Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

JOSÉ ANTÓNIO DA ROCHA MATEUS

INFORMAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO AO DOENTE CRÍTICO COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: UMA SCOPING REVIEW

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

INFORMAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO AO DOENTE CRÍTICO COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA - UMA SCOPING REVIEW
José Mateus
2024

Norte

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Informação na transição de cuidados de reabilitação ao doente crítico com patologia respiratória: uma scoping review

Relatório Final de Estágio

José António da Rocha Mateus

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Professor Doutor Paulo Azevedo

´

Oliveira de Azeméis| 2024

"É na relação com o outro que a profissão de enfermagem se realiza, e é nesse contacto com o outro, no entendimento do seu sentido, que o cuidar se manifesta" (Olga Ribeiro p. 37, 2021).

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho académico envolveu um misto de emoções que sem o apoio, companhia, incitamento, palavras por vezes duras de ouvir mas que sem elas a continuidade deste projeto não teria sido possível e gratidão é a palavra de ordem.

É imperioso o agradecimento ao Professor Doutor Paulo Azevedo pela disponibilidade, palavras de incentivo e exemplo em todo o processo.

Ao Santiago Mateus pelas palavras sinceras, algumas tão difíceis de ouvir na voz de uma criança mas tão importantes para refletir durante todo este percurso.

Não posso deixar de agradecer a todos os profissionais de saúde das equipas por onde passei durante os estágios, especialmente aos tutores, pelo que acrescentaram à minha identidade profissional.

A toda a minha família, amigos e colegas de trabalho que me acompanharam nesta transição.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DGS –Direção Geral da Saúde

EC – Ensinos clínicos

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER– Enfermagem de Reabilitação

FITTVP –Frequência Intensidade Tempo Tipologia Volume e Progressão

ISBAR – Identify, Situation, Backgrownd, Assessement and Recomendation

JBI – Joanna Briggs Institute

MeSH – Medical Subject Headings

MET – Equivalentes Metabólicos de Tarefa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA- ScR – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses para scoping reviews

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RC – Reabilitação Cardíaca

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RUP – Repositório da Universidade do Porto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

Este relatório descreve o percurso desenvolvido e a reflexão sobre a aquisição de competências no âmbito do estágio de natureza profissional, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, apresentando o trabalho desenvolvido na componente de estágio e de investigação.

Através de uma componente prática realizada em cardiologia, ortopedia, cirurgia cardiotorácica e pneumologia, desenvolvemos competências específicas, incluindo a avaliação funcional, a elaboração de planos de intervenção personalizados e a aplicação de estratégias de reabilitação adaptadas às necessidades dos doentes em contextos de alta complexidade. Estes momentos permitiram não apenas a consolidação de conhecimentos teóricos, mas também a prática de tomada de decisão crítica, ética e de gestão de recursos em cenários clínicos reais.

A componente de investigação, explora a transição de cuidados ao doente crítico com patologia respiratória, destacando a importância da comunicação eficaz entre equipas de saúde para assegurar a continuidade e segurança dos cuidados. O trabalho realizado, procurou responder à questão: "Qual a informação relevante na transição de cuidados de reabilitação do doente internado em cuidados intensivos com patologia respiratória?". Para tal, foi realizada uma scoping review de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute e reportado de acordo com as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis para scoping reviews (PRISMA-ScR), com pesquisa bibliográfica em bases de dados como PubMed, Scielo e CINAHL, incluindo estudos publicados entre 2019 e 2023. As Palavras chave utilizadas na pesquisa**:** critical care, patient transfer e rehabilitation. A revisão revelou que a comunicação estruturada e a transferência detalhada de informação são fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados e reduzir riscos durante a transição de ambientes de cuidados intensivos para internamento geral. No entanto, foram identificadas lacunas na literatura sobre a especificidade da informação necessária para uma transição eficaz e segura.

Conclui-se que, além da formação prática, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenha um papel crucial na facilitação da comunicação e na implementação de cuidados de reabilitação personalizados. A investigação reforça a necessidade de um maior desenvolvimento de protocolos de comunicação e transferências no contexto da reabilitação, garantindo que os cuidados prestados sejam seguros, contínuos e centrados nas necessidades dos doentes.

ABSTRACT

This report describes the path developed and the reflection on the acquisition of skills within the scope of the professional internship, to obtain the Master's degree in Rehabilitation Nursing, presenting the work developed in the internship and research component.

Through a practical component carried out in cardiology, orthopaedics, cardiothoracic surgery and pneumology, we developed specific skills, including functional assessment, drawing up personalized intervention plans and applying rehabilitation strategies adapted to the needs of patients in highly complex contexts. This allowed us not only to consolidate theoretical knowledge, but also to practice critical decision-making, ethics and resource management in real clinical scenarios.

The research component explores the transition of care for the critically ill patient with respiratory pathology, highlighting the importance of effective communication between health teams to ensure continuity and safety of care. The work carried out sought to answer the question: “What information is relevant in the transition of rehabilitation care for patients in intensive care with respiratory pathology?”. To this end, a scoping review was carried out according to the methodology of the Joanna Briggs Institute and reported according to the PRISMA-ScR recommendations, with a bibliographic search in databases such as PubMed, Scielo and CINAHL, including studies published between 2019 and 2023. Keywords used in the research: critical care, patient transfer, rehabilitation. The review revealed that structured communication and detailed information transfer are key to ensuring continuity of care and reducing risks during the transition from intensive care to general inpatient settings. However, gaps were identified in the literature on the specificity of the information needed for an effective and safe transition.

It is concluded that, in addition to practical training, the Rehabilitation Nurse Specialist (RNS) plays a crucial role in facilitating communication and implementing personalized rehabilitation care. The research reinforces the need for further development of communication and handover protocols in the context of rehabilitation, ensuring that the care provided is safe, continuous and centered on patients' needs.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Termos MeSH e termos família/ sinónimos.....60

Tabela 2 – Análise dos artigos selecionados.....64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama PRISMA-ScR (adaptado) ilustrativo do processo de revisão…….63

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 19

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 21

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO 23

1.1. Estágio em contexto de Cardiologia 24

1.2. Estágio em contexto de Ortopedia 24

1.3 Estágio em contexto de Cirurgia Cardiotorácica 25

1.4 Estágio em contexto de Pneumologia 26

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 27

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 27

2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade 29

2.3 Domínio da gestão de cuidados 31

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 33

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 35

3.1 Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados 36

3.2 Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição para a reinserção e exercício de cidadania 38

3.3 Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa 40

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 45

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 47

1. Fundamentação/enquadramento teórico 53

2. Metodologia 59

3. Resultados 63

4. Discussão 69

5. Conclusão 75

CONSIDERAÇÕES FINAIS 77

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79

APÊNDICES LXXXV

APÊNDICE I: PANFLETO SOBRE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA LXXXVII

INTRODUÇÃO

A transição de cuidados no âmbito da Enfermagem de Reabilitação (ER) representa um desafio crucial na prestação de serviços de saúde ao doente crítico, particularmente para aqueles com patologias respiratórias. Este relatório final de estágio, desenvolvido no contexto do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, iniciado no ano letivo 2022/2023, explora a importância de uma comunicação eficaz entre equipas de saúde durante a transição de cuidados, com um foco especial nas competências avançadas do EEER. Este profissional é central para garantir a continuidade dos cuidados, reduzir riscos e melhorar a qualidade da recuperação dos doentes, sendo fundamental a sua atuação em cenários de elevada complexidade clínica.
A questão central deste trabalho, "Qual a informação relevante na transição de cuidados de reabilitação do doente internado em cuidados intensivos com patologia respiratória?", reflete a necessidade de uma abordagem estruturada e sistematizada de comunicação que previna falhas e assegure a segurança do doente. Esta problemática ganha relevância à luz da literatura, que destaca as falhas de comunicação como causas frequentes de eventos adversos na transição entre cuidados intensivos e enfermarias (Graan et al., 2015), sublinhando a importância do papel do EEER para assegurar que cada doente receba um plano de cuidados adaptado às suas necessidades específicas. A evidência mostra também que, melhorias na comunicação entre a equipa de reabilitação têm impacto positivo nos resultados em saúde (Jung et al., 2021) e que a implementação de modelos de cuidados para a transição reduz o tempo de internamento e mortalidade (Kheir et al., 2016).

Durante a componente clínica, foi proporcionado o desenvolvimento e aplicação de competências especializadas essenciais ao EEER, nomeadamente na avaliação funcional e elaboração de planos de intervenção específicos que promovam a reabilitação motora, respiratória e cognitiva. A formação prática nos diversos contextos clínicos — cardiologia, ortopedia, cirurgia cardiotorácica e pneumologia — possibilitou o aperfeiçoamento de competências técnicas, éticas e de gestão, permitindo uma abordagem global e personalizada que visa a maximização da autonomia e qualidade de vida dos doentes. Este processo formativo, baseado na prática reflexiva e na integração de conhecimentos científicos, enriqueceu a capacidade de conceber intervenções inovadoras e adaptadas às situações complexas, garantindo uma resposta eficiente e empática.

Para responder à questão de investigação, foi conduzida uma scoping review, conforme as orientações do Joanna Briggs Institute (Aromataris et al., 2024), analisando evidência recente sobre práticas de transição de cuidados.

O relatório divide-se em duas partes: a primeira descreve a experiência em contexto clínico e as competências adquiridas, e a segunda, dedicada à investigação, discute os resultados e importância inequívoca de práticas de comunicação otimizadas na transição de cuidados. Este estudo visa, assim, contribuir para o reforço da prática clínica em ER, promovendo a segurança e a eficácia nos cuidados prestados ao doente crítico com patologia respiratória.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O plano de estudos para a unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com relatório final, impõe um total de 810 horas, das quais 430 horas são de contacto na tipologia de estágio, divididas por quatro momentos distintos da prática clínica, descritos neste capítulo.

Os Ensinos Clínicos (EC) decorreram entre 2 de outubro de 2023 e 8 de março de 2024. Trata-se de uma experiência de formação prática/clínica que une as experiências vivenciadas, os conteúdos teóricos lecionados durante este mestrado e o seu juízo crítico na tomada de decisão avançada. Este processo constitui a base para o desenvolvimento e integração das competências do EEER assentando nos seguintes objetivos:

- ✓ Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;
- ✓ Conceber planos de intervenção para a promoção das capacidades adaptativas no contexto do autocontrolo e autocuidado da pessoa nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;
- ✓ Implementar intervenções para otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, da eliminação e da sexualidade;
- ✓ Implementar programas de treino de atividades de vida diária (AVD) promovendo a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;
- ✓ Implementar programas de treino motor e de treino de exercício físico;
- ✓ Demonstrar capacidade de tomada de decisão;
- ✓ Participar na organização e gestão do serviço de saúde;
- ✓ Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão;
- ✓ Diagnosticar necessidades formativas dos contextos.

1.1. Estágio em contexto de Cardiologia

O primeiro EC, prática em processo cardíaco, decorreu no serviço de Cardiologia de um Centro Hospitalar da Região Centro do país de 2 outubro a 3 de novembro sob a orientação do Professor Doutor Paulo Azevedo e de um EEER, tutor clínico do serviço. Trata-se de um serviço com alguma complexidade que presta cuidados à pessoa com doença cardíaca em contexto de consulta externa, hospital de dia, internamento (12 camas), unidade de cuidados intensivos coronários (5 camas) e mais recentemente uma unidade de cardiologia de diagnóstico e intervenção cardiovascular refletindo a necessidade crescente de cuidados à população que abrange. Mostrou-se um serviço muito dinâmico preocupado com a formação contínua e ativa, acolhendo estudantes das mais diversas áreas da saúde, nomeadamente, medicina, enfermagem e fisiologia clínica. É um serviço certificado segundo o modelo do Ministério da Saúde, desde dezembro de 2023, sendo que à data estava em processo de certificação.

O EEER é externo ao serviço de Cardiologia, pertencendo ao Serviço de Enfermagem de Reabilitação da Instituição e presente de segunda a sexta-feira no horário das 8 às 15h. O Serviço de Enfermagem de Reabilitação é composto por 21 EEER que são distribuídos pelos diferentes serviços da instituição, assegurando a prestação de cuidados de ER. Neste modelo de gestão de cuidados pode o EEER ter de prestar cuidados de ER em vários serviços no mesmo turno.

Para o desenvolvimento deste estágio estiveram presentes os seguintes objetivos:

- ✓ Avaliar, planear e implementar programas de reabilitação individualizados à pessoa com doença do foro cardíaco;
- ✓ Desenvolver capacidade de tomada de decisão em cuidados de enfermagem avançados.

1.2. Estágio em contexto de Ortopedia

O segundo EC, prática em processo ortopédico, decorreu no serviço de Ortopedia de um Centro Hospitalar da Região Centro do país de 6 novembro 2023 a 12 de janeiro de 2024 sob a orientação do Professor Doutor Paulo Azevedo e de um EEER, tutor clínico do serviço. É um serviço cirúrgico ortopédico que abrange cirurgia programada e ortotraumatologia,

constituído por consulta externa e internamento (53 camas), subdivididas em duas alas distintas nomeadamente, Ortopedia Mulheres e Ortopedia Homens.

O serviço de Ortopedia é composto por 3 EEER que integram a equipa de saúde do serviço, sendo um deles o Enfermeiro Gestor, um responsável pela prestação de cuidados de ER na ala de Ortopedia Mulheres e outro na ala de Ortopedia Homens. Exercem as suas funções de segunda a sexta-feira no horário das 8 às 16h e ao sábado um enfermeiro de reabilitação para as duas alas, no mesmo horário.

Para o desenvolvimento deste estágio estiveram presentes os seguintes objetivos:

- ✓ Avaliar a funcionalidade e conceber planos de intervenção para a promoção das capacidades adaptativas;
- ✓ Implementar programas de treino de AVD promovendo a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;
- ✓ Participar na organização e gestão do serviço.

1.3 Estágio em contexto de Cirurgia Cardiotorácica

O terceiro EC, prática em processo cardiorrespiratório, foi desenvolvido no Serviço de Cirurgia Cardiotorácica de um Centro Hospitalar da Região Norte do país de 15 de janeiro a 23 de fevereiro sob a orientação do Professor Doutor Paulo Azevedo e de um EEER, tutor clínico do serviço.

O Serviço de Cirurgia Cardiotorácica é uma unidade de excelência daquele complexo Hospitalar, no caminho da vanguarda e na melhoria contínua dos cuidados de saúde aos cidadãos a quem presta cuidados, sendo certificado segundo modelo de certificação do Ministério da Saúde. É um serviço subdividido em Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácica com capacidade de 10 camas (sendo 2 isolamentos), duas Unidades de Cuidados Intermédios (uma com capacidade para 3 e outra para 4 camas), um internamento com lotação de 29 camas, englobando ainda a consulta externa/ambulatório.

São três os EEER que fazem parte integrante da equipa, estando dois de serviço em simultâneo de segunda-feira a domingo das 8h às 15h. O seu horário é planeado pela Enfermeira Gestora do Serviço e está distribuído de modo que, semanalmente, um esteja alocado à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidade de Cuidados Intermédios (3

camas) e outro alocado ao Internamento e Unidade de Cuidados Intermédios (4 camas), alternando posteriormente os postos de trabalho.

Apesar de ser um serviço que trata doenças do foro cardíaco e respiratório, o foco para este estágio enquadrou-se na dimensão respiratória. Para este estágio foram delimitados os seguintes objetivos:

- ✓ Avaliar, planear e implementar programas de reabilitação individualizados à pessoa com doença do foro respiratório;
- ✓ Promover capacidades adaptativas e de autocuidado da pessoa em processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

1.4 Estágio em contexto de Pneumologia

O quarto e último EC, de cariz opcional, foi realizado no serviço de Pneumologia de um Centro Hospitalar da Região Norte do país de 26 de fevereiro a 8 de março de 2024 sob a orientação do Professor Doutor Paulo Azevedo e de um EEER, tutor clínico do serviço.

O serviço de pneumologia desta unidade hospitalar é composto por Internamento com 26 camas, das quais duas são isolamentos, ginásio, consulta externa/ambulatório e destaca-se pelo dinamismo visionário da equipe de saúde desenvolvendo projetos inovadores na área da reabilitação respiratória nomeadamente um ginásio com programa de reabilitação respiratória em parceria com o Serviço de Medicina Física e Reabilitação, tele-reabilitação e mais recentemente tele-monitorização destinada a doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica, tendo como principal objetivo a redução das admissões hospitalares através de ajustes constantes e imediatos nos cuidados e no tratamento.

É um serviço com três EEER, um em funções de gestão, outro de momento na prestação de cuidados gerais e, outro assume cuidados de reabilitação que funciona de segunda a sexta-feira em horário das 8h às 15h.

Os objetivos para este ensino clínico basearam-se no contacto com ferramentas e projetos inovadores na área da reabilitação respiratória.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Enfermagem assume atualmente um papel de visibilidade central na prestação de cuidados de saúde, sustentada numa crescente exigência técnica e científica, impondo um caminho cada vez mais no sentido da diferenciação e especialização dos seus profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019). Por definição, o enfermeiro especialista "é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4744).

O artigo 3º do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece que as competências comuns do enfermeiro especialista:

> "são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745).

As competências comuns estão assentes em quatro domínios nomeadamente: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que se refere às competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, estas incluem o desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, assim como, assumindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

O artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) reforça que estes devem adotar uma prática responsável e ética salvaguardando o respeito pelos direitos e interesses legais dos cidadãos (OE, 2015a).

A tomada de decisão, a liderança e gestão de todo o processo, segundo princípios, valores e normas deontológicas, fazem do enfermeiro especialista um elemento central e consultor dentro da sua equipa e área de especialidade (Regulamento nº140/2019, 2019). No contexto Hospitalar, com recursos cada vez mais limitados, constroem-se protocolos de atuação de forma a uniformizar procedimentos, no entanto é imperativo que estas intervenções respeitem também as preferências do doente. O enfermeiro especialista desempenha um papel importante na definição de estratégias em parceria com o doente, na construção do seu projeto de saúde.

Durante os ensinos clínicos procurou-se desenvolver uma conduta de exercício profissional com base em tomadas de decisão segundo os princípios e normas da deontologia profissional, promovendo a reflexão crítica sobre os mesmos. O respeito pelos direitos humanos é uma preocupação constante no exercício profissional. Observou-se durante o estágio, apesar de constrangimentos inerentes aos escassos recursos humanos uma atitude e prestação de cuidados preocupada com a segurança, individualidade e privacidade dos doentes. A privacidade dos doentes é muitas vezes difícil de garantir, particularmente a informação, pois estruturalmente torna-se difícil em enfermarias múltiplas. O doente é consultado no seu leito pela equipa multidisciplinar em ambiente partilhado. A perceção desta problemática surgiu em alguns momentos em que o doente aproveitou estar sozinho para abordar preocupações em relação ao seu estado nomeadamente a nível da sexualidade.

A literatura evidencia que a sexualidade e saúde sexual são aspetos importantes para a qualidade de vida dos utentes e que podem ser afetados após um evento cardíaco. Neste sentido, torna-se fundamental alertar para os efeitos farmacológicos na função sexual; encorajar um local e posição confortável para minimizar a pressão sobre o coração durante a atividade sexual; incentivar a retomar a relação sexual quando for capaz de consumir 3–5 equivalentes metabólicos de tarefa (MET) (comparável a caminhar numa passadeira 5–6km/h) e informar sobre o nível de risco relacionado com atividade sexual (Homem et al., 2023). Apesar destas orientações este assunto é pouco explorado em contexto clínico. A sexualidade ainda se apresenta como um assunto “tabu” na nossa sociedade e as opções são, até agora, muito limitadas em contexto de internamento (Karani & McLuskey, 2020).

Os momentos de maior privacidade foram aproveitados para abordar preocupações do doente de forma intencional como forma de mitigar esta problemática.

Face ao exposto, a reflexão impôs-se na procura de soluções que poderão passar por desenvolver intervenções que contribuam para aumentar a literacia dos doentes e dos profissionais de saúde acerca desta temática.

2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Independentemente da área de especialidade, o enfermeiro especialista tem um papel institucional promotor da segurança de cuidados, gestão de risco e na prevenção de incidentes (Regulamento nº140/2019, 2019). Na prática clínica, o EEER assume um papel multidimensional, que abrange não apenas a prestação direta de cuidados, mas também a gestão do risco e a segurança dos doentes. Durante os EC, e pelo facto de termos a responsabilidade enquanto elemento de ligação na gestão de risco no serviço, permitiu reforçar a importância de práticas sistematizadas e sustentada em evidência e de uma comunicação eficaz entre equipas para a continuidade dos cuidados. Este papel é particularmente relevante na transição de cuidados de reabilitação, em que o EEER deve identificar e mitigar potenciais riscos que possam comprometer a segurança do doente.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, as competências do enfermeiro especialista reúnem a garantia de um papel dinamizador em iniciativas estratégicas na área da governação clínica; desenvolvimento de práticas de qualidade e gestão, gerindo e participando em programas de melhoria contínua; e promovendo ambiente terapêutico seguro (Regulamento nº140/2019, 2019).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022) considera a comunicação como um pilar fundamental na segurança do doente, especificamente em momentos de transição de cuidados, onde as instituições de saúde devem proceder à implementação de procedimentos padronizados para que a informação partilhada entre os profissionais seja precisa e objetiva, de modo a evitar quebras na continuidade de cuidados.

É função do enfermeiro, como descrito na alínea d) do artigo n.º 104, da deontologia profissional de enfermagem “assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (OE, 2015b, p. 8079).

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz entre profissionais através da utilização da técnica ISBAR (Identify, Situation, Backgrownd, Assessement e

Recomendation) de forma a uniformizar estes momentos e diminuir o risco para o doente, Norma nº 001/2017 de 08/02/2017, da DGS (2017). A evidência científica reforça que a padronização da comunicação em saúde, a estruturação objetiva da informação acerca da situação clínica do doente deve atender à seguinte sequência: I- identificação, S- situação atual, B- antecedentes, A- avaliação e R- recomendações (Figueiredo et al., 2020).

Em contexto de EC, observou-se que a prática baseada na evidência está materializada na prática, estando implementados modelos de transição de informação segundo o método ISBAR. No entanto, no que se refere aos cuidados de ER, a informação é descentralizada, escassa e não integra a passagem de turno global. Foi com base nesta lacuna que surgiu o problema de investigação abordado no segundo capítulo deste relatório.

Os modelos de transição de informação assumem extrema importância para a qualidade e continuidade dos cuidados de reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, 2015). Durante a transição de cuidados a comunicação e transferência de informação deve ser uniformizada, caso contrário poderá colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que não garante a sua continuidade e a segurança do doente.

Durante o EC em contexto ortopédico, os programas de reabilitação estão mais focados nos cuidados pós-operatórios. Os doentes muitas vezes tinham informação limitada em relação à intervenção e plano de recuperação a que iam estar sujeitos e eram frequentemente admitidos depois das 16h para serem submetidos a cirurgia no dia seguinte de manhã, impossibilitando a intervenção pré-operatória do EEER, principalmente ao primeiro doente cirúrgico da manhã.

Para fazer face a esta situação, tendo presente a importância da intervenção do EEER no pré-operatório e o impacto desta intervenção na promoção da recuperação do utente no pós-operatório, foi implementado um programa de reeducação funcional. Este programa teve como objetivo minimizar o stress e o risco de complicações, e incluía exercícios de reabilitação respiratória (de modo a prevenir complicações no pós-operatório) e exercícios de reabilitação motora (com vista a facilitar a sua interiorização por parte do doente, de modo a promover o ganho de amplitude de movimento no pós-operatório). Foi também realizado um panfleto (Apêndice I) com exemplos de exercícios respiratórios para entregar ao doente e complementar o programa de reabilitação implementado no serviço. A evidência refere-se atualmente a um conceito de pré habilitação multimodal a incluir nos programas pré-operatórios (exercícios respiratórios, equilíbrio, força muscular, entre outros) com

excelentes resultados no pós-operatório e na mitigação de complicações nomeadamente respiratórias (Strijker et al, 2024).

2.3 Domínio da gestão de cuidados

As competências no domínio da gestão de cuidados referem-se a: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019). Diz o mesmo regulamento, que os enfermeiros especialistas integram competências na gestão de recursos materiais e equipamentos, recursos humanos e de cuidados, conciliando a liderança e a gestão na garantia da qualidade dos cuidados. Os contextos de estágio durante os ensinos clínicos apresentaram modelos de gestão de cuidados diferentes neste domínio.

Em contexto de cardiologia, o EEER, não estando integrado na equipa interna do serviço, não participava diretamente na gestão de recursos humanos nem na coordenação da equipa, concentrando-se na coordenação dos cuidados sob a sua responsabilidade. Os recursos materiais e equipamentos necessários ao plano de cuidados de reabilitação eram geridos pelo enfermeiro gestor ou pelo coordenador da equipa. Assim, o EEER não exercia plenamente as competências relacionadas com a gestão direta de recursos materiais e equipamentos, o que limitava a sua autonomia na implementação do plano de reabilitação. A execução e continuidade desse plano dependiam, portanto, da intervenção de outros profissionais, como o enfermeiro gestor e/ou o coordenador da equipa, o que podia influenciar a sua implementação em tempo oportuno e a continuidade dos cuidados previstos.

No entanto, era-lhe reconhecida a importância dos cuidados que prestava ao doente, pela equipa multidisciplinar, com papel ativo na gestão de caso, nomeadamente na alta do doente. Em contexto de cirurgia cardiotorácica, o modelo mostrou-se semelhante com exceção de que os EEER integravam a equipa de serviço. Não desenvolviam papel ativo na coordenação de serviço nem de gestão de recursos humanos.

Em contexto de ortopedia o gestor de serviço é EEER e os coordenadores de serviço durante o período da manhã de segunda a sábado são EEER. Estes enfermeiros especialistas acumulam a gestão dos cuidados de ER com a gestão de recursos materiais e equipamentos,

bem como a gestão de recursos humanos. Considero que é um modelo que traz uma sobrecarga de responsabilidade nestes profissionais condicionando muitas vezes o plano de reabilitação proposto para os doentes. As funções na área da gestão global podem exigir muito tempo deste profissional, que seria necessário à prestação/gestão de cuidados de reabilitação. Contudo, por outro lado, permite-lhe desenvolver competências do domínio das competências comuns e competências específicas, tendo um papel ativo no domínio da gestão, contribuir para assegurar a continuidade e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O papel do EEER na reunião multidisciplinar semanal mostrou-se bastante representativo daquilo que são as suas competências na área da gestão de cuidados. A sua intervenção sobressaiu na medida em que era o profissional que melhor conhecia o doente nas suas dimensões física, emocional e social, permitindo uma intervenção individualizada da pessoa com alterações do foro ortotraumatológico.

Esta situação deixou bem patente que a ER é uma área de intervenção de excelência e referência (Regulamento n.º 350/2015, 2015). Concomitantemente fez-me perceber que ao fazer uso das suas competências, especialmente através da avaliação da funcionalidade e identificação de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento nº392/2019, 2019) o EEER detém uma visão global e integrada do doente, que lhe permite a prestação de cuidados personalizados e a obtenção de ganhos em saúde. É aquele que avalia também em primeira instância o contexto familiar e as suas necessidades adaptativas decorrentes desta transição. O planeamento da alta do doente inicia-se na sua admissão e aqui o EEER tem um papel essencial. O desenvolvimento profissional especializado contribui para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de ER, fundamental para a tomada de decisão do EEER (Regulamento n.º 350/2015, 2015). Interessante perceber por exemplo, no estágio desenvolvido em contexto de comunidade, no semestre anterior, onde existiam programas de reabilitação motora que eram referenciados pelo médico e enfermeiro de família que, ao avaliarem a informação fornecida nas cartas de alta do internamento, referenciavam para o EEER para continuidade e gestão dos cuidados. A verdadeira materialização daquilo que é a continuidade integrada de cuidados até ao contexto do doente. Interessante seria que este doente chegasse ao internamento com as dificuldades apuradas pelo EEER da comunidade, nomeadamente em barreiras arquitetónicas, cuidador adequado para o contexto bem como necessidades de planeamento que pudessem encurtar internamentos por vezes desnecessariamente longos com os constrangimentos que daí resultam.

Em contexto de pneumologia, o EEER tinha um papel de assessor do enfermeiro gestor, assumindo a sua substituição quando necessário. Para além de funções de coordenador assumia os cuidados de ER dos doentes do serviço bem como os projetos implementados no serviço nomeadamente a tele-reabilitação, o ginásio e a tele-monitorização. Apesar de bastante curto, este ensino clínico foi muito rico na medida em que, estando o tutor em funções de substituição do enfermeiro gestor, as competências no domínio da gestão de cuidados foram mais representativas. A dificuldade na gestão de recursos humanos inerentes à elevada taxa de absentismo do serviço, impõe um gestor com grande capacidade em gestão de conflitos através de uma abordagem positiva nas soluções. O absentismo é uma problemática geral dos serviços onde desenvolvi os ensinos clínicos, sendo uma sobrecarga para o gestor do serviço e para toda a equipa. É muitas vezes a causa e o efeito do elevado desgaste dos profissionais de saúde.

As experiências relacionadas com esta dimensão permitiram desenvolver a perícia no que diz respeito à gestão de recursos humanos, materiais e farmacológicos, de cuidados, de transferências intra e inter-hospitalares, bem como na gestão vagas.

Este contexto, proporcionou a oportunidade de desenvolver competências do domínio da gestão que foram bastante enriquecedoras, profissionalmente e pessoalmente. Todavia, não foi possível desenvolver competências do domínio da assessoria, o tempo reduzido deste ensino clínico não permitiu o desempenho de um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio, deve o enfermeiro especialista desenvolver o seu autoconhecimento e assertividade norteando a sua prática clínica pela melhor evidência científica (Regulamento nº140/2019, 2019). A Integração dos resultados da evidência na prática clínica fomenta a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente, potenciando melhores resultados (Camargo et al., 2018).

A gestão de emoções e de respostas eficientes em momentos de elevada pressão são competências essenciais na prática de enfermagem do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019, 2019). A complexidade dos serviços, a carência de profissionais, a pressão na gestão de vagas é geradora de constrangimentos e conflitos nas equipas. É fundamental

cuidar das equipas pois o equilíbrio das relações interpessoais é essencial para não comprometer a qualidade dos cuidados prestados (Lima et al., 2021).

Durante o EC, pude constatar o papel dinamizador que um Serviço de Reabilitação promove para toda a unidade hospitalar. Participei enquanto formando em várias formações promovidas por estes enfermeiros especialistas com agenda anual nomeadamente: "aerossolterapia", "cough assist", "desalgaliar para ganhar- stop infeção" e "ginástica laboral". É a verdadeira materialização do domínio das aprendizagens profissionais promovidas por estes especialistas na melhoria da qualidade dos cuidados ao doente, mas também do desempenho de outros profissionais através destes projetos de melhoria.

No EC em contexto de pneumologia, a dinâmica e inovação também enriqueceram sobremaneira este ponto na operacionalização de projetos na área da tele-monitorização, tele-reabilitação, constatando que os meios tecnológicos são ferramentas de excelência ao dispor da melhoria contínua da qualidade, proximidade, acessibilidade e celeridade dos cuidados prestados ao doente.

Em contexto ortopédico foi realizado panfleto e implementado plano de reeducação funcional respiratória, de forma a complementar o plano de reabilitação ao doente ortopédico resultado do diagnóstico de necessidades formativas e interventivas no serviço.

No contexto da prática em processo cardíaco, desenvolvido no serviço de cardiologia, e do processo respiratório, realizado em cirurgia cardiotorácica — ambos os serviços em conformidade com modelos de certificação do Ministério da Saúde, um em processo de certificação e outro já certificado — todos os planos de reabilitação seguem protocolos rigorosos, fundamentados na mais recente evidência científica validada pelos especialistas. Esta estrutura protocolar sublinha a importância da integração contínua dos resultados da investigação na prática do EEER, promovendo uma abordagem fundamentada na evidência e orientada para a obtenção de resultados mensuráveis e sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta experiência evidenciou o valor da padronização e da prática clínica baseada na evidência, ambas fundamentais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assegurando que as intervenções de ER sejam eficazes, seguras e adequadas às necessidades específicas dos doentes.

Todos os contextos de estágio foram excelentes representantes daquilo que se considera prática baseada na evidencia, assumindo e contribuindo para que os melhores cuidados chegassem ao doente.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os padrões de qualidade definidos para a prática especializada em ER têm como objetivos "ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia" (Regulamento n.º 350/2015, 2015, p. 16656). Assim, a intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação previne, recupera e habilita "de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade" (Regulamento n.º 350/2015, 2015, p. 16656). No mesmo regulamento, a OE definiu oito enunciados descritivos com o objetivo de promoção e gestão da qualidade da prática dos EEER nomeadamente "junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos". (Regulamento n.º 350/2015, 2015, p. 16656). Neste sentido, o foco de intervenção do EEER assenta na satisfação dos doentes, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional, na promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

O regulamento das competências específicas do EEER define um conjunto "de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência" (Regulamento nº392/2019, 2019, p. 13565). A sua intervenção está presente em todo o ciclo vital, visando a prevenção, o diagnóstico precoce, a manutenção das capacidades funcionais, a recuperação da independência nas atividades de vida perante "incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades" (Regulamento nº392/2019, 2019, p. 13565).

As competências reguladas para o EEER são: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº392/2019, 2019). Estas competências são a base no caminho da

excelência de cuidados avançados, diferenciados e individualizados em enfermagem reabilitação.

A utilização de conhecimento científico durante os diversos EC, foi a base da conceção, prestação de cuidados, avaliação de resultados e pensamento crítico das aprendizagens.

3.1 Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

As alterações da funcionalidade que impedem a pessoa de executar atividades básicas de forma independente, impõem o desenvolvimento de competências pelo EEER de modo a avaliar, diagnosticar, planear, implementar e reformular planos de intervenção especializada que acrescentem qualidade de vida e promova a reintegração na sociedade (Regulamento nº392/2019, 2019).

A transição é definida como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou local para o outro (Meleis, 2010), acarretando um processo de vida que requer adaptação. O EEER tem aqui um papel primordial na reintegração do doente na sociedade. A identificação das necessidades perante a incapacidade, o ensino ao doente e cuidador, bem como o treino de técnicas facilitadoras do processo adaptativo, manifestaram-se em bons resultados dessa intervenção e em melhoria da qualidade de vida das pessoas e dos cuidadores.

Nos diversos contextos de estágio nomeadamente, processo cardíaco, ortopédico e respiratório o desenvolvimento desta competência assentou na avaliação e diagnóstico de limitações que comprometem a capacidade funcional do doente na realização das suas atividades de vida diária, na autonomia e na capacidade para o autocuidado. A elaboração de planos de intervenção, a sua implementação e avaliação de resultados perante as limitações e o seu projeto de vida sustentaram, a integração do conhecimento e o processo de operacionalização desenvolvidos.

Em contexto ortopédico, os doentes, maioritariamente sujeitos a cirurgia eletiva, apresentavam uma condição física bastante limitadora no autocuidado. A sua qualidade de vida condicionada pela dor traduzia uma alteração significativa a nível da funcionalidade motora. A gonartrose e a coxartrose representaram a maioria dos diagnósticos de admissão para cirurgia eletiva com implicações significativas no autocuidado andar e transferir-se. Toda a equipa multidisciplinar conduzia a sua intervenção no sentido do projeto de saúde do

doente. As fraturas da região transtrocantérica e do colo do fémur, na área da ortotraumatologia foram as mais frequentes e a prioridade na resolução cirúrgica constituiu uma realidade de forma a minimizar as complicações inerentes à imobilização. A avaliação inicial mostrou-se importantíssima na gestão de expectativas do doente, na avaliação dos aspetos psicossociais com implicação na sua transição de saúde nomeadamente o apoio necessário pós internamento.

É importante o diagnóstico precoce das limitações funcionais, mas também o apuramento de fatores inibidores do seu processo de reabilitação como por exemplo a falta de apoio social, muito frequente na população mais idosa. Os protocolos de reabilitação motora estão implementados, no entanto a intervenção da reabilitação pré-operatória é condicionada, na minha opinião, pelo horário de trabalho praticado pelos EEER. Os doentes são admitidos no turno da tarde (depois das 16h) e a intervenção do EEER não está contemplada após esse horário, limitando desde logo essa intervenção. O modelo de gestão também não está desenhado para assegurar essa valência da reabilitação, pelos escassos recursos profissionais na área da reabilitação e pela intervenção acumulativa e ativa de coordenação de serviço do EEER, condicionando e priorizando a sua intervenção na reabilitação pós-operatória, com foco na capacitação e reaquisição da independência no menor tempo possível, prevenindo complicações relacionadas com rigidez articular, atrofia muscular e a trombose venosa profunda.

Segundo o Regulamento Para o Cálculo de Dotações Seguras, Regulamento nº743/2019 (2019) está definido que em serviços de internamento hospitalar devem estar distribuídos dois EEER por cada quinze doentes de forma a garantir doze horas de cuidados de reabilitação durante os sete dias da semana. Em nenhuma das realidades vivenciadas este rácio era cumprido, impondo uma necessidade constante em priorizar para manter os cuidados de reabilitação com a qualidade que os doentes exigem. Penso que uma mudança de paradigma é essencial nos modelos de gestão hospitalar de forma a melhorar os rácios recomendados numa lógica de investimento em recursos humanos especializados abandonando a sua perspetiva mais direcionada para o gasto.

A promoção da segurança no sentido de prevenção de luxações é uma das prioridades da intervenção do EEER, assim como a avaliação da capacidade e conhecimento do doente que se revelam fatores decisores na alta clínica e na sua reinserção social. O recurso a instrumentos de apoio nas tomadas de decisão nomeadamente a escala de força muscular do Medical Research Council, a escala numérica e analógica da dor, a goniometria por exemplo, nortearam a adesão, evolução e progressão do plano de reabilitação

individualizado. Os parâmetros vitais como a pressão arterial, temperatura, frequência respiratória e frequência cardíaca são indicadores clínicos presentes na gestão do plano de reabilitação individualizado de forma sistematizada antes, durante e após a realização das intervenções de forma a garantir a segurança dos cuidados ao doente.

A progressão nos programas de intervenção foi sustentada de forma segura com preocupação na redução do risco, promoção da autonomia no autocuidado, utilizando o treino individualizado como ferramenta, enaltecendo a otimização da função sempre numa perspetiva integrada na pessoa.

Os EC foram fundamentais no desenvolvimento das aprendizagens práticas, na operacionalização da teoria e na construção e enriquecimento da minha identidade profissional como futuro EEER através das diferentes experiências nos contextos hospitalares bem como da expertise e exemplo dos tutores que me acompanharam neste percurso académico.

3.2 Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição para a reinserção e exercício de cidadania

A análise da problemática da deficiência e da restrição da participação em sociedade são objeto de intervenção dos EEER na medida em que implementam intervenções autónomas ou interdisciplinares com enquadramento numa consciência socialmente inclusiva (Regulamento nº392/2019, 2019). A sua autonomia sobressai na implementação de programas "de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida" (Regulamento nº392/2019, 2019, p.13567), bem como na promoção da mobilidade e acessibilidade numa perspetiva integrativa e de participação social.

Durante o ensino clínico em processo respiratório, num serviço de cirurgia cardiotorácica, o desenvolvimento de competências específicas em doentes com limitações e restrições na sua condição de saúde permitiram o seu acompanhamento e intervenção no período pré-operatório e pós-operatório.

As patologias mais frequentes como diagnóstico de admissão foram predominantemente do foro oncológico nomeadamente o cancro do pulmão ou outras estruturas que envolvem o tórax, bem como doenças do foro infecioso e as suas sequelas passíveis de intervenção cirúrgica ou mesmo tratamento conservador, nomeadamente empiema, pneumotórax e

derrame pleural. Cirurgias de patologias pulmonares congénitas, de complicações da tuberculose e enfisema, bem como cirurgias do *pectus excavatum* e da traqueia também foram uma realidade durante este EC. No campo das patologias congénitas foi importante perceber o impacto do papel dos do EEER e o reconhecimento das famílias dos benefícios da sua intervenção. A relação de confiança e disponibilidade que o EEER tem com estas famílias transpõe os limites hospitalares através do esclarecimento de dúvidas muitas vezes por via telefónica. O acompanhamento a um doente submetido a lobectomia inferior esquerda permitiu o acompanhamento pré-operatório, o seguimento pós-operatório na UCI, nos cuidados intermédios e ainda no internamento. De facto, o compromisso do processo corporal cardiorrespiratório impacta significativamente a autonomia e a qualidade de vida do doente (OE, 2018) e o EEER tem um papel ímpar em todo o processo de transição saúde-doença da pessoa com respiração comprometida (Regulamento nº392/2019, 2019).

A ventilação, o movimento corporal, a intolerância à atividade, a limpeza das vias aéreas, a adesão ao regime terapêutico e o conhecimento são os focos de ER mais significativos na abordagem a estes doentes (Regulamento nº392/2019, 2019). Mostrou-se um EC bastante rico no sentido de aperfeiçoamento da avaliação do processo corporal respiratório como sinais de alteração do padrão, os seus sinais de compromisso, despiste de alterações relacionadas com a mobilidade da caixa torácica especialmente em doentes do foro cirúrgico. A importância do exame físico e o seu aperfeiçoamento na avaliação e individualização dos cuidados de ER estiveram no foco de aprendizagens.

Para enriquecer o EC em processo respiratório foi proposta a realização de dois turnos num serviço de medicina intensiva, área onde exerço funções e com particular interesse no meu percurso profissional. Mostrou-se uma experiência muito gratificante na gestão de cuidados de reabilitação necessários ao doente sob ventilação mecânica invasiva. A importância desses cuidados no desmame ventilatório e a preparação para a extubação segura nesses doentes de forma integrada por todos os atores de cuidados, uma realidade comum e partilhada, em que a sincronia e o planeamento se mostraram de elevada importância para o sucesso das intervenções. O recurso a dispositivos respiratórios, por exemplo, de pressão expiratória positiva (shaker e aeróbica), dispositivos mistos que agrupam diversas tecnologias como pressão inspiratória, pressão expiratória positiva, vibro-oscilação e humidificação (MetaNeb®), apresentam-se como ferramentas muito eficazes na manutenção da limpeza das vias aéreas e reforço muscular acessório. O cough-assist, a técnica vibratória com recurso a dispositivo vibratório (Vest) eram usados naquela unidade como ferramentas essenciais em doentes com dificuldade na gestão de secreções e capacidade de eliminação

comprometida com bons resultados. Foi importante o contacto com estas ferramentas de trabalho no sentido de as poder importar, num futuro próximo, para a minha realidade profissional e desta forma operacionalizar o conhecimento na prática e os doentes usufruírem dos seus benefícios.

Instruir, treinar e adaptar os programas de reabilitação de forma individualizada são um desafio diário dos EEER na capacitação do doente para a sua reinserção de cariz global e sobretudo satisfatória. As estratégias de adaptação por vezes passam pela utilização de produtos de apoio, ajudas técnicas e dispositivos de compensação (Regulamento nº392/2019, 2019) muitas vezes com aceitação comprometida por parte do doente, refiro-me aqui à bengala ou andarilho em que o doente sente vergonha muitas vezes da sua utilização. Aqui o papel do EEER está em instruir, ensinar e desenvolver estratégias que enalteçam o objetivo final, ou seja, a capacitação para a maior autonomia possível.

A identificação de barreiras arquitetónicas pesa também no planeamento dos programas de reabilitação na medida em que a minimização do risco para eventos adversos e a promoção da acessibilidade são fundamentais na reinserção e participação cívica (Regulamento nº392/2019, 2019). Aqui pude observar, perceber e desenvolver capacidades relacionadas com a importância que o EEER dá à avaliação inicial, na colheita de dados, que de forma intencional vão nortear o plano de reabilitação e a sua implementação individualizada perante as múltiplas variáveis com vista a uma alta clínica segura. O familiar de referência é de elevada importância em todo o processo de reabilitação, sendo frequentemente alvo de instrução, ensino e capacitação por parte do EEER, pois o percurso de recuperação transpõe os limites do internamento e é necessária a continuidade dos cuidados após a alta clínica.

A colaboração na elaboração de protocolos, formação e projetos de melhoria contínua encaixam nas competências específicas do EEER (Regulamento nº392/2019, 2019). Os planos de formação específica alargada a todos os serviços, a ginástica laboral e a colaboração inter-hospitalar de pareceres técnico-científicos constituíram uma realidade vivenciada um pouco por todos os ensinos clínicos, o que dignifica a integração das competências do EEER na capacitação quer do doente quer de todos os profissionais de saúde, para que a qualidade dos cuidados prestados seja representativa da excelência.

3.3 Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A avaliação é fundamental para a prescrição de um plano de reabilitação sustentado e individualizado, pelo que a utilização de escalas e instrumentos de medida é essencial para

mensurar as funções nos diversos níveis de intervenção nomeadamente motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, de alimentação, de eliminação e da sexualidade (Regulamento nº392/2019, 2019). Os planos de intervenção do EEER baseiam-se em intervenções que promovam a autonomia e a qualidade de vida e o respeito pelo projeto de saúde da pessoa (Regulamento nº392/2019, 2019).

Perante uma patologia cardíaca crónica ou aguda, o tratamento farmacológico e o controlo de fatores de risco cardiovascular assumem um papel importante, no entanto a integração do exercício físico através de programas sequenciais e estruturados de reabilitação cardíaca acrescentam uma melhoria funcional e de qualidade de vida no seu tratamento (Novo et al., 2020). Os programas de reabilitação cardíaca estão divididos em três fases: intra-hospitalar (fase I), ambulatório (fase II) e intervenção de longo prazo (fase III) (OE, 2020).

Durante o EC em processo cardíaco, os programas de reabilitação cardíaca (RC) em curso assentam na fase I em doentes com evento cardíaco agudo ou descompensação de doença crónica cardíaca. A importância da construção de uma relação profissional de confiança nos cuidados mostrou-se fundamental na adesão aos programas propostos e à sua implementação.

A RC é recomendada a partir do momento em que o doente é admitido no hospital (Novo et al., 2020). No entanto, o seu início só acontece quando estão reunidos os indicadores de segurança (Ribeiro, 2021). No serviço de cardiologia onde foi realizado este ensino clínico, a RC está sujeita a prescrição médica. O EEER é externo ao serviço, embora com larga experiência e formação nesta área. Considero que esta gestão de cuidados de enfermagem avançados possa excluir alguns doentes dos benefícios da RC como intervenção terapêutica. Por várias vezes foram identificadas necessidades de intervenção em doentes não referenciados pela equipa médica e após fundamentação dessa necessidade pelo EEER, o médico assistente fez a sua prescrição. Considero que a génese da competência do EEER que se refere ao diagnóstico das necessidades de intervenção para otimizar a função cardíaca está presente, no entanto a sua autonomia na operacionalização do processo está comprometida neste modelo de gestão de cuidados.

A segurança dos cuidados durante a RC é essencial e é garantida pela monitorização cardíaca em repouso, durante o exercício e no final da sessão, com recurso a telemetria, monitorização da frequência cardíaca, pressão arterial e da oximetria e sua interpretação de desvios de risco. A avaliação subjetiva de esforço é avaliada pela escala de Borg modificada (1-10) e é recomendado que não ultrapasse a sensação de cansaço leve a moderado

(pontuação 3). A avaliação da dor é também um parâmetro a valorizar utilizando a escala numérica da dor (1-10). A frequência cardíaca não deve ultrapassar os 30 batimentos por minuto em relação à frequência em repouso. Outros sinais como tonturas, hipersudorese, sintomas de angor e dispneia devem ser valorizados. As sessões de RC estão protocoladas e iniciam-se em posição de deitado, depois sentado e por último em ortostatismo. Incluem um aquecimento, exercícios respiratórios, de relaxamento, de treino de exercício físico, direcionado aos membros superiores e inferiores como a marcha, a subida e descida de escadas escolhidos com intensidade e frequência progressivos e adequados à tolerância ao esforço do doente, terminando com alongamentos ou redução da intensidade do exercício (OE, 2020).

O EEER, durante todo o processo terapêutico e na interação com o doente, desenvolve a sua ação planeando intervenções que maximizem as capacidades funcionais, potenciando um desenvolvimento individual com a maior autonomia possível, sustentado num melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório (Regulamento nº392/2019, 2019).

Durante os diversos EC a avaliação da capacidade funcional mostrou-se de elevada importância pois a evidência considera-a um indicador de performance da pessoa para a realização das suas AVD, bem como a sua manutenção, potencia um envelhecimento saudável (Novo et al., 2020). Na avaliação da capacidade funcional foram tidas em conta as suas diversas componentes nomeadamente o equilíbrio estático e dinâmico, a força muscular (dinamometria) e capacidade aeróbica (teste de marcha de 6 minutos). Estas ferramentas de avaliação nortearam os programas de reabilitação em curso permitindo a monitorização dos programas implementados e os resultados obtidos.

A literatura aponta o exercício físico em pessoas com necessidades especiais essencial como coadjuvante terapêutico bem como no contorno da intolerância à atividade física (Ribeiro, 2021). É, portanto, um recurso importante na abordagem terapêutica do EEER. Os planos de exercício desenvolvidos durante os contextos pedagógicos acompanharam a prática baseada na evidência com a prescrição de exercício físico segundo os parâmetros frequência, intensidade, tempo, tipologia, volume e progressão (FITTVP) adaptados ao contexto e ao doente (Novo et al., 2020). O uso de tipologia combinada foi a mais frequente nos planos de treino selecionados pelos EEER nos contextos de ensino clínico nomeadamente, treino aeróbico, respiratório e de força muscular por impulsionar a maximização dos efeitos terapêuticos do exercício físico adaptados a cada doente.

Foi importante observar em contexto de pneumologia, no ginásio de ambulatório por exemplo, o entusiasmo dos doentes em cumprir o seu programa de treino, enaltecendo a melhoria nas atividades diárias que gradualmente conseguiam realizar de forma mais autónoma e com melhor tolerância ao esforço. As suas palavras traduziam a melhoria na sua qualidade de vida e a na sua inclusão social, com as adaptações necessárias inerentes ao processo de transição, reconhecendo assim o valor acrescido da intervenção do EEER.

Destaco o último estágio (em contexto de pneumologia) pelo dinamismo ímpar da equipa de saúde, pela complementaridade dos diversos saberes na procura integrada da melhor evidência científica refletida nos diversos programas de reabilitação em curso. Aqui o EEER exerce as suas competências de forma completa com especial preocupação nos ganhos em saúde e na qualidade de vida do doente e família. A diversidade de respostas dos seus programas de reabilitação, nomeadamente em internamento, ambulatório, tele-reabilitação e tele-monitorização mostram a preocupação, objetivo e ambição da equipa, em que os cuidados de reabilitação vão ao encontro dos doentes e façam a diferença.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido ao longo dos diversos EC foi determinante para o fortalecimento e aprofundamento das competências comuns e específicas do EEER, abrangendo desde capacidades técnicas e críticas até habilidades interpessoais e éticas essenciais à prática avançada em ER. Cada contexto clínico — respiratório, cardíaco, ortopédico e opção — proporcionou experiências únicas e complementares que impulsionaram o desenvolvimento de um juízo clínico rigoroso e de uma abordagem centrada na autonomia e bem-estar do doente, consolidando a minha capacidade em planear e implementar cuidados especializados de forma individualizada e baseada na evidência.

A experiência em unidades de cuidados intensivos, em particular, evidenciou a importância de uma prática de enfermagem altamente integrada e intencional, onde a tomada de decisão é fundamentada em conhecimento clínico rigoroso e na capacidade de responder a contextos de elevada complexidade. A resiliência e a motivação cultivadas durante o processo de aprendizagem, aliadas aos exemplos observados em cada local de estágio, foram essenciais para o alcance dos objetivos estabelecidos, consolidando a identidade profissional e aperfeiçoando a operacionalização dos cuidados com uma intencionalidade renovada.

A comunicação eficaz e sistematizada dentro da equipa multidisciplinar revelou-se uma competência central, especialmente no contexto ortopédico, onde a reunião multidisciplinar destacou o EEER como elemento fulcral na gestão de caso. Neste cenário, a colaboração entre profissionais permitiu uma abordagem coordenada, visando a capacitação do doente para o autocuidado e a maximização da sua funcionalidade, ambos fatores cruciais para a sua reinserção pós-internamento.

Em todos os EC, destacou-se o compromisso com a dignidade humana, o respeito pelo projeto de vida do doente e uma prática de cuidados humanizada, refletindo a responsabilidade e ética que definem a essência do cuidar. Este percurso foi ainda enriquecido pelo acolhimento e orientação recebidos, que criaram um ambiente de aprendizagem facilitador e promotor do desenvolvimento integral das competências especializadas do EEER.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Informação na transição de cuidados de reabilitação ao doente crítico com patologia respiratória: Uma Scoping Review

RESUMO

Enquadramento: A comunicação eficaz entre os profissionais envolvidos na transição de cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente, garantir a continuidade de cuidados e contribuir para a diminuição de eventos adversos. A transição de cuidados prestados num ambiente de cuidados intensivos, para um serviço de internamento constitui um ponto sensível no processo saúde/doença. O EEER destaca-se como o profissional responsável por identificar e gerir os recursos necessários à consecução de atividades que facilitem esta transição.

Objetivos: Mapear evidência científica relativa à informação relevante na transição de cuidados de reabilitação do doente internado em cuidados intensivos com patologia respiratória.

Metodologia: Procedeu-se a uma scoping review segundo a metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute e de acordo com o PRISMA-ScR. A pesquisa bibliográfica foi efetuada com recurso às bases de dados eletrónicas Scielo, Medline (via PubMed), Nursing & Allied Health Collection (CINAHL), bem como literatura cinzenta (RCAAP, RUP e referências nos artigos selecionados). A seleção, extração e síntese dos dados foram efetuadas por dois investigadores independentes com recurso a um terceiro investigador em situações de conflito de análise.

Resultados: Foram incluídos 3 artigos que cumpriram os critérios de inclusão e elegibilidade, publicados entre 2022-2023. Os estudos evidenciam que a comunicação eficaz, a transferência ideal de informação, o pensamento sistemático e o aumento de conhecimentos são aspetos importantes para garantir a continuidade do cuidado e melhorar a segurança do doente durante a transição de cuidados. Porém, a diminuta informação existente acerca desta temática não permite evidenciar qual a informação relevante na transição de cuidados de reabilitação do doente internado em cuidados intensivos com patologia respiratória.

Conclusão: A Scoping Review realizada revela que existe evidência, ainda que escassa, acerca da transição de cuidados de reabilitação do serviço de cuidados intensivos para os serviços de internamento. Os estudos são unânimes acerca do reconhecimento da importância da comunicação adequada e da transmissão de informação relevante para que a transição de cuidados seja eficaz e segura. Verifica-se a existência de lacunas acerca da informação a transmitir e conhecimentos relativamente à transição de cuidados de reabilitação do doente crítico em cuidados intensivos com patologia respiratória. É necessária a realização de mais investigações sobre esta temática.

Palavras-chave: critical care, patient transfer, rehabilitation

ABSTRACT

Introduction: Effective communication between professionals involved in healthcare transition is necessary to improve patient safety, ensure continuity of care and contribute to reducing adverse events.

The transition of care from an intensive care unit to the general ward constitutes a sensitive point in the health/illness process. The rehabilitation specialist nurse is the professional responsible for identifying and managing the resources necessary to carry out activities that facilitate this transition.

Objectives: Map scientific evidence relating to relevant information in the transition of rehabilitation care for patients admitted to intensive care with respiratory pathology.

Methodology: A scoping review was carried out according to the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute and under the PRISMA-ScR.

The literature search was carried out using the electronic databases Scielo, Medline (via PubMed), Nursing & Allied Health Collection (CINAHL), and gray literature (RCAAP, RUP and references). The selection, extraction and synthesis of data were carried out by two independent researchers using a third researcher in situations of analysis conflict.

Results: 3 articles that met the inclusion and eligibility criteria, published between 2022-2023, were included. Studies show that effective communication, ideal transfer of information, systematic thinking and increased knowledge are important aspects to ensure continuity of care and improve patient safety during the transition of care. However, the limited information available on this topic does not allow us to highlight the relevant information in the transition of rehabilitation care for patients hospitalized in intensive care with respiratory pathology.

Conclusion: The Scoping Review revealed that there is evidence, albeit scarce, regarding the transition of rehabilitation care from intensive care services to inpatient wards. The studies are unanimous in recognizing the importance of proper communication and the transmission of relevant information so that the transition of care is effective and safe. There are gaps in the information to be passed on and in the knowledge regarding the transition of rehabilitation care for critically ill patients in intensive care with respiratory pathology. Further research on this subject is needed.

Keywords: critical care, patient transfer, rehabilitation

1. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A partilha de informação assume-se como uma temática importante para a caracterização da condição de saúde do doente crítico na transição de cuidados. Maior conhecimento e compreensão poderão servir como elemento de registo, que sustente a continuidade de cuidados de ER em doentes internados na UCI com patologia respiratória. Na orientação da prática de cuidados de ER, o modelo das transições revela-se estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

Os desafios que os doentes enfrentam na transição de cuidados da UCI para a enfermaria, diferenciam-se muitas vezes, em sentimentos ambivalentes como felicidade ou incerteza, bem como sensação de quebra na continuidade de cuidados e comunicação pouco eficaz (Gorbanzadeh et al, 2021). Também os Enfermeiros que recebem os doentes da UCI referem preocupações relacionadas com o conhecimento, experiência e poucos recursos para assumirem com segurança a continuidade de cuidados a esses doentes (Yau & Christensen, 2023). Estes autores referem ainda que um dos maiores obstáculos para uma transição de cuidados segura se prende com o teor da informação partilhada, que é encarada pelos enfermeiros da enfermaria como sendo complexa e maioritariamente irrelevante.

De notar que os doentes internados em UCI experimentam múltiplas sensações face à sua transferência para a enfermaria e aos cuidados a que serão submetidos nesse local. Estes estados de transição complexos podem ser de saúde/doença, situacionais ou organizacionais em função da sua origem (Ramsay et al., 2014).

A transição é um processo de passagem, de uma fase da vida, condição ou *status*, para outro, durante o qual mudanças no estado de saúde, relação de papéis, expectativas e habilidades provocam um período de vulnerabilidade nas pessoas (Schumacher & Meleis, 1994). Esta vulnerabilidade está relacionada com experiências, interações e condições do ambiente da transição que expõem os indivíduos a danos potenciais que podem conduzir a uma recuperação longa ou problemática (Meleis et al., 2000).

Os momentos de transição de cuidados caraterizam-se pela sua vulnerabilidade, pois ao enfrentarem processos de transição, os doentes ficam expostos à ocorrência de eventos adversos, com repercussões na sua situação clínica, cabendo à equipa de enfermagem o importante papel de implementar intervenções que criem um impacto na diminuição e prevenção desses eventos adversos (Meleis, 2010). São momentos críticos da transição de

cuidados para a segurança do doente, os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017).

Todo este processo impõe informação estruturada, objetiva e normalizada. Existem lacunas na transmissão de informação, vivenciadas por profissionais e doentes na transição de cuidados hospitalares (Gualandi et al., 2019). Para além de lacunas identificadas na literatura, a evidência também refere que a informação chega tarde, muitas vezes depois do doente, incompleta e a sua utilidade é limitada (Adler-Milstein, 2021).

As falhas na comunicação são apontadas a nível internacional como das principais causas de eventos adversos na saúde. A evidência indica que até 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. As falhas mais comuns de comunicação entre estes profissionais, decorrentes da transferência de cuidados, estão relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e de priorização das atividades (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017).

Face ao exposto, a comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde assume-se como necessária para melhorar a segurança do doente e contribuir para a diminuição de eventos adversos. Esta comunicação requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017). Neste contexto, o EEER deve identificar e gerir os recursos necessários à consecução de atividades facilitadoras para a transição saúde/doença (Regulamento nº392/2019, 2019).

A comunicação efetiva é essencial para os momentos de transição de cuidados, quer na transferência de responsabilidade, como na passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (DGS, 2022). Segundo a DGS (2022), uma das áreas destacadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a "Comunicação entre os profissionais durante a transição/transferência de cuidados" e alerta igualmente para a mudança de profissionais e de equipas, entre turnos, bem como, para a transição do doente entre áreas de diagnóstico e terapêutica, que potenciam os riscos e os incidentes de segurança decorrentes de falhas na comunicação e na transferência de informação.

A comunicação clínica entre os profissionais de enfermagem, sairia beneficiada com relações positivas de trabalho, debate sobre a temática, treino contínuo de estratégias de

comunicação e a existência de recursos humanos proporcionais ao número de doentes (Birmingham et al., 2015).

Na procura da comunicação eficaz na transição de cuidados, no que ao doente crítico concerne, vários estudos foram elaborados. De entre os mesmos verifica-se que a padronização do processo de transferência clínica, acarreta benefícios na redução dos riscos de segurança do doente, melhorando assim o processo de transição de cuidados entre os profissionais, porém, o instrumento utilizado como padrão para o referido efeito, deve estar adaptado à realidade e aos contextos dos vários serviços (Graan et al., 2015).

Durante a transição de cuidados é portanto essencial para a segurança do doente, uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, que deve ser estruturada segundo a técnica ISBAR: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), de forma a uniformizar estes momentos e diminuir o respetivo risco para o doente resultante de uma má comunicação (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017).

A implementação dos normativos/orientações sobre a comunicação na transição de cuidados de saúde, a adoção das melhores práticas por parte dos profissionais e o envolvimento efetivo do doente/família/cuidador em todo o processo de cuidados, passam pelo desenvolvimento de programas de formação robustos e consistentes que abranjam todos os profissionais de saúde, e por ações e campanhas de sensibilização sobre a segurança na comunicação para os profissionais de saúde e cidadãos (DGS, 2022).

De acordo com o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009), no contexto do doente crítico internado numa UCI, a reabilitação consiste num processo ativo que tem por finalidade o restabelecimento das capacidades pessoais físicas, mentais e sociais, bem como a autonomia completa, ou quando a recuperação completa não é possível, o máximo potencial ao nível físico, mental e social. Após a sobrevivência ao internamento em cuidados intensivos, os doentes são regra geral, transferidos para a enfermaria. A transição de cuidados de reabilitação prestados num ambiente de cuidados intensivos, para um ambiente de cuidados intermédios, ou para a enfermaria, constitui, portanto, um ponto sensível na trajetória de saúde/doença, uma vez que face à complexidade da sua situação clínica, combinada com um ambiente organizacional e das caraterísticas das equipas médicas e de enfermagem, motivam necessidades em cuidados que podem não ser percebidas, ou de

difícil satisfação, nomeadamente em função dos rácios enfermeiro/doente. Podem assim surgir condições propícias à ocorrência de efeitos adversos, de maior ou menor gravidade.

Na transição para serviços de internamento onde o rácio enfermeiro/doente é menor, pode esperar-se maior participação do doente no processo de reabilitação, levando à fixação de objetivos desadequados às suas reais capacidades, pelo que a caraterização não só da funcionalidade, mas também das capacidades para o desempenho das atividades inerentes ao autocuidado (como a fraqueza muscular e a tolerância ao esforço) são fundamentais para garantir a melhor continuidade do processo de reabilitação (Azevedo et al., 2019).

É importante que os EEER desempenhem um papel fundamental no desenvolvimento e planeamento da transição de cuidados, realizando avaliações abrangentes e criando um plano de cuidados partilhado. A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde envolvidos e o envolvimento do doente e família na tomada de decisões de saúde, também são fundamentais para garantir uma transição de cuidados segura e eficaz (Kalu et al., 2019).

O perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão de cuidados refere que este deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (Regulamento nº140/2019, 2019). Também o perfil de competências específicas do EEER regulamenta que este deve conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação em sociedade (Regulamento nº392/2019, 2019).

A evidência mostra que, melhorias na comunicação entre a equipa de reabilitação têm impacto positivo nos resultados em saúde e contribuem para a melhoria da mobilidade, capacidade nas transferências e autonomia no autocuidado higiene (Jung et al., 2021) e que a implementação de modelos de cuidados para a transição reduz o tempo de internamento e mortalidade (Kheir et al., 2016).

Após a exacerbação de doença respiratória crónica com necessidade de hospitalização, múltiplos fatores extrapulmonares podem ter impacto negativo ao nível funcional e contribuir para a disfunção dos músculos esqueléticos, sendo advogado o início precoce da reabilitação (Ibraim et al., 2019). Segundo estes autores, a reabilitação peri exacerbação, iniciada mais precocemente possível, apresenta vantagens na recuperação das incapacidades provocadas pela hospitalização e na síndrome pós hospitalização.

Dadas as implicações para a segurança, continuidade e transição de cuidados desta problemática, este estudo tem como objetivo mapear a evidência científica relativa à

informação relevante na transição de cuidados de reabilitação, da pessoa internada em UCI com patologia respiratória, procurando resposta à questão de revisão: “Qual a informação relevante na transição de cuidados de reabilitação, do doente internado em cuidados intensivos com patologia respiratória?”

2. METODOLOGIA

De modo a dar resposta ao objetivo deste estudo foi realizada uma Scoping Review segundo a metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris et al., 2024) e reportada de acordo com o PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Previamente foi realizada uma pesquisa no sentido de identificar se existiam já estudos de revisão, publicados ou em desenvolvimento sobre o tema, que não foram identificados. Para a definição dos termos de pesquisa, para além dos termos MeSH (Medical Subject Headings), foram consultadas as bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MEDLINE, Scielo e jornais de referência. Esta pesquisa permitiu igualmente orientar na definição dos critérios de inclusão/exclusão.

A estratégia de pesquisa e definição de critérios de elegibilidade foram definidos segundo o modelo PCC (População, Conceito e Contexto): adultos, internados em unidades de cuidados intensivos, com patologia respiratória, em transição para enfermaria (População); informação para a transição de cuidados de reabilitação (Conceito); e cuidados intensivos (Contexto).

Como critérios de inclusão foi definido integrar estudos primários de natureza quantitativa ou qualitativa, independentemente da abordagem metodológica, assim como estudos secundários, publicados em português, inglês e espanhol, nos últimos 5 anos. Foram excluídos estudos que relatassem informação sobre a transição de cuidados de reabilitação da UCI para serviços extra-hospitalares, estudos em que o motivo de internamento não tivesse sido devido a patologia respiratória e artigos sem possibilidade de acesso ao texto integral mesmo após contacto com autores.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi concretizada com recurso às bases de dados científicas CINAHL via EBSCO, PubMed via MEDLINE, Scielo bem como literatura cinzenta (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal [RCAAP], Repositório da Universidade do Porto [RUP]) e pesquisa manual nas referências dos artigos selecionados.

Para a pesquisa utilizaram-se os seguintes termos MeSH: critical care, patient transfer e rehabilitation e foram considerados também termos família/sinónimos das palavras-chave para este estudo, descritos na tabela 2.

Tabela 1: Termos MeSH e termos família/ sinónimos

Termo MeSH		Termos família/ sinónimos
Critical care	OR	Intensive care
AND		
Rehabilitation	OR	Physical therapy Physiotherapy Nursing
AND		
Patient transfers	OR	Health care transitions Patient transitions Care transitions Transi*

Da combinação de termos foi construída a seguinte frase booleana, que foi adaptada a cada uma das bases de dados e repositórios utilizados, atendendo às suas especificidades.

(critical care [MeSH] OR intensive care [MeSH]) AND (rehabilitation [MeSH] OR Physical therapy OR physiotherapy OR nursing) AND (patient transfers [MeSH] OR health care transitions OR patient transitions OR care transitions OR transi*). A pesquisa nas bases de dados foi realizada durante o mês de janeiro de 2024. Para a gestão dos resultados da pesquisa foi utilizada a plataforma Rayyan®, procedendo-se em seguida à identificação e eliminação de estudos duplicados.

Dois revisores avaliaram os estudos por título e resumo de forma independente e cega. Estudos potencialmente relevantes foram incluídos para análise integral de texto completo. Em caso de conflito, os estudos foram analisados de forma independente por um terceiro revisor. Nas situações em que não foi possível decidir sobre a inclusão ou exclusão de um estudo com base na informação contida nestes campos, o estudo seguiu para análise condicional de texto completo. Dois revisores independentes procederam à análise do texto completo dos artigos selecionados.

Extração e síntese de dados

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos por dois investigadores, de forma independente. Para tal, foi construída uma tabela para a extração dos dados, orientada pelas recomendações da JBI (Aromataris et al., 2024) que incluiu as seguintes informações: identificação do estudo, autor/ano, tipo de estudo, objetivos do estudo, informação/dados relevantes.

A síntese de dados foi precedida de uma discussão entre os revisores para confrontar os dados extraídos. Não se verificaram desacordos entre os revisores durante este processo.

A apresentação do processo de revisão e síntese dos dados segue as recomendações previstas na extensão do PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Considerações éticas

Este é um trabalho escrito que respeita a autenticidade da informação, referenciando devidamente os autores da informação utilizada e descrita nas referências bibliográficas. O investigador declara não ter conflitos de interesses em relação a esta investigação.

3. RESULTADOS

Foram recuperados um total de 1738 artigos, dos quais 3 foram incluídos na revisão. A Figura 1 detalha o processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos.

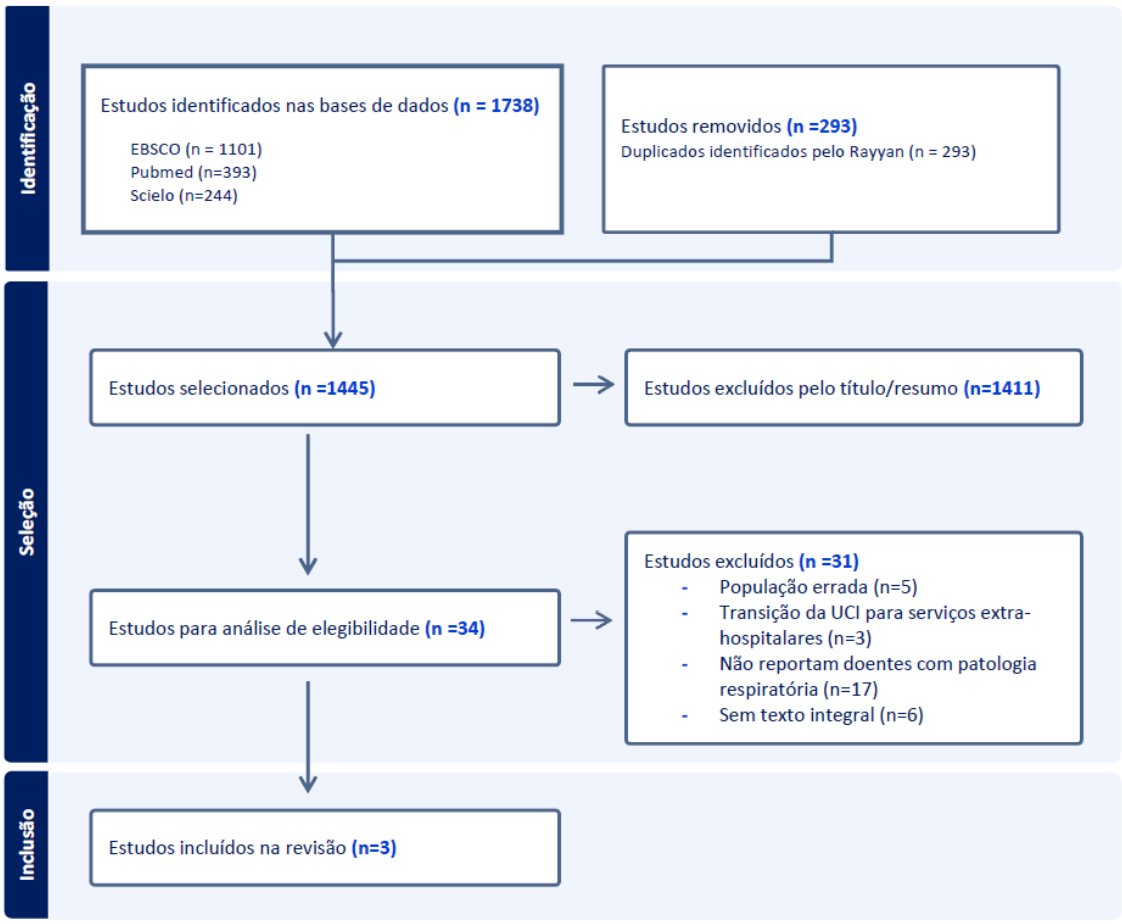


Figura 1 – Diagrama PRISMA-ScR (adaptado) ilustrativo do processo de revisão

A extração da informação de cada estudo com relevância para os objetivos propostos, encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise dos artigos selecionados

Identificação	Autor/ Ano	Tipo Estudo	Objetivos	Informações/dados relevantes
Patient transfer from intensive care units to general wards: An exploratory qualitative study of ward nurses' experiences of patient safety	Nikolaisen, M., et al., (2023)	Estudo exploratório qualitativo	Explorar como os enfermeiros do internamento vivenciam a segurança do doente durante a sua transferência da UCI para a enfermaria.	As experiências dos enfermeiros sobre a segurança do doente, durante a transferência, envolveram quatro temas: (1) a importância da preparação; (2) a importância da transferência de informação; (3) *stress* e falta de recursos; (4) sentimento de dois mundos diferentes. Este estudo evidencia que para promover a segurança do doente é necessário estar bem preparado e haver uma transferência ideal de informação. O stress, a falta de recursos e a sensação de dois mundos diferentes podem representar ameaças à segurança do doente.
A qualitative study portraying nurses' perspectives on transitional care between intensive care units and hospitals wards	Herling, S. et al., (2022)	Estudo qualitativo	Explorar as opiniões dos enfermeiros dos cuidados intensivos e da enfermaria sobre as intervenções em relação à transição dos doentes entre os cuidados intensivos e a enfermaria do hospital.	Estudo qualitativo com 20 entrevistas semiestruturadas a enfermeiros de cuidados intensivos e enfermeiros de enfermaria. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam a identificação de dois temas abrangentes: 1 - 'Ritual de entrega' com as categorias: 'Pronto, capaz e disposto', 'Transferência de responsabilidade' e 'É bom saber versus precisa saber"; 2 - "Dos cuidados que salvam vidas aos cuidados de reabilitação" com as categorias: 'Persistem necessidades de cuidados complexos', 'Modo lutar ou fugir' e '"Desmamar" a família'. Os enfermeiros estavam altamente focados no ritual da transferência real do doente e discutiram a prontidão como um indicador de qualidade e o sentimento de transferência de responsabilidade. Contudo, tinham opiniões diferentes sobre quais conhecimentos eram úteis e, portanto, necessários para comunicar durante a passagem do doente.

				A maioria dos enfermeiros sentia-se confortável apenas na sua especialidade e no seu serviço. Isto era preocupante para ambos os serviços, já que os doentes podem entrar na enfermaria muito debilitados ou em "modo de luta" e exigir reabilitação a um ritmo que os enfermeiros do internamento não sejam capazes de fornecer.
Cognition and practice on transitional care during the transfer from intensive care unit to a general ward among health care professionals: A qualitative study	Zhan, Y., et al., (2022)	Estudo qualitativo	Explorar os conhecimentos e a prática sobre a transição de cuidados durante a transferência da UCI para uma enfermaria geral entre os profissionais de saúde.	Foram entrevistados 20 profissionais de saúde da UCI e enfermaria de neurocirurgia. Com base na análise dos dados foram obtidos três temas. 1 - Perceções de cuidados de transição na UCI, com os subtemas: Continuação da prática dos cuidados intensivos, incluindo os cuidados de reabilitação respiratória; Enfermagem orientada para a segurança do doente; Apoio para cuidados de transição em cuidados intensivos; Dúvidas sobre fatores incertos durante o período de transição da UCI. 2 - Fatores que influenciam os cuidados de transição dos cuidados intensivos, com os subtemas: Formulação e implementação de decisão na transferência; Comunicação e colaboração entre equipas; Troca de informações pertinentes. 3 - Recomendações para melhorar a transição de cuidados nos cuidados intensivos, com os subtemas: Implementar decisão compartilhada entre doentes e profissionais de saúde; combinar comunicação e cooperação com intercâmbio de informações; construir sistema de suporte para cuidadores. Este estudo evidencia que para garantir a continuidade do cuidado e melhorar a segurança do doente na transição dos cuidados intensivos para uma enfermaria geral é inevitável aumentar a capacidade de pensamento sistemático, melhorar a competência da cultura de segurança, o conhecimento, a

				consciência e o comportamento de segurança dos enfermeiros durante o período de transição. Deve-se esclarecer a expectativa para o conteúdo dos serviços de cuidados transicionais em unidades de cuidados intensivos, estabelecer a equipe de enfermagem de transição, orientar o trabalho de enfermagem, padronizar o modo de transferência e processo dos cuidados intensivos para a enfermaria geral, promover a comunicação e coordenação dos profissionais de saúde e melhorar o sistema de segurança de enfermagem transicional na perspetiva do nível institucional.

Em relação ao desenho de investigação dos estudos incluídos nesta revisão obtivemos três estudos qualitativos que exploraram a vivência dos enfermeiros sobre a transição do doente da UCI para a enfermaria, os seus conhecimentos, opiniões e práticas, publicados entre 2022 e 2023, todos em língua inglesa.

4. DISCUSSÃO

De forma a compreender qual a informação relevante na transição de cuidados de reabilitação do doente internado em cuidados intensivos com patologia respiratória, partiu-se para a realização de uma scoping review motivada pela baixa evidência no que respeita à transição de cuidados da UCI para serviços de internamento e pelo interesse em mapear o conhecimento nesta área, onde são frequentes os doentes do foro respiratório.

Foram analisados três estudos que cumpriram os critérios de inclusão e que se considerou poderem trazer contributos relevantes para dar resposta à questão de partida. Relativamente à transição de cuidados de reabilitação do doente internado em cuidados intensivos, os estudos evidenciam que a comunicação eficaz, a transferência ideal de informação, o pensamento sistemático e o aumento de conhecimento, são aspetos importantes para garantir a continuidade de cuidados e melhorar a segurança do doente durante este processo. Para além do sentido de segurança, promove a disseminação do conhecimento (Nikolaisen et al., 2023). As intervenções de enfermagem, em particular as intervenções do EEER, são consideradas importantes na transição de cuidados. Contudo, a escassa informação existente nesta temática, não permite analisar qual o teor da informação que é relevante na transição de cuidados de ER do doente internado em UCI com patologia respiratória.

Em relação ao teor da informação, referem que devem salientar aspetos que requerem continuidade de cuidados. Alertam para a necessidade de prescrição de intervenções por parte dos enfermeiros da UCI para a continuidade de cuidados na enfermaria, nomeadamente informação sobre as AVD, nutrição e sono. Referem também que os doentes chegam à enfermaria com necessidades de cuidados complexos e desajustados aos recursos humanos nas enfermarias, sendo uma dificuldade sentida (Herling et al., 2022; Nikolaisen et al., 2023; Zhan et al., 2022).

Admitimos que a escassez de estudos que evidenciem a transição de cuidados de reabilitação do doente internado em cuidados intensivos, sobretudo com patologia respiratória, se deve ao facto deste ser um tema ainda pouco estudado. Há, por isso, a necessidade de o explorar, descrever ou caracterizar de forma a torná-lo conhecido (Polit et al., 2011).

Os estudos encontrados apontam a comunicação eficaz, a informação relevante, o pensamento sistemático, os conhecimentos e a necessidade de cuidados de reabilitação como aspetos importantes a ter em conta na transição de cuidados da UCI para serviços de

internamento. Em relação à modalidade da informação na transição, descrevem diferentes estratégias a considerar: informação oral e com suporte de documentação escrita à cabeceira do doente; *debriefing* multidisciplinar e padronização da documentação entre a UCI e as enfermarias (Herling et al., 2022; Nikolaisen et al., 2023; Zhan et al., 2022).

Comunicação eficaz e Informação relevante

O fornecimento de informações pelos profissionais de saúde e a comunicação adequada parecem fundamentais para que a transição de cuidados dos doentes da UCI seja bem-sucedida (Hoog et al., 2022).

Nikolaisen et al. (2023) apontam a importância da transferência de informação como um dos quatro temas envolvidos na segurança do doente durante a transferência da UCI para serviços de internamento. O estudo que realizaram evidenciou que para promover a segurança do doente é necessário estar bem preparado e haver uma transferência ideal de informação.

Estes resultados corroboram que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017). E que este aspeto é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados, melhorar a promoção da segurança e diminuir a probabilidade de eventos adversos (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017; DGS, 2022).

A comunicação e a troca de informações pertinentes são fatores que influenciam a transição de cuidados da UCI para o internamento. O estudo realizado por Zhan et al. (2022) demonstrou que para garantir a continuidade do cuidado e melhorar a segurança do doente na transição da UCI para uma enfermaria geral se deve estabelecer a equipe de enfermagem de transição, orientar o trabalho de enfermagem, padronizar o modo de transferência e processo, promover a comunicação e coordenação dos profissionais de saúde.

Segundo Gualandi et al. (2019) este processo impõe informação estruturada, objetiva e normalizada. Para a comunicação eficaz na transição de cuidados do doente crítico, verifica-se que a padronização do processo de transferência clínica acarreta benefícios na redução dos riscos de segurança ao doente e melhora o processo de transição de cuidados entre os profissionais (Graan et al. 2015).

Estes resultados estão de acordo com o que é defendido por Kalu et al. (2019) que consideram que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde é fundamental para garantir uma transição de cuidados segura e eficaz. Por sua vez, a comunicação eficaz dentro da equipa de reabilitação tem impacto positivo nos resultados em saúde (Jung et al., 2021).

Pensamento sistemático e Conhecimentos

No estudo que realizaram para explorar os conhecimentos e a prática sobre a transição de cuidados durante a transferência da UCI para uma enfermaria geral Zhan et al. (2022) encontraram que para garantir a continuidade do cuidado e melhorar a segurança do doente na transição dos cuidados intensivos para uma enfermaria geral é inevitável aumentar a capacidade de pensamento sistemático, melhorar a competência da cultura de segurança e melhorar o conhecimento, a consciência e o comportamento de segurança dos enfermeiros durante o período de transição.

Estes resultados corroboram que a comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017)

Contudo, no estudo que realizaram, Herling et al. (2022) encontraram opiniões diferentes nos enfermeiros sobre quais conhecimentos eram úteis e necessários para comunicar durante a passagem do doente. A maioria dos enfermeiros sentia-se confortável apenas na sua especialidade e no seu serviço, colocando em causa a capacidade de resposta às necessidades de reabilitação aquando da mudança de serviço. Neste contexto Zhan et al. (2022) sugerem que o processo de transição pode ser melhorado e aprimorado através da obtenção de conhecimentos sobre os cuidados prestados na UCI e os desafios relacionados, bem como através da organização/ promoção de um ambiente de aprendizagem.

Necessidade em cuidados de Reabilitação

As necessidades em cuidados de reabilitação foram apontadas como um dos temas principais durante a transição dos doentes da UCI para a unidade de internamento. No estudo de Herling et al. (2022), a reabilitação foi considerada uma das principais categorias e intervenções em relação à transição dos doentes entre os cuidados intensivos e a enfermaria. Segundo os autores, quando entram na enfermaria, vindos dos cuidados intensivos, os doentes podem exigir reabilitação a um ritmo que os enfermeiros do internamento não sejam capazes de fornecer. Estes resultados vão de encontro ao que refere (NICE, 2009) que considera a transição de cuidados da UCI para a enfermaria um ponto sensível na trajetória de saúde/doença, uma vez que a complexidade da situação clínica e características do serviço motivam necessidades em cuidados que podem não ser percebidas, ou de difícil satisfação em outros serviços. Azevedo et al. (2019) corrobora e acrescenta que na transição para serviços de internamento onde o rácio enfermeiro/doente é menor, pode esperar-se maior

participação do doente no processo de reabilitação, levando à fixação de objetivos desadequados às suas reais capacidades.

Também Zhan et al. (2022) apontam a reabilitação como um dos subtemas encontrados nas perceções de cuidados de transição na UCI. Os autores defendem que as intervenções de enfermagem orientadas para a segurança do doente e os cuidados de reabilitação da função respiratória, realizados por enfermeiros especialistas, são importantes para garantir a continuação da prática dos cuidados intensivos. Azevedo et al. (2019) também defendem a importância de garantir a continuidade dos cuidados de reabilitação e reforça a importância do EEER na função respiratória, na funcionalidade, nas atividades de autocuidado, força muscular e tolerância ao esforço. Este profissional deve conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação em sociedade (Regulamento nº392/2019, 2019).

Hoog et al. (2022) na revisão que realizaram, para avaliar a eficácia do tratamento iniciado em cuidados intensivos, com intervenções de cuidados de transição para doentes e familiares, mencionam um estudo em que um especialista de reabilitação coordenou um plano de reabilitação altamente individualizado em combinação com um manual de auto-ajuda para reabilitação nos cuidados intensivos. Os autores concluíram que a reabilitação e o cuidado centrado no doente e na família são intervenções promissoras na transição de cuidados. É, por isso, importante que os profissionais de reabilitação desempenhem um papel de desenvolvimento e planeamento da transição de cuidados, realizando avaliações abrangentes e criando um plano de cuidados partilhado por todos (Kalu et al., 2019).

Implicações para a prática

Nesta Scoping Review foram encontradas pesquisas que destacam a importância da comunicação e da transmissão de informação relevante na transição de cuidados ao doente da UCI para serviços de internamento.

Ficou claro que a transferência ideal de informação pelos profissionais de saúde é importante para promover a segurança do doente (Nikolaisen et al., 2023; DGS, 2022) e que juntamente com a comunicação adequada, são fundamentais para que a transição de cuidados aos doentes da UCI seja bem-sucedida (Hoog et al., 2022).

Por sua vez, o EEER assume um papel extremamente importante no processo de transição de cuidados da UCI para os serviços de internamento (Azevedo et al., 2019; Zhan et al., 2022). E o modelo das transições revela-se estruturante na orientação da sua prática (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

Fatores como o *stress,* a falta de recursos e ambientes diferentes podem representar ameaças à segurança do doente (Nikolaisen et al., 2023). Também a existência de opiniões diferentes sobre quais conhecimentos úteis e necessários para comunicar durante a passagem do doente (Herling et al., 2022), podem comprometer o sucesso da transição de cuidados.

Neste sentido, nos estudos selecionados foram encontradas algumas recomendações para melhorar a transição de cuidados da UCI e aumentar as transições seguras que passam por: implementar decisão compartilhada entre doentes e profissionais de saúde; combinar comunicação e cooperação com intercâmbio de informações; construir um sistema de suporte para cuidadores (Zhan et al., 2022). Para além das anteriores, Birmingham et al. (2015) acrescentam que fatores como liderança forte, equipas que promovam uma cultura de melhoria da qualidade, consistência nas equipas médicas e de enfermagem com existência de recursos humanos proporcionais ao número de doentes, reuniões de equipa que promovam discussão, treino das estratégias de comunicação e protocolos de cuidados detalhados, podem contribuir para melhorar a transição de cuidados.

De facto, nos momentos de transição de cuidados os doentes ficam expostos à ocorrência de eventos adversos, cabendo à equipa de enfermagem implementar intervenções que minimizem esses eventos adversos (Meleis, 2010). Kheir et al. (2016) vão mais longe e defendem que a implementação de modelos para a transição de cuidados reduz o tempo de internamento e a mortalidade.

A reabilitação, um ambiente de cuidado centrado no doente e na família, e a comunicação adequada parecem fundamentais para elaborar um modelo que pode ser útil para compartilhar intervenções baseadas em evidências e que incluam estratégias para oferecer na transição e continuidade do cuidado aos doentes dos cuidados intensivos e familiares (Hoog et al., 2022).

Estes estudos deixam bem patente a importância da transição de cuidados de reabilitação da UCI para o internamento. Contudo, revelaram a escassez de pesquisas sobre a informação que suporta as intervenções a realizar na transição de cuidados destes doentes. Efetivamente, o início precoce da reabilitação em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica internados em cuidados intensivos devido a falência respiratória aguda, pode diminuir o tempo de ventilação mecânica (Chou et al., 2019), contribuindo assim para a diminuição de complicações e otimização da recuperação, pelo que a partilha de informação

relativa à condição de saúde e plano de reabilitação é essencial para a transição e continuidade dos cuidados de ER.

De salientar que o tema da transição de cuidados é relativamente recente e não foram encontrados estudos de ER em Portugal.

Desta forma, não foi encontrada resposta concreta à questão de investigação enunciada para este estudo. Sabe-se que nos processos de transição, os doentes ficam expostos à ocorrência de eventos adversos (Meleis, 2010) cujas principais causas estão relacionadas com falhas na comunicação (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017), já que todo este processo impõe informação estruturada, objetiva e normalizada (Gualandi et al., 2019). Desta forma, a não existência de evidência acerca da informação relevante na transição de cuidados de reabilitação, do doente internado em cuidados intensivos, poderá ter implicações para a segurança do doente e colocar em causa a qualidade dos cuidados de ER.

Sugere-se por isso a realização de mais estudos que permitam elaborar um modelo que pode ser útil para compartilhar mais intervenções baseadas em evidências e que incluam estratégias para oferecer na transição e continuidade do cuidado aos doentes dos cuidados intensivos e familiares.

Limitações

Este estudo tem limitações, especialmente as relacionadas com o número reduzido de estudos incluídos na análise, o que demonstra a necessidade da realização de mais investigação acerca desta temática; a limitação da pesquisa a bases específicas e literatura cinzenta, o que significa que poderão não ter sido identificados todos os estudos publicados dentro do limite temporal definido; a inclusão apenas de artigos publicados em português, inglês e espanhol e o foco apenas na patologia respiratória.

5. CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que existe evidência, ainda que escassa, acerca da transição de cuidados de reabilitação da UCI para os serviços de internamento. Contudo, não evidenciou qual a informação relevante na transição de cuidados de reabilitação, do doente internado em cuidados intensivos com patologia respiratória e, por conseguinte, não permitiu dar resposta à questão de investigação formulada.

Os estudos são consensuais quanto à importância da comunicação adequada e da transmissão de informação relevante para garantir que a transição de cuidados seja eficaz e em segurança. Todavia, verifica-se a existência de lacunas acerca do conteúdo da informação a transmitir, bem como quais os conhecimentos considerados úteis e necessários para comunicar durante a passagem do doente dos cuidados intensivos para os serviços de internamento. Trata-se de uma área pouco explorada onde ainda foram realizados apenas estudos descritivos e qualitativos.

Os estudos sugerem algumas recomendações para melhorar a transição de cuidados dos cuidados intensivos e aumentar as transições seguras, que passam pela implementação de medidas que englobam a comunicação, programas ou protocolos de transição de cuidados e ferramentas específicas. Porém, não foi encontrada evidência acerca de quais os programas e ferramentas a utilizar, assim como os resultados que podem ser obtidos através da aplicação dos mesmos, bem como qual o teor da informação relevante a ser transmitida em função da condição específica de cada doente.

Os EEER têm o potencial de contribuir para a melhoria da transição de cuidados e importantes para garantir a continuação dos cuidados do serviço de cuidados intensivos para a enfermaria.

Alguns autores referem que o doente vindo dos cuidados intensivos pode exigir reabilitação a um ritmo que os enfermeiros do internamento não sejam capazes de fornecer, o que reforça a importância da necessidade de aprimorar a transição destes cuidados, de forma a garantir a segurança dos doentes e a prestação de cuidados de qualidade.

Fica assim patente a necessidade da realização de mais investigações que espelhem o processo de transição de cuidados de reabilitação e descrevam as estratégias a utilizar na transição de cuidados da UCI para serviços de internamento. Desta forma contribuir-se-á para aumentar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório final de estágio em ER abordou a transição de cuidados ao doente crítico com patologia respiratória, enfatizando a importância de uma comunicação eficaz e da continuidade dos cuidados como elementos fundamentais para a segurança do doente. A componente prática, realizada em cardiologia, ortopedia, cirurgia cardiotorácica e pneumologia, permitiu desenvolver competências específicas e comuns do EEER, com destaque para a avaliação funcional, a implementação de planos de intervenção personalizados e a gestão de cuidados em contextos complexos. A experiência em cenários clínicos reais contribuiu significativamente para a consolidação de conhecimentos teóricos e para a prática de tomada de decisão sustentados na ética, crítica e baseada na evidência, atingindo plenamente os objetivos delineados para o estágio.

Na componente de investigação, através de uma scoping review conduzida segundo a metodologia do JBI e as normas do PRISMA-ScR, identificaram-se práticas e lacunas na comunicação durante a transição de cuidados, revelando que a transferência estruturada de informação é crucial para garantir a continuidade dos cuidados. No entanto, a revisão também destacou uma carência de orientações específicas sobre a informação necessária para uma transição segura, apontando para a necessidade de protocolos mais detalhados e adaptados ao contexto de reabilitação.

Em relação à prática clínica, algumas limitações foram observadas, como a variabilidade na disponibilidade de recursos entre os diferentes contextos de estágio, a ausência de autonomia plena do EEER em alguns serviços, e a necessidade de adaptar as intervenções de reabilitação aos recursos materiais e humanos disponíveis, o que condiciona a padronização e a continuidade ideal dos cuidados. Essas restrições podem impactar a aplicação uniforme das competências desenvolvidas.

Como recomendação, sugere-se o desenvolvimento de protocolos de comunicação padronizados para a transição de cuidados de reabilitação, apuradas em conferências de peritos, visando minimizar riscos e assegurar que as necessidades dos doentes são respeitadas em todas as etapas do processo de reabilitação. Conclui-se que o EEER desempenha um papel essencial na segurança e eficácia da transição de cuidados, sendo crucial o investimento contínuo em formação e desenvolvimento de práticas baseadas na evidência para melhorar os resultados em saúde dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler-Milstein, J., Raphael, K., O'Malley, T. A., & Cross, D. A. (2021). Information Sharing Practices Between US Hospitals and Skilled Nursing Facilities to Support Care Transitions. *JAMA network open*, *4*(1), e2033980. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33980

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., Jordan, Z., editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Available from: https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

Azevedo, P., Gomes, B., Pereira, J., Carvalho, F., Ferreira, S., Pires, A, & Macedo, J. (2019). Dependência funcional na alta dos cuidados intensivos: relevância para a enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(20), 37-45. https://doi.org/10.12707/RIV18084.

Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., &Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *Western journal of nursing research, 37*(11), 1458–1478. https://doi.org/10.1177/0193945914539052.

Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Pereira, G., Andrade, R., & Masso, G. (2018). Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71* (4), 2148–2156. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617.

Chou, W., Lai, C. C., Cheng, K. C., Yuan, K. S., Chen, C. M., & Cheng, A. C. (2019). Effectiveness of early rehabilitation on patients with chronic obstructive lung disease and acute respiratory failure in intensive care units: A case-control study. *Chronic respiratory disease, 16*, 1479973118820310. https://doi.org/10.1177/1479973118820310

Direção Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx.

Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. F. d. S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos.*

Revista Internacional de Comunicación, 32-48. https://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03.

Homem, F., Ana, C., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L., & Azevedo, T. (2023). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. Núcleo de Enfermagem em Cardiologia: Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf

Ghorbanzadeh, K., Ebadi, A., Hosseini, M., Madah, S. S. B., & Khankeh, H. (2021). Challenges of the patient transition process from the intensive care unit: a qualitative study. *Acute and critical care*, *36*(2), 133–142. https://doi.org/10.4266/acc.2020.00626

Graan, S. M., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2016). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *29*(3), 165–171. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.09.002

Gualandi, R., Masella, C., Viglione, D., & Tartaglini, D. (2019). Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience?. *PloS one, 14*(12), e0224899. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224899.

Herling, S. F., Brix, H., Andersen, L., Jensen, L. D., Handesten, R., Knudsen, H., & Bove, D. G. (2022). A qualitative study portraying nurses' perspectives on transitional care between intensive care units and hospitals wards. *Scandinavian journal of caring sciences*, *36*(4), 947–956. https://doi.org/10.1111/scs.12990

Hoog, S. A., Eskes, A. M., Johanna van Mersbergen-de Bruin, M. P., Pelgrim, T., van der Hoeven, H., Vermeulen, H., & Maria Vloet, L. C. (2022). The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *35*(3), 309–320. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.010

Ibrahim, W., Harvey-Dunstan, T. C., & Greening, N. J. (2019). Rehabilitation in chronic respiratory diseases: In-hospital and post-exacerbation pulmonary rehabilitation. *Respirology (Carlton, Vic.), 24*(9), 889–898. https://doi.org/10.1111/resp.13516

Jung, J. H., Kang, J. Y., Ko, C. H., Ko, J. Y., & Lim, J. Y. (2021). Effect of Communication and Education within the Rehabilitation Team: Therapists' and Nurses' Views. *Annals of geriatric medicine and research, 25*(4), 301–308. https://doi.org/10.4235/agmr.21.0085.

Kalu, M. E., Maximos, M., Sengiad, S., &Dal Bello-Haas, V. (2019). The role of rehabilitation professionals in care transitions for older adults: a scoping review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 37*(3), 123-150. https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1621418.

Karani, S., & McLuskey, J. (2020). Facilitators and barriers for nurses in providing sexual education to myocardial-infarction patients: A qualitative systematic review. *Intensive & critical care nursing, 58*, 102802. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102802

Kheir, F., Shawwa, K., Nguyen, D., Alraiyes, A. H., Simeone, F., & Nielsen, N. D. (2016). A 24-Hour Postintensive Care Unit Transition-of-Care Model Shortens Hospital Stay. *Journal of intensive care medicine, 31*(9), 597–602. https://doi.org/10.1177/0885066615569701.

Lima, L. N. d., França, E. G. d., Mola, R., Lacerda, L. C. A. d., Neto, L. B. d. L., & Góis, A. R. d. S. (2021). Conflitos na prática profissional em ambientes de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde 13*(8), 1-11. https://doi.org/https://doi.org/10.25248/reas.e8273.2021

Meleis, A. (2010*). Transitions Theory – Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Reseach and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, *23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

National Institute for Health and Care Excellence (2009). *Rehabilitation after critical illness*. Londres, Inglaterra. https://www.nice.org.uk/cks-uk-only.

Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde*. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/.

Nikolaisen, M. K., Fridh, S., & Olsen, B. F. (2023). Patient transfer from intensive care units to general wards: An exploratory qualitative study of ward nurses' experiences of patient safety. *Nursing open*, *10*(10), 6769–6776. https://doi.org/10.1002/nop2.1923

Novo, A., Loureiro, M., Preto, L., Delgado, B., Lopes, I., & Mendes, E. (2020). *Reabilitação Cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática*. Lusodidata: Lisboa.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Artmed.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem do Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca*. Disponível em: https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html

Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., & Walsh, T. (2014). Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of clinical nursing, 23*(5-6), 605–615. https://doi.org/10.1111/jocn.12452

Regulamento n.º 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. 2.a Série, 16655-16660. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234.

Regulamento n.o 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.a Série, N.o26, 4744–4750. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento n.o 392/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2.a Série, N.o85, 13565–13568. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf

Regulamento n.o 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.a Série, 128-155. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf

Ribeiro, O. (Eds.). (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lidel: Lisboa.

Schumacher, K., & Meleis, A. (2010). Transitions: a central concept in nursing. Em A. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38-51). Springer Publishing Company

Strijker, D., Drager, L., van Asseldonk, M., Atsma, F., van den Berg, M., van Daal, E., van Heusden-Scholtalbers, L., Meijerink, J., Servaes, P., Teerenstra, S., Verlaan, S., van den Heuvel, B., & van Laarhoven, K. (2024). Multimodal prehabilitation (Fit4Surgery) in high-impact surgery to enhance surgical outcomes: Study protocol of F4S PREHAB, a single center stepped wedge trial. *PloS one, 19*(7), e0303829. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303829

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., … Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, *169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

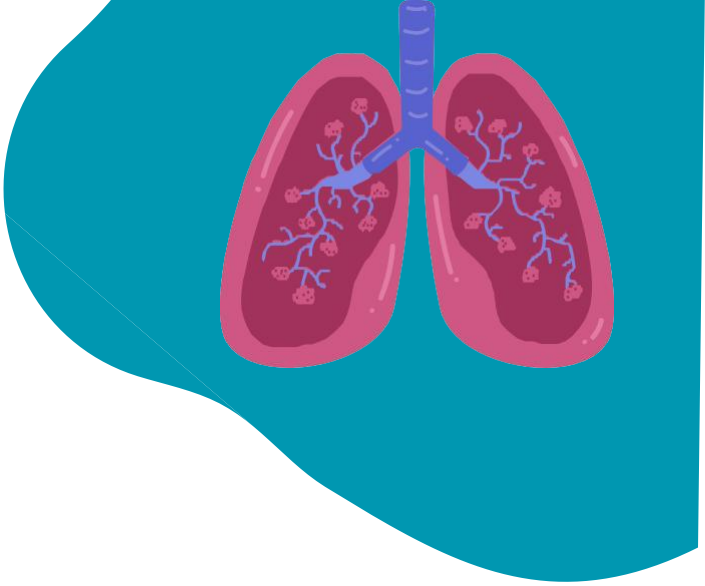
Yau, Y. C., & Christensen, M. (2023). Hong Kong general ward nurses' experiences of transitional care for patients discharged from the intensive care unit: An inductive thematic analysis. *Intensive & critical care nursing, 79*, 103479. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103479.

Zhan, Y., Yu, J., Zhang, W., Wan, Y., Chen, Y., Wang, Y., & Li, S. (2022). Cognition and practice on transitional care during the transfer from intensive care unit to a general ward among health care professionals: A qualitative study. *Journal of nursing management*, *30*(8), 4569–4577. https://doi.org/10.1111/jonm.13878

APÊNDICE

APÊNDICE I: PANFLETO SOBRE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Reeducação Funcional Respiratória



Vantagens no pré e pós operatório

1. Previne complicações respiratórias.
2. Melhora a capacidade respiratória e pulmonar.
3. Ajuda no controle da dor e ansiedade.

Exercícios Respiratórios

Devem integrar o seu plano de reabilitação sob orientação do seu Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

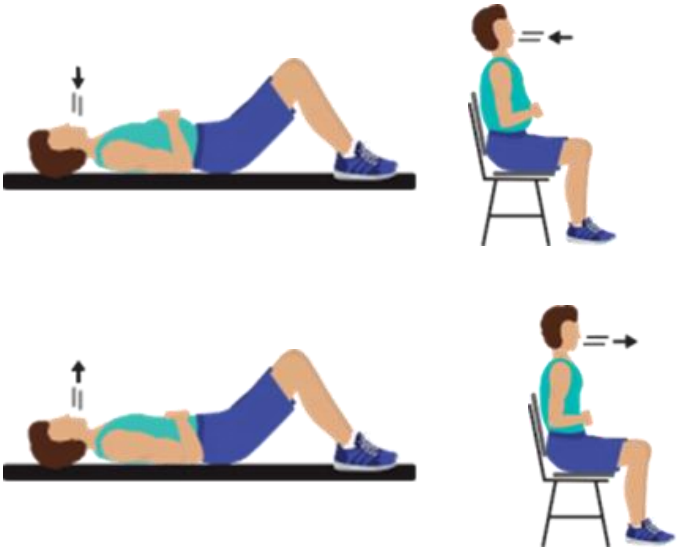
Controlo da respiração e abertura costal global

A expiração deve ser mais prolongada que a inspiração (conte 1 na inspiração e 2/3 na expiração).

Suspender exercícios se sentir falta de ar, tonturas, palpitações ou outros sintomas anormais

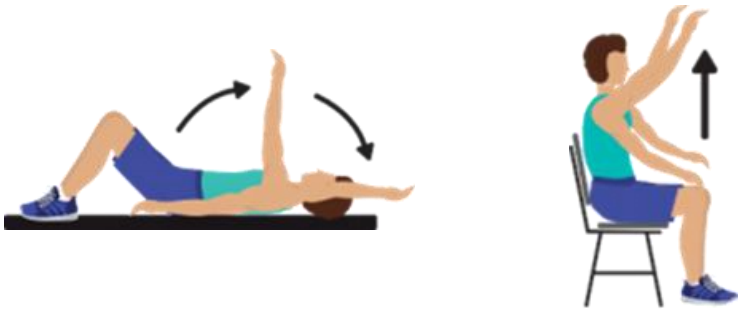
Exercício 1

Deitado ou sentado, coloque a mão no abdómen e inspire pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor). A seguir, deite o ar fora pela boca com os lábios semicerrados (como se estivesse a apagar uma vela lentamente) e encolha a barriga. Repita 10 vezes, 2 vezes por dia.



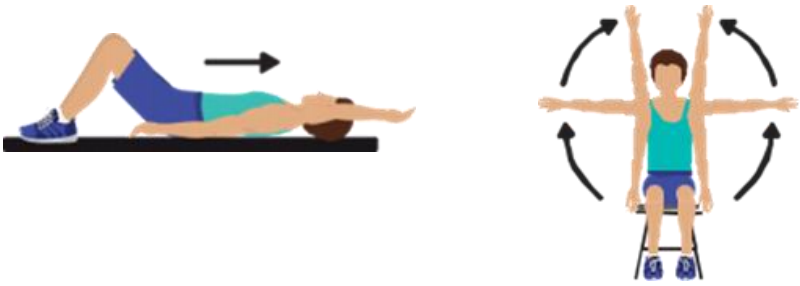
Exercício 2

Deitado ou sentado, inspire profundamente pelo nariz ao mesmo tempo que levanta os braços esticados. A seguir, deite o ar fora pela boca com os lábios semicerrados ao mesmo tempo que baixa os braços. Os braços acompanham todo o ciclo inspiratório e expiratório. Pode usar um bastão para sincronizar melhor os movimentos. Repita 10 vezes, 2 vezes por dia.



Exercício 3

Deitado ou sentado, afaste os braços do corpo ao mesmo tempo que inspira pelo nariz, até ao nível dos ombros ou cabeça. Volte com os braços à posição inicial, deitando o ar fora pela boca com os lábios semicerrados. Repita 10 vezes, 2 vezes por dia.



ULS REGIÃO DE AVEIRO

ESS+ Escola Superior de Saúde Norte CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Bibliografia

Realizado por José Mateus, estágio de Enfermagem de Reabilitação em contexto Ortopédico, sob a orientação da Enfermeira Especialista Deolinda Ribeiro.