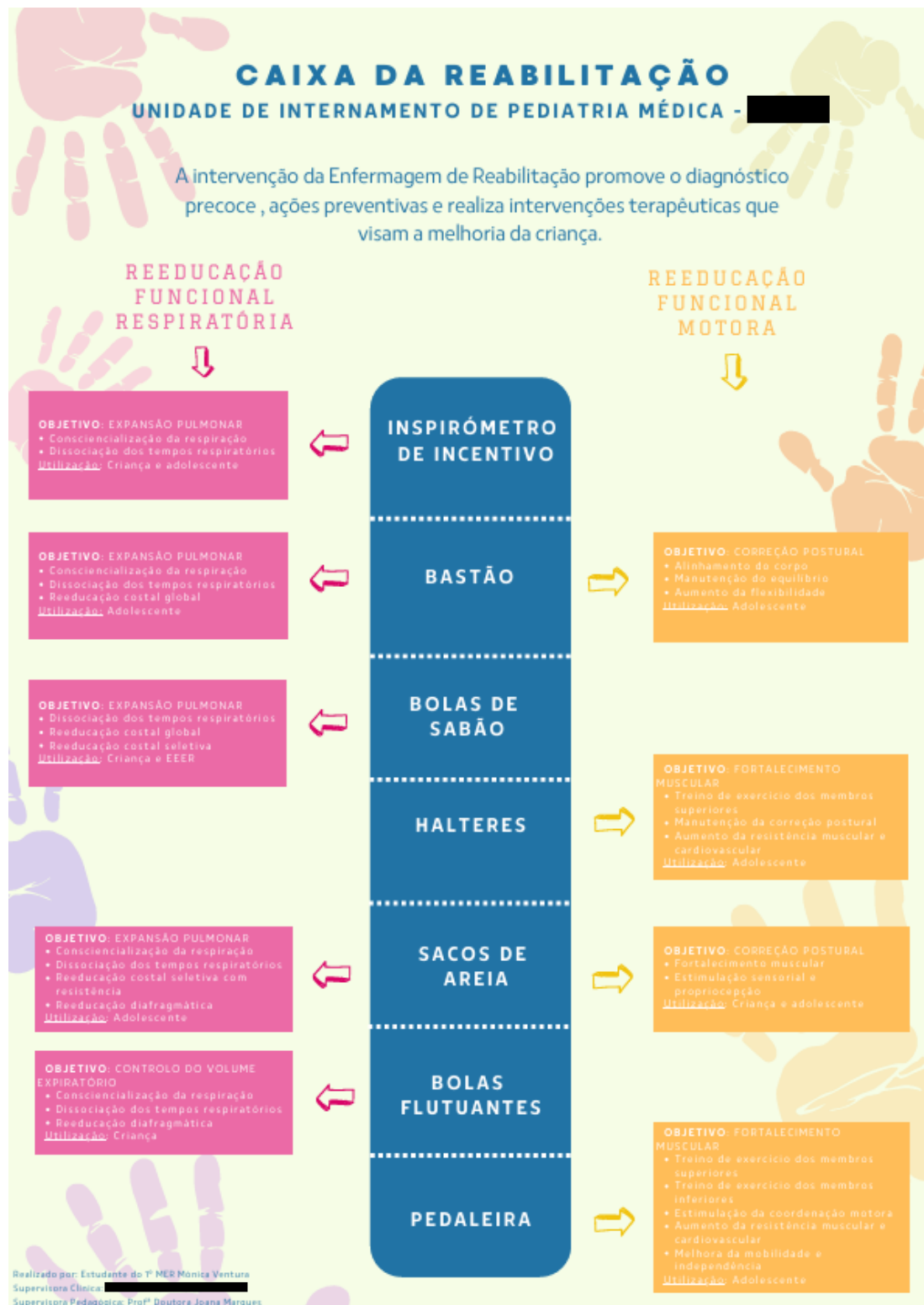
1. Yin R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. Bookman editora; 2015.
2. Andrade C, Martins R, Carvalho N. Reabilitação respiratória na criança com asma: revisão sistemática. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health* [Internet]. 2023 [citado 2025 Março 24]. Disponível em: [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-30152023000400201](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-30152023000400201)
3. Melo E, Ferreira P, Lima R, Mello D. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/x53PC8fzKRGntGjkMfKZBZt/?format=pdf&lang=pt>
4. Ciuffo L, Souza T, Freitas T, Santos K, Santos R. O uso do brinquedo terapêutico pela enfermagem como recurso terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0433pt>
5. Favero L, Dyniewicz A, Spiller A, Fernandes L. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação da enfermagem: relato de experiência. *Cogitare Enferm*. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648985014.pdf>

## Apêndice AA - Serviço de Internamento de Pediatria: Caixa de Reabilitação





## Apêndice AB - Pôster Informativo “Caixa de Reabilitação” do Serviço de Internamento de Pediatria



## **Apêndice AC - Descrição das Atividades Desenvolvidas | Estágio na UCCI – Objetivo 1**

O presente apêndice reúne a descrição detalhada de intervenções realizadas no âmbito do primeiro objetivo do Estágio na UCCI. As atividades aqui descritas foram orientadas para a promoção da saúde com a família, o treino de exercícios de reforço muscular e o treino de promoção da autonomia nas AVD, pilares fundamentais da prática especializada em ER. Estes exemplos práticos refletem a aplicação de conhecimentos teórico-práticos em contexto real, evidenciando a adaptação das intervenções às necessidades funcionais, emocionais e sociais da pessoa em processo de reabilitação e da sua rede de suporte. A diversidade das situações clínicas e familiares acompanhadas permitiu o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e pedagógicas essenciais à atuação do EEER no contexto dos cuidados continuados.

### **Exemplos Práticos Desenvolvidos:**

#### **1. Promoção da Saúde com a Família**

Durante o Estágio, tive a oportunidade de trabalhar diretamente com algumas famílias, reforçando a importância do seu envolvimento no processo de reabilitação e contribuindo para a sua capacitação no cuidado diário da pessoa dependente. Uma das experiências mais significativas foi com um utente internado na unidade de convalescença após um AVC isquémico, que apresentava hemiparesia direita e mobilidade bastante condicionada. A cuidadora principal era a esposa, que, embora muito dedicada, demonstrava ansiedade e insegurança quanto à execução correta das transferências e mobilização, ensinamentos necessários para a alta para o domicílio.

Com base nesta necessidade, foram realizados e validados ensinamentos, focados na mobilização segura do utente e na promoção da autonomia da cuidadora. Ao longo de vários dias, foram desenvolvidas sessões práticas e supervisionadas onde se realizaram:

- **Transferências seguras**, nomeadamente da cama para a cadeira, da cadeira para o sanitário, e vice-versa, garantindo sempre a segurança e respeitando os limites do utente;
- **Utilização adequada do quadripé**, incluindo a regulação da altura e o treino de marcha com apoio supervisionado;

- **Prevenção de quedas**, com identificação de riscos no ambiente e treino da cuidadora para antecipar comportamentos inseguros.

Para além da intervenção na componente dos ensinamentos, foi aplicada a Escala de Zarit como forma de avaliar a sobrecarga do cuidador informal, o que permitiu perceber a necessidade de não apenas ensinar, mas também apoiar emocionalmente. Esta intervenção foi pautada pelos princípios da educação para a saúde, adaptando sempre o conteúdo ao nível de literacia e capacidade de aprendizagem da cuidadora, com repetição dos movimentos, uso de linguagem simples e perceptível e reforço positivo.

Outro exemplo prático relevante ocorreu durante o acompanhamento de uma utente em fase de reabilitação após uma ATA. A filha, enquanto cuidadora principal, manifestava dúvidas relativamente ao posicionamento adequado da utente durante o repouso no leito e na cadeira, bem como insegurança na correta execução dos exercícios de reforço muscular prescritos para a recuperação funcional. Perante esta necessidade, foi fornecido à cuidadora o material de suporte educativo disponível no serviço, o qual incluía orientações escritas e esquemas ilustrativos sobre o posicionamento e os exercícios recomendados. Estes materiais foram entregues à filha e devidamente explicados, de modo a garantir a sua compreensão e utilidade prática no contexto domiciliário.

De forma a complementar a intervenção, foram realizados treinos dos exercícios com a utente, privilegiando movimentos ativos de reforço muscular dos grupos musculares mais implicados na marcha e estabilidade da anca, nomeadamente quadríceps, glúteos e abdominais. Sempre que possível, as sessões decorreram na presença da filha, com o objetivo de garantir que esta pudesse observar, esclarecer dúvidas em tempo real e adquirir confiança na correta execução dos exercícios em casa, respeitando a progressão da carga e da intensidade. Esta abordagem prática e participativa permitiu não só reforçar os ganhos funcionais da utente, como também capacitar a cuidadora informal para apoiar o processo de reabilitação após a alta, promovendo a continuidade dos cuidados e a segurança na recuperação.

Estas experiências reforçaram em mim a convicção de que a promoção da saúde com a família exige uma abordagem empática, participativa e centrada na realidade do cuidador. Ensinar a executar uma técnica é importante, mas mais ainda é escutar, adaptar,

apoiar e reconhecer o papel da família como protagonista no processo de reabilitação<sup>17</sup>. Ao longo do Estágio, senti que estas intervenções, embora pequenas à escala individual, geraram impacto real na qualidade dos cuidados prestados e na tranquilidade emocional das famílias envolvidas.

## **2. Treino de Exercícios de Reforço Muscular:**

Após avaliação através da escala MRC e definição dos objetivos juntamente com os utentes e família, foram desenvolvidas sessões de treino de exercícios de reforço muscular, com diversos utentes em processo de reabilitação, com o objetivo de melhorar a força, a resistência e a autonomia funcional. Os exercícios foram adaptados à condição clínica de cada utente, e incluíram movimentos ativos, resistidos (com bandas elásticas e pesos ligeiros), bem como exercícios isométricos. A intervenção foi realizada de forma progressiva e supervisionada pela SC, com orientação sobre postura, respiração e ritmo, promovendo a execução segura e eficaz. Sempre que possível, envolvi o cuidador informal nas sessões, demonstrando os exercícios e esclarecendo dúvidas, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados após a alta.

Outro caso envolveu uma utente em fase pós-operatória de ATJ, com limitação na extensão completa. Foi elaborado um plano simples de exercícios ativos e assistidos para ganho de amplitude articular e manutenção da força do membro inferior intervencionado. A prática regular contribuiu para a melhoria do padrão da marcha e diminuição do apoio manual.

Num terceiro exemplo, foram realizadas intervenções de ER com um utente pós-AVC com diminuição da força no membro inferior esquerdo (3/5 na MRC). Os exercícios incluíram fortalecimento muscular dos membros inferiores através do uso da pedaleira e de exercícios ativos resistidos, marcha estacionária com apoio e treino funcional em tarefas como levantar da cadeira sem impulsão manual. O plano foi ajustado diariamente consoante a tolerância e evolução do utente, promovendo maior envolvimento e motivação.

## **3. Treino de promoção da autonomia para as AVD:**

Foi possível intervir com vários utentes em fase pós-AVC, no âmbito do treino de promoção da autonomia para a realização das AVD, uma das áreas centrais da prática do EEER. Tendo em conta que o AVC é uma das principais causas de incapacidade adquirida

no adulto e no idoso, o foco destas intervenções foi promover a máxima capacidade funcional e independência possível nas tarefas do quotidiano, com vista à reintegração social da pessoa no seu contexto habitual. A partir daí, foram definidos planos de intervenção orientados para o treino das AVD, incluindo higiene pessoal, alimentação, vestir e despir, mobilidade e uso do WC. A evolução da funcionalidade e do grau de dependência da pessoa foram avaliados com recurso à MIF e ao Índice de Barthel, tendo-se verificado alterações do score para graus de funcionalidade maior e graus de dependência menores. Foram utilizados diferentes recursos e estratégias adaptativas, tais como:

- Uso de ajudas técnicas e adaptações (ex.: talheres adaptados, barras de apoio, espelhos);
- Estímulo à lateralização e ao uso do lado afetado, sempre que possível;
- Orientação verbal e reforço positivo durante as tarefas;
- Utilização do espelho como ferramenta de feedback visual para correção postural;
- Supervisão direta durante a realização das AVD com treino funcional realista para preparação para alta.

## **Apêndice AD - Entrevista Informal à Supervisora Clínica da UCCI**

**Tema:** Posicionamento da Pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**Data:** 3 de Maio de 2025

**Local:** Unidade de Cuidados Continuados Integrados

**Tipo de entrevista:** Informal, sem guião rígido, realizada em contexto de supervisão clínica

**1. Qual considera ser a principal dificuldade da Equipa de Enfermagem no cuidado à pessoa com AVC, no que diz respeito ao posicionamento?**

*“De forma geral, a equipa tem noção da importância do posicionamento, mas nem sempre existe consistência na sua aplicação. Verificam-se diferenças nas técnicas utilizadas entre os turnos, e por vezes há alguma insegurança em relação às posições mais adequadas, sobretudo no decúbito lateral para o lado afetado.”*

**2. A temática do posicionamento da pessoa com AVC tem sido abordada em momentos formais de formação ou atualização dentro da unidade?**

*“Não recentemente. Já tivemos há algum tempo uma formação interna sobre posicionamento terapêutico, mas os conteúdos não foram especificamente focados no AVC. Além disso, com a rotatividade da equipa, é necessário reciclar esse tipo de conhecimento com alguma regularidade.”*

**3. Na sua opinião, quais são as posições mais críticas ou executadas menos corretamente?**

*“Diria que o posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado é o mais negligenciado ou mal compreendido. Muitas vezes, por receio de causar dor ou lesão, os profissionais evitam essa posição, o que é contraproducente. Também noto dificuldades em manter uma posição de sentado funcional e segura.”*

**4. Existem materiais ou protocolos específicos na unidade que orientem o posicionamento destes utentes?**

*“Temos alguns cartazes antigos e algumas instruções nos planos de cuidados, mas não existe um protocolo formal padronizado, passo a passo, especialmente adaptado ao AVC. Isso é algo que sentimos falta, pois ajudaria a uniformizar a prática.”*

**5. Considera que uma intervenção educativa focada neste tema teria impacto na qualidade dos cuidados prestados?**

*“Sem dúvida. Uma intervenção prática, com momentos de demonstração e discussão em equipa, seria muito útil. Poderia reforçar boas práticas e reduzir complicações associadas ao posicionamento inadequado, como contraturas, úlceras de pressão ou dor crónica.”*

**6. Qual seria a melhor forma de envolver a equipa nesta temática?**

*“Proponho uma sessão de formação interativa, com espaço para a demonstração dos posicionamentos e materiais visuais simples. Além disso, a construção de um guia ou póster com os posicionamentos recomendados para afixar nos pisos seria bastante útil.”*

**7. Acha que a formação sobre posicionamento da pessoa com AVC deve ser direcionada apenas aos enfermeiros ou também adaptada aos auxiliares de ação médica?**

*“Deve, sem dúvida, ser adaptada também aos auxiliares de ação médica. Eles estão muito presentes nos cuidados de higiene e mobilização diária dos utentes, e muitas vezes são os primeiros a reposicionar a pessoa na cama ou na cadeira. Se não estiverem bem orientados, podem acabar por colocar o utente de forma inadequada, mesmo sem intenção. Incluir os auxiliares nas ações formativas ajuda a promover uma prática mais segura, coesa e alinhada entre todos os elementos da equipa.”*

## Apêndice AE - Póster “Posicionamento em Padrão Anti-Espástico no Doente com AVC”

### Posicionamento em padrão anti-espástico no doente com AVC



**Objetivo:** Promover a compreensão e a aplicação correta dos posicionamentos nos doentes com AVC, visando a prevenção de complicações e a otimização da reabilitação funcional.

#### Decúbito dorsal

##### Cabeça

- Colocar a almofada de modo a apoiar os ombros

##### Membro superior afetado

- apoiado sobre uma almofada
- Nivelar os ombros
- Ligeira abdução do ombro com rotação externa
- Cotovelo e punho em extensão
- Supinação do antebraço
- Dedos em extensão e abdução

##### Membro inferior afetado

- Almofada desde a bacia até à região poplíteia
- Flexão do joelho



#### Decúbito lateral para o lado afetado

##### Cabeça

- Apoiada numa almofada mais alta para impedir a inclinação lateral

##### Membro superior afetado

- apoiado no plano da cama
- Abdução e rotação externa do ombro
- Supinação do antebraço
- Extensão do cotovelo, punho e dedos
- Abdução dos dedos

##### Membro inferior afetado

- apoiado no plano da cama
- Ligeira flexão da anca e do joelho
- Pé em posição neutra



#### Decúbito lateral para o lado são

##### Cabeça

- Sem almofada para impedir a flexão cervical lateral para o lado afetado

##### Membro superior afetado

- apoiado sobre uma almofada
- Ombro em flexão de 90°
- Abdução com rotação externa do ombro
- Pronação do antebraço
- Extensão do cotovelo, punho e dedos
- Abdução dos dedos

##### Membro inferior afetado

- sem almofada posicionado para a frente
- Ligeira flexão da anca e do joelho
- Pé em posição neutra



#### Posição de sentado

##### Membro superior afetado

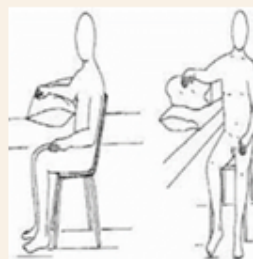
- apoiado sobre uma almofada
- Flexão do cotovelo
- Extensão do punho e dedos

##### Tronco

alinhado apoiado nas costas da cadeira (usar almofada se necessário)

##### Membros inferiores

- Anca e joelho em ângulo reto e os pés apoiados sobre uma base plana



Realizado por: Estudante do 1º MÉR Mónica Ventura  
Docente: Profª Doutora Tereza Marques  
Supervisora Clínica: [Redacted]



## Apêndice AF - Apresentação “Posicionamento em Padrão Anti-Espástico no Doente com AVC”

# Posicionamento nos Doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Enfermagem de Reabilitação



Realizado por: Estudante do 1º MER Mónica Ventura nº8689

Docente: Profª. Doutora Joana Marques

Supervisora Clínica: [REDACTED]

## Objetivos

### Objetivo Geral:

- ✓ Promover a compreensão e a aplicação correta dos posicionamentos nos doentes com AVC, visando a prevenção de complicações e a otimização da reabilitação funcional.

### Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar os principais tipos de posicionamento utilizados em doentes com AVC.
- ✓ Compreender a importância do padrão anti-espástico no posicionamento.
- ✓ Reconhecer o papel do Enfermeiro de Reabilitação na implementação e ensino do posicionamento correto.
- ✓ Analisar os fatores que influenciam a escolha do posicionamento.

## Introdução

O AVC é uma das principais causas de incapacidade e mortalidade, com impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes.

A espasticidade após o AVC resulta da perda do controlo cortical, levando ao aumento do tônus muscular e limitações funcionais.

O posicionamento precoce e adequado é fundamental para prevenir complicações, promover a reabilitação e maximizar a autonomia do doente.



## POSICIONAMENTOS EM PADRÃO ANTI-ESPÁSTICO

- Decúbito Dorsal
- Decúbito Lateral para o lado afetado
- Decúbito Lateral para o lado são
- Posição de Sentado



### Decúbito Dorsal

- **Objetivo:** Alternância de decúbitos e alimentação

#### Cabeça

- ✓ Colocar a almofada de modo a apoiar os ombros

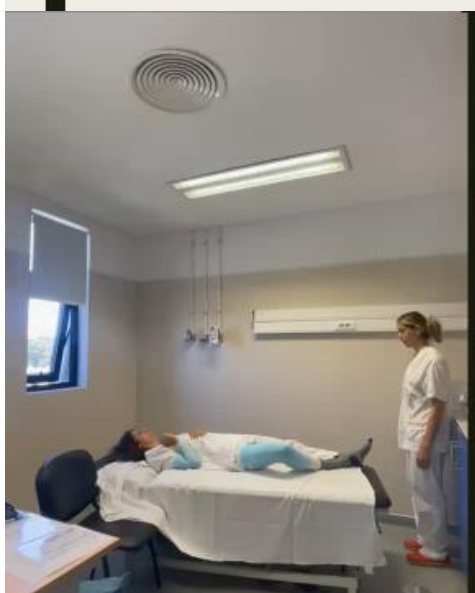
#### Membro superior afetado apoiado sobre uma almofada

- ✓ Nivelar os ombros
- ✓ Ligeira abdução do ombro com rotação externa
- ✓ Cotovelo e punho em extensão
- ✓ Supinação do antebraço
- ✓ Dedos em extensão e abdução

#### Membro inferior afetado

- ✓ Almofada desde a bacia até à região poplíteia
- ✓ Flexão do joelho

## Decúbito Dorsal



## Decúbito Lateral para o lado afetado

- **Objetivo:** Promoção de estímulos proprioceptivos pelo próprio corpo

### Cabeça

- ✓ Apoiada numa almofada mais alta para impedir a inclinação lateral

### Membro superior afetado apoiado no plano da cama

- ✓ Abdução e rotação externa do ombro
- ✓ Supinação do antebraço
- ✓ Extensão do cotovelo, punho e dedos
- ✓ Abdução dos dedos

### Membro inferior afetado apoiado no plano da cama

- ✓ Ligeira flexão da anca e do joelho
- ✓ Pé em posição neutra

## Decúbito lateral para o lado afetado





## Decúbito Lateral para o lado sã

- **Objetivo:** Integração do esquema corporal

### Cabeça

- ✓ Sem almofada para impedir a flexão cervical lateral para o lado afetado

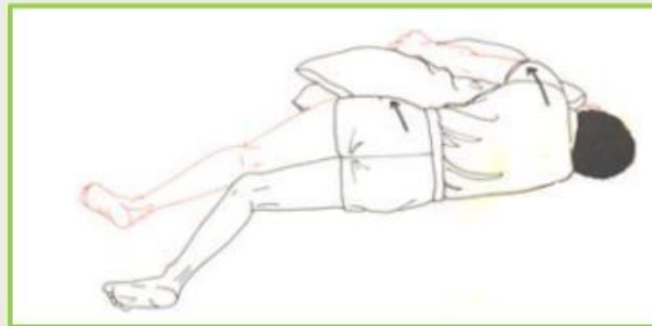
### Membro superior afetado apoiado sobre uma almofada

- ✓ Ombro em flexão de 90°
- ✓ Abdução com rotação externa do ombro
- ✓ Pronação do antebraço
- ✓ Extensão do cotovelo, punho e dedos
- ✓ Abdução dos dedos

### Membro inferior afetado sem almofada posicionado para a frente

- ✓ Ligeira flexão da anca e do joelho
- ✓ Pé em posição neutra

## Decúbito lateral para o lado sã



## Posição de Sentado

- **Objetivo:** Promoção da autonomia e funcionalidade

### Membro superior afetado apoiado sobre uma almofada

- ✓ Flexão do cotovelo
- ✓ Extensão do punho e dedos

### Tronco

- ✓ Alinhado apoiado nas costas da cadeira (usar almofada se necessário)

### Membros inferiores

- ✓ Anca e joelho em ângulo reto e os pés apoiados sobre uma base plana

## Posição de sentado



## Papel do Enfermeiro de Reabilitação

Avaliação contínua das necessidades do doente e adaptação do posicionamento.

Educação do doente e família sobre a importância e execução correta dos posicionamentos.

Colaboração interdisciplinar para definição e acompanhamento do plano de cuidados.

Monitorização das complicações e intervenção precoce.

## Desafios e Práticas Atuais



## Conclusão

- ❖ O posicionamento adequado é uma intervenção essencial e de baixo custo no processo de reabilitação do doente com AVC.
- ❖ A atuação do Enfermeiro de Reabilitação é determinante na prevenção de complicações, na promoção da funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida destes doentes e famílias.
- ❖ É fundamental investir em formação e sistematização das práticas que promovem a intervenção relacionada com os posicionamentos, reforçando o papel educativo do Enfermeiro junto dos doentes e famílias.

## Dúvidas ou questões?

OBRIGADA!

## Referências Bibliográficas

1. Cunha MGT da. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar [dissertação de mestrado na Internet]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2014. Disponível em: [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10436/1/Cunha\\_Marisa.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10436/1/Cunha_Marisa.pdf) Biblioteca Digital IPB
2. Pinto ECM. O posicionamento do doente com Acidente Vascular Cerebral – um olhar sobre as práticas [dissertação de mestrado na Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32889>
3. Gobbato SRP, Martins SCO, Chaves MLF. Cuidados pós alta hospitalar no AVC: orientações para trocas de postura e posicionamento [Internet]. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2012. Disponível em: <http://www.hcipa.ufrgs.br>

## **Apêndice AG - Plano da Sessão Formativa sobre “Posicionamento em Padrão Anti-Espástico no Doente com AVC”**

Integrado no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, foi elaborada uma formação à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito da Unidade Curricular Módulo II. De seguida, explana-se o plano de sessão da sua apresentação.

**Tema:** Posicionamento em padrão anti-espástico no doente com AVC.

**Grupo a que se destina:** Equipa de enfermagem e Equipa de TAS da UCCI.

**Preletora:** Enfermeira Mónica Ventura, estudante do 1º MER ESSCVP, sob orientação da SC.

**Local:** Sala de reuniões.

**Data:** 28 de Maio de 2025

**Hora:** 15:00

**Duração:** 30 minutos (os 5 minutos finais destinam-se à discussão)

**Objetivo Geral:** Promover a compreensão e a aplicação correta dos posicionamentos nos doentes com AVC, visando a prevenção de complicações e a otimização da reabilitação funcional.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar os principais tipos de posicionamento utilizados em doentes com AVC;
- Compreender a importância do padrão anti-espástico no posicionamento;
- Reconhecer o papel do Enfermeiro de Reabilitação na implementação e ensino do posicionamento correto;
- Analisar os fatores que influenciam a escolha do posicionamento.

| <b>Etapas</b>          | <b>Objetivos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Conteúdos</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>Metodologia</b>                                          | <b>Recursos</b>                                                       | <b>Tempo</b><br>(minutos) |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Introdução</b>      | - Apresentar o tema da formação                                                                                                                                                                                                                                                              | - Apresentação da preletora<br>- Contextualização da realização da formação<br>- Justificação do interesse do tema e pertinência da formação                                                                                  | Expositiva                                                  | Sala<br>Computador com <i>PowerPoint</i><br>Projector<br>Diapositivos | 5                         |
| <b>Desenvolvimento</b> | - Expor a contextualização teórica<br>- Identificar os princípios e objetivos do posicionamento em padrão anti-espástico no doente com AVC<br>- Visualizar vídeos demonstrativos<br>- Realizar demonstração prática dos posicionamentos com a participação ativa dos formandos, promovendo a | - Enquadramento teórico<br>- Apresentação dos dispositivos inalatórios<br>- Adequada execução da técnica por via inalatória<br>- Higienização dos dispositivos<br>- Apresentação das check-list da técnica por via inalatória | Expositiva<br>Demonstrativa<br>Audiovisual<br>Participativa | Sala<br>Computador com <i>PowerPoint</i><br>Projector<br>Diapositivos | 30                        |

|                  |                                                     |                            |                           |    |
|------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----|
|                  | aplicação dos conhecimentos adquiridos              |                            |                           |    |
| <b>Discussão</b> | - Promover a reflexão partilhada, através do debate | Participativa<br>Reflexiva | Enfermeiros e TAS da UCCI | 10 |

## Apêndice AH - Ficha de Articulação entre a USF e a Consulta de IC Hospitalar

### Ficha de Articulação – Enfermeiro de Reabilitação / Consulta de Insuficiência Cardíaca Hospitalar

---

#### 1. Identificação do Utente

- Nome completo: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- N° SNS: \_\_\_\_\_
- Morada: \_\_\_\_\_
- Contacto: \_\_\_\_\_
- Cuidador principal: \_\_\_\_\_ (Relação: \_\_\_\_\_)

#### 2. Referência / Unidade de origem

- Unidade de Saúde Familiar (USF): \_\_\_\_\_
- Enfermeiro/a de Reabilitação: \_\_\_\_\_
  - Email: \_\_\_\_\_ | Tel.: \_\_\_\_\_
- Médico/a de Família: \_\_\_\_\_
- Hospital: \_\_\_\_\_
- Médico: \_\_\_\_\_

#### 3. Situação clínica atual

- Diagnóstico de IC: \_\_\_\_\_
- Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Classe funcional NYHA: \_\_\_\_\_
- Comorbilidades: \_\_\_\_\_

Medicação atual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Últimos eventos agudos / descompensações:

---

---

#### 4. Motivo da referenciação / Objetivos da articulação

- ☐ Acompanhamento multidisciplinar em contexto hospitalar
- ☐ Monitorização e ajuste da terapêutica
- ☐ Otimização da gestão do regime terapêutico
- ☐ Dificuldades no autocuidado / adesão ao plano terapêutico
- ☐ Reavaliação funcional
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

#### 5. Avaliação do ER da USF (avaliar aos 3, 6 e 12 meses)

Capacidade funcional (ex: NYHA): \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

EACPIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Índice de Barthel: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

MLHFQ: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Escala de Zarith: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Ajudas técnicas: \_\_\_\_\_

#### Limitações percebidas no autocuidado:

- ☐ Medicação
- ☐ Nutrição
- ☐ Atividade física

- ☐ Gestão de sintomas
- ☐ Vigilância do peso
- ☐ Reconhecimento de sinais de alarme
- ☐ Domicílio – barreiras arquitectónicas

Outras observações relevantes:

---

---

## **6. Plano de intervenção USF**

- ☐ Educação para o autocuidado utente e/ou cuidador
- ☐ Supervisão da gestão do regime terapêutico
- ☐ Treino de marcha / exercício supervisionado
- ☐ Monitorização domiciliária
- ☐ Articulação com a consulta de IC hospitalar
- ☐ Acompanhamento não presencial
- ☐ Aconselhamento psicossocial
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

## **7. Informação partilhada com utente/família**

- ☐ Tem conhecimento da doença
- ☐ Tem conhecimento da referenciação
- ☐ Tem o contacto do enfermeiro de reabilitação da USF
- ☐ Aceita continuidade de cuidados partilhados

## 8. Observações adicionais

---

---

---

---

☐ Anexar exames complementares e plano terapêutico, se aplicável.

☐ Enviar para: [email da consulta hospitalar de IC]

☐ Contacto direto da equipa hospitalar

## Apêndice AI – Folheto “Viver Melhor com Insuficiência Cardíaca”

### SABIA QUE A SUA USF TEM ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO?



#### Saiba como o podemos ajudar:

- Ensinar sobre a doença e cuidados a ter;
- Ensinar sobre a gestão da sua terapêutica;
- Acompanhá-lo regularmente a tornar-se mais autónomo;
- Ajudar na adaptação às suas necessidades atuais;
- Encaminhar para outros profissionais da saúde, se necessário.



### CONSELHOS PRÁTICOS

- Pese-se diariamente - a retenção de líquidos pode levar a um aumento súbito de peso.
- Prefira uma alimentação saudável e equilibrada (evite salgados, enchidos, comidas prontas).
- Siga o plano terapêutico, qualquer dúvida estamos aqui para ajudar!
- Respeite o seu corpo - descanse quando necessário, mas mantenha-se ativo.
- Mantenha-se atento a sinais como: tosse noturna, falta de ar ou pernas inchadas.

### DÚVIDAS? FALE CONNOSCO:

#### USF Carnaxide

Rua Manuel Teixeira Gomes

2790-103, Carnaxide

E-mail: [carnaxide.enf@ulslo.min-saude.pt](mailto:carnaxide.enf@ulslo.min-saude.pt)

Autor: Mónica Ventura (1ª MER ESSCVP)

Docente: Profª Doutora Joana Marques

Supervisora Clínica: EERR Marisa Santa Bárbara

2025

## VIVER MELHOR COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Com cuidados adequados, é possível viver melhor e com mais qualidade!



## O QUE É A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

A **insuficiência cardíaca** acontece quando o coração não consegue bombear sangue suficiente para todo o corpo.

#### Pode causar:

- Cansaço e fraqueza
- Falta de ar (dispneia)
- Inchaço nas pernas ou barriga
- Aumento rápido de peso



## Fatores de Risco O que controlar?

### 1. Hipertensão arterial

- Avalie a sua tensão arterial de forma regular;
- Tome os medicamentos conforme a prescrição;
- Substitua o sal por especiarias.

### 2. Colesterol Alto (Dislipidémia)

- Evite fritos, carnes gordas e doces;
- Prefira fruta e legumes da época e peixe;
- Tome os medicamentos conforme a prescrição.



### 3. Diabetes

- Controle a glicémia capilar, se indicado;
- Siga os conselhos alimentares da consulta de diabetes;
- Não falte às consultas!

### 4. Sedentarismo

- Mantenha-se ativo, em atividade física adequada a si;
- É importante cumprir o seu programa de reabilitação cardíaca e as indicações após a alta.

### 5. Tabaco e Álcool

- Parar de fumar é ESSENCIAL! Já experimentou reduzir o número de cigarros por dia?
- Evite o consumo de álcool.

Dúvidas? Fale com a sua equipa de saúde!

**Apêndice AJ – Folheto “Insuficiência Cardíaca – Guia para a Família e/ou Cuidadores”**

# INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

## GUIA PARA A FAMÍLIA E/OU CUIDADORES



A USF Carnaxide preocupa-se com os cuidadores. É **cuidador**? Usufrui dos seus direitos? Fale connosco!

**A SUA PRESENÇA E CUIDADO FAZEM TODA A DIFERENÇA.**

**USF Carnaxide**  
Rua Manuel Teixeira Gomes  
2790-103, Carnaxide  
E-mail: [carnaxide.enf@ulslo.min-saude.pt](mailto:carnaxide.enf@ulslo.min-saude.pt)



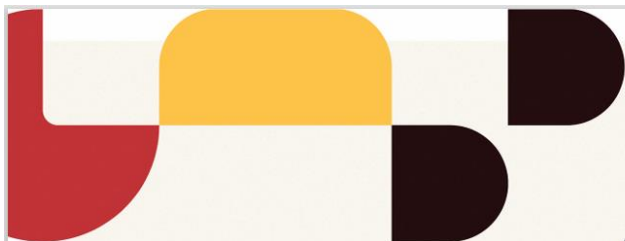
A insuficiência cardíaca afeta o corpo e o bem-estar emocional. O apoio familiar é essencial.

- 1 Observe e registe: sintomas, humor, peso diário.
- 2 Ajude na gestão do regime terapêutico.
- 3 Promova uma alimentação saudável e equilibrada.
- 4 Promova o equilíbrio entre a atividade física e o descanso.
- 5 Apoio emocional: ouça, converse e esteja presente.
- 6 Cuide de si também! Fale com o seu Enfermeiro.



## **Anexos**

**Anexo 1 – Certificado de Participação no “IV Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação: da investigação à prática”**



# Certificado



IV Congresso Internacional de  
Enfermagem de Reabilitação:  
Da Investigação à Prática

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Certifica-se que **Mónica Sofia Carvalho Lobato Ventura**, nascido/a a 1995-01-10, de nacionalidade Portuguesa, portador/a do Documento de Identificação n.º 14867903, participou no ***IV Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação: da investigação à prática***, que decorreu nos dias 21, 22 e 23 de maio de 2025, em formato presencial, num total de 18 horas, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, numa organização da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação desta Escola, em parceria com os Núcleos de Enfermagem de Reabilitação das Unidades Locais de Saúde de Coimbra e do Baixo Mondego.

Coimbra, 23 de maio de 2025

**Pel'A Comissão Organizadora**

Professor Fernando Manuel Dias Henriques

**O Presidente da ESEnfC**

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583  
Certificado n.º C001070-1215/2025

**Anexo 2 - Certificado de Participação II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP Lisboa: "Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"**

# **CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO**

## **II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem**

**"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"**

Certifica-se que Mónica Sofia Carvalho Lobato Ventura participou no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, com uma carga horária de 31 horas.

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.



**Anexo 3 – Certificado de Participação nas 1<sup>as</sup> Jornadas do Núcleo de  
Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local Saúde Santa Maria**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
SANTA MARIA



NÚCLEO DE  
ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO



## CERTIFICADO

Certifica-se que Mónica Sofia Carvalho Lobato Ventura participou nas 1as Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local Saúde Santa Maria, que decorreu no dia 6 de Junho de 2025, na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, com a duração de 6 horas.

*Carla Martins Ribeiro*

---

**Carla Martins Ribeiro**

Presidente das 1as Jornadas do  
Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULS Santa Maria

