



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

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Promoção do
Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória**

Liliana Castanheira Rebelo



**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Promoção do
Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória**

Liliana Castanheira Rebelo

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Sá

**Lisboa
2023**

“Vou fazer o meu melhor hoje,
procurar a excelência em mim mesma”

Monja Coen (s.d)

A todas as pessoas de quem cuidámos,
a todas as famílias que nos abriram as suas portas,
sem elas este percurso não seria possível.

AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Professora Doutora Maria do Céu Sá agradeço por toda a disponibilidade, motivação e pelo incentivo em procurar sempre a excelência. A sua orientação e apoio foram determinantes para a concretização e sucesso de todo o percurso.

Aos meus avós e à minha mãe por serem os principais impulsionadores para ter iniciado este percurso, por serem uma fonte de inspiração e exemplo. Agradeço ainda aos meus tios e às minhas primas pelo apoio em concretizar os meus objetivos pessoais e profissionais. Muito obrigado por acreditarem!

Ao meu filho Sebastião que nasceu no decorrer deste curso, por todo o amor e sorriso contagiante. Apesar de ser ainda tão pequenino e mesmo sem perceber foi uma fonte de motivação vital para concluir esta etapa.

Ao Pedro, o meu companheiro de vida, por ouvir todos os desabafos, por compreender a minha ausência e pela companhia no estudo. A sua paciência e apoio foi essencial.

Às enfermeiras orientadoras agradeço a humanidade, profissionalismo, disponibilidade e orientação. Agradeço por todos os momentos de aprendizagem.

Às colegas de curso Catarina Diogo, Tânia Batista, Telma Antunes e Vitória Esquível, por todas as partilhas, espírito de entreatajuda e companheirismo. O vosso carinho e amizade tornou tudo mais fácil.

Aos meus colegas de trabalho, principalmente à minha equipa, por toda a motivação e pelos vários pedidos de troca aceites. À Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Sandra Gomes por todas as partilhas e à Sr.^a Enfermeira Gestora Sílvia Nunes pela facilitação e adaptação do horário.

Aos meus amigos, por compreenderem as ausências, principalmente à Sara Romão pela sua preocupação e motivação constante. À Inês Quental que iniciou este desafio do curso de mestrado e especialidade ao mesmo tempo, pelas partilhas e apoio.

O meu profundo agradecimento a todos!

ABREVIATURAS E SIGLAS

CATR: Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CCP: Cancro da Cabeça e Pescoço

CDE: Código Deontológico do Enfermeiro

EC: ensino clínico

ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE: Enfermeiro Especialista

EEER: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA: Esclerose Lateral Amiotrófica

ER: Enfermagem de Reabilitação

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IU: Incontinência Urinária

KHQ: *King's Health Questionnaire*

MCEER: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MDAIF: Modelo Dinâmico de Avaliação da Intervenção Familiar

MI: Membro inferior

MRC: *Medical Research Council Muscle Scale*

MS: Membro Superior

OE: Ordem dos Enfermeiros

OR: Ostomia Respiratória

PCC: População, Conceito e Contexto

PEG: Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PII: Plano Individual de Intervenção

PQCEER: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

REPE: Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM: Reeducação Funcional Motora

RFR: Reeducação Funcional Respiratória

SNG: Sonda Nasogástrica

UP: Úlcera por Pressão

RESUMO

As Ostomias Respiratórias são cada vez mais realizadas em adultos com obstrução das vias aéreas superiores, para proteção ou manutenção das vias aéreas, assegurar ventilação mecânica e facilitar o desmame do ventilador. A crescente incidência de pessoas com cancro da cabeça e do pescoço também tem contribuído para o aumento significativo deste número. A realização de uma Ostomia Respiratória conduz a várias mudanças significativas relacionadas com o autocuidado.

O presente relatório de estágio pretende demonstrar, através das atividades e intervenções implementadas, o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e ainda as competências para a obtenção do grau de mestre. Como referencial teórico selecionou-se a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Foi realizada uma Revisão Narrativa da Literatura utilizando a metodologia PCC, com o intuito de identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que promovem o autocuidado na pessoa com Ostomia Respiratória. Os resultados obtidos evidenciaram a importância da realização de consultas de enfermagem no período pré-operatório, possibilitando à pessoa e ao seu cuidador esclarecer dúvidas e adquirir conhecimentos. A nível da respiração, para além do ensino e treino dos cuidados à cânula, o programa incide em realizar exercícios respiratórios como inspiração profunda, respiração abdominal e com os lábios semicerrados, na drenagem postural, vibração torácica e tosse assistida. A nível da comunicação existem estratégias simples e efetivas, tais como a escrita, mímica labial e gestos. Desenvolver um programa de reabilitação da função alimentação requer uma avaliação cuidadosa dos órgãos e estruturas que intervêm neste processo. O programa de reabilitação motora pode ser iniciado com a movimentação passiva no terceiro dia pós-operatório.

Palavras-chave: autocuidado, enfermagem de reabilitação, traqueotomia, traqueostomia.

ABSTRACT

Respiratory ostomies are increasingly performed in adults with upper airway obstruction to protect or maintain the airway, ensure mechanical ventilation, and facilitate weaning from the ventilator. The growing incidence of people with head and neck cancer has also contributed to the significant increase in this number. Undergoing a respiratory ostomy leads to several significant changes related to self-care.

This internship report aims to demonstrate, through the activities and interventions implemented, the development of the common competencies of the Specialist Nurse, the specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the competencies for obtaining a master's degree. Dorothea Orem's Theory of Nursing Self-Care Deficit and Afaf Meleis's Theory of Transitions were used as theoretical frameworks. A Narrative Literature Review was conducted using the PCC methodology with the purpose of identifying the interventions of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing that promote self-care in people with a respiratory ostomy. The results obtained highlighted the importance of nursing consultations in the preoperative period, allowing the patient and his/her caregiver to clarify doubts and acquire knowledge. In terms of breathing, in addition to teaching and training cannula care, the program focuses on performing breathing exercises such as deep inspiration, abdominal breathing and half-closed lips, postural drainage, chest vibration and assisted coughing. In terms of communication, there are simple and effective strategies, such as writing, lip-syncing, and gestures. Developing a rehabilitation program for feeding function requires a careful evaluation of the organs and structures that intervene in this process. The motor rehabilitation program can be started with passive movement on the third postoperative day.

Key words: Self-care, Rehabilitation Nursing, tracheotomy, tracheostomy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	26
1.1 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	26
1.1.1 Competência J1: cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	26
1.1.2 Competência J2: capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	42
1.1.3 Competência J3: maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	50
1.2 Competências comuns do enfermeiro especialista	61
1.2.1 A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	61
1.2.2 B- Domínio da Melhoria Continua da Qualidade	66
1.2.3 C - Domínio da Gestão dos Cuidados.....	68
1.2.4 D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	71
2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS	
Anexo I: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019)	
Anexo II: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011)	
Anexo III: Certificado curso avançado de massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares	
APÊNDICES	
Apêndice I: Projeto de Estágio	
Apêndice II: Resultados da revisão narrativa da literatura (Fluxograma)	

Apêndice III: Estudo de Caso do Sr. J.M.

Apêndice IV: Estudo de Caso do Sr. M.R.

Apêndice V: Jornal de Aprendizagem I

Apêndice VI: Jornal de Aprendizagem II

Apêndice VII: Jornal de Aprendizagem III

Apêndice VIII: Poster "A Promoção do Autocuidado à Pessoa com Ostomia Respiratória"

Apêndice IX: Poster "Como Promovem os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória"

Apêndice X: Sessão de Formação "A Promoção do Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória"

Apêndice XI: Sessão de Formação "Avaliação e Reeducação da Função da Deglutição"

Apêndice XII: Exercícios para a Reabilitação da Função da Deglutição

Apêndice XIII: Autorização divulgação de imagem

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação da força muscular dos MS do Sr. J.M, com recurso à escala de avaliação da força muscular MRC.....	32
Tabela 2: Avaliação da força muscular por segmentos do Sr. M.R, com recurso à escala de avaliação da força muscular MRC.....	44
Tabela 3: Avaliação do teste indireto da deglutição do Sr. J.C	58
Tabela 4: Avaliação do teste direto da deglutição do Sr. J.C	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Exercícios do membro inferior com a bola.....	48
Figura 2: Exercícios com o Pop-It®.....	48

INTRODUÇÃO

A realização de uma Ostomia Respiratória (OR) é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e comuns realizados em contexto hospitalar (Queirós et al., 2021). Este consiste na abertura cirúrgica de uma via aérea direta através de uma incisão vertical realizada sobre a zona anterior do pescoço, ao nível do terceiro ou quarto anel traqueal, onde é inserida uma cânula com o objetivo de vencer um obstáculo ao nível da laringe que impede a chegada de ar aos pulmões, garantindo a permeabilidade da via aérea (Morais & Seíça, 2012).

Para além da obstrução das vias aéreas superiores, causada por inflamação ou infeção da via aérea e pela existência de corpos estranhos, as principais indicações para se considerar a realização de OR residem principalmente na paralisia das cordas vocais, traumas laríngeos ou estenose, fraturas faciais ou cervicais, o edema causado por queimaduras ou anafilaxia, entubação traqueal por mais de 5 dias, síndrome de apneia obstrutiva do sono, patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares (Fernandez-Bussy et al., 2015; Direção Geral de Saúde, 2017).

Também a crescente incidência do Cancro da Cabeça e Pescoço (CCP), um dos mais prevalentes a nível mundial, ocupando o sétimo lugar do *ranking*, tem contribuído fortemente para o aumento significativo do número de pessoas portadoras de uma traqueostomia. Assim, existem cada vez mais pessoas com uma OR, tanto em ambiente hospitalar como na comunidade, sendo fundamental a sua capacitação (S. Queirós et al., 2017). Entre os diferentes CCP, o cancro da laringe é o mais frequente e nos estádios mais avançados requer a realização de uma laringectomia total, ou seja, a remoção cirúrgica e completa da laringe, com a conseqüente confeção de uma traqueostomia permanente. Estima-se que em 2020 tenham sido diagnosticados a nível mundial 184 615 novos casos de cancro da laringe (Ferlay, Ervik, et al., 2020). Relativamente ao panorama nacional, estima-se que em Portugal nesse mesmo ano tenham sido diagnosticados 529 novos casos de cancro da laringe (Ferlay, Laversanne, et al., 2020).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), existe uma diferença entre os conceitos de traqueostomia e traqueotomia. Ao ser realizado, este procedimento poderá ter um carácter provisório, designando-se por traqueotomia, ou um carácter definitivo, que inclui

a confecção de um estoma traqueal, passando a designar-se por traqueostomia. Ao longo do presente documento, OR será o termo utilizado para se referir a uma abertura, ou estoma, no pescoço para a traqueia, criando uma via aérea, independente da técnica utilizada.

A criação de uma OR conduz a várias mudanças significativas para a pessoa, relacionadas com a comunicação, imagem corporal, respiração, olfato e deglutição, e que afetam a qualidade de vida dessas pessoas. Para além destas mudanças, uma OR implica que, antes da alta hospitalar, a pessoa adquira novas habilidades com o intuito de recuperar a sua autonomia, garantindo a sua adaptação e um regresso seguro a casa (S. Queirós et al., 2021).

Neste sentido consideramos pertinente a concretização do presente relatório que tem como tema “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória”. Importa também referir que o mesmo é elaborado no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e resulta de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em dois contextos de estágio distintos. Este relatório, bem como os estágios que lhe conferem sustentação, tiveram por base um projeto de estágio (Apêndice I), previamente realizado com o intuito de planear e orientar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Considerando a necessidade do rigor de um relatório de estágio destinado a uma discussão pública, visando a obtenção do grau de mestre, o presente relatório tem ainda como finalidade demonstrar que foi possível alcançar o desenvolvimento das competências enunciadas nos descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de formação. Com base nesses mesmos descritores, pretendemos, demonstrar: a) o conhecimento, capacidade de compreensão; b) a aplicação de conhecimentos e resolução de problemas em situações não familiares, em contextos multidisciplinares; c) a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, emitir juízos e desenvolver soluções; subjacentes, e, por fim d) as competências de autoaprendizagem

e a responsabilidade que sentimos pela aprendizagem ao longo da vida (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011).

A escolha deste tema para o projeto tem como origem motivos pessoais, profissionais e científicos. Nos últimos seis anos temos exercido atividade profissional enquanto Enfermeiros Generalistas num serviço de cirurgia de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço e Endocrinologia. Como tal, sentimos a responsabilidade profissional que conduziu à necessidade de adquirir e desenvolver competências especializadas, que possibilitassem uma atuação profissional mais adequada e que se traduza em ganhos de saúde para pessoa com OR, família e comunidade. A pertinência desta temática é também justificada pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) ao identificar como área prioritária a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). De acordo com B. M. B. Pereira (2019), a promoção do desenvolvimento da competência de autocuidado à OR assenta no campo de intervenção autónoma do enfermeiro. Contudo, apesar de reconhecida a pertinência do tema, o corpo de conhecimentos atualmente existente é reduzido, existindo poucos trabalhos e publicações científicas. Também S. Queirós et al. (2021) corrobora com este pressuposto, alertando para a importância de sistematizar estas intervenções para que possam ser integradas na prática profissional.

Com o presente relatório pretende-se: 1) evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências de EEER e de EE na promoção do autocuidado da pessoa com OR, tendo em vista a sua funcionalidade e reinserção familiar/social; e 2) demonstrar o percurso de desenvolvimento de competências de EEER e EE no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; 3) comprovar a aquisição de competências comuns do EE nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assim, com o objetivo de identificar a evidência científica disponível relacionada com a intervenção do EEER para a promoção do autocuidado da pessoa com OR, foi elaborada uma questão de investigação e um protocolo de revisão narrativa da literatura (Apêndice II) utilizando o método PCC (População, Conceito e Contexto) que serviu como ponto de partida para responder à questão: “Quais as intervenções do EEER que

promovem o autocuidado na pessoa com OR?" e às subquestões "Quais os fatores que condicionam essa intervenção?" e "Quais os resultados dessas intervenções?".

A estratégia de pesquisa contemplou três etapas. Inicialmente foi realizada uma pesquisa livre na base de dados MEDLINE® with Full Text e na CINAHL® Plus with Full Text, ambas via plataforma EBSCOhost. Seguidamente procedeu-se à análise das palavras do texto contidas no título, resumo e termos de indexação descritoras dos artigos. Esta etapa permitiu selecionar palavras-chave e termos indexados adequados ao tema.

A segunda etapa consistiu em utilizar todas as palavras-chaves e termos de indexação identificados para a realização da pesquisa nas bases de dados definidas, através da utilização dos operadores booleanos "AND" e "OR". De modo a alcançar os resultados que melhor respondessem à questão de investigação, foram selecionados os estudos que incluíam os elementos anteriormente descritos da mnemónica PCC. No entanto, importa explicitar que como critérios de inclusão, privilegiaram-se todos os tipos de estudos, realizados em adultos e/ou idosos, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Inicialmente estabeleceu-se como limite temporal 5 anos, contudo, dada a limitação de artigos publicados sobre a temática neste período, o limite temporal foi alargado para um período de 20 anos. Como critérios de exclusão foram contemplados os artigos com metodologia ambígua, que se encontravam duplicados nas bases de dados e que não estabeleciam correlação com o objeto em estudo.

De forma sintética, com base nos artigos selecionados, verificamos que relativamente à intervenção do EEER na Promoção do Autocuidado da Pessoa com OR, a realização de consultas de enfermagem no período pré-operatório constituem um essencial instrumento terapêutico que fornece, à pessoa e à sua família, a possibilidade de esclarecer dúvidas, adquirir conhecimento, melhorar a capacidade para realizar as ações necessárias ao autocuidado e aumentar a capacidade de lidar com os desafios de viver com uma OR. Nestas consultas é importante incluir o ensino relativamente à própria cirurgia, as alterações provocadas pela OR, cuidados traqueais e os cuidados à OR (Neiva et al., 2020).

Segundo Graboyes et al. (2017) as pessoas submetidas a uma laringectomia total apresentam um alto risco de reinternamento hospitalar. Das readmissões não planeadas após a alta, cerca de 25% estão relacionadas com complicações do estoma e/ou da

prótese fonatória e resultam do conhecimento insuficiente da pessoa e dos seus familiares sobre os cuidados ao estoma. Este pressuposto alerta para a necessidade de serem desenvolvidos programas de intervenção de enfermagem mais sólidos, centrados na promoção do autocuidado na pessoa com OR. Por outro lado, os resultados obtidos demonstram a necessidade de melhorar a informação partilhada entre os enfermeiros dos diferentes serviços, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados nas áreas que ainda não foram convenientemente exploradas no período de internamento (B. M. B. Pereira, 2019).

No que respeita à orientação para a alta, a pessoa carece de estar capacitada para o autocuidado e, caso não seja possível, assegurar que o familiar cuidador o substitua (Teixeira, 2015). Ao nível do conhecimento, a pessoa com OR será competente se souber: a) o que é a traqueostomia, finalidade, tipo de traqueostomia e suas características; b) o tipo de cânula/equipamento e a sua influência no cuidado à ostomia; c) quando e como limpar a traqueostomia e pele circundante; d) quando e como realizar a limpeza dos equipamentos da traqueostomia; e) identificar as características das secreções; e e) como prevenir as complicações (S. Queirós et al., 2015).

De acordo com Gomes & Ferreira (2017), é fundamental para qualquer pessoa manter a sua autonomia na concretização das suas Atividades de Vida Diária (AVD). Habitualmente, esta autonomia encontra-se comprometida na pessoa com patologia respiratória, onde se insere a pessoa submetida a uma OR. Num estudo desenvolvido por Luo et al. (2014) sobre as intervenções de enfermagem a nível da função respiratória em pessoas com lesão medular cervical e que foram submetidas a traqueotomia, demonstrou que exercícios respiratórios diafragmáticos, inspiração profunda e a respiração com os lábios semicerrados, de acordo com a tolerância da pessoa, permitem aumentar os volumes correntes e a capacidade residual funcional. A tosse assistida, a drenagem postural, bem como as manobras acessórias de percussão torácica e vibração facilitaram a mobilização e eliminação das secreções.

Importa clarificar que a pessoa portadora de uma traqueotomia tem potencial de comunicação verbal, uma vez que é mantida a ligação com a via aérea superior. No caso da laringe se encontrar funcionante e a situação clínica permitir o uso de uma cânula fenestrada, a pessoa poderá, durante a expiração, ocluir a cânula com o dedo e desta

forma o ar passará pelas cordas vocais para a faringe e posteriormente para a boca, onde formará a vocalização da palavra. Este processo requer coordenação respiratória e motora, concentração, motivação e treino (Neves, 2016). Na pessoa portadora de uma traqueostomia, como no caso da pessoa submetida a laringectomia total, a fonação não é possível desta forma. Assim, a literatura revela que as pessoas com OR muitas vezes recebem as reações dos outros e a estigmatização, conduzindo muitas vezes ao isolamento social (Nakarada-Kordic et al., 2018). Existem estratégias simples e efetivas, tais como a escrita, mímica labial e gestos que podem facilitar a comunicação. A efetividade do método é definida pelas pessoas envolvidas no processo de interação, bem como do tipo de OR. Tanto a pessoa como o seu cuidador/família têm um papel ativo na seleção do método e deverá ter por base as suas capacidades cognitivas, psicomotoras e literacia (Neves, 2016).

Para que ocorra a deglutição, é necessária uma avaliação cuidadosa da função dos órgãos e estruturas que intervêm neste processo, da presença e quantidade de secreções orotraqueais, dos riscos e benefícios da deglutição, da presença e/ou ausência de reflexos fisiológicos, da simetria, sensibilidade e mobilidade dos órgãos, da presença e estado geral da dentição, e da higiene oral (Barros et al., 2009).

No caso da pessoa com CCP submetida a laringectomia, frequentemente são descritas experiências de hipostesia no pescoço, como consequência da secção de alguns nervos durante a cirurgia. Se forem removidos os gânglios linfáticos no pescoço, tanto o ombro como o pescoço tornam-se frágeis e rígidos. Nos casos em que a cirurgia integra o esvaziamento ganglionar cervical radical, para além da dor resultante da disfunção do nervo acessório devido à incapacidade do músculo trapézio de estabilizar a escapula, ocorrem diversas alterações funcionais na região de ombro, como a atrofia desse músculo, queda do ombro e incapacidade de abdução da articulação escapulo-umeral em posição vertical. Estas alterações podem interferir diretamente na qualidade de vida das pessoas, uma vez que a função desta articulação é fundamental na realização de diversas AVD (Shimoya-Bittencourt et al., 2016).

O programa de reabilitação motor é fundamental, podendo ser iniciado com a movimentação passiva no pós-operatório por volta do 3º dia. Assim que os drenos forem removidos, pode ser iniciada a movimentação ativa e exercícios de fortalecimento

muscular. Estas intervenções traduzem-se em ganhos para a saúde, uma vez que potencia a restauração e a melhoria do desempenho funcional dos segmentos lesados, desenvolvendo propriocepção, o movimento, a força, prevenindo a imobilidade no leito e devolvendo a amplitude articular dos movimentos (Shimoya-Bittencourt et al., 2016).

Também as medidas farmacológicas e não farmacológicas como o uso do calor superficial, permitem reduzir a dor, o desconforto e promover o relaxamento muscular. A crioterapia pode ser útil para o alívio das dores musculoesqueléticas, devendo ser utilizadas duas a três vezes ao dia, durante 15 a 20 minutos (Shimoya-Bittencourt et al., 2016).

De acordo com Queirós et al. (2017), a identificação de fatores que condicionam o desenvolvimento da competência no autocuidado à OR possibilita ao enfermeiro reconhecer condições de vulnerabilidade nos seus clientes e adequar as intervenções de forma a potenciar a autonomia. Em consonância com o exposto, passamos agora a dar resposta à subquestão referente aos fatores que condicionam a intervenção do EEER.

Num estudo desenvolvido por Queirós et al. (2017) a 80 pessoa com OR, revelou que ser do sexo masculino, ter baixa escolaridade, ter realizado traqueotomia de urgência, ter uma ostomia temporária e ter um cuidador, constituem alguns dos fatores inibidores do desenvolvimento da competência de autocuidado à OR. O tipo de cirurgia influencia no nível de competência para o autocuidado, uma vez que pessoas que realizaram traqueostomia de urgência apresentam menores níveis de competência para o autocuidado. Nestes casos a realização de uma OR resulta de uma emergência, para a qual a pessoa não se encontra preparada para as alterações e consequências decorrentes da cirurgia. Segundo os mesmos autores, envolver vários membros da família nos ensinamentos pode ser benéfico, uma vez que oferece à pessoa e ao cuidador principal um apoio maior nos cuidados. Relativamente as barreiras à aprendizagem da pessoa com OR incluem a memória alterada, problemas cognitivos, dificuldades na aprendizagem, limitações físicas, eventuais barreiras linguísticas, diminuição da acuidade visual e auditiva, preocupações culturais e problemas emocionais.

No que concerne aos fatores facilitadores, o treino e a repetição dos cuidados, bem como a experiência adquirida pela pessoa ao longo do tempo, permitem que desenvolva uma maior competência para as ações de autocuidado, tornando-se mais

autónoma. Outro fator identificado como facilitador, são as sessões de educação pré-operatórias, que possibilitam esclarecer dúvidas, transmitir informações importantes, reduz o medo e a ansiedade, promove confiança e o conhecimento (Queirós et al., 2017).

No que diz respeito aos resultados da intervenção do EEER, de acordo com Neiva et al., (2020), as intervenções de enfermagem podem limitar e até impedir que a pessoa desenvolva a capacidade para o seu autocuidado. Neste sentido, os mesmos autores reconhecem a importância de incluir a pessoa nos cuidados e nos ensinamentos, incentivando à sua participação, possibilitando o desenvolvimento das habilidades necessárias para o autocuidado.

Após os cuidados e ensinamentos à pessoa com OR e aos seus familiares, espera-se que os mesmos compreendam as alterações provocadas pela confecção de uma OR; participem na tomada de decisão sobre os cuidados; realizem ações de autocuidado, colaborando com a equipa e assegurando os cuidados em segurança no contexto domiciliar; reconheçam sinais de alerta e problemas, atuando em conformidade perante situações de urgência; incorporem mudanças de estilo de vida necessárias para diminuir o risco de complicações; e que consigam adaptar-se às alterações provocadas pela OR a nível psicossocial, emocional e espiritual (S. Queirós et al., 2021).

Já tendo abordado a temática que orientou o estágio realizado, impera a necessidade de caracterizar os locais onde o mesmo ocorreu. O estágio realizou-se em dois contextos, com a duração de 18 semanas, dividindo-se 9 semanas para cada contexto. O primeiro local ocorreu em meio hospitalar e o segundo ocorreu em meio comunitário. O primeiro local é caracterizado por ser um serviço de cirurgia de um hospital da região Lisboa e Vale do Tejo e onde se verificou que acolhe várias especialidades cirúrgicas, no entanto a vertente cirurgia de otorrino e cabeça e pescoço é a que ganha mais destaque. O segundo contexto teve lugar numa Unidade de Cuidados na Comunidade, onde ingressamos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (Apêndice VI).¹

¹ Esta equipa realiza cuidados a 21 pessoas com uma grande panóplia de necessidades, nomeadamente a nível do foro traumático e ortopédico, paliativo, respiratório e neurológico. Por sua vez, importa ainda referir que, nesta equipa, os cuidados são assegurados por vários profissionais de saúde, onde destacamos os 10 enfermeiros com diferentes especialidades, 3 dos quais são EEER, sendo que um deles exerce

Para dar cumprimento ao seu mandato social, os EEER devem sustentar a sua prática em referenciais teóricos, de forma a torná-la mais sistematizada e intencional (Martins et al., 2018). Com base no mencionado, procurou-se alicerçar o projeto anteriormente desenvolvido e os estágios realizados no modelo teórico defendido por Dorothea Orem (2001), a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado e na Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis (2010). A escolha destas duas teorias está relacionada com o facto de uma OR conduzir a profundas alterações na vida do autocuidado da pessoa, podendo a mesma apresentar um compromisso ou dependência, necessitando de substituição (B. M. B. Pereira, 2019). Também Martins et al. (2018) no seu estudo, no qual participaram 306 enfermeiros especialistas em ER, apresentam que, no contexto atual, é com base nos referenciais teóricos de Afaf Meleis e Dorothea Orem que os EEER identificam as necessidades e os problemas reais e potenciais das pessoas, concebem e implementam planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em vista melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência, bem como minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Martins et al., 2018).

A teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, descreve e destaca as interações entre o enfermeiro e a pessoa, sugerindo que o primeiro se preocupa com as transições vivenciadas pela pessoa (Ribeiro, Moura, et al., 2021). A transição constitui um dos conceitos centrais deste referencial, sendo definida como uma passagem ou movimento de uma fase de vida, condição ou estado para outro, sendo um processo desencadeado por uma mudança. As transições podem ser desencadeadas por mudanças ao nível do estado de saúde da pessoa, das suas relações, das suas expectativas ou das suas capacidades (Schumacher & Meleis, 2010). Estas mudanças geram instabilidade e conduzem inevitavelmente ao estabelecimento de novas rotinas e estilos de vida, exigindo, portanto, que a pessoa modifique os seus comportamentos, e desenvolva novos conhecimentos e habilidades, de modo a restaurar a estabilidade perdida (A. I. Meleis et al., 2000; A. Meleis & Trangenstein, 1994). A Enfermagem, de acordo com a perspetiva de A. Meleis & Trangenstein (1994), deverá ser facilitadora dos processos de transição. Neste sentido, reconhece-se que o desafio para os enfermeiros é

concomitantemente funções de coordenador e outro enfermeiro que para além de EER, detém de competências acrescidas em neurodesenvolvimento pediátrico.

entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar (Ribeiro, Moura, et al., 2021). O enfermeiro deverá ter em consideração os fatores facilitadores e dificultadores da transição. Relativamente aos padrões de resposta, encontramos os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*) e os indicadores de resultado (mestria, integração fluída da identidade) (A. I. Meleis et al., 2000).

Independentemente do que tenha levado a pessoa a ser portadora de uma OR e de ter um carácter provisório ou definitivo, todas as pessoas recentemente ostomizadas vivenciam uma mudança na sua condição, seja por alterações do seu estilo de vida, dos seus hábitos e no seu contacto social (R. P. Santos et al., 2015). No período pós-operatório, ao se confrontar com a presença de uma ostomia, a pessoa encara uma nova realidade, o que desencadeia vários sentimentos, reações e comportamentos próprios (Barnabe & Dell'Acqua, 2008). A pessoa recentemente ostomizada pondera como pode reiniciar sua vida, o que inclui as suas preocupações em como realizar o seu autocuidado e manter as suas atividades sociais. Com o passar do tempo, espera-se que ocorra uma transformação na experiência da pessoa. De acordo com a sua evolução e com as possibilidades de adaptação encontradas, este deverá ser detentor de um conjunto de estratégias de *coping*, passando a lidar eficazmente com os problemas ou mudanças que sucede da presença da ostomia. Para isso, a pessoa necessita de tempo para refletir e adaptar-se a sua nova condição, durante o qual o apoio, o estímulo e o reforço de pessoas, familiares ou profissionais se revela essencial (Barnabe & Dell'Acqua, 2008; B. M. B. Pereira, 2019).

Dando agora destaque a um dos conceitos centrais deste relatório- o autocuidado- e sendo este também particularmente importante na Enfermagem de Reabilitação (ER), importa referirmos o referencial teórico desenvolvido por Dorothea Orem. Na perspetiva desta teoria, o autocuidado refere-se à prática deliberada de atividades que as pessoas concretizam para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem et al., 2001). No seu referencial, Orem et al. (2001) agrega três teorias inter-relacionadas, nomeadamente: 1) teoria do autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas

podem ser ajudadas através da enfermagem, e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). A pertinência deste referencial teórico encontra-se no seu potencial para sustentar a prática dos EEER, dando destaque à pessoa, na medida em que, perante as possíveis limitações, a considera como capaz de aprender novas formas de concretizar o autocuidado (Ribeiro, Moura, et al., 2021). O facto de os EEER lidarem diariamente com pessoas com elevadas exigências de autocuidado, a importância atribuída à pessoa e ao seu potencial de reconstrução de autonomia, considerando-a capaz de aprender novas formas de concretizar o seu autocuidado, justifica ainda mais a relevância deste referencial na sua prática (Ribeiro, Moura, et al., 2021).

Ainda em consonância com o referencial teórico desenvolvido por Orem, os cuidados de enfermagem são necessários perante um défice de autocuidado (Pina Queirós et al., 2014). Assim, a ajuda profissional pode reger-se de acordo com um sistema totalmente compensatório, um sistema parcialmente compensatório ou um sistema de apoio-educação (Orem et al., 2001). Deste modo, em detrimento das necessidades e das capacidades da pessoa no desempenho das atividades de autocuidado, a intervenção do EEER terá em vista a capacitação da pessoa para a concretização do máximo de atividades que integram os diferentes domínios do autocuidado (Ribeiro, Moura, et al., 2021).

De acordo com Mota et al. (2015), no período pós-operatório da realização de uma ostomia, verifica-se um comprometimento no autocuidado da pessoa, sendo este período considerado o de maior dificuldade. Neste sentido, o enfermeiro assiste e/ou substitui a pessoa nos cuidados à ostomia, mas gradualmente vai transferindo esses cuidados à família (caso exista), que se apresenta como primeiro apoio para realizar o autocuidado e, progressivamente a pessoa vai consolidando a realização desses cuidados (Mota et al., 2015).

Durante o processo de aquisição de competências da pessoa com OR, um dos mais desafiantes é o autocuidado à própria ostomia, no entanto é indispensável para o restabelecimento de uma vida autónoma e de uma transição saudável (S. Queirós et al., 2015). Neste sentido, espera-se que a pessoa adquira habilidades que facilitem o autocuidado e a utilização dos dispositivos de traqueostomia para garantir a proteção

das vias aéreas, prevenir e melhorar a qualidade de vida complicações (Spito & Cavaliere, 2019a). Assim, a maioria das intervenções de enfermagem tem como foco o autocuidado (S. Queirós et al., 2021).

Este documento iniciou-se com esta introdução, onde contextualizamos a problemática vivenciada pela pessoa com OR, a pertinência da temática em estudo, bem como a sua adequação à intervenção do EEER. Incluiu também a descrição da metodologia de investigação e os principais conceitos e conhecimentos que dão resposta à nossa questão de investigação. Por fim, abordamos os referenciais teóricos que suportam este relatório. O primeiro capítulo, inerente ao desenvolvimento de competências, são descritas e analisadas as atividades realizadas em EC que justificam o desenvolvimento de competências específicas do EEER e posteriormente as competências comuns do EE. Para isso, recorreremos a vários estudos casos, onde descrevemos a nossa intervenção, justificando-as com base na evidência disponível. No segundo capítulo é apresentada a avaliação das aprendizagens realizadas, onde pretendemos realizar um balanço e uma reflexão sobre as aprendizagens adquiridas durante os estágios realizados, bem como avaliar a implementação do projeto e o desenvolvimento das competências previamente anunciadas nos diferentes contextos de estágio. O presente relatório termina com as considerações finais, onde realizamos uma síntese do percurso realizado e as contribuições para o futuro profissional.

Na redação deste projeto foram consideradas as regras do novo acordo ortográfico. Para as referências bibliográficas recorreu-se às normas da Associação Americana de Psicologia (7ª edição).

1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo é espelhado o percurso realizado e as experiências vivenciadas nos campos de estágio. Para isso, pretendemos efetuar uma descrição reflexiva dos objetivos estabelecidos e as atividades realizadas, com vista à persecução das competências específicas do EEER e das competências comuns do EE.

1.1 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A pessoa com necessidades especiais, independentemente do contexto e da fase do ciclo vital em que se encontre, constitui o alvo de intervenção do EEER. Atualmente, estes profissionais prestam cuidados especializados nos mais variados contextos, com recurso à aplicação de um corpo de conhecimento próprio dentro dos seus limites e domínios. Deste modo, o regulamento de 2011 publicado no diário da república, retificado em maio de 2019 (Regulamento n.º 392/2019, 2019), descreve como competências específicas do enfermeiro de reabilitação (Anexo I):

“J1-Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”;

“J2-Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”;

“J3-Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Uma vez que através deste relatório se pretende a aquisição do título de EEER, nos próximos subcapítulos será descrito e analisado como cada uma destas competências foram desenvolvidas.

1.1.1 Competência J1: cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (pp. 13566-13567), a competência J1 é constituída por quatro unidades de competência, nomeadamente:

“J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”;

“J1.2 - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”;

“J1.3 - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade”

“J1.4 - Avalia os resultados das intervenções implementadas”.

Para desenvolver as competências deste domínio delineamos os seguintes objetivos:

- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com Ostomia Respiratória;

- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com outras alterações cardiorrespiratórias, a nível sensoriomotor, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

- Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação promotores de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado;

- Avaliar os resultados das intervenções implementadas na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado.

Considerando as unidades de competência que sustentam esta competência em específico, é enaltecido o papel desenvolvido pelo EEER no processo de enfermagem, bem como no desenvolvimento, implementação e avaliação dos planos e programas baseados no diagnóstico prévio das necessidades da pessoa. De facto, a aplicação deliberada e sistemática do processo de enfermagem, enquanto metodologia que orienta a prática profissional, permite sustentar a tomada de decisão do EEER, centrando-se na

resolução de problemas, atendendo às necessidades das pessoas (Ribeiro, Faria, et al., 2021).

Se observarmos atentamente as funções específicas do EEER, podemos salienta a avaliação da funcionalidade no âmbito da colheita de dados em diversos níveis: motor, cardiorrespiratório, sensibilidade, eliminação, alimentação e na sexualidade. Para tal, é necessário recorrer a vários instrumentos de medida, que viabilizam a avaliação das capacidades da pessoa no desempenho das suas atividades de autocuidado, incorporando o contexto em que as mesmas são desenvolvidas e considerando também o campo sociopsicológico, emocional ou moral (Santos, 2017). De facto, para a avaliação e intervenção junto da pessoa com alterações e défices no autocuidado, foi imprescindível recorrer a vários instrumentos de avaliação, escalas e/ou questionários.

As alterações identificadas através da avaliação inicial permitiram a elaboração de diagnósticos de enfermagem e possibilitaram esboçar o caminho a percorrer, estabelecer objetivos e por sua vez, implementar intervenções específicas (Santos, 2017). No decurso do estágio, com o intuito de implementar o projeto, foram realizados, conforme planeado, programas de reeducação funcional e que prosseguimos para a descrição da forma como foram realizados e implementados.

Durante o estágio em contexto hospitalar tivemos a oportunidade de prestar cuidados ao Sr. J.M, que resultou num estudo caso (Apêndice III). Recordamos que este senhor, de 64 anos, anteriormente autónomo no autocuidado, foi admitido no dia 24/10/2021 no serviço de cirurgia de [REDACTED], com o diagnóstico de neoplasia da língua. No dia 20/10/2021 procedeu-se à colocação de uma gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) e submetido, no dia 25/10/2021 a glossectomia parcial direita, faringectomia, esvaziamento cervical tipo II à direita, reconstrução do defeito faríngeo e lingual com retalho de grande peitoral direito e traqueotomia infra ístmica. Como antecedentes pessoais apresenta hiperplasia benigna da próstata, hipertensão arterial, depressão e bloqueio auriculoventricular de 1º grau.

Procedemos à avaliação multidimensional, com o objetivo de identificar as necessidades e expectativas da pessoa e da família/cuidador. Inicialmente realizamos uma caracterização familiar e do meio envolvente, com o intuito de identificar fatores inibidores e facilitadores para o autocuidado a nível individual, familiar e socio-

habitacional. Para tal, recorreremos ao Modelo Dinâmico de Avaliação da Intervenção Familiar (MDAIF)² quanto às dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional. Recorreremos ainda ao Ecomapa³, Genograma⁴ e ao Índice de Graffar Adaptado⁵ para completar a avaliação familiar, não se tendo identificado problemas com necessidade de intervenção neste campo. Relativamente à dimensão estrutural, segundo o Sr. J.M., apresentava um rendimento familiar suficiente e reside numa moradia com dois andares com condições de higiene e segurança. Quanto à dimensão desenvolvimento o mesmo reside com a sua companheira, que é a sua principal cuidadora. Tem também uma filha de 32 anos, que reside com a ex-mulher e com a qual tem uma relação precária. Relativamente à dimensão funcional o processo familiar e a relação dinâmica não é disfuncional e, de acordo com o Sr. J.M., a comunicação, interação e os mecanismos de *coping* são eficazes. Prosseguimos a avaliação com o Índice de Graffar onde se obteve a pontuação de 13 pontos, que corresponde à classe social II.

A nível individual procedeu-se à avaliação física e da funcionalidade recorrendo a diversas escalas e instrumentos de avaliação para identificar as necessidades e problemas, bem como determinar o impacto no autocuidado, de acordo com os requisitos da Teoria de Autocuidado de Orem (Orem et al., 2001).

Neste caso em concreto identificamos essencialmente problemas relacionados com a função sensoriomotora, função respiratória, função eliminação e função alimentação com impacto significativo no autocuidado. Estas alterações no padrão de autocuidado refletiram-se nos seguintes requisitos universais, de acordo com a teoria desenvolvida por Orem et al. (2001):

² Modelo Dinâmico de Avaliação da Intervenção Familiar: ferramenta de avaliação da família centrada em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional, permitindo a formulação de diagnósticos e a especificação de intervenções em resposta às necessidades das famílias (Figueiredo, 2012).

³ Ecomapa: diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família (A. P. de S. Pereira et al., 2009).

⁴ Genograma familiar: representação gráfica de dados sobre a família, tais como: identificação dos elementos, estrutura familiar, parentesco, tipos de relação/vínculos. Permite a visualização da dinâmica familiar e as relações entre os seus membros (A. P. de S. Pereira et al., 2009).

⁵ Índice Graffar: classificação social internacional que avalia cinco critérios da família: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro ou da zona envolvente. Ao grau 1 corresponde a pontuação 1, ao grau 2, a pontuação 2 e assim sucessivamente. O somatório destas pontuações permite incluir a família numa das seguintes posições sociais: classe alta (I): 5 a 9; classe média alta (II) 10 a 13; classe média (III) 14 a 17; classe média baixa (IV) 18 a 21; classe baixa (V) 22 a 25 (Monteiro, 2019).

- a) *Manutenção da quantidade suficiente de ar*, por apresentar murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do campo pulmonar, pela presença de ruídos adventícios na base do pulmão à direita, tosse ineficaz, dispneia a moderados esforços aquando da realização de exercícios de treino da força muscular e pela presença de traqueotomia por onde expele secreções amareladas semi-espessas em grande quantidade;
- b) *Manutenção da quantidade suficiente de água e de alimentos*, por apresentar PEG, não tendo conhecimento de como utilizar e manter a mesma;
- c) *Provisão de cuidados associados com processos de eliminação*, por se encontrar algaliado no contexto de retenção urinária pós-operatória e ausência de conhecimentos sobre os cuidados a ter com a drenagem vesical e no esvaziamento do saco coletor;
- d) *Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso* por apresentar dor a nível cervical;
- e) *Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social*, por apresentar dificuldade em comunicar com cânula de traqueotomia fenestrada, por não tolerar a oclusão da cânula por mais de 3 minutos e por apresentar dificuldade na articulação das palavras, como consequência da cirurgia;
- f) *Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano*, por apresentar alteração do equilíbrio ortostático dinâmico e pelo risco de obstrução da cânula de traqueotomia por secreções semi-espessas;
- g) *Promoção da interação social*, por se demonstrar pouco recetivo à interação e pouco motivado em participar no programa de reabilitação.

Verificamos também a necessidade de intervenção a nível dos requisitos de autocuidado no desvio de saúde *realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação* (Orem et al., 2001), uma vez que apesar de compreender a necessidade de adesão ao programa de reabilitação, necessita de incentivo para dar continuidade aos exercícios prescritos.

Iniciando pela função sensoriomotora, na avaliação da funcionalidade do Sr. J.M., foram identificadas alterações a nível da amplitude articular a nível do Membro Superior (MS) direito, como é possível verificar na Tabela 1.

A primeira avaliação, a 10 de novembro de 2021, foi realizada 16 dias após a cirurgia. Consideramos pertinente realizar uma avaliação intermédia, a dia 15 de novembro de 2021 e a última avaliação, realizada a 18 de novembro de 2021, sendo esta última a véspera da alta hospitalar. Apesar de não ter sido possível contactar com o senhor J.M. para uma avaliação pré-operatória, e uma vez que o senhor era previamente autónomo, verificámos que o MS direito apresenta força muscular nível 3 a nível da escapulo-umeral direita e do cotovelo direito em todos os movimentos. Comparativamente, verificámos que na primeira avaliação realizada, a nível da escapulo-umeral do MS esquerdo, apresenta força nível 4/5 em todos os movimentos, que o próprio senhor identifica como consequência da dor que sente a realizar as mobilizações. Neste sentido, percebemos que ocorreu uma diminuição da capacidade funcional relacionada com a intervenção cirúrgica, existindo uma evolução favorável no decurso do pós-operatório. De facto, através da avaliação baseada na escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC)⁶, verifica-se que a nível da escapulo-umeral e do cotovelo do MS direito progredimos para uma força nível 4 em todos os movimentos destes segmentos (Tabela 1).

Ainda durante a nossa intervenção, consideramos pertinente realizar a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico com predição do risco de queda, recorrendo à escada de Berg⁷, onde obtivemos na avaliação inicial uma pontuação 43/56, que corresponde a uma marcha segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha. De facto, verificámos que o senhor apresentava dificuldade na adoção da posição ortostática por inclinação lateral esquerda do tronco, pela presença de dor e, por ainda não conseguir controlar a simetria postural, como consequência da cirurgia. Na última

⁶ MRC: gradua os níveis de força em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (0: sem contração muscular palpável ou visível; 1: contração palpável ou visível mas sem movimento do membro; 2: movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular; 3: movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência; 4: movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade; 5: força normal) (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

⁷ Escala de Equilíbrio de Berg: Avalia o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 tarefas funcionais específicas. Cada item é avaliado de 0 a 4, consoante a habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente, obtendo um *score* total de 56 pontos. Quanto maior for o *score*, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio (41 a 56: baixo risco de queda/bom equilíbrio; 21-40: risco de queda médio/equilíbrio médio; 0-20: elevado risco de queda/equilíbrio diminuído) (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

avaliação realizada, verificámos uma evolução favorável para 55/56, que corresponde a uma marcha segura, não existindo risco de queda.

Tabela 1: Avaliação da força muscular dos MS do Sr. J.M, com recurso à escala de avaliação da força muscular MRC

Membros superiores	Movimento	Esquerdo			Direito		
		10/11	15/11	18/11	10/11	15/11	18/11
Escapulo-umeral	Flexão/ Extensão	4/5	4/5	5/5	3/5	3/5	4/5
	Adução/Abdução	4/5	4/5	5/5	3/5	3/5	4/5
	Rotação interna/externa	4/5	4/5	5/5	3/5	3/5	4/5
Cotovelo	Flexão/ Extensão	5/5	5/5	5/5	3/5	4/5	5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	5/5	5/5	5/5	4/5	4/5	5/5
Punho	Flexão palmar	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Dorsi-flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio radial/cubital	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Dedos	Flexão/ Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução/Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Oponência do polegar	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Ainda no que diz respeito à marcha, a mesma foi avaliada de acordo com as categorias funcionais de marcha de Holden⁸, onde verificámos que na primeira avaliação o senhor apresentava uma marcha categoria 3/5, que corresponde a dependente com supervisão, progredindo na última avaliação para a categoria 5/5, que corresponde a uma marcha independente.

Avaliamos também a dor, segundo a escala numérica da dor, apresentando dor aguda com uma pontuação de 3 a nível cervical e pontuação também de 3 a nível peitoral à direita que irradia para o ombro direito. Como fatores de agravamento identificaram-se os movimentos de flexão/hiperextensão da cabeça e pescoço, rotação do pescoço, flexão lateral direita e esquerda da cabeça e pescoço, extensão da escapulo-umeral e

⁸ Categorias funcionais de marcha de Holden: determina em 6 categorias o grau de autonomia para a marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessária, sendo que 0 representa uma marcha ineficaz e 5 uma marcha independente (Duque et al., 2014).

abdução da escapulo-umeral superior a 30°. Como fatores de alívio o Sr. J.M. identifica o repouso no leito.

Para a avaliação do grau de dependência recorreremos ao Índice de Barthel⁹, onde na primeira avaliação se obteve a pontuação 55/100 que corresponde a um grau de dependência moderado. Também no grau de dependência se verificou uma evolução favorável, uma vez que na última avaliação obtivemos a pontuação 90/100, que corresponde a uma dependência leve.

Uma vez que já explicitamos como foi realizada a avaliação inicial, como identificamos os problemas e já formulados os diagnósticos e os resultados obtidos, importa agora debruçarmo-nos nas intervenções realizadas e como foi realizado este trajeto. Começamos por explicar ao Sr. J.M as intervenções a serem implementadas e o objetivo de otimizar e reeducar a função a nível sensoriomotor.

O programa consistiu em exercícios de Reeducação Funcional Motora (RFM), através da realização de mobilizações ativas, ativas-assistidas e ativas-resistidas, de acordo com a tolerância do Sr. J.M. De uma forma concreta, no dia 10 de novembro de 2021 ao dia 13 de novembro de 2021, foram realizadas séries de:

- Mobilizações ativas-assistidas a nível da cabeça e do pescoço (flexão/extensão, flexão lateral esquerda e direita, rotação lateral);
- Mobilizações ativas-assistidas da articulação escapulo-umeral direita (elevação e depressão, flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Mobilizações ativas do MS esquerdo: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oponência do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Mobilizações ativas e ativas-resistidas a nível dos Membros Inferiores (MI) bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução e abdução); articulação

⁹ Índice de Barthel: avalia o nível de independência da pessoa na execução de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência e a pontuação 100 corresponde a independência total para as atividades de vida diárias (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

tibiotársica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão); articulação do joelho (flexão e extensão); articulação coxofemoral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa).

Ainda dentro deste espaço temporal estimulamos o Sr. J.M. a manter o equilíbrio corporal (correção postural) e executamos a técnica de treino de equilíbrio estático com o senhor sentado na cama, com as mãos de lado apoiadas na cama, suportando o tronco.

As intervenções do EEER que se seguiram até ao dia 15 de novembro de 2021 incidiram em realizar:

- Mobilizações ativas dos MS bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oponência do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Mobilizações ativas-resistidas a nível dos MI bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução e abdução); articulação tibiotársica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão); articulação do joelho (flexão e extensão); articulação coxofemoral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa).

Por último as intervenções do EEER até ao último contacto estabelecido com o Sr. J.M., que correspondeu ao dia 18 de novembro de 2021, incidiram em realizar:

- Mobilizações ativas nível da cabeça e pescoço, articulação escapulo-umeral direita, cotovelo direito e antebraço direito;
- Mobilizações ativas do MS esquerdo.

Realizamos também o treino do equilíbrio dinâmico na posição de sentado e ortostática com recurso à bola suíça; instruímos e treinamos a alternância de carga entre o MI direito e esquerdo, bem como movimentos de rotação do tronco para tocar/deslocar objetos de um ponto para o outro.

Focando agora na função respiratória, e com o objetivo de demonstrar as competências adquiridas a este nível, iremos ainda recorrer ao trabalho desenvolvido junto do Sr. J.M. Como já foi referido anteriormente, a avaliação inicial foi no dia 10/11/2021, onde foi possível realizar avaliação da função respiratória recorrendo à

avaliação da saturação periférica de oxigênio (SpO2) e auscultação pulmonar. À auscultação pulmonar verificou-se um murmúrio vesicular mantido em todo o campo pulmonar, mas diminuído no terço inferior bilateralmente, ruídos adventícios respiratórios na base pulmonar direita, mais concretamente roncos, assumindo-se estase de secreções. Encontra-se eupneico em repouso, frequência respiratória de 16 ciclos por minuto, com respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular. Contudo, refere sensação de dispneia *score* 7 na Escala de Borg Modificada¹⁰ aquando realização de esforços. Estavam presentes acessos frequentes de tosse produtiva, com dificuldade em mobilizar secreções amareladas, semi-espessas, que expelia pela cânula de traqueotomia fenestrada número 6. Tem indicação médica para realizar treino respiratório com a cânula tapada e oclusão digital, que tolera por cerca de 3-5 minutos.

Assim, deparamo-nos com uma alteração ao nível do requisito universal do autocuidado referente à *manutenção suficiente de ar* (Orem et al., 2001). Esta alteração conduziu aos diagnósticos: a) limpeza das vias aéreas ineficaz, relacionado com aumento secreções brônquicas, manifestado por tosse ineficaz, ruídos adventícios respiratórios e b) ventilação comprometida, relacionado com limitação do fluxo aéreo, manifestado por incapacidade para tolerar oclusão da cânula de traqueotomia mais de 3-5 minutos;

Inicialmente a sessão de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) decorria no leito, com o Sr. J.M em decúbito dorsal, com os membros inferiores ligeiramente fletidos e com uma almofada a nível da região poplíteia para facilitar a flexão dos joelhos e permitir o relaxamento muscular. Assim, começamos por realizar a dissociação dos tempos respiratórios, de seguida a reeducação das hemicúpulas diafragmáticas e a reeducação costal. No que respeita à dissociação dos tempos respiratórios, foi pedido que o senhor realizasse inspirações contando até 3 e expirações lentas, o que se tornou num enorme desafio para o mesmo devido à presença da cânula de traqueotomia. Esta técnica deverá ser realizada preferencialmente em decúbito dorsal, contudo, também a presença da

¹⁰ Escala de Borg modificada: escala de 10 pontos que avalia em tempo real a intensidade da sensação de dispneia e permite estabelecer limites seguros para treino/atividades (0: “nenhuma falta de ar”; 10 “falta de ar máxima”) (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

cânula impediu que tolerasse essa posição, sendo apenas possível que o Sr. J.M permanecesse alguns minutos em semi-fowler.

No que respeita à reeducação da hemicúpula direita, importa referir que inicialmente apenas foi possível que o senhor permanecesse em decúbito lateral direito poucos minutos, devido à presença de uma sutura operatória a nível do grande peitoral à direita (zona dadora do grande peitoral à direita para reconstrução da faringe e da língua). Utilizamos também este decúbito para executar reeducação funcional costal seletiva à esquerda, sendo que o senhor apenas tolerava a flexão da articulação escapulo-umeral direita até cerca de 30°. Seguidamente esta mesma sequência de exercícios foi efetuada em decúbito lateral esquerdo, com o objetivo de realizar reeducação funcional da hemicúpula diafragmática esquerda e costal seletiva à direita.

No decorrer das sessões de RFR, as várias intervenções foram combinadas com manobras acessórias, tais como a percussão, compressão e vibração. De acordo com (Cordeiro & Menoita, 2012) estas manobras ampliam a eficácia do reflexo da tosse, facilitam a mobilização e a progressão das secreções e auxiliam o fluxo expiratório.

A sessão terminava com a pessoa na posição de sentado para realização de exercícios de reeducação funcional costal global com recurso a um bastão, a realização de tosse dirigida e assistida. Logo na primeira sessão de RFR através da realização de drenagem postural modificada, manobras acessórias e exercícios de tosse, foi possível obter a eliminação de secreções esverdeadas, em moderada quantidade através da cânula de traqueotomia. Com o intuito de reavaliar a eficiência das intervenções, realizamos novamente a auscultação pulmonar onde se constatou a ausência dos roncos audíveis na primeira auscultação.

A intervenção realizada junto do Sr. J.M., permite também demonstrar as competências desenvolvidas a nível da função alimentação. Recordamos que o senhor tinha colocado uma PEG a 20 de outubro de 2021 e na primeira avaliação, no dia 10 de novembro de 2021, o mesmo encontrava-se a realizar alimentação entérica normocalórica através da PEG a 65cc/hora durante o período das 7 às 23 horas, bem como hidratação a 42cc/hora.

O processo de deglutição, diretamente relacionado com a função alimentação, é visto como uma atividade fundamental para a manutenção da vida. Considerando as competências e os conhecimentos técnico-científicos, os enfermeiros orientam a sua prática no sentido da promoção da saúde e prevenção de complicações, reconhecendo-se neste âmbito a importância de intervirem junto da pessoa com compromisso da deglutição. Uma vez que o Sr. J.M foi intervencionado cirurgicamente a nível da língua e conseqüentemente verificou-se uma diminuição da mobilidade e sensibilidade das estruturas remanescentes, conduzindo a alterações a nível da deglutição. Assim, pelo risco de aspiração e comprometimento da viabilidade do retalho, não foi possível realizar uma avaliação da deglutição. Neste sentido, as nossas intervenções incidiram em: ensinar, incentivar e treinar o Sr. J.M sobre o autocuidado alimentação através de PEG: ensinar sobre procedimento; avaliar estase gástrica; tipo de alimentação; quantidades; cuidados no local de inserção de PEG; verificar se o Sr. J.M e a esposa tinham dúvidas sobre a adequação da consistência dos alimentos a serem administrados por PEG. De facto, a nossa intervenção a nível da função alimentar iniciou-se no dia 10 de novembro de 2021 e foi possível que no dia 11 de novembro o senhor J.M realizasse as refeições através da PEG de forma autónoma e até ao dia 18 de novembro para além de realizar o procedimento de forma autónoma, realiza também os cuidados ao local de inserção da PEG.

A função eliminação intestinal e vesical, desenvolvida com a Sr^a D. F., evidenciam as competências desenvolvidas com intervenção do EEER nesta função. A Sr^a D. F. de 55 anos, sofreu uma queda da própria altura em contexto laboral, da qual resultou uma fratura bimaléolar à esquerda. Apesar da importância da intervenção do EEER a nível motor, foram identificadas alterações a nível do requisito universal *provisão de cuidados associados com processos de eliminação*, tendo sido utilizado o sistema educativo e de suporte (Orem et al., 2001). Nesta função, a Sr^a D.F. apresentava Incontinência Urinária (IU) de urgência.

Segundo Rocha & Redol (2017), os cuidados às pessoas com alteração do padrão de eliminação constituem uma prioridade nas intervenções do EEER. Neste sentido, o EEER tem ao seu dispor inúmeras estratégias de intervenção, considerando-se que a sua concretização deve incidir sobre procedimentos menos invasivos e mais seguros, tendo

em consideração a incapacidade da pessoa, a relação custo/eficácia, a complexidade técnica e as complicações preconizando a sua continência (Rocha & Redol, 2017). As técnicas comportamentais enquadram-se nas intervenções independentes da ER e constituem a primeira linha dos tratamentos a pessoas com incontinência urinária (Stevens, 2011; Cunha et al., 2021).

Com o objetivo de reeducar a função eliminação vesical, a intervenção em ER iniciou-se pelo exame físico no caso específico da Sr^a D. F., de modo a caracterizar a perda de urina aos esforços, avaliar a presença de prolapsos genitais, pesquisar sinais de atrofia genital e avaliação do padrão de eliminação vesical. Neste sentido, foi introduzido o dedo indicador e o médio cerca de 3 cm dentro da vagina e solicitou-se à Sr^a D. F. que contraísse e mantivesse a contração dos músculos do pavimento pélvico, com o objetivo de avaliar a força destes músculos segundo a escala de Oxford modificada¹¹. Verificou-se que a senhora apresentava força grau 3 da escala, caracterizada como uma contração moderada, sentida como um aumento da pressão vaginal, comprimindo os dedos e apresentando uma pequena elevação da parede vaginal.

Terminado o exame físico planeamos a construção de um programa de reabilitação do pavimento pélvico e a instituição do mesmo. Os objetivos passaram por aumentar a capacidade máxima das contrações voluntárias dos músculos do pavimento pélvico da Sr^a D. F., trabalhar a resistência, aumentar o tempo de contração e sustentação muscular. A implementação deste programa iniciou-se por certificar que a Sr^a D. F. conseguia identificar e localizar de forma correta os músculos a exercitar. A prescrição e ensino de exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, nomeadamente os exercícios de Kegel. Assim, instruímos a pessoa a realizar três séries diárias constituídas por dez contrações lentas e dez contrações rápidas. De modo a reduzir o impacto e o desconforto da IU nesta pessoa, orientamos ainda para o uso de material absorvente na roupa interior, nomeadamente de pensos absorventes e a sua substituição regular.

¹¹ Escala de Oxford Modificada: permite graduar a força muscular numa escala de seis pontos (0: ausência de contração; 1 esboço de contração; 2: contração fraca; 3: contração moderada; 4: boa contração; 5: contração forte) (Franco, 2012).

Posteriormente ao refletir sobre a situação vivenciada junto da Sr^a D.F. reconhecemos que poderia ter sido benéfico a aplicação de um questionário *King's Health Questionnaire* (KHQ)¹² com o intuito de obter uma maior compreensão sobre o impacto desta IU na sua vida, bem como a sua perceção relativamente ao seu estado de saúde. Admitimos também que para avaliar a gravidade da IU poderia ter sido útil instituir um diário miccional, para que fosse possível precisar o historial de micções e avaliar a eficácia do programa instituído (Cunha et al., 2021). De facto, o diário miccional constitui uma importante ferramenta de diagnóstico. Para além de fornecer informação sobre o número de micções, é possível obter informação sobre o volume, número de perdas e episódios de urgência. Esta informação é útil para planear as intervenções a desenvolver e para aconselhar a pessoa (Burkhard et al., 2020). No entanto, dado o reduzido tempo de contacto com a Sr^a D. F. esta intervenção não foi considerada e implementada.

No que se refere à função sexual, deparámo-nos com a necessidade de desenvolver conhecimentos sobre a intervenção do EEER neste campo na assistência à pessoa com lesão medular. Para isso, iremos recorrer ao caso do Sr. A., de 48 anos, que foi vítima de um acidente rodoviário, do qual resultou fratura exposta do MI à direita já tendo fixador externo, Hemopneumotórax direito, hemoperitoneu peri-hepático, fratura do oitavo arco costal direito e suspeita de lesão medular, ainda não especificada.

Apesar de não ter existido uma questão direta por parte do Sr. A. relativamente à sexualidade e à disfunção erétil por si neste momento vivenciada, o facto de termos cuidado do mesmo criou a oportunidade de refletirmos sobre a importância de atuação do EEER nesta área e abordar o tema junto do mesmo. Constatamos que à primeira impressão, as alterações sexuais eram percecionadas nesta altura como minoritárias, comparativamente com a perda de autonomia. No entanto, o Sr. A. revelou que temia que o comprometimento fisiológico e a disfunção sexual afetassem o curso da relação com a sua esposa. Perante este facto, reconhecemos que abordar este assunto necessitaria que nos apropriássemos de maior conhecimento e detalhe para uma eventual abordagem futura e desenvolvimento do tema. De facto, abordar problemas sexuais exige sensibilidade, conhecimento e confiança. Não basta apenas abordar o

¹² Questionário KHQ: avalia o impacto da incontinência ou de problemas urinários no estado de saúde e qualidade de vida (Kelleher et al., 1997).

próprio ato sexual em si, mas, para além das alterações do funcionamento físico, é necessário incluir na abordagem as alterações da imagem corporal, do amor-próprio, bem como os papéis sociais e familiares (Faleiros et al., 2021).

Quanto à função cognitiva, qualquer programa de enfermagem de reabilitação deverá considerar a avaliação do potencial cognitivo e de aprendizagem da pessoa. Esta avaliação permite uma apreciação global da situação em duas perspetivas: avaliar para reabilitar, decidindo os objetivos e estratégias a adotar, mas também para determinar em que medida as alterações cognitivas interferem no programa de reabilitação, permitindo ajustar e adaptar o mesmo (Varanda & Rodrigues, 2017a). Seguidamente reportaremos a avaliação e intervenção em dois casos que nos pareceram relevantes e ilustrativos com o intuito de demonstrar o desenvolvimento de competências na intervenção na pessoa com alteração da função cognitiva.

Primeiramente abordaremos a intervenção realizada junto do Sr. P., de 62 anos, referenciado para a ECCI para reabilitação motora. Este senhor já tinha sido referenciado para a ECCI anteriormente após internamento no serviço de ortopedia do hospital da área de residência por fratura transtrocantérica basicervical à esquerda e fratura do rádio distal à esquerda. No entanto a 22/11/21 sofreu uma nova queda, da qual resultou uma fratura basicervical do fémur direito, tendo sido submetido a encavilhamento a 23/11/2021. Neste caso, apesar de o foco ser a reabilitação motora pós-fratura basicervical do fémur direito, surgiu também a necessidade de intervenção do EEER na função cognitiva. No contexto de estágio na ECCI, contactamos que, apesar de existirem motivos pelos quais as pessoas são referenciadas para esta tipologia de cuidados, surgem muitas vezes novas necessidades de intervenção. Na situação do Sr. P. verificámos que apesar de motivado no seu processo de recuperação de autonomia, existia um risco de segurança sistemático que comprometia o curso da nossa intervenção e do plano de reabilitação. De facto, apuramos uma lentidão psicomotora e alteração da concentração/retenção da informação, com alterações da memória a médio/longo prazo. Admitimos que nos contactos iniciais estas alterações não foram perceptíveis, uma vez que o senhor é de nacionalidade polaca e não domina fluentemente a língua portuguesa, levando a que muitas vezes se considerasse que os ensinamentos realizados não eram

percebidos. No entanto, com o passar do tempo e das visitas domiciliárias realizadas foi possível perceber que o problema não era a barreira linguística.

De acordo com Hoeman (2011), o estado confusional inibe a capacidade de a pessoa progredir num programa de reabilitação. De facto, muitas vezes o senhor P. não conseguia recordar o que tinha jantado no dia anterior, ou o dia e o mês presente. Geralmente não se recordava dos exercícios para dar continuidade ao plano proposto, necessitando de repetição contínua dos mesmos. Como exemplo recordamos uma visita domiciliária na qual foi realizado o treino de subida e descida de escadas, o senhor P. não se recordava sistematicamente de qual o primeiro MI a mobilizar para subir e/ou descer. Neste sentido, uma das estratégias que recorremos, foi ao facto deste senhor ser músico de profissão e utilizámos a escala musical para denominar o MI direito de “dó” e o MI esquerdo de “ré”. Outras medidas adotadas passaram por criar um ambiente adequado, uma vez que se verificava que o Sr. P. não mantinha a concentração mesmo com estímulos pequenos, como por exemplo escutar a sua esposa a atender uma chamada e frequentemente demonstrava reações emocionais intempestivas e irritabilidade quando tentava recordar algo. No que se refere à reabilitação cognitiva, a regulação do ambiente envolvente é um fator preponderante, existindo muitas vezes a necessidade de proteção de estímulos sensoriais, como o ruído e o favorecimento de estímulos agradáveis relacionados com o conforto físico, psíquico, ambiental e social (Varanda & Rodrigues, 2017b). Para além da repetição contínua dos exercícios de reabilitação a nível motor, antes de realizar um exercício, o mesmo era ensinado de forma simples, concisa, pausadamente, enfatizando as palavras importantes de modo a garantir que o mesmo compreendia o que estava a ser transmitido e de seguida o exercício era demonstrado as vezes necessárias. Outras estratégias que foram incluídas no plano passaram por orientar o Sr. P. para a realidade, tempo e espaço, recorrendo a informação verbal atualizada, como o relógio e o jornal. A situação do senhor P. foi também discutida em equipa interdisciplinar, na qual se levantou a hipótese destas alterações de memória, estado confusional e lentificação psicomotora decorrerem do provável contexto de doença hepática crónica, anteriormente seguido em consulta de neurologia, pelo que foi novamente referenciado para nova avaliação.

Também outra situação vivenciada em campo de estágio comunitário e que tivemos a oportunidade de intervir na função cognitiva refere-se ao caso do menino D., uma criança de 11 anos que foi integrada em ECCI por necessidade de cuidados paliativos pediátricos e reabilitação, sob ventilação mecânica invasiva permanente. Destacamos como antecedentes pessoais, o *status* pós-rombencefalite aos 17 meses, hidrocefalia progressiva, tetraparesia espástica bilateral e luxação da anca direita.

A ER em pediatria constitui um componente bastante específico, no qual EEER se assume como um agente facilitador no apoio à criança e à sua família não só na reaprendizagem de habilidades perdidas, mas também de novas habilidades e estratégias que visam potenciar as capacidades da criança (França et al., 2021). Podemos constatar que o desafio se torna ainda maior quando uma criança apresenta compromisso do sistema nervoso, como no caso do D. e cabe ao enfermeiro conceber cuidados e desenvolver terapêuticas de suporte facilitadoras da adaptação (Sousa et al., 2021).

No cuidado a esta criança, em todas as visitas domiciliárias realizadas, antes de entrar no quarto do D., colocávamos no telemóvel a mesma *playlist* de músicas infantis. E era possível notar que mal entrávamos no seu quarto o mesmo começava a sorrir e a dirigir o olhar para o estímulo que estava a ser desencadeado. Muitas vezes recorriamos aos brinquedos e a histórias durante a sessão de reabilitação e, de facto, o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação à criança com compromisso do sistema nervoso deve incluir a utilização de brinquedos e a criatividade, uma vez que estimula a perceção, aumenta a concentração e desenvolve principalmente as habilidades manuais, intelectuais, emocionais, de comunicação e habilidades motoras finas e grossas (Sousa et al., 2021).

1.1.2 Competência J2: capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Considerando o Regulamento n.º 392/2019 (p. 13567), a competência J2 é constituída por duas unidades de competência, nomeadamente:

“J2.1 - Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”;

“J2.2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”.

Com o intuito de desenvolver as competências deste domínio delineamos como objetivo:

- Conceber e implementar programas de treino de atividades de autocuidado com vista à maximização da autonomia e da qualidade

Durante o estágio em contexto comunitário, foi desenvolvido um plano de ER com o Sr. M.R. que resultou também num estudo caso (Apêndice IV). Este senhor em questão foi diagnosticado em 2019 com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e foi referenciado para a ECCI por necessidade de cuidados de enfermagem gerais (vigilância do estado saúde, cuidados à PEG) e cuidados de ER, nomeadamente RFR e RFM, por diminuição da força muscular e da amplitude articular a nível dos MS's e MI's. De acordo com a informação do processo clínico, apresenta como antecedentes pessoais: rinite alérgica, apendicectomia, cirurgia abdominal não especificada e hipertensão arterial.

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é a doença do neurónio motor mais comum com início na idade adulta. Esta doença envolve os neurónios motores superiores e inferiores com degeneração progressiva dos mesmos (Saavedra et al., 2020). Não existe cura, pelo que o tratamento sintomático e de reabilitação assumem uma importância vital (Paganoni et al., 2015). O programa de reabilitação orientado para o tratamento das pessoas com ELA tem como objetivo manter a independência funcional, através de técnicas respiratórias adequadas, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de alongamento e mobilidade articular, tratamento da dor, abordagem das alterações da deglutição e comunicação, prescrição de produtos de apoio apropriados a cada fase da doença e tratamento sintomático, melhorando assim a qualidade de vida das pessoas e dos seus cuidadores (Saavedra et al., 2020).

No dia 30/12/2021, dia em que foi estabelecido o primeiro contacto o Sr. M.R., através de uma visita domiciliária, o mesmo encontrava-se em decúbito dorsal no leito, com a cabeceira elevada, através do uso de duas almofadas. Realizamos a avaliação neurológica, onde se verifica que o senhor se encontrava consciente, orientado no tempo,

espaço e pessoa. Apresenta *Score* 12 na Escala de Glasgow (4+2+6) pela disartria, uma vez que se expressa verbalmente com muita dificuldade, emitindo apenas vocalizações semelhantes às palavras que tenta verbalizar. Não se apuraram alterações da atenção ou na memória, uma vez que se recorda dos vários exercícios de RFR e RFM que se realizaram nas visitas domiciliárias anteriores e consegue referir eventos passados da sua vida com precisão. Apresenta humor tendencialmente eutímico, esboçando vários sorrisos à abordagem.

Seguidamente, avaliamos a força muscular segundo a MRC em todos os movimentos por segmento corporal. Destacamos o score 2/5 (movimenta a articulação, não vence a gravidade) nos segmentos corporais à direita punho e dedos; score 2/5 coxofemoral bilateralmente; score 2/5 joelho bilateralmente; score 1/5 (contração visível ou palpável, mas sem movimento) a nível da tibio-társica direita e score 2/5 a nível da tibiotársica-esquerda (Tabela 2). Desta avaliação destacamos ainda a capacidade de marcha gravemente limitada, classificada como 0/5 (não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo) nas Categorias Funcionais da Marcha de Holden.

Tabela 2: Avaliação da força muscular por segmentos do Sr. M.R, com recurso à escala de avaliação da força muscular MRC

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação da Força Muscular 30//12/2021	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
	Flexão lateral esquerda	5/5	
	Flexão lateral direita	5/5	
	Rotação	5/5	
Membros Superiores	Movimento	Direito 30/12/2021	Esquerdo 30/12/2021
Escapulo-Umeral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Rotação interna	4/5	4/5
	Rotação externa	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5

	Supinação	4/5	4/5
Punho	Flexão palmar	2/5	3/5
	Dorsi-flexão	2/5	3/5
	Desvio cubital	2/5	3/5
	Circundação	2/5	3/5
Dedos da mão	Flexão	2/5	3/5
	Extensão	2/5	3/5
	Abdução	2/5	3/5
	Adução	2/5	3/5
	Oponência	2/5	3/5
Membros Inferiores	Movimento	Direito 30/12/2021	Esquerdo 30/12/2021
Coxofemoral	Flexão	2/5	2/5
	Extensão	2/5	2/5
	Adução	2/5	2/5
	Abdução	2/5	2/5
	Rotação Interna	2/5	2/5
	Rotação Externa	2/5	2/5
Joelho	Flexão	2/5	2/5
	Extensão	2/5	2/5
Tibiotársica	Dorsiflexão	1/5	2/5
	Inversão	1/5	2/5
	Eversão	1/5	2/5
Dedos do Pé	Flexão	1/5	1/5
	Extensão	1/5	1/5
	Adução	0/5	0/5
	Abdução	0/5	0/5

Avaliámos também o tónus muscular por segmentos corporais, recorrendo à escala de Ashworth modificada¹³. Não se verificam sinais de hipertonia ou hipotonia à realização de mobilização passiva, com exceção da mão direita onde se observa ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento articular, quando movida em flexão ou extensão apresentando grau 1.

Relativamente ao equilíbrio, o Sr. M.R realiza alternância de decúbito ventral para a posição de sentado no leito e posteriormente transferência para a posição de sentado na cadeira de rodas, com apoio de outra pessoa. Apresenta equilíbrio estático sentado,

¹³ Escala de Ashworth Modificada: Avaliação do tónus/espasticidade através da mobilização passiva dos membros e avalia-se a resistência. O tónus muscular pode ser classificado em grau 0 (sem aumento do tónus), 1 (discreto aumento do tónus, com resistência mínima no final da amplitude de movimento), 1+ (aumento do tónus muscular em menos de metade da amplitude do movimento), 2 (aumento do tónus em mais de metade da amplitude do movimento), 3 (acentuado aumento do tónus, movimentos passivos dificultados, mas é possível completar a amplitude articular), 4 (o segmento afetado é rígido, em flexão ou extensão) (Bohannon & Smith, 1987).

mas não apresenta equilíbrio dinâmico na posição de sentado, bem como equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Para avaliar a coordenação motora recorreu-se à prova índice-nariz, bem como à prova calcanhar Joelho. Este parâmetro encontra-se alterado pela diminuição da força muscular dos membros superiores e inferiores bilateralmente. No que diz respeito à sensibilidade tátil, dolorosa e térmica, testada respetivamente através de algodão, ponta da caneta, tubo com água quente e outro com gelo, verificámos que se encontrava mantida. De igual modo, não foram detetadas alterações a nível da sensibilidade proprioceptiva postural, uma vez que identificou bilateralmente, com os olhos fechados, a posição das mãos e dos pés bilateralmente. Relativamente à sensibilidade proprioceptiva discriminatória conseguiu, com os olhos fechados, identificar objetos como caneta e borracha.

Para avaliar o impacto das alterações ao nível do autocuidado, recorremos à escala de Barthel, onde se obteve a pontuação de 25/100, o que corresponde a uma dependência grave no autocuidado. Nas atividades de autocuidado avaliadas através desta escala, apenas se verificava independência na eliminação vesical e intestinal.

O curso natural da ELA caracteriza-se por uma degradação progressiva das funções motoras que conduzem à perda total de autonomia, sendo na maioria dos casos, associada a uma preservação total das capacidades intelectuais. A sua evolução dá-se sem que ocorram períodos de remissão ou melhoria dos sintomas e o seu ritmo é impossível de prever. Neste sentido, a nossa intervenção focou-se no alívio da sintomatologia, na preservação da melhor funcionalidade possível e na manutenção da qualidade de vida (Azeiteiro, 2012). Perante a avaliação realizada, definimos como objetivos da nossa intervenção: manter a integridade das estruturas articulares, a amplitude dos movimentos e a força muscular dos MS e MI, manter a ventilação pulmonar e otimizar as trocas gasosas; e promover uma comunicação eficaz e adequada ao Sr. M.R;

Quando chegávamos ao domicílio do senhor, habitualmente encontrava-se no leito. Assim, o programa de reabilitação iniciávamos pela RFR, sob um sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação. As intervenções autónomas de ER consistiam na consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos, exercícios de reeducação costal e ensino da tosse.

Relativamente às intervenções no âmbito da RFM utilizámos como sistema de intervenção em enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o de apoio-educação. Assim, de acordo com a tolerância do Sr. M.R., realizámos diferentes tipos de mobilizações articulares do distal para o proximal. Uma vez que o senhor ainda se encontrava no leito, aproveitávamos este facto para realizar:

- Mobilizações ativas e ativas assistidas a nível da cabeça e do pescoço (flexão/extensão, flexão lateral esquerda e direita, rotação lateral);
- Mobilizações passivas, ativas e ativas-assistidas da articulação escapulo-umeral (elevação e depressão, flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Mobilizações ativas e ativas-resistidas do MS bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oponência do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Mobilizações ativas, ativas-resistidas a nível dos MI bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução e abdução); articulação tibiotársica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão); articulação do joelho (flexão e extensão); articulação coxofemoral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);

Posteriormente realizávamos o treino do levante da cama para a cadeira de rodas e aqui terminava a nossa visita domiciliária.

No dia 01/02/2022 quando realizámos a visita domiciliária, o senhor M.R já se encontrava sentado na cadeira de rodas. Assim, realizámos o mesmo treino de mobilizações anteriormente descrito e também instruímos e incentivámos à realização de exercícios de fortalecimento muscular com recurso a uma bola. Seguindo com o exemplo dos exercícios realizados com a bola no membro inferior, os mesmos consistiam em que o Sr. M.R conseguisse parar a bola lançada na sua direção e lançar a bola novamente (Figura 1). Estes exercícios tinham por objetivo manter a força dos músculos envolvidos, treinar a propriocepção e a estimulação sensorial. Instruímos também o Sr. M.R para realizar o ciclo respiratório com o controlo da respiração, ou seja, inspirar

quando recebia a bola (movimento que implica menor esforço) e expirar quando lançava a bola (movimento que implica maior esforço). O número de séries e repetições foi também ajustado de acordo com a tolerância e a capacidade do Sr. M.R para realizar o esforço (Coelho et al., 2017).

A partir deste momento, foi negociado com a família que sempre que possível iniciaríamos o programa de reabilitação com o Sr. M.R sentado na sua cadeira de rodas, de modo que também fosse possível diversificar e incluir novos exercícios. Perante esta alteração, notou-se um reforço da motivação e do empenho do Sr. M.R. No entanto, com o propósito de evitar frustrações, com exercícios que eram mais difíceis, foi necessário realizar adaptações, por exemplo, em vez de usar molas para o treino de motricidade fina, passámos a usar o pop-it® (figura 2).



Figura 1: Exercícios do membro inferior com a bola



Figura 2: Exercícios com o Pop-It®

Gostaríamos ainda de referenciar uma situação vivenciada numa das visitas domiciliárias realizadas ao Sr. M.R. Alguns dias antes das eleições legislativas de 2022, o Sr. M.R. expressou a sua forte vontade em exercer o seu direito de voto. Contudo existiam algumas questões que necessitavam de ter uma resolução prévia. Em primeiro lugar, o transporte seria assegurado pela esposa através de veículo próprio. Em segundo lugar, seria importante garantir um local de estacionamento próximo da entrada da escola onde estaria sediada a mesa eleitoral, com o espaço suficiente para a entrada/saída da cadeira de rodas e que permitisse transferências seguras. Neste sentido, articulou-se com a junta de freguesia e com a assistente social no sentido de mobilizar os recursos necessários e minimizar as barreiras arquitetónicas para que fosse possibilitado ao Sr. M. exercer o seu direito de voto. Para que fosse possível, a junta de freguesia informou que no local

estariam bombeiros voluntários disponíveis para apoiar o casal neste dia, contudo, não seria possível garantir um lugar de estacionamento.

Esta situação em concreto permitiu-me refletir sobre a problemática da incapacidade, limitação da atividade e a restrição da participação na sociedade atual. De modo mais específico, permitiu-nos consciencializar sobre a responsabilidade do EEER em promover a acessibilidade e participação social da pessoa, bem como sensibilizar a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas (Pereira et al., 2021).

A acessibilidade é uma condição fundamental para o pleno exercício dos direitos e deveres consagrados na Constituição da República Portuguesa. De acordo com o artigo 9º da convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, os Estados Partes responsabilizam-se por tomar as medidas apropriadas que assegurem às pessoas com deficiência as condições de igualdade aos demais cidadãos (Resolução da Assembleia da República n.º56/2009, 2009). Isto é, que sejam garantidos os meios que lhes permitam participar em todos os aspetos de vida, aos níveis pessoal, familiar, profissional, comunitário e cultural, mediante a identificação e eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade (Pereira et al., 2021).

No Regulamento n.º 392/2019 é espelhada a responsabilidade e as ações dos EEER na promoção da acessibilidade e inclusão social. Primeiramente, esta responsabilidade começa pelo conhecimento da legislação em vigor e que deverá ser transportada para pareceres técnico-científicos sobre estruturas, equipamentos, identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas muitas vezes invisíveis às pessoas que não possuem deficiência/mobilidade condicionada e a sensibilização da comunidade para a adoção de práticas inclusivas.

Ainda com vista ao desenvolvimento desta competência, e de modo mais concreto, a promover a participação social da pessoa com OR, ao longo do percurso de aprendizagem foi elaborado um quadro de letras (Apêndice VII), e que surgiu de uma reflexão sobre as formas de otimizar e facilitar a comunicação com a pessoa com OR. A incapacidade da pessoa com OR em comunicar de forma verbal pode resultar numa sensação de perda do *self*, de relações interpessoais e frequentemente a pessoa experiencia frustração. De facto, durante o processo de reabilitação da pessoa com OR, é importante que seja realizada uma avaliação objetiva e eficiente da comunicação. Esta

avaliação deve contemplar: a) estado de alerta, b) aspetos cognitivos, c) linguagem compreensiva e expressiva, d) qual meio de comunicação é o mais efetivo, e) integridade sensorial e motora dos órgãos fonatórios, f) quantidade e características de secreções orotraqueais e g) frequência respiratória, cardíaca e saturação do oxigênio em diferentes situações – cânula aberta e durante a oclusão digital (Barros et al., 2009). No pós-operatório as pessoas recorrem a formas alternativas para comunicar, como os gestos, a escrita, o aceno da cabeça e a mímica labial. Existem também dispositivos eletrónicos portáteis (telemóveis, tablets, computadores portáteis) que permitem aceder a software para a comunicação (ex: google tradutor, Vox4all, PTMagic contact) e que podem otimizar a comunicação da pessoa com uma OR. O uso destes métodos permite facilitar a sua adaptação, exaltar a sua sensação de independência e promover a melhoria dos cuidados (Frade et al., 2017).

Assim, o quadro de letras elaborado, contem em rodapé informação sobre os softwares para a comunicação e no seu verso encontra-se em branco para a escrita livre. Importa referir que o quadro foi plastificado, de modo que a pessoa possa escrever no seu verso com um marcador e facilmente apagar o que escreveu para voltar a reutilizar o quadro. Para além das letras em formato “QWERTY”, o quadro contém também um pequeno um pictograma.

1.1.3 Competência J3: maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (p.13568), a competência J3 é constituída por duas unidades de competência, nomeadamente:

“J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório”;

“J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados”.

Para desenvolver as competências deste domínio delineámos os seguintes objetivos:

- Implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado

- Avaliar programas de treino na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;

Com o intuito de desenvolver esta competência, fazemos referência ao plano de intervenção em reabilitação desenvolvido em parceria com Sr. J.C, 67 anos, vítima de queimadura por fogo a 03/10/2021, apresentando queimaduras a nível tórax anterior e membros superiores de 2º grau. Segundo diário clínico, o senhor apresentava queimaduras a nível da via aérea, pelo que foi submetido a entubação orotraqueal, tendo sido extubado ao 23º dia. Foi transferido para o hospital de residência e durante o internamento onde foi submetido a desbridamento cirúrgico das áreas com lesões por queimadura. Foi estabelecido o primeiro contacto com o senhor a 10/11/2021. Neste momento o Sr. J.C apresenta Úlcera por Pressão (UP) grau III a nível da região sagrada, em consequência de decúbito dorsal prolongado. Relembramos também que este senhor se encontra entubado com sonda nasogástrica (SNG). Realizou ainda a 05/11/2021 uma avaliação endoscópica da deglutição, destacando-se os sinais de refluxo faringo-laríngeo, sensibilidade e reflexos diminuídos, pelo que manteve alimentação exclusiva por SNG.

Esta pessoa vítima de queimadura era previamente independente nas suas atividades de vida diária antes do acidente. Assim, como referem os autores Simões e Simões (2017), a reabilitação tem como missão melhorar a função motora e sensitiva, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, desta forma, manter e/ou recuperar a sua autoestima. Com base neste pressuposto, o plano de intervenção construído em parceria com o Sr. J.C. visou o estabelecimento de objetivos tendo em conta as suas ambições: a) poder levantar-se; b) conseguir tomar duche, c) alimentar-se por mão própria e d) pegar na neta de 3 anos ao colo aquando regresso a casa. Transpondo estes objetivos para o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, inicialmente foram estabelecidas as seguintes atividades: a) tolerância à atividade; b) capacidade para mobilizar-se, c) movimento corporal melhorado, d) capacidade para usar produtos de apoio para o autocuidado: ir ao sanitário e e) capacidade para usar produtos de apoio para o autocuidado: alimentar-se.

A maioria das pessoas vítimas de queimaduras são sujeitas a longos períodos de imobilidade e às suas complicações que se repercutem a nível de vários sistemas do organismo. Assim o EEER tem como função prevenir e minimizar os efeitos da imobilidade em todos os sistemas, tais como o músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e tegumentar (Simões & Simões, 2017). Deste modo, com o objetivo de alcançar os objetivos traçados, foi delineado um plano de intervenção composto por exercícios de reeducação funcional sensoriomotora, cardiorrespiratória e a nível da função alimentação. Ainda no âmbito do programa de reabilitação à pessoa com queimadura destacam-se três fases: fase aguda, fase intermédia e a fase crónica. Neste caso específico vamos focar-nos na fase intermédia, ou fase pós-enxerto, uma vez que é nesta etapa que o Sr. J.C se encontra. Durante esta fase, é dado maior destaque à melhoria da força, resistência, independência nas atividades de autocuidado e mobilidade (Lopes, 2021).

De acordo com Pestana (2017a), considerando os conhecimentos e competências especializadas do EEER, a sua proximidade junto da pessoa e o seu posicionamento na equipa de saúde, é considerando como um pilar estruturante para planear, conceber, implementar e gerir programas de reabilitação sensíveis à prevenção e ao processo de recuperação funcional da pessoa. Neste contexto, iniciámos a nossa intervenção com a avaliação física e da funcionalidade. Para isso recorreremos a diversas escalas e instrumentos de medida que considerámos pertinentes nesta situação, com o objetivo de identificar as reais necessidades e problemas do Sr. J.C, assim como o impacto no Autocuidado, de acordo com os requisitos da teoria de Orem.

Iniciando pelo requisito universal *manutenção de uma quantidade suficiente de ar* (Orem et al., 2001), o mesmo encontrava-se alterado, uma vez que à auscultação pulmonar, era perceptível que os murmúrios vesiculares se encontravam ligeiramente diminuídos em todos os campos pulmonares, com presença de roncos dispersos, mais audíveis no campo pulmonar superior e médio à direita durante a fase expiratória.

De acordo com Simões & Simões (2017), o sistema respiratório, numa pessoa vítima de queimadura a função mucociliar altera-se dificultando a mobilização e eliminação de secreções. Também a força muscular diafragmática, intercostal e abdominal encontra-se diminuída. Esta associação aumenta a probabilidade de surgirem complicações respiratórias, entre as quais as infeções pulmonares e atelectasias (Simões

& Simões, 2017). Assim, as nossas ações focaram-se na reeducação funcional respiratória, com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, promover a expansão pulmonar e prevenir aderências pleurais (Cordeiro & Menoita, 2012).

O programa de RFR tinha início com exercícios de consciencialização da respiração e controlo da respiração, permitindo ao Sr. J.C melhorar a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios, melhorar a capacidade para controlar a sua respiração, contribuir para o relaxamento da parte superior do tórax e região escapulo-umeral, e consequentemente promover o relaxamento físico e psíquico, essenciais para uma ventilação eficaz. Seguidamente eram realizados exercícios de reeducação diafragmática e para isso recorremos à estimulação táctil e visual. Por outras palavras, a nossa mão era colocada sobre o abdómen do Sr. J.C, instruindo-o a inspirar elevado a nossa mão. Recorremos ainda a exercícios de reeducação costal global, com o objetivo de promover a expansão torácica, melhorar a distribuição e a ventilação alveolar (Cordeiro & Menoita, 2012). Para isso o Sr. J.C. era posicionado em decúbito dorsal, com os MS em extensão e as mãos afastadas à largura dos ombros, segurando o bastão. Esta técnica é executada em sincronia com os movimentos respiratórios: quando inspira sobe o bastão e quando expira desce o bastão (Cordeiro & Menoita, 2012).

Com o intuito de melhorar o mecanismo de limpeza das vias aéreas, realizou-se o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR). O CATR combina diversas técnicas, nomeadamente o controlo da respiração, a respiração diafragmática, exercícios de expansão torácica e a técnica de expiração forçada. Este método ajuda na mobilização e na limpeza das secreções mais periféricas (Cordeiro & Menoita, 2012). Também a drenagem postural modificada se tornou benéfica com o objetivo de drenar os segmentos apicais e anteriores dos lobos superiores, médio e língula. Foi também introduzido um espirómetro de incentivo com os objetivos de fortalecer a musculatura respiratória, manter a permeabilidade das vias aéreas e promover a reexpansão pulmonar (Cordeiro & Menoita, 2012). Para isso, o Sr. J.C era incentivado a ficar sentado e o espirómetro de incentivo era colocado numa mesa à altura dos olhos, permitindo assim que o conseguisse visualizar. Antes de iniciar o exercício, foi necessário ensinar a realizar o mesmo. Inicialmente a pessoa deve expirar o máximo de ar possível, de seguida

encerrar os lábios à volta do bucal para evitar fugas, inspirando o máximo de ar possível (Cordeiro & Menoita, 2012).

Relativamente ao requisito universal *manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso* (Orem et al., 2001), identificamos no caso do Sr. J.C uma diminuição da força muscular segundo a escala MRC. De facto, observava-se força de grau 4 (movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado) a nível da cabeça e pescoço em todos os movimentos; grau 3 (movimentos contra a gravidade, não vence a resistência) bilateralmente em todos os movimentos dos segmentos corporais escapulo-umeral, cotovelos, antebraços, coxofemoral, joelhos, tibiotársica; e também grau 2 (movimenta a articulação, não vence a gravidade) bilateralmente em todos os movimentos dos segmentos corporais: punho, dedos mãos e pés.

A literatura refere que no sistema músculo-esquelético, o fortalecimento muscular deve ser iniciado o mais precocemente possível e o programa deverá ser global e não restrito para as zonas afetadas pelas queimaduras (Lopes, 2021). Neste sentido, e de acordo com a tolerância do Sr. J.C, instruímos, treinámos e incentivámos os exercícios de treino cardiorrespiratório, de força muscular com ou sem carga. Incluímos no programa de ER técnicas de descanso e relaxamento, nomeadamente consciencialização dos tempos respiratórios, controlo da respiração e exercícios de respiração diafragmática.

Inicialmente os exercícios eram realizados no leito e para além disso, intervimos a nível do controlo postural e posicionamento adequado, de modo a prevenir contraturas e a postura corporal incorreta, permitindo também o alívio da dor. Importa ainda referir que o Sr. J.C no começo do programa de ER tolerava uma série de 5 repetições dos exercícios, aumentando-se gradualmente, conforme a sua tolerância ao esforço, conseguindo-se atingir duas séries de 10 repetições. Gradualmente a UP que o senhor apresentava a nível da região sagrada foi apresentado evidente cicatrização dos tecidos. Inicialmente apresentava uma UP grau III, com presença de 70 % de tecido de granulação e 30% de fibrina, de dimensões de 7 cm x 4cm, profundidade 0,6 cm, bordos difusos e irregulares e no dia da alta hospitalar a UP apresentava maioritariamente tecido de epitelização, de dimensões 3 cm x 2cm, profundidade 0, 2 cm. Concomitantemente observou-se uma melhoria da força muscular para um *score* 3/5 na escala MRC a nível dos punhos e dedos.

Salientamos também que em repouso o Sr. J.C nega sensação de cansaço, mas aquando da realização de pequenos esforços, avalia o seu cansaço com um score de 5 na Escala de Borg Modificada, que corresponde a um cansaço leve-moderado.

Outro requisito universal que se encontrava alterado foi a *prevenção de perigos à vida, bem-estar e funcionamento da pessoa* (Orem et al., 2001), por apresentar alterações do equilíbrio corporal. Recorrendo à Escala de Equilíbrio de Berg obteve-se, na avaliação realizada, um score de 0, que corresponde a um elevado risco de queda e a um equilíbrio diminuído. No que respeita à capacidade de marcha, de acordo com as Categorias Funcionais de Marcha, classifica-se como incapacidade para a marcha, inserida na categoria 0.

No nosso programa de ER focamo-nos em implementar também intervenções para reabilitar a pessoa com andar comprometido, como no caso do Sr. J.C. Acreditamos que ao melhorar o equilíbrio e a capacidade de andar, promovemos a independência também para outras atividades de autocuidado (Baixinho, 2008). Assim, antes de realizar o levante e o treino de marcha, e como a literatura indica, procedemos à habituação dos membros inferiores à posição de declive (Lopes, 2021). Após uma semana da intervenção, foi discutido com a restante equipa de enfermagem e médica o início do levante do Sr. J.C e a transferência para cadeirão. Assim, para garantir a postura adequada e preparar para realizar a posição de sentado e a posição ereta, foi necessário realizar atividades como o rolar, levantar na cama e a ponte (Coelho et al., 2017). Quando o Sr. J.C conseguia tolerar a posição de sentado na cama, com os pés firmemente apoiados no chão, incluimos exercícios de treino de equilíbrio sentado. Estes consistiam em pedir ao senhor para levantar os braços para a esquerda e para a direita, para a frente e para cima. A partir do momento em que executava as manobras sem perder o equilíbrio, estavam então reunidas as condições para iniciar o treino de marcha. De facto, a literatura refere que antes de realizar o treino de marcha, é importante que a pessoa consiga manter a posição ortostática e o correto alinhamento postural, mantendo assim o equilíbrio (Vigia et al., 2017). Ainda outra estratégia implementada passou por incluir exercícios de equilíbrio e propriocepção na posição de sentado na cama, provocando ligeiros desequilíbrios, balançando ligeiramente o senhor a nível da dorsal. Neste momento foram incluídos exercícios com recurso à bola suíça, com os braços apoiados na bola e o profissional de

saúde posicionado atrás do senhor, treinámos o equilíbrio, mobilizámos a coluna e a cintura escapular (Coelho et al., 2017).

Instruímos e treinámos também para a técnica de transferência da cama para o cadeirão. Para isso colocámo-nos à frente do Sr. J.C, trancando os joelhos do senhor com os nossos joelhos, apoiando num dos lados o cotovelo e o antebraço, segurando com a outra mão o senhor pela cintura. Gradualmente o senhor era incentivado a realizar uma inclinação anterior do tronco e sentado no cadeirão colocado num ângulo de 30° (Vigia et al., 2017).

Progressivamente incluímos exercícios de treino de equilíbrio de pé, com o apoio fixo de uma cadeira. Estes exercícios incluíram em realizar a flexão plantar, flexão do joelho, flexão, extensão, abdução da coxofemoral, levantar e sentar sem apoio de mãos. Quando demonstrava segurança em realizar estes mesmos exercícios, introduzimos o andarilho, com o principal objetivo de aumentar a base de sustentação e garantir uma maior estabilidade (Coelho et al., 2017).

A atividade de autocuidado de higiene inicialmente era realizada no leito, sob um sistema totalmente compensatório. Durante os cuidados de higiene incentivámos a autonomia no autocuidado, estimulando o Sr. J.C a utilizar o máximo de funcionalidade possível. Para isso, posicionámos o senhor em *fowler* e providenciámos um espelho. Recordamos que as queimaduras existentes ao nível dos membros superiores e a dor limitavam a amplitude dos movimentos. Neste sentido, nos primeiros dias, para além de medidas farmacológicas, foi necessário também substituir o Sr. J.C naquilo que não era capaz de realizar de forma autónoma. Com a progressiva cicatrização das lesões a nível dos MS e tórax, bem como a aplicação do programa de ER, foi possível que se verificasse uma melhoria significativa da força muscular e da amplitude dos movimentos articulares. Ao fim de uma semana da nossa intervenção, quando o Sr. J.C realizou o primeiro levante, foi possível que realizasse a sua higiene na casa de banho, em cadeira de higiene, sob um sistema parcialmente compensatório.

Considerámos também alterado o requisito *manutenção da quantidade suficiente de água e alimentos* (Orem et al., 2001). Avaliámos a capacidade de deglutição do Sr. J.C

com recurso ao teste indireto da Escala de Guss¹⁴, onde obtivemos a pontuação de 3 (Tabela 3). Assim, no nosso programa de ER foram incluídos exercícios neuromusculares dos lábios (protrair/retrair, sorrir, abrir a boca e segurar uma espátula entre os lábios, mandar beijinhos), língua (protrair/retrair, pressionar as bochechas com a língua, empurrar a língua contra uma espátula), mandíbula (abrir a boca e movimentos circulares) e laringe (sugar uma palhinha com a ponta dobrada, colocar a ponta da língua entre os dentes incisivos inferiores e elevar o dorso da língua anteriormente). Foram também incluídas as manobras da deglutição, nomeadamente:

- Manobra supraglótica: instruímos o Sr. J.C a inspirar, sustar a respiração, deglutir e tossir imediatamente após a deglutição. A tosse após a deglutição facilita a remoção de resíduos de alimentos que se encontrem nos seios piriformes. Esta manobra protege a via aérea, promovendo o encerramento das pregas vocais antes e durante a deglutição (Moreira et al., 2021);
- Deglutição forçada: instruímos o senhor a contrair os músculos enquanto deglute com força para aumentar a pressão criada durante a deglutição. Esta manobra aumenta a propulsão oral, intensificando a deglutição funcional, protege a via aérea e diminui a debilidade da base da língua (Moreira et al., 2021);
- Manobra de *Masako*: instruímos o Sr. J.C a puxar a base da língua para a frente, prender a língua entre os dentes e a deglutir. Esta manobra melhora a força dos músculos glossofaríngeos e aumenta a sua contração, exercitando a mobilidade da faringe (Moreira et al., 2021).

De facto, foi possível remover a SNG do senhor ao fim de uma semana de intervenção, altura em que apresentava uma pontuação de 5 na avaliação indireta da escala de *Guss*. Assim, na avaliação direta da escala de *Guss*, obtivemos uma pontuação de 5 no teste com semissólidos e uma pontuação de 2 no teste com líquidos. Neste

¹⁴ Escala de *Guss*: Avalia a deglutição e permite o despiste de disfagia, fornecendo indicações sobre a dieta recomendada. Inicialmente realiza-se uma avaliação indireta da deglutição através dos seguintes aspetos: estado de consciência, tosse e deglutição de saliva. Cada um destes aspetos é cotado. Se pontuação 1-4 não se avança para a avaliação direta, se pontuação de 5 prossegue-se com a avaliação direta. A avaliação direta em primeiro lugar é realizada com semissólidos 5 vezes. Se não existirem sinais de disfagia, realiza-se 5 vezes a avaliação com líquidos e posteriormente a avaliação com sólidos (pão seco) (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

sentido, a indicação passa por iniciar a alimentação por via oral e ingerir líquidos com espessante (Moreira et al., 2021). Neste momento, o Sr. J.C apresentava dificuldade em realizar pinças com os dedos da mão e de segurar firmemente uma colher. Por isso, foi essencial recorrer a produtos de apoio como o cabo grosso para talheres, possibilitando ao senhor alimentar-se pela própria mão.

Tabela 3: Avaliação do teste indireto da deglutição do Sr. J.C

Teste indireto da deglutição									
		10/11/22				17/11/22			
		Sim		Não		Sim	Não		
Vígil		x	1		0	x	1		0
Tosse e/ou pigarreio		x	1		0	x	1		0
Deglutição de saliva	Deglutição com sucesso		1	x	0	x	1		0
	Sialorreia		0	x	1		0	x	1
	Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	x	0		1		0	x	1
Pontuação		3				5			

Tabela 4: Avaliação do teste direto da deglutição do Sr. J.C

Teste direto da deglutição							
		1 →		2 →		3	
		Semissólido		Líquido		Sólido	
Deglutição	Deglutição impossível		0		0		0
	Deglutição demorada		1		1		1
	Deglutição com sucesso	x	2	x	2		2
Tosse	Sim		0	x	0		0
	Não	x	1		1		1
Sialorreia	Sim		0		0		0
	Não	x	1		1		1
Alteração da voz	Sim		0	x	0		0
	Não	x	1		1		1
Pontuação		5		2			

Quanto ao requisito universal *provisão de cuidados associados com os processos de eliminação* (Orem et al., 2001), recordamos que no primeiro contacto com o Sr. J.C encontrava-se algaliado, uma vez que não tinha capacidade para se levantar e ir à casa

de banho, não tinha força muscular a nível dos dedos da mão e não conseguia realizar pinças para utilizar o urinol. Relembramos também a presença da UP grau III na região sagrada. Após uma semana da nossa intervenção, foi possível que o Sr. J.C fosse retirada a sonda de drenagem vesical, e, com apoio de um andarilho e supervisão, conseguiu pela primeira vez ir ao à casa de banho.

No momento da alta hospitalar, o Sr. J.C apresentava um *score* 4 na escala MRC em todos os movimentos dos segmentos corporais. Relativamente à marcha, necessitava de ajuda mínima para não cair em superfície plana, que corresponde a uma marcha dependente nível I segundo as Categorias Funcionais da Marcha. Já o Índice de Barthel inicialmente obtemos uma pontuação 10/100 (dependência total), tendo sido possível melhoria para uma pontuação 65/100, correspondente a dependência.

As intervenções executadas contribuíram para otimizar a capacidade funcional da pessoa com queimadura, minimizando o aparecimento de sequelas, contribuindo para a autonomia máxima do senhor J.C. De facto, foi notória que a intervenção, não só pelos conhecimentos e competências mobilizadas, mas também pelos objetivos estabelecidos com a restante equipa, de modo a dar continuidade aos cuidados. Considerando a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis, são identificados dois tipos de indicadores: os indicadores de processo e os indicadores de resultado (A. I. Meleis et al., 2000). Os primeiros avaliam a forma como a transição está a decorrer e permitem identificar fatores de risco na transição e orientar a pessoa na obtenção de um resultado positivo. Os segundos indicam-nos o modo como a pessoa integrou a transição na sua vivência, isto é, de que forma integrou a mudança na sua vida e alcançou a sua estabilidade (Silva et al., 2019). Em termos práticos, à luz da Teoria das Transições, identificamos como indicadores de processo no caso do Sr. J.C: sentir-se ligado, interagir e estar situado, uma vez que o senhor estava envolvido ativamente no seu programa de ER e encontrava-se empenhado em aprender capacidades que lhe permitam adaptar à sua nova condição de saúde. Também foi possível verificar que durante o tempo em que tivemos a oportunidade de cuidar do Sr. J.C, o mesmo procurou informação junto dos profissionais, questionando e esclarecendo dúvidas. Relativamente aos indicadores de resultado, consideramos que o Sr. J.C desenvolveu novos conhecimentos e competências necessárias ao autocuidado.

Ainda com vista ao desenvolvimento da competência J3, e de modo mais concreto, a maximizar as capacidades da pessoa com OR, ao longo do percurso de aprendizagem foi realizado um vídeo sobre o ensino dos cuidados à cânula traqueal. O mesmo surgiu da necessidade em fornecer à pessoa e à sua família uma forma de rever os ensinamentos efetuados durante o internamento relativamente aos cuidados traqueais. Considerando a todas as modificações provocadas pela cirurgia, compreende-se que a adaptação e aceitação da pessoa recentemente ostomizada é um processo complexo. Assim, o enfermeiro é o profissional com a formação específica, reconhecida e experiência para prestar cuidados à pessoa ostomizada, dotado de capacidades para ensinar, instruir e treinar o autocuidado (Direção Geral de Saúde, 2017). Por sua vez, e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019), o mesmo "(...) utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados (...)" (p.13565) e ainda "ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho(...)" (p. 13568). Neste sentido, consideramos que este tipo de vídeos, para além de constituírem uma tecnologia de fácil acesso, permitem simular o ambiente de cuidados e facilitar o ensino de procedimentos (Dalmolin et al., 2016). Esta necessidade tornou-se particularmente relevante uma vez que a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 restringiu e inibiu em grande parte as visitas dos familiares/significativos, apresentando-se como uma barreira à aprendizagem e à maximização das capacidades funcionais do núcleo em que a pessoa se insere (Correia et al., 2021) . Este vídeo foi realizado com um voluntário da Liga Portuguesa contra o Cancro, que forneceu a sua autorização para divulgação da imagem (Apêndice XIII).

1.2 Competências comuns do enfermeiro especialista

O EE é o profissional a quem são reconhecidas competências para prestar para além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados próprios na área clínica da sua especialidade. De facto, a definição do perfil de competências do EE, resulta do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais. Considerando o Regulamento nº122/2011 (Anexo II), a atuação do enfermeiro especialista tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. Assim, considerando as premissas estabelecidas no regulamento supracitado, são formulados quatro domínios comuns de competências para os enfermeiros especialistas que serão seguidamente explorados à luz das experiências e atividades desenvolvidas no decurso do estágio.

1.2.1 A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Com o intuito de desenvolver as competências deste domínio (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745):

A1 - “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;

A2: - “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Foram traçados nos seguintes objetivos específicos:

- Demonstrar capacidade de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, no exercício profissional enquanto Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

- Demonstrar uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos, analisar e interpreta e as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa, procurando a excelência dos cuidados.

Considerando o Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), o enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética, de acordo com os princípios éticos e valores universais. No decorrer do estágio a nossa intervenção procurou respeitar esses mesmos princípios e valores. De facto, importa ter presente que a ER tem como foco pessoas que muitas vezes apresentam alterações da sua funcionalidade, das suas capacidades para o autocuidado e mesmo deficiência. Estas pessoas geralmente patenteiam uma dificuldade para assumir a sua autonomia funcional, na execução das suas atividades de vida diária, mas essencialmente quanto à sua capacidade de agir e não tanto quanto à sua capacidade para decidir (Deodato, 2017). Assim, a nossa intervenção pautou pela compreensão da vulnerabilidade, usando a evidência científica, a reflexão e posterior capacitação da pessoa. Fazendo referência ao Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), e mais concretamente à alínea d) do artigo 81.º, no decorrer do seu exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar na sua reinserção social de forma ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Este artigo, apela ao princípio da beneficência, que se relaciona com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a alcançar o que é para o seu benefício. É nesta esfera, que surgiu a importância de refletir sobre o princípio do respeito pela autonomia, assumindo a pessoa como capaz de escolher e agir, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma (Apêndice V). O enfermeiro, particularmente o enfermeiro EEER, ajuda ou substitui na medida da necessidade da pessoa em causa, respeitando as reais necessidades da pessoa assistida. Assim, durante o estágio, em todas as intervenções, procurámos obter o consentimento informado, a aceitação da nossa intervenção, bem como a proteção da privacidade e da intimidade da pessoa.

Previamente, referimos que em ER, o enfermeiro depara-se com pessoas com condições muito particulares, a quem é reconhecida a capacidade de decidir sobre elas próprias. E quando existem situações em que a pessoa não tem capacidade para tomar decisões? Esta incapacidade para decidir, coloca ao enfermeiro uma responsabilidade duplicada na procura de adequar o melhor cuidado. Assim, consideramos ainda pertinente, referenciar novamente a situação da criança de 11anos, o D., que já foi anteriormente abordada. Aquando das visitas domiciliárias, antes mesmo de entrar no quarto do D., apesar do mesmo não conseguir responder verbalmente, era informado

sobre quem éramos e o objetivo da nossa visita. A entrada era sempre acompanhada pela mesma música infantil, apelando à memória do mesmo. De facto, não era possível obter um consentimento verbal para a nossa entrada e atuação, mas ao informar antes de cada intervenção o que ia ser feito e o que o D. iria sentir, o mesmo sorria e dirigia o olhar. Também no cuidado a esta criança, não podendo contar com a vontade expressa pela mesma, foi essencial incluir os seus familiares para várias decisões.

Concluimos que todas as situações vivenciadas, é possível admitir que cada decisão é sempre circunstancial, perante cada pessoa e cada situação, sendo imprescindível reunir o maior consenso junto da pessoa, dos familiares/significativos e da equipa. Considerando ainda o artigo 78.º CDE, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Assim, durante o estágio realizado, na abordagem à pessoa alvo dos nossos cuidados, apresentámo-nos sempre como enfermeira em contexto de EC com o intuito de desenvolver competências na área de especialização em ER.

Em termos práticos, na procura pelo respeito deontologia profissional, antes de iniciar qualquer avaliação, intervenção ou monitorização, solicitámos o consentimento informado, esclarecendo o objetivo da nossa intervenção com base no conhecimento teórico e na evidência científica. O dever da informação fundamenta-se no respeito pelos princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2005) . Para isso preocupámo-nos em transmitir não só informação, mas também garantir que a pessoa compreendia o que era transmitindo, de modo que realizasse escolhas e decidisse sobre si mesma.

O exercício profissional do enfermeiro é orientado pelo processo de tomada de decisão. Inicialmente o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa ou do grupo (família e comunidade), seguidamente são prescritas intervenções de modo a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas identificados. A nossa intervenção preocupou-se também em salvaguardar o dever do sigilo profissional, tal como contemplado no artigo 85.º do CDE - do dever do sigilo, partilhando a informação pertinente apenas com os que estão implicados no plano terapêutico. De reforçar ainda que ao abrigo do artigo 86.º do

CDE- do respeito pela intimidade, na nossa intervenção respeitámos a intimidade e a privacidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

No processo da tomada de decisão em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro integra os resultados da investigação na sua prática. Para isso, ao enfermeiro é esperada e exigida a implementação dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa e nas suas necessidades reais, alicerçados na capacidade de reflexão, no pensamento crítico sobre a apropriação das suas intervenções, colmatando as lacunas da sua prática. Transpondo estas ideias para o exercício profissional do EEER, o mesmo tem como foco principal a prestação de cuidados ao outro, considerando as suas necessidades, promovendo os projetos de saúde que cada pessoa experiencia e pretende seguir. É na relação com o outro que a profissão de enfermagem se concretiza. Nesta relação, a pessoa encontra-se frequentemente num estado de vulnerabilidade, podendo apresentar-se aos enfermeiros com diversos graus de dependência. Parece-nos então, que os cuidados precisam de ser orientados por aquilo que é o projeto de vida da pessoa e o que é essencial para ela. Tal como refere Hesbeen (2001, p.74) "(...) os olhos dos profissionais não são os das pessoas cuidadas e ninguém pode substituir a estas para dizer, em seu lugar, aquilo que é ou não importante, aquilo que é ou não desejável". Estes pressupostos remetem para o desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa e no seu familiar cuidador, baseado no respeito mútuo, na compreensão, preocupado em salvaguardar os seus valores e o direito à autodeterminação (McCormack et al., 2015).

De facto, durante os estágios realizados, deparamo-nos com várias situações complexas que potenciaram a reflexão crítica e o juízo clínico. Nesta esfera, importa ressaltar uma particular situação vivenciada durante o estágio desenvolvido em contexto comunitário, durante a prestação de cuidados ao Sr. M.R. Numa das visitas domiciliárias realizadas, o Sr. M.R. manifesta várias inquietações sobre o seu futuro e sobre o desenrolar da sua doença, mostrando-se particularmente preocupado com a sobrecarga que poderia representar para sua esposa, referindo *"cuidar de alguém que não se consegue movimentar, falar, nem fazer nada... não é vida para ninguém"* (sic). Após terminar esta visita domiciliária contactámos a equipa de cuidados paliativos, onde foi exposto o caso do senhor. Posteriormente agendou-se uma visita domiciliária juntamente com a esta equipa de cuidados paliativos e onde se tocaram vários assuntos, principalmente a gestão

de expectativas face ao agravamento no decurso natural da doença e as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital.

Os conceitos de Cuidados Paliativos (CP) e de reabilitação partilham essências comuns: ambos focam-se na pessoa e nos seus significativos, direcionam-se para a minimização dos problemas, necessidades e sintomas, preocupam-se com a melhoria da capacidade funcional e residual, e na melhoria da qualidade de vida da pessoa, assumindo-a como um agente ativo (Alves & Babo, 2021). De acordo com Hesbeen, (2001), o EEER tem como missão ajudar as pessoas a criarem uma forma de viver com sentido para elas, que seja compatível com a sua situação. Neste sentido, as intervenções de reabilitação na pessoa em CP, recaem na prevenção de complicações, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e mobilidade, aconselhamento de materiais adaptativos, prevenção de quedas e úlceras, adaptação do domicílio e também na preparação do cuidador/familiar cuidador através de suporte e ensino (Alves & Babo, 2021; Piil et al., 2016). O objetivo destes cuidados é a manutenção da qualidade de vida e a conservação da autonomia, de modo a dar sentido à expressão – acrescente de vida aos dias e não dias à vida da pessoa.

A perda da funcionalidade acompanha o percurso da generalidade das doenças que ameaçam a continuidade da vida, simultaneamente com as alterações físicas, emocionais e espirituais experienciadas pela pessoa desde o diagnóstico (Alves & Babo, 2021). A pessoa e a sua família encontram-se num processo de transição e consciencialização do seu percurso e, portanto, espera-se que o enfermeiro atue como facilitador desta transição, ajudando a pessoa a identificar as mudanças impostas pela situação, facilitando o seu processo de aprendizagem e novos conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades e competências (A. I. Meleis et al., 2000).

A comunicação, assim como a informação que é transmitida é um campo que requer particular atenção. Mesmo que em algumas situações possa ser difícil de aceitar, toda a informação que se transmite à pessoa e aos seus familiares e/ou significativos deve ser verdadeira, clara e objetiva, sem nunca colocar em causa os princípios éticos do respeito pela privacidade da pessoa (Vasconcelos, 2021). Na situação descrita, a discussão sobre o plano antecipado de cuidados e o incentivo à realização de testamento vital (Lei n.º 25/2012), permite à pessoa e à sua família consciencializar-se sobre o decurso da

doença, tomar decisões enquanto a pessoa se encontra capaz de o fazer e futuramente atuar de acordo com a sua vontade, propiciando maior tranquilidade à família (Dias et al., 2022).

A profissão desenrola-se em vários contextos, exigindo conhecimentos e competências, sem que o foco de atuação seja disperso. Concomitantemente, o EEER depara-se na sua prática com novas terapêuticas, procedimentos, diferentes situações que exigem que saiba colocar e atuar perante esses desafios, prestando cuidados de excelência, impondo-se em diversas ocasiões a reflexão sobre a dimensão ética desses cuidados (Vasconcelos, 2021; Deodato, 2017).

1.2.2 B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Para o desenvolvimento das diferentes competências deste domínio (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745):

B1- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;

B2- “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados”;

B3- “Garante um ambiente terapêutico seguro”.

Delineámos os seguintes objetivos específicos:

- Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;

- Colaborar na implementação e planeamento de programas de melhoria contínua;

Cabe ao enfermeiro especialista ser dinamizador do desenvolvimento da instituição e da equipa em se insere, promovendo o interesse pela melhoria contínua dos cuidados prestados, motivando o desenvolvimento e formação dos elementos da equipa (Nascimento, 2019). Neste sentido, durante o estágio procedemos ao diagnóstico das necessidades de formação do serviço, questionando os orientadores clínicos, bem como a equipa onde estávamos inseridos. No contexto hospitalar, umas das temáticas com

maior interesse era a reabilitação da pessoa com OR. Neste sentido, sugerimos a realização de uma sessão de formação sobre “A Promoção do Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória” (Apêndice X). No contexto de ECCI constatámos a necessidade apontada pela equipa em atualizar conhecimentos sobre a reeducação da função da deglutição. Deste modo, disponibilizamo-nos para a realização de uma sessão de formação sobre “Avaliação e Reeducação da Função da Deglutição” (Apêndice XI). Para completar esta formação, foi também desenvolvido um documento, no qual se encontram representados os exercícios para a reabilitação da função da deglutição, onde a pessoa possui a informação sobre como realizar os mesmos (Apêndice XII).

Consideramos que este momento foi bastante enriquecedor, uma vez que possibilitou a transferência e partilha de conteúdos relevantes para a melhoria da prática de cuidados, o que vai ao encontro do perfil de competências comuns do EE, no qual se prevê o favorecimento da aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Desta forma, tentou-se criar um ambiente favorável para debater e refletir questões que suscitavam dúvidas para os profissionais. O tema em questão não tinha sido abordado ainda no seio daquela equipa, conseqüentemente a formação foi considerada uma mais-valia para a mesma.

No que respeita à segurança da pessoa, alvo dos nossos cuidados, verificámos que as intervenções do EEER que objetivam um ambiente seguro se desenvolvem em diversos níveis, entre eles a sinalização de barreiras arquitetónicas e nas sugestões de eliminação das mesmas, na orientação para transformações estruturais/físicas no domicílio de forma a facilitar a adaptação à nova condição de saúde, na monitorização do estado da pessoa, recorrendo a instrumentos de medida sensíveis à avaliação da situação de dependência/independência e das dificuldades sentidas na realização das atividades de autocuidado. Os EEER atuam, ainda, na capacitação dos cuidadores na realização de cuidados à pessoa em situação de dependência, na prevenção do aparecimento de complicações que possam influenciar o processo de reabilitação, no estabelecimento de objetivos reais e atingíveis com o programa de reabilitação, bem como no desenvolvimento de estratégias adaptativas e conhecimento do material de apoio existente (Santos, 2019). Constatámos que as alterações sugeridas na disposição dos móveis e/ou remoção de objetos no domicílio eram bem aceites pelas pessoas e

cuidadores. De facto, reconheciam que essas modificações eram facilitadoras e promotoras da sua mobilidade, tornando o ambiente mais seguro e potenciavam a sua adesão ao programa de reabilitação. Em diversas situações foi essencial prescrever e incentivar a utilização de produtos de apoio, por exemplo, auxiliares de marcha como andarilho, uso de calçado adequado e antiderrapante para a prevenção de quedas, ou o uso de copo com rebordo para prevenção do risco de disfagia.

No que concerne ao cuidado à pessoa com OR, destacamos que o ensino dos cuidados traqueais, manuseamento da cânula e o ensino sobre a utilização do filtro traqueal contribuíram para a manutenção de um ambiente seguro e preventivo de complicações.

1.2.3 C - Domínio da Gestão dos Cuidados

Tendo em conta as competências deste domínio (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745):

C1 – “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”;

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

Foram estabelecidos no projeto, de forma respetiva, os seguintes objetivos específicos:

- Participar na gestão dos cuidados, otimizando o trabalho da equipa e os recursos existentes, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas;

-Desenvolver um estilo de liderança, adequado à organização.

Considerando o conjunto de competências do Enfermeiro Gestor, referidas no Regulamento n.º 101/2015, bem como as funções mencionadas no Decreto-Lei n.º71/2019, é esperado que o enfermeiro gestor assegure o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e especializados. Assim, o enfermeiro gestor é o primeiro responsável pela gestão dos cuidados, assumindo-se como responsável por coordenar e responsabiliza-se por coordenar e desenvolver medidas que

garantam as melhores práticas. Neste sentido, reconhecemos o potencial do EEER para desenvolver um papel enquanto gestor de cuidados e líder de uma equipa de enfermeiros de cuidados gerais.

O estágio desenvolvido em contexto hospitalar permitiu observar e aprender a forma como o EEER pode desenvolver um papel fulcral na gestão dos cuidados e enquanto líder de uma equipa. De facto, verificámos que o EEER foi na sua maioria o enfermeiro responsável de turno em contexto hospitalar. A gestão dos cuidados era manifestada no início de cada turno, com a passagem de turno, ao emitir orientações e pareceres técnicos e científicos sobre a organização dos cuidados a cada pessoa, considerando a sua situação clínica e a sua individualidade. Foi possível constatar também que o fornecimento e procura de orientações e pareceres ocorriam de forma bidirecional. Isto é, quando o EEER identificava uma necessidade facultava indicações aos enfermeiros de cuidados gerais, outras vezes eram os próprios enfermeiros de cuidados gerais a solicitar estas orientações. Um exemplo a que recorremos para espelhar esta afirmação diz respeito ao primeiro levante das pessoas submetidas a artoplastia da anca, em que os colegas solicitaram apoio ao EEER para realizar o mesmo. Outro exemplo, é que o próprio EEER supervisionava os cuidados de higiene, os posicionamentos terapêuticos, bem como a mecânica corporal adotada pelos enfermeiros da equipa na execução de vários procedimentos.

Em contexto comunitário tivemos a oportunidade de experienciar a tradução prática do papel do EEER enquanto “gestor de caso” e a articulação entre todos os elementos da equipa interdisciplinar. De uma forma geral, os cuidados prestados pela ECCI, destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados. A Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro define no seu artigo 8º as condições de funcionamento das equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados da RNCCI do Serviço Nacional de Saúde, referindo que deve garantir a personalização dos cuidados prestados através da identificação de um profissional, preferencialmente,

enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, que assume a responsabilidade direta pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados (Portaria n.º 50/2017, 2017) . De acordo com Cruchinho (2021), o envelhecimento da população e o conseqüente aumento da prevalência da “multimorbilidade”, tem levado vários países institucionalizaram a “gestão de casos” em enfermagem com o intuito de tornarem os sistemas de saúde mais eficientes. De facto, o estágio comunitário permitiu observar em termos práticos a operacionalização do papel do EEER enquanto gestor de caso e a articulação entre todos os elementos da equipa. Assim que uma pessoa é colocada numa ECCL, a equipa inicia a sua intervenção nas primeiras 48 horas. O primeiro contacto permite o diagnóstico das necessidades da pessoa e do ambiente em que esta se insere. Seguidamente é realizado um Plano Individual de Intervenção (PII), que identifica os dados pessoais da pessoa, os objetivos da intervenção estabelecidos com a pessoa, os profissionais responsáveis pelas intervenções e as expectativas da pessoa e da família. O PII é ainda registado e atualizado periodicamente nas plataformas informáticas próprias, permitindo a partilha da informação com todos os profissionais que acompanham a situação (M. A. R. Pereira, 2018).

Tivemos ainda a oportunidade de participar ativamente nas reuniões semanais sobre as pessoas que integravam a ECCL e sobre a gestão de cuidados, onde enaltecemos a comunicação entre todos os elementos. A nosso ver, esta dinâmica permite otimizar a prestação de cuidados, uma vez que cada enfermeiro comunicava à restante equipa multidisciplinar, constituída não só pelos enfermeiros que integram a ECCL, mas também pela médico, psicólogo e assistente social, as especificidades da situação de cada pessoa. Estas informações incluíam a partilha sobre a situação familiar e social, o tipo de apoio que dispunham, o seu grau de independência e autonomia, bem como o plano terapêutico, os objetivos que enquanto equipa se propunham atingir e os objetivos de cada pessoa/família. Nestas reuniões eram discutidas e partilhadas dificuldades e decisões sobre cada caso, como por exemplo: a intenção de planear a alta da ECCL e referenciar a pessoa para um centro de dia. Também Hesbeen (2001) refere que o processo de reabilitação recorre a inúmeros intervenientes, para além da pessoa e da sua família, e a diversos profissionais. Esta multiplicidade parece-nos essencial, pois

possibilita um ambiente humano e diversificado, baseado na complementaridade dos intervenientes e focados na ação do cuidar.

Estas oportunidades, tanto em contexto hospitalar como comunitário, constituíram excelentes formas de observar como a equipa multidisciplinar reconhece as competências e a pertinência da visão do EEER sobre a situação vivenciada pela pessoa e como esta partilha e visão influenciavam as decisões clínicas.

1.2.4 D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Perspetivando o desenvolvimento das competências deste domínio, nomeadamente (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745):

D1- “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”;

D2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

Foram delineados como objetivos específicos:

- Desenvolver capacidade de autoconhecimento, identificando fatores que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais;

- Realizar o processo de tomada de decisão e as intervenções com base em conhecimento válido, atual e pertinente.

Acreditamos que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais é gerado pelas interações com os elementos da equipa multidisciplinar, com a pessoa alvo dos cuidados e com o meio em que esta se insere. Os estágios realizados, bem como as interações que emergiram desta oportunidade, demonstrou que os EEER são profissionais de saúde com um papel determinante no seio da equipa multidisciplinar em que se insere, promovendo cuidados centrados nas pessoas e adotando o papel de agentes de autocuidado nas respostas às necessidades de cuidados das pessoas.

Assim, parece-nos que não basta desenvolver as aprendizagens profissionais que nos sejam significativas a nível pessoal. Para além das motivações dos EEER, a aprendizagem e a formação deve alinhar-se com os interesses do sistema de saúde, das pessoas e suas famílias (Padilha, 2021).

Deste modo, destacamos que, no decorrer dos estágios, foram várias as oportunidades para partilhar conhecimento, formal e informal, com a equipa multidisciplinar. Para Abreu (2001) o contexto da prática profissional é visto como um lugar de trabalho e de formação, no qual se presencia a construção e mobilização de conhecimentos, implicando o envolvimento dos profissionais no seu todo. De facto, os orientadores clínicos diariamente incentivaram à análise e reflexão das situações e contextos de cuidados, sendo que alguns desses momentos eram realizados de forma informal e outros de modo formal. Estes momentos contribuíram para o nosso crescimento pessoal e para a construção da entidade profissional enquanto EEER, permitindo uma maior consciência do caminho a percorrer, das dificuldades e do que poderá ser feito numa próxima ocasião para melhorar a nossa atuação.

A ER, como área de intervenção clínica, contribui para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da prática, respondendo eficazmente às carências concretas da população e às novas exigências em cuidados. Seguindo esta linha de pensamento, a necessidade da promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e da existência de um referencial de reflexão sobre a prática especializada compeliu ao desenvolvimento do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). O mesmo integra oito enunciados descritivos que visam explicitar os diferentes aspetos do mandato social da profissão, constituindo-se como um instrumento que precisa o papel do enfermeiro junto das pessoas, dos outros profissionais e da sociedade civil. Encontra-se premente na regulamentação em ER que todos usem o seu conhecimento e a sua interpretação para demonstrar a intervenção dos EEER em todos os contextos (Gaspar et al., 2021). Reconhecendo essa importância, no dia 25 de outubro de 2021 participámos num *Webinar* intitulado “Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação”, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que enalteceu a análise e reflexão de práticas de enfermagem de reabilitação, através da partilha de projetos e percursos. Neste *Webinar* tivemos o privilégio de dar visibilidade do nosso projeto à comunidade académica através da apresentação de um poster designado “A Promoção do Autocuidado à Pessoa com Ostomia Respiratória” (Apêndice VIII). Também nos dias 2, 3 e 4 de dezembro de 2021 ocorreu o e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de

Reabilitação onde tivemos a oportunidade de apresentar um poster intitulado "Como Promovem os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória" (Apêndice IX). Este poster resultou da revisão narrativa da literatura realizada anteriormente ao Ensino Clínico (EC) no contexto da UC Opção II que serviu de base para a construção do projeto de estágio. Consideramos que a participação no referido *Webinar* e Congresso, bem como as divulgações científicas demonstram uma postura de responsabilização pela aprendizagem, obtenção de conhecimentos afluindo com a necessidade de suportar a prática clínica em evidência científica.

Também no decorrer do mês de novembro de 2021 participámos num curso avançado sobre massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares (Anexo III), tendo a mesma sido realizada por um EEER. A participação neste curso permitiu transpor os conhecimentos adquiridos para o contexto profissional e de estágio. De acordo com o parecer n. °13/2014 da MCEER, a formação tem por objetivo a aquisição e desenvolvimento do conhecimento de novas técnicas e tecnologias no campo de intervenção da ER, baseados na evidência, que traduzam resultados sensíveis às necessidades das pessoas (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014).

2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS

O capítulo que agora se inicia surge da necessidade de realizar um balanço e uma reflexão sobre as aprendizagens adquiridas durante os estágios realizados, bem como avaliar a implementação do projeto e o desenvolvimento das competências previamente anunciadas nos diferentes contextos de estágio.

De uma forma geral, ambos os estágios possibilitaram diversas aprendizagens, nomeadamente teóricas, práticas, reflexivas e emocionais, através do contacto com a realidade profissional do EEER e os desafios que o mesmo se depara no seu dia-a-dia.

Para realizar a análise das aprendizagens dos estágios, iremos de seguida recorrer à metodologia SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). De uma forma mais específica, o *Strengths* (forças) é influenciado por fatores intrínsecos positivos; o *Weaknesses* (fraquezas) por fatores intrínsecos negativos; o *Opportunities* (oportunidades) por fatores extrínsecos positivos; e, por último, *Threats* (ameaças) por fatores extrínsecos negativos (Sammut-Bonnici & Galea, 2015).

Iniciando a análise do ponto *Strengths (forças)* destacamos a capacidade de adaptação aos diferentes contextos e a facilidade na integração das diferentes equipas dos dois locais de estágio. De facto, tanto o interesse demonstrado, como a postura adotada foram fatores evidenciados pelos orientadores clínicos e pelos elementos das equipas, o que também se espelhou nos momentos de avaliação. No início de cada estágio, foi importante procurar compreender o funcionamento do serviço/equipa, a intervenção realizada pelo EEER, bem como os recursos disponíveis, o que permitiu adequar métodos de organização de trabalho e utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados de ER. A nível comunitário evidenciou-se esta gestão dos recursos existentes para a prestação de cuidados de reabilitação, como por exemplo realizar o treino de marcha recorrendo a auxiliares de marcha, utilizando as escadas do prédio e rampas de acesso.

Ainda neste âmbito, reconhecemos que durante a conceção e implementação dos programas de reeducação funcional de ER foram estabelecidas relações terapêuticas com a pessoa e os seus significativos que possibilitaram delinear objetivos que fossem ao encontro dos seus interesses e do seu desenvolvimento pessoal, promovendo a

maximização das suas capacidades funcionais. Salientamos também o respeito permanente pela pessoa e a sua família, considerando as suas limitações, o meio em que se insere e o nosso empenho em facilitar a transição que vivenciava.

Este percurso formativo, em que tivemos contacto com a realidade do EEER, permitiu também desenvolver a capacidade de analisar a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, perspetivando o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares. De facto, foi possível realizar uma avaliação minuciosa da pessoa e colher dados sistematicamente através de instrumentos validados, que permitissem formular diagnósticos de ER e conseqüentemente elaborar programas de treino de AVD personalizados, considerando a condição atual e potencial da pessoa, tendo como meta a sua máxima funcionalidade e qualidade de vida possíveis. Os diagnósticos, objetivos/resultados e o próprio programa de ER foi reformulado quando necessário e documentado nos locais apropriados (Ordem dos Enfermeiros, 2015d). A nossa intervenção foi evidenciada através de resultados positivos, possibilitando constatar a contribuição para ganhos em saúde, percebidos pela satisfação da pessoa e do seu convivente significativo, prevenção de complicações, promoção de autonomia, bem-estar e autocuidado e reeducação e readaptação funcional da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

A decisão de incluir uma atividade teve por base o conhecimento científico e as boas práticas reconhecidas. Ao longo dos estágios realizados foram realizadas várias revisões da literatura, o que permitiu rever e conhecer novos conceitos no âmbito da prática da ER, complementando os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas e práticas. O interesse pela aprendizagem e a partilha de conhecimentos com os orientadores permitiu aumentar a confiança nas ações desenvolvidas. Esta procura pela atualização de saberes foi despertada pela percepção das nossas limitações a nível de conhecimento e das necessidades que as pessoas pudessem sentir, dando resposta às dificuldades potenciais e reais que foram surgindo.

Outro fator identificado como positivo consistiu em aproveitar o maior número de momentos para refletir e analisar práticas, identificando pontos a melhorar. Este processo reflexivo exige um retorno sobre a experiência, a sua reelaboração, a sua reavaliação e a sua projeção na realidade presente ou futura. Assim, realizar um balanço

das aprendizagens, implica um processo retrospectivo, num trabalho reflexivo com vista à identificação dos conhecimentos e das competências daí resultantes (Pires, 2007). Neste sentido, as reflexões eram partilhadas com os orientadores e ocorriam de forma sistemática, o que permitiu identificar as principais dificuldades sentidas, aumentar a motivação, adotar estratégias diferenciadas, reestruturar o plano de intervenção na atuação seguinte e a construção de uma identidade profissional enquanto EEER.

Os percursos formativos decorrentes dos estágios tornaram-se uma mais-valia à aprendizagem e à aquisição de competências, uma vez que possibilitou cuidar de pessoas com diferentes idades e em diferentes etapas de vida. Neste sentido, destacamos como weaknesses (fraquezas) a dificuldade sentida inicialmente em cuidar de crianças e intervir junto destas durante o estágio comunitário. Esta dificuldade advém da carga emocional por vezes difícil de gerir, a própria imaturidade e falta de experiência profissional na intervenção à criança. Segundo Diogo (2019), os processos de saúde-doença vividos por crianças, jovens e pelas suas famílias associam-se frequentemente à intensa emocionalidade, constituindo um grande desafio para os enfermeiros nos seus cuidados (Diogo, 2019). Apesar de desafiantes, estes momentos permitiram questionar sobre a nossa prática de cuidados de ER e refletir sobre as diversas situações vivenciadas, possibilitando uma noção mais conscienciosa relativamente aos aspetos que precisam de ser mais desenvolvidos, como por exemplo estratégias que facilitassem a gestão das emoções, promover um ambiente seguro e afetuoso.

Ainda outro ponto relevante que é importante abordar refere-se à dificuldade inicial em realizar registos documentais que traduzissem os cuidados de ER, espelhassem a nossa intervenção junto pessoa e dos seus significativos e que permitissem caracterizar a condição de saúde com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2015c). Perante o exposto foi necessário consultar e realizar pesquisa bibliográfica científica e diariamente partilhar com os orientadores os planos de cuidados realizados em estudo autónomo. Esta aprendizagem permitiu reconhecer a responsabilidade dos EEER em documentar o processo de tomada de decisão, produção e gestão da informação que influencia direta

e indiretamente a qualidade e os resultados dos cuidados de ER prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Consideramos ainda importante referir que durante o tempo de estágio decorrido nos locais selecionados, não foi possível desenvolver, como desejávamos, competências do EEER na área da sexualidade, área cognição, na preparação pré-operatória e no pós-operatório imediato. Assim, reconhecemos que estas áreas carecem de maior aprofundamento futuro.

Relativamente ao ponto *opportunities (oportunidades)* destacamos a participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação no qual tivemos a oportunidade de apresentar um poster intitulado de " Como promovem os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória". Consideramos que a procura de momentos de aprendizagem e a participação em congressos sustentam o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, permitindo-lhe conhecer e trabalhar de acordo com as melhores e mais inovadoras práticas. Apesar da constante aquisição e atualização de conhecimentos constituir um desafio, é através da mesma que nos é dada a oportunidade para otimizar as condições do exercício profissional e que permite que os cuidados sejam prestados com maior segurança, traduzindo-se num impacto positivo na qualidade dos cuidados, com práticas mais eficazes e experiências satisfatórias e significativas para as pessoas (R. Pereira, 2017).

Outro fator identificado foi a oportunidade de realizarmos dois momentos formativos em contexto de estágio e que já foram abordados anteriormente. Em contexto hospitalar, o momento formativo sobre a "Promoção do Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória" teve como principal objetivo abordar as intervenções do enfermeiro generalista e a do EEER no cuidado à pessoa com OR, com base na evidência científica, no período pré e pós-operatório, bem como na preparação para a alta hospitalar. Esta partilha teve como objetivo dar a conhecer e encorajar a prestação de cuidados de qualidade, mas também promover o interesse pela melhoria contínua dos cuidados prestados, motivando também para o desenvolvimento e a realização de projetos neste âmbito. No contexto comunitário, a formação teve como tema a "Avaliação

e Reeducação da Função da Deglutição” e teve como principal objetivo apresentar um programa de intervenção na pessoa com alteração da função da deglutição.

Importa referir que a necessidade e a importância de abordar estes temas foi identificada pelos orientadores clínicos e pelas próprias equipas e no final de cada formação as mesmas foram conotadas como muito pertinentes, pois permitiram a partilha de experiências e a atualização de conhecimentos. Assim, a formação ao promover a reflexão sobre os cuidados prestados diariamente pelos enfermeiros, permite manter uma atitude crítico-reflexiva na prestação dos cuidados especializados. Em consonância com o exposto, o EE deve assumir-se como elemento dinamizador do desenvolvimento da instituição e da equipa onde se insere através de iniciativas da instituição na área da governação clínica e da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade (Nascimento, 2019).

Relativamente ao threats (ameaças) evidenciamos, como observado principalmente em contexto de estágio hospitalar, o facto dos EEER acumularem funções enquanto enfermeiros generalistas e outras responsabilidades, nomeadamente na gestão e liderança das equipas o que limita o exercício da atividade profissional enquanto especialista em reabilitação. A nosso ver, este facto relaciona-se com as dotações. Imperava a necessidade de garantir enfermeiros generalistas que dessem resposta às necessidades do serviço e, para tal, verificava-se que os EEER da equipa colmatavam estas necessidades, deixando assim de existir tempo e disponibilidade para o exercício das suas competências de especialista. De facto, a segurança da pessoa está associada à dotação segura dos enfermeiros nas instituições. No entanto, a dotação em enfermagem relaciona-se com a disponibilidade de enfermeiros, em quantidade e qualidade adequadas, até porque se revela fundamental a combinação de diversas competências de forma a satisfazer as necessidades reais das pessoas num ambiente seguro. Assim, parece-nos importante que o EEER seja um elemento que integre as equipas de enfermagem nos diferentes níveis de cuidados. O Regulamento n.º 743/2019 apresenta-se como uma norma para o cálculo de dotações seguras de enfermagem, onde se prevê a inclusão do EEER nas equipas de cuidados de saúde. Este regulamento refere que nos serviços de internamento hospitalar devem estar alocados, pelo menos, dois EEER por cada 15 pessoas internadas, garantindo 12 horas de cuidados de reabilitação todos os

dias da semana. De acordo com Santos (2021), cabe ao enfermeiro gestor criar condições para um trabalho cooperativo e em efetiva articulação entre todos os elementos da equipa de enfermagem, onde se inclui o EEER, salvaguardando a dignidade e autonomia do exercício profissional (Decreto-Lei n.º71/2019, 2019). Em consonância com o referido, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º101/2015) refere também que o enfermeiro gestor deve assegurar o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e os especializados, de acordo com as competências dos enfermeiros da equipa.

Neste ponto destacamos ainda a impossibilidade de assistir no estágio hospitalar a uma consulta de enfermagem no âmbito da preparação pré-operatória da pessoa proposta a Laringectomia Total, o que poderia constituir uma oportunidade para compreender melhor as necessidades de intervenção na pessoa. De facto, de acordo com a literatura, assim que é confirmado o diagnóstico é realizada a proposta a cirurgia, é essencial que a pessoa participe numa consulta de reabilitação onde lhe serão fornecidas informações sobre as consequências funcionais expectáveis decorrentes da cirurgia, bem como o processo de reabilitação (Canduela et al., 2018). De acordo com Carli et al. (2017), verifica-se que geralmente as intervenções, no âmbito da reabilitação da pessoa com neoplasia submetida a cirurgia, concentram-se no período pós-operatório com o intuito de facilitar o retorno às condições basais pré-operatórias. No entanto, o período pré-operatório pode ser um momento muito eficaz para a intervenção, uma vez que as pessoas parecem estar mais focadas para a preparação e recuperação operatória (Carli et al., 2017). Existem evidências crescentes de que esta pré-reabilitação se traduz na redução das complicações, na recuperação mais rápida após a cirurgia (Molenaar et al., 2019) e no retorno à sua vida diária, através de um grupo de intervenções que incluem o exercício, a nutrição e a redução da ansiedade (Carli et al., 2017). Neste sentido, para além dos ensinamentos relativos à própria cirurgia e as alterações provocadas pela mesma, devem ser incluídos os ensinamentos sobre os cuidados à cânula e os cuidados à OR. Para estes ensinamentos, o enfermeiro pode recorrer a instrumentos para facilitar a aprendizagem, tais como folhetos com a informação sobre os tipos de cânulas e a forma de manipular as mesmas (Neiva et al., 2020). Reconhecemos que a preparação pré-operatória exige tempo, pois as alterações decorrentes de uma laringectomia total e os cuidados associados são inúmeros e igualmente importantes. Da nossa experiência profissional

verificamos que geralmente as pessoas são admitidas nas vinte e quatro horas que antecedem a cirurgia. A nosso ver, este tempo limita bastante a intervenção quer do enfermeiro generalista, quer do EEER, pelo que as informações carecem de tempo para ser fornecidas e a pessoa carece de tempo para as assimilar. Com base na evidência científica, consideramos que a aplicação de um programa pré-operatório poderá traduzir-se numa menor taxa de reinternamentos e na melhor qualidade de vida da pessoa e do seu prestador de cuidados (Boudreaux & Simmons, 2019).

No que se refere à preparação para a alta hospitalar, importa salientar que apesar de terem sido desenvolvidas atividades de ensino e treino das ações de autocuidado envolvendo a pessoa, existiu a dificuldade em incluir muitas vezes o cuidador ou significativos, tendo esse constrangimento sido causado pela pandemia por SARS-CoV-2. De forma mais concreta, para garantir a segurança dos cuidados de saúde e a transmissão deste vírus, foram adotadas medidas restritivas que levaram à limitação de visitas por semana e conseqüentemente as famílias foram afastadas das pessoas hospitalizadas. Para Correia et al. (2021) estas medidas restritivas poderão contribuir para um retrocesso na prestação de cuidados centrados na família e da pessoa. De acordo com Anjos (2020), o planeamento do regresso a casa permite capacitar o cuidador, com vista à continuidade dos cuidados no domicílio e à promoção de uma transição saudável para o papel de prestador. Assim reconhecemos a importância da família como elemento integrante, que deverá ser envolvida para facilitar a prestação de cuidados (Casinhas & Nunes, 2015). Em consonância com o exposto, a nível hospitalar, tentamos colmatar esta dificuldade negociando com o cuidador sessões de educação para a saúde em dias específicos, de modo a proporcionar o ensino/treino e esclarecimento de dúvidas, abordar temas como prevenção de riscos, necessidade de adquirir produtos de apoio específicos para a recuperação da pessoa, entre outros aspetos. No entanto, nem sempre os familiares e/ou significativos se demonstravam recetivos, pois preferiam que o tempo reduzido da visita fosse exclusivo para estar com a pessoa.

No que respeita ao contexto de estágio a nível comunitário, constatamos que o EEER encontra-se numa posição privilegiada para ajudar as pessoas a maximizar a funcionalidade e as suas capacidades, uma vez que durante as visitas domiciliárias é realizada a avaliação do potencial de reabilitação da pessoa em associação com a situação

económica, o apoio disponível, a capacidade e empenho do cuidador e da família, bem como o meio envolvente e as condições habitacionais. Neste âmbito, o domicílio é o melhor local para se efetuar um diagnóstico das necessidades da pessoa, uma vez que esta se confronta com a sua realidade diária, permitindo que a reabilitação ocorra com um maior grau de adaptação à realidade (Alves, 2012; Oliveira, Couto & Silva, 2021). Estes aspetos reportam para a importância da intervenção do EEER em contexto domiciliário, no que se refere ao ensino, treino e motivação, de forma a capacitar a família/cuidador para dar continuidade aos cuidados necessários (Simões & Grilo, 2012; Oliveira, Couto & Silva, 2021). De acordo com o referido, durante o estágio em contexto comunitário foram realizados planos de ER para a reeducação funcional, recorrendo a ensinamentos, treinos e supervisão dos cuidados realizados pela pessoa e cuidador, por exemplo, ensino no autocuidado de vestir e despir da pessoa submetida a uma cirurgia ortopédica, explicamos os cuidados a ter, as técnicas que facilitam o autocuidado, integrando produtos de apoio, quando necessário, com o objetivo da aquisição da máxima capacidade funcional possível. O planeamento de cada programa de reeducação funcional de ER teve em vista a reinserção da pessoa na sociedade, percebendo, junto com a pessoa e família/cuidador, por exemplo, as barreiras arquitetónicas com que se poderão deparar seja no domicílio, seja na comunidade envolvente, como por exemplo existência de escadas e necessidade de deslocação em cadeira de rodas (Nascimento, 2019). Durante as visitas domiciliárias incentivamos também à saída do domicílio e o convívio com a comunidade envolvente, considerando o padrão de vida anterior e a vontade da pessoa. Neste âmbito, tendo em conta todos os aspetos descritos, salienta-se como fator extrínseco negativo o tempo limitado para realizar cada visita domiciliária, na sua maioria causada pela escassez de viaturas para os profissionais se deslocarem e pela distância entre os domicílios, o que a nosso ver dificulta a avaliação e intervenção do EEER.

Ainda em contexto comunitário importa referir as diversas barreiras que foram sendo identificadas e que acabaram por interferir nos resultados esperados para a intervenção junto da pessoa. Referimo-nos não só às barreiras físicas e arquitetónicas, mas também aos fatores socioeconómicos e à solidão que muitas vezes nos deparávamos em cada domicílio que entrávamos. No que diz respeito à gestão do ambiente físico, nomeadamente do domicílio da pessoa, e de acordo com a legislação em vigor, a casa de banho deve permitir a entrada e manipulação de uma cadeira de rodas

num raio mínimo de 180° (Decreto-Lei n. °163/2006). Esta divisão deve também permitir e facilitar as atividades de autocuidado (Oliveira et al., 2021). No entanto, foram poucos os domicílios onde se verificou uma configuração como a descrita. Assim, no âmbito domiciliário, para que fosse possível alcançar a independência ou atingir o máximo de funcionalidade, imperou a necessidade de recorrer com muita frequência a estratégias adaptativas.

Relativamente à rede de apoio destas pessoas era bastante limitada e muitas vezes verificou-se que não tinham um cuidador capaz de garantir a continuidade dos cuidados de reabilitação, tornando difícil a evolução e a própria desvinculação da equipa, acabando por se traduzir num atraso e na dificuldade do momento de planear a alta da pessoa da ECCL, face ao que seria necessário e esperado para algumas situações. Perante estas circunstâncias, acabamos por reconhecer que as pessoas com cuidador ativo demonstravam resultados mais eficazes, comparando com as pessoas que não tinham um cuidador comprometido, preocupado em trabalhar com a equipa e capaz de dar continuidade aos cuidados de reabilitação. De facto, a Entidade Reguladora da Saúde (2015), comunica que Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, surgindo, assim, a necessidade de otimizar o papel do cuidador informal e familiares, de forma a melhorar o seu desempenho, manter a sua saúde íntegra e promover a qualidade de vida tanto do cuidador como do dependente. A família desempenha um papel fundamental para a manutenção da reabilitação da pessoa, sendo cada vez mais é solicitada a responsabilidade no cuidar, permitindo otimizar recursos (Santos, 2019).

Todas estas situações complexas que foram vivenciadas no decorrer dos estágios permitiram que se criasse a dúvida, a incerteza, o medo perante o desconhecido e do que se iria encontrar em cada pessoa e ao entrar em cada domicílio. É também destas situações e fatores identificados como extrínsecos e negativos que surge a necessidade de desenvolver conhecimentos e capacidades que permitam ter confiança no agir, a tranquilidade e a serenidade para ser assertivo e transmitir segurança à pessoa, ao núcleo familiar em que esta se insere e aos seus cuidadores. De uma forma geral, o caminho percorrido permitiu desenvolver competências específicas do EEER e as competências do domínio comum do enfermeiro especialista, tendo os objetivos

inicialmente traçados sido atingidos. Em suma, analisando o percurso aqui espelhado e todo o trabalho desenvolvido, consideramos que o mesmo potenciou o crescimento pessoal e profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de uma OR constitui um evento crítico que conduz a mudanças significativas na vida da pessoa, principalmente na respiração, na comunicação, na deglutição, na autoimagem e no autocuidado (Queirós et al., 2017). Aliado a esta prevalência de problemas de saúde, averigua-se um aumento da necessidade de cuidados de saúde, conduzindo muitas vezes a consecutivos internamentos. Para além disso, predominam as altas precoces, onde muitas vezes, não se assegura que, a pessoa e seus cuidadores, estejam suficientemente informados e capacitados para os cuidados indispensáveis, a fim do restabelecimento do seu estado de saúde no domicílio (Anjos, 2020).

A capacitação da pessoa com uma OR para gerir a sua saúde/doença e cuidar da sua ostomia é reconhecida como uma estratégia promotora de benefícios a vários níveis. Paralelamente, a parceria entre a pessoa e o enfermeiro é impulsionadora de uma transição bem-sucedida para a vida com uma OR, potenciando o desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa, os cuidados com a OR e a alta hospitalar (Williams, 2012). Concomitantemente, a satisfação e qualidade de vida das pessoas com OR, bem como o desenvolvimento da competência para o autocuidado à OR reduz a utilização dos serviços de saúde por complicações e conseqüentemente a redução de gastos em saúde (Williams, 2012; Queirós, 2014).

Importa compreender que vários desafios são colocados à pessoa com OR, à sua família e aos profissionais de saúde com quem este se cruza, sendo que cada um deles ocupa um papel determinante na sua capacitação para uma vida com OR, onde a coesão e interajuda são indispensáveis (B. M. B. Pereira, 2019). Os autores McCormick et al. (2015) no seu estudo sobre as perspetivas da pessoa com OR e família indicam que apenas 48% dos cuidadores referiram estar “muito” preparados no momento da alta e 11% não receberam ensinamentos para atuar em situações de emergência. Também Anjos (2020), na sua investigação sobre a satisfação dos cuidadores com o planeamento do regresso a casa das pessoas com OR, indica que existe um nível de satisfação dos cuidadores consideravelmente baixo, em relação à prestação de informações sobre medicação, existência de estruturas de apoio e capacitação para o autocuidado, realçando a necessidade do desenvolvimento de um programa estruturado de intervenções de

enfermagem, com base na evidência científica que permita ir ao encontro das necessidades específicas dos familiares cuidadores, com a finalidade de facilitar a transição saudável para o papel de cuidador. É, neste sentido, que a intervenção do EEER se apresenta como um possível caminho, uma vez que tem como alvo da sua atuação a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital e tem por objetivo o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, minimizando incapacidades ou evitando-as (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

O EEER, dentro do seu perfil de competências, deve ser capaz de avaliar e definir os focos de atenção relacionado com o compromisso do autocuidado, identificar diagnósticos, prescrever e executar intervenções direcionadas aos diagnósticos estabelecidos, bem como, atender aos resultados obtidos e redefinir o plano de cuidados, sempre que necessário. De facto, sendo o EEER detentor de um corpo de conhecimentos diferenciados, que objetivam orientar a pessoa e os cuidadores na adaptação à nova realidade, dotando-os de capacidades e identificando vários recursos que podem contribuir para restaurar, tanto quanto possível a funcionalidade, prevenir complicações, promover o autocuidado e maximizar as capacidades.

Segundo os PQCEER (Ordem dos Enfermeiros, 2011b), o EEER pretende maximizar o bem-estar dos indivíduos e promover o seu autocuidado. De facto, o autocuidado é considerado, segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (2019), um dos focos de atenção central para a Enfermagem, sendo este conceito definido como: “atividade executada pelo próprio que consiste no tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (p.42). No sentido do desenvolvimento do autocuidado, é importante que a pessoa demonstre determinação e vontade em realizá-lo. Nesse cenário, os ensinamentos efetuados pelo enfermeiro revelam-se fundamentais para incentivar, estimular e aperfeiçoar as competências da pessoa com OR no alcance da sua autonomia (Neiva et al., 2020). De facto, o enfermeiro é o profissional com a formação específica, reconhecida e experiência para prestar cuidados à pessoa ostomizada, dotado de capacidades para ensinar, instruir e treinar o autocuidado (Direção Geral de Saúde, 2017).

Através deste relatório procuramos expor, analisar e refletir sobre o percurso realizado com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências do grau de Mestre segundo os descritores de Dublin, que qualificam o 2º ciclo de formação, bem como de competências comuns do EE e competências específicas do EEER, descritas pela OE (2019). Este percurso iniciou-se com a realização de uma revisão narrativa da literatura o que permitiu caracterizar a problemática em estudo e com o intuito de analisar as intervenções do EEER que promovem o autocuidado na pessoa com OR.

No que respeita à competência específica J1 “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, consideramos que foi possível espelhar o trabalho desenvolvido através da riqueza e diversidade das situações analisadas. De facto, avaliamos a funcionalidade e diagnosticamos alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa, recorrendo a escalas e instrumentos de medida, que permitiram identificar alterações a nível sensoriomotor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Perante a nossa avaliação, implementamos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação promotores de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade da pessoa com OR ou com outros défices do autocuidado. Durante todo o processo de implementação dos planos de cuidados, monitorizamos essa mesma implementação, bem como os resultados, espelhando os mesmos nos registos que concediam visibilidade aos cuidados prestados.

Relativamente à competência J2 “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, acreditamos que concebemos e implementamos programas de treino de atividades de autocuidado com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa com défice no autocuidado. De facto, ilustramos casos concretos que exemplificam os treinos específicos de atividades de autocuidado e os ensinamentos de técnicas e tecnologias.

Prosseguindo com a competência J3 “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, acreditamos que um dos principais objetivos da reabilitação é que a pessoa se torne capaz de concretizar o máximo de atividades inerentes ao autocuidado de forma independente. Assim, instruímos, ensinamos e treinamos técnicas

e tecnologias com o intuito de maximizar o desempenho a nível motor e respiratório da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado. Para isso, foi também necessário realizar várias revisões da literatura acerca da função cardiorrespiratória, alimentação, sensoriomotora e da sexualidade. Ao longo da nossa intervenção monitorizamos os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa e reformulamos programas de treino consoante os resultados obtidos.

Refletindo sobre o percurso realizado, e concretamente no desenvolvimento das competências específicas do EEER, acreditamos que os planos de ER desenvolvidos e os casos que ao longo deste relatório foram descritos, demonstram a capacidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos e refletem as diversas áreas de intervenção do EEER.

Prosseguindo com as competências comuns do EE, contempladas nos quatro domínios, julgamos que ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi demonstrada uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos, analisamos e interpretamos situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa, procurando a excelência dos cuidados. Em cada local de estágio integrámo-nos de forma gradual e progressiva na equipa multidisciplinar e demonstramos conhecimento da dinâmica de funcionamento dos locais. Foi necessário conhecer os protocolos existentes, bem como a estrutura local e os recursos existentes. Numa fase inicial observámos as intervenções do EEER e como este organiza o planeamento das mesmas. Consideramos também que foi demonstrada a capacidade de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, no exercício profissional enquanto EEER. A nossa prática de cuidados preocupou-se em assegurar o respeito da pessoa nas suas escolhas e decisões. Para isso, foi necessário desenvolver uma prática reflexiva sobre situações da prática clínica pertinentes à aprendizagem e desenvolver a capacidade de tomada de decisão com base nas necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade, segundo princípios, valores e normas deontológicas.

No sentido de desenvolver o domínio da melhoria contínua da qualidade, foi necessário incorporar conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados e desenvolver a capacidade de pesquisa acerca da melhor evidência disponível, de modo a

colmatar necessidades sentidas. Procedemos também à identificação das necessidades de aprendizagem nas equipas que integramos em contexto de estágio e realizamos ações de formação, bem como documentos que se revelaram pertinentes em cada contexto, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados praticados pelos profissionais.

Com vista ao desenvolvimento do domínio da gestão dos cuidados, preocupámo-nos em otimizar o trabalho de equipa e os recursos existentes, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Neste âmbito, foi imprescindível o conhecimento da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, bem como o desenvolvimento da priorização dos cuidados tendo em conta as diferentes situações clínicas.

No que respeita ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais procuramos desenvolver a capacidade de autoconhecimento, identificando fatores que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Aqui destacamos as reuniões informais periódicas realizadas com o enfermeiro orientador e docente orientador, com intuito de identificar e refletir sobre os aspetos positivos, negativos e aqueles que carecem de aperfeiçoamento na prestação de cuidados. Esta partilha permitiu melhorar a iniciativa, segurança e assertividade na prestação de cuidados. Importa também referir a nossa preocupação em identificar as temáticas que requerem ser aprofundadas através do conhecimento da realidade das instituições e serviços e das necessidades dos doentes a quem se prestam cuidados, bem como a nossa participação em articulação dos saberes teóricos com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. De salientar ainda a participação em eventos científicos através de pósteres sobre a temática em estudo. Estes momentos possibilitaram a divulgação dos resultados obtidos com a revisão narrativa da literatura previamente realizada.

Já tendo abordado as competências específicas do EEER e as competências comuns do EE, impera agora a necessidade de nos focarmos sobre as competências do grau de mestre. O percurso realizado e a oportunidade em realizar o estágio em realidades bastante distintas da nossa prática proporcionou conhecer e compreender outras dinâmicas, formas de fazer, potenciando a aquisição de conhecimentos e saberes enriquecedores e fulcrais para adquirir e aprofundar competências, permitindo

implementar com sucesso o projeto. De facto, consideramos que as aprendizagens adquiridas através dos estágios, as atividades realizadas e a elaboração do presente relatório, onde se realiza uma reflexão sobre os conhecimentos ganhos e a capacidade em aplicá-los na prática, contribuem para a aquisição das competências do grau de mestre, como preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação. Tendo por base o quadro de qualificações para o ensino superior em Portugal, verifica-se que o grau de mestre é atribuído a quem demonstre ter conhecimentos e os saiba aplicar, seja capaz de integrar novos conhecimentos, lidar com situações complexas, comunicar as suas conclusões de forma clara e ter competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo orientado e autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Debruçando-nos agora sobre o avanço da enfermagem julgamos que este relatório e a temática desenvolvida possibilitou a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da funcionalidade da pessoa não só com uma OR, mas com outras alterações do autocuidado. O percurso realizado permitiu melhorar a nossa prática e conhecer um novo espaço de ação, onde o EEER pode intervir de forma autónoma. Como foi possível compreender, este profissional é detentor de conhecimentos e competências que lhe oferecem a oportunidade de tornar a pessoa capaz de lidar com a mudança da sua condição, facilitar a adaptação das pessoas, impulsionando uma transição bem-sucedida, através da maximização das suas capacidades e da promoção do autocuidado. Aliados à necessidade de inovação e exploração do campo de atuação do EEER, importa refletir sobre o futuro da EEER, o nosso contributo para o avanço da profissão, as oportunidades e os desafios. Concordamos com Padilha (2021) ao referir que “a enfermagem, e a enfermagem de reabilitação atingiram uma maturidade disciplinar cujo desenvolvimento e a consolidação futura apenas é possível através da investigação” (p.708). O exposto desafia e responsabiliza os profissionais pela necessidade de desenvolver uma prática baseada na evidência, mas também através do desenvolvimento de modelos e teorias que orientem a prática de enfermagem de reabilitação e que preencham as lacunas do conhecimento. Para isso, são necessários mais estudos que aprofundem o cuidado da ER (Vargas et al., 2020). Considerando que vivemos uma sociedade cada vez mais competitiva, na qual os consumidores demonstram necessidades ilimitadas e os recursos são parcos, reside a necessidade constante de reorganização dos contextos da prática clínica, traduzindo-se em novos reptos profissionais que impulsionam a transcendência

do conforto pessoal e técnico-científico da ER (Rebelo & Araújo, 2021). Tomando como exemplo as repercussões da COVID-19 nas pessoas e nos próprios sistemas de saúde, surgiu um momento oportuno que evidenciou o contributo dos enfermeiros para a população e demonstrou também a importância dos EEER reaprenderem novas formas de trabalhar, apostando na tecnologia e na inovação. Cabe assim, ao EEER estar preparado e munido de conhecimentos técnico-científicos atuais e sistematizados que deem resposta aos desafios que lhe são colocados (Rebelo & Araújo, 2021).

Concluindo este percurso inicial, essencial para o começo de uma prática especializada no âmbito da ER, pretendemos em primeiro lugar integrar a equipa de reabilitação do serviço onde exercemos funções. Acreditamos que essa mudança poderia facilitar a missão de sensibilizar a equipa para o espírito da reabilitação. Corroborando com Hesbeen (2001, p. 64) “o espírito da reabilitação, além de omnipresente, deve ser cultivado por todos os membros da equipa”. Assim, acreditamos que o EEER deve constituir-se como uma referência dentro de uma equipa, contribuindo para otimizar respostas e a tomada de decisão clínica (Pestana, 2017b). Deste modo sugerimos que, para além de fazerem uma reflexão individual sobre o agir quotidiano, os enfermeiros organizem grupos de discussão que possibilitem a partilha de experiências e reflexão conjunta seria possível explicitar e analisar as razões que suportam as diferentes tomadas de decisão e delinear estratégias que evitem e ajudem a solucionar os problemas.

Seguidamente ambicionamos publicar um artigo com a revisão narrativa da literatura sobre a temática desenvolvida. No entanto, considerando a sua importância, a nossa maior ambição passa por implementar uma consulta pré-operatória na pessoa proposta a OR na instituição onde exercemos. Esta consulta permitiria à pessoa e família esclarecer dúvidas, potenciando um agir profissional focado na parceria com a pessoa, assumindo-a e responsabilizando-a pelo seu autocuidado e processo de recuperação. Esta consulta constituiria também uma oportunidade para efetuar uma avaliação multidimensional, incluindo a avaliação da funcionalidade e assim propor um programa de reabilitação pré-cirúrgica, onde seriam incluídos não só ensinamentos sobre os cuidados à cânula, mas também exercícios para reeducar a função respiratória e melhorar a condição física. Acreditamos que motivar para tal investimento não será um trajeto fácil e para que aconteça será necessário que os enfermeiros disseminem os ganhos em

saúde obtidos através das suas intervenções e, como já anteriormente demonstrado, intervir no pré, poderá diminuir o risco de complicações no pós-operatório.

Finalizando, o percurso realizado e neste relatório espelhado, foi bastante gratificante e enriquecedor, não só pela aquisição de novos conhecimentos, mas também pela possibilidade de transferir e aplicar na prática de cuidados as atividades incluídas no projeto de estágio e que se basearam na evidência científica disponível, com impacto na funcionalidade e vida das pessoas. Neste sentido, uma prática baseada na evidência constitui um desafio, mas também uma oportunidade para cumprir um desígnio fundamental da profissão: prestar cuidados de elevada qualidade. Reconhecemos ainda que a prática baseada na evidência, ao permitir dotar os serviços com profissionais comprometidos com a sua autoaprendizagem, promove melhores cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. de. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Formasau.
- Almeida, A., & Cardoso, A. (2014). Complicações da prótese fonatória: Como intervir. *ONCO.NEWS*, 26, 16–20. <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/81-art.pdf>
- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 329–335). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Anderson, K., Aito, S., Atkins, M., Biering-Sørensen, F., Charlifue, S., Curt, A., Ditunno, J., Glass, C., Marino, R., Marshall, R., Mulcahey, M. J., Post, M., Savic, G., Scivoletto, G., & Catz, A. (2008). From the 2006 NIDRR SCI measures meeting functional recovery measures for spinal cord injury: An evidence-based review for clinical practice and research. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31(2), 133–144. <https://doi.org/10.1080/10790268.2008.11760704>
- Anjos, V. M. (2020). *O familiar cuidador da pessoa com ostomia respiratória: satisfação com o planeamento do regresso a casa* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://web.esenfc.pt/?url=rWEGBaff%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/nxzjb>
- Azeiteiro, E. C. F. (2012). *Cuidar d´ELA (A pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica): Avaliação da Qualidade de Vida- Contributos para a Enfermagem* [Dissetação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15861>
- Baixinho, C. R. S. L. (2008). *Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur – revisão sistemática de literatura*. 79–86. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/8-7986.pdf>
- Barnabe, N. C., & Dell’Acqua, M. C. Q. (2008). Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 16(4). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zpngVg3px9NFwLDBfdMtD7r/?lang=pt>

- Barros, A., Portas, J., & Queija, D. (2009). *Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição Tracheotomy implication upon communication and swallowing*. 202–207. http://www.sbccc.org.br/wpcontent/uploads/2014/11/art_172.pdf
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67, 206–207. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-5451-8_105
- Boudreaux, A. M., & Simmons, J. W. (2019). Prehabilitation and optimization of modifiable patient risk factors: The importance of effective preoperative evaluation to improve surgical outcomes. *AORN Journal*, 109(4), 500–507. <https://doi.org/10.1002/aorn.12646>
- Burkhard, F. C., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F., Lemack, G. E., Nambiar, A. K., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., Ambühl, D., Bedretdinova, D. A., Farag, F., Lombardo, R., & Schneider, M. P. (2020). EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. Em *European Association of Urology*. <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/EAU-Guidelines-on-Urinary-Incontinence-2020.pdf>
- Canduela, P., González, I., Durban, R., Suárez, A., Secall, M., & Arias, P. (2018). nola de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española*, xx, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.01.003>
- Carli, F., Gillis, C., & Scheede-bergdahl, C. (2017). *Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient*. January. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1266081>
- Casinhas, V., & Nunes, S. (2015). O cuidador e a pessoa submetida a artoplasti total do joelho: recuperar em família. *Sinais Vitais*, 117, 20–25. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV117.pdf>
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. 237–257.
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 227–252). Lusodidacta.
- Cordeiro, M. do C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ªed.). Lusociência.

- Correia, T., Martins, M. M., & Barroso, F. (2021). A presença da família nos hospitais em tempos de pandemia e o paradoxo da segurança do doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 47–56. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.176>
- Cruchinho, P. J. M. (2021). Efectividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revisão da literatura. Em H.P.J. Souza (Ed.), *Políticas e práticas em saúde e enfermagem 2* (pp. 89–99). Atena.
- Cunha, M., Garcia, S., & Novo, A. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação à mulher idosa com incontinência urinária. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 627–639). Lidel.
- Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N. M. O., Coppetti, L. de C., Rossato, G. C., Gomes, J. S., & Silva, M. E. N. da. (2016). Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(e68373), 1–9. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/gCB5xxTX4wcSrGKfDBnDngQ/?lang=pt>
- Decreto-Lei n.º71/2019. (2019). Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. *Diário da República*, 1.ª série(N.º 101 — 27-05-2019), 2626–2642. [eli:https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf](https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf)
- Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 35–40). Lusodidacta.
- DGS. (2004). Lisboa 2004. *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*, 238.
- Dias, L. M., Bezerra, M. R., Barra, W. F., Nunes, R., & Rego, F. (2022). Planejamento antecipado de cuidados: guia prático. *Revista Bioética*, 30(3), 525–533. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303546PT>
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. *ResearchGate*, November, 1–20. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528>
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2011). *O Quadro de Qualificações do Ensino Superior em*

Portugal. Relatório da Comissão Internacional sobre a Verificação da Compatibilidade com o Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior. https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf

Direção Geral de Saúde. (2017). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

Duque, A. S., Gruner, H., Clara, J. G., Ermida, J. G., & Veríssimo, M. T. (2014). *Avaliação geriátrica*. https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F. G., Bimbatti, K. de F., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 404–429). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Faria, C., & Santos, J. (2009). Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado / Cuidador. *Onco News, III*(9), 6–15.

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. <https://gco.iarc.fr/today>

Ferlay, J., Laversanne, M., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*. <https://gco.iarc.fr/tomorrow>

Fernandez-Bussy, S., MAhajan, B., Folch, E., Caviedes, I., Guerrero, J., & Majid, A. (2015). Tracheostomy Tube Placement Early and Late Complications. *J Bronchol Intervent Pulmonol*, 22(4), 357–364. https://journals.lww.com/bronchology/fulltext/2015/10000/tracheostomy_tube_plac

ement_early_and_late.19.aspx

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família* (Lusociência (ed.)).
- Frade, A., Miguel, S., & Ferreira, Ó. (2017). Uso Da Tecnologia Na Comunicação Da Pessoa Laringectomizada: Boas Práticas De Cuidados. *Onco.news*, 35, 18–23. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131144229&site=ehost-live>
- França, A., Marques de Sousa, S., & Castelhana, P. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/adolescente. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 84–95). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Franco, M. de M. (2012). *Avaliação da função muscular do assoalho pélvico , incontinência urinária e função sexual em mulheres na pós-menopausa* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17142/tde-28052018-173249/publico/Maira.pdf>
- Freeman, S. (2011). Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 26(2). <https://doi.org/10.7748/ns.26.2.49.s52>
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 12–18). Lidel.
- Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 253–262). Lusodidacta.
- Gonçalves, G., Guterres, J., & Novais, S. A. de L. (2010). A Vivência da Transição numa Pessoa Laringectomizada. *Onco.news*, 14, 7–17. <http://www.aeop.net/sgc/RevistaOn/Articles/DOCS/60aa090809e870589b597438a33bb728>

- Graboyes, E. M., Kallogjeri, D., Zerega, J., Kukuljan, S., Neal, L., Rosenquist, K. M., & Nussenbaum, B. (2017). Association of a perioperative education program with unplanned readmission following total laryngectomy. *JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, *143*(12), 1200–1206. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2017.1460>
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação Criar novos caminhos*. Lusociência.
- Hirani, I., Siddiqui, A. H., & Khyani, I. A. M. (2015). Apprehensions and problems after laryngectomy: Patients' perspective. *Journal of the Pakistan Medical Association*, *65*(11), 1214–1218.
- Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *104*(12), 1374–1379. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x>
- Lei n.º 25/2012. (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital. *Diário da República*, 1ª Série(n.º 136 de 16-07-2012), 1–8. [eli:https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607](https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607)
- Lopes, M. (2021). Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Queimadura. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 363–374). Lidel.
- Luo, C., Yang, H., Chen, Y., Zhang, Z., & Gong, Z. (2014). Respiratory nursing interventions following tracheostomy in acute traumatic cervical spinal cord injury. *Cell biochemistry and biophysics*, *70*(1), 455–459. <https://doi.org/10.1007/s12013-014-9940-5>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *1*(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Mccormack, B., Borg, M., Dewing, J., & Jacobs, G. (2015). Person-centredness - the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, *5*, 1–15. <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4821&context=smhpapers>

- McCormick, M. E., Ward, E., Roberson, D. W., Shah, R. K., Stachler, R. J., & Brenner, M. J. (2015). Life after tracheostomy: Patient and family perspectives on teaching, transitions, and multidisciplinary teams. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 153(6), 1–7. <https://doi.org/10.1177/0194599815599525>
- Mehta, A., Wiener, R., & Reardon, C. (2016). Living with a Tracheostomy. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 194(3), P5–P6. <https://doi.org/10.1164/rccm.1943P5>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances Nursing Science*, 23(1), 12–18. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2014). *Parecer n.º13/2014*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer_13_2014_Formacao_Assegurada_por_Enfermeiro_Especialista_de_Reabilitacao.pdf
- Molenaar, C. J. L., Papen-Botterhuis, N. E., Herrle, F., & Slooter, G. D. (2019). Prehabilitation, making patients fit for surgery - a new frontier in perioperative care. *Innovative Surgical Sciences*, 4(4), 132–138. <https://doi.org/10.1515/iss-2019-0017>
- Monteiro, R. de O. P. (2019). *Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. <http://hdl.handle.net/10400.8/4853>
- Morais, I., & Seíça, A. (2012). A pessoa submetida a Ostomia Respiratória. Em *Estomaterapia: o saber e o cuidar* (Associação, pp. 5–16). Lidel.
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R. A., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 550–563). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

- Moreira Queirós, S. M., Vilaça de Brito Santos, C. S., Correia de Brito, M. A., & Soares Pinto, I. E. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 57–67. <https://doi.org/10.12707/RIV17010>
- Mormile, M., Balzano, B., Maniscalco, M., Iepparelli, G., Sanduzzi, A., Leone, C. A., & Sofia, M. (2003). Recurrent foreign body aspiration in the airways in a laryngectomized patient. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 129(1), 152–153. [https://doi.org/10.1016/S0194-5998\(03\)00356-5](https://doi.org/10.1016/S0194-5998(03)00356-5)
- Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E., & Gomes, V. (2015). *Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem*. 49(1), 82–88. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>
- Nakarada-Kordic, I., Patterson, N., Wrapson, J., & Reay, S. D. (2018). A Systematic Review of Patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy. *Patient*, 11(2), 175–191. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0277-1>
- Nascimento, V. R. D. (2019). *Proposta estruturada de Intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico* [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Beja]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28865>
- Neiva, R., Nogueira, M., & Pereira, A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 1–8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_in
- Neves, S. (2016). Cuidados à pessoa com estoma respiratório, de eliminação intestinal e vesical em cuidados paliativos. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 417–435). Faculdade de Medicina de Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. 8. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Padrão documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*, 60. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015d). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: concepts of practice*. Mosby.
- Otoni Neiva, R., Corrêa Nogueira, M., & Jimenez Pereira, A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *Revista Estima*,

18, 1–8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN

- Padilha, M. (2021). O futuro da formação em enfermagem de reabilitação: desafios e oportunidades. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 704–710). Lidel.
- Paganoni, S., Karam, C., Joyce, N., Bedlack, R., & Carter, G. T. (2015). Comprehensive Rehabilitative Care Across the Spectrum of Amyotrophic Lateral Sclerosis Sabrina. *NeuroRehabilitation*, 37(3), 53–68. <https://doi.org/10.3233/NRE-151240>
- Pereira, A. P. de S., Teixeira, G. M., Bressan, C. de A. B., & Martini, J. G. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 407–416. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000300012>
- Pereira, B. M. B. (2019). *Validação do formulário de avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação* [Dossertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31239>
- Pereira, M. A. R. (2018). *Caracterização das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* [Dissertação de Mestrado, Escola de Sociologia e Políticas Públicas]. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/18475>
- Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: um desafio, uma oportunidade. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 101–112). Lusodidacta.
- Pereira, R. S., Martins, M. M., & Machado, W. C. A. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 430–450). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Pestana, H. (2017a). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 47–56). Lusodidacta.
- Pestana, H. (2017b). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de*

Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (1ªed., pp. 77–88). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 3–14). Lusodidacta.

Piil, K., Juhler, M., Jakobsen, J., & Jarden, M. (2016). Controlled rehabilitative and supportive care intervention trials in patients with high-grade gliomas and their caregivers: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6, 27–34. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000593>

Pires, A. L. O. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais: Uma problemática educativa. *Sísifo - Revista de Ciências da Educação*, 2(2007), 5–20. <http://sisifo.fpce.ul.pt/?r=9&p=>

Portaria n.º 50/2017. (2017). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. *Diário da República*, 1ª série(N.º24 de 02/02/2017), 608–629. [eli:https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/50-2017-106388650](https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/50-2017-106388650)

Principles, R. A. (2014). *Modifiable Parameters and Their Default Values for Voice Activity Detection Decision Tree for Real-Time Voice Activity Detection*. 2012, 1929–1939.

Queirós, Paulo, Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Queirós, Pina, Joaquim, P., Vidinha, S., Sofia, T., Filho, D. A., & José, A. (2014). *Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*.

Queirós, S., Pinto, I., Brito, M., & Santos, C. (2021). Nursing Interventions for the Promotion of Tracheostomy Self-care: A Scoping Review Protocol. *ORL-Head & Neck Nursing*, 39(1), 12–15. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=149205915&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Queirós, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2015). Development of a Form to Assess the

- Self-Care Competence of the Person with a Tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(7), 51–60. <https://doi.org/10.12707/riv15010>
- Queirós, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº14), 57–68. <https://doi.org/10.12707/riv17010>
- Regan, E. N., & Dallachiesa, L. (2009). How to care for a patient with a tracheostomy. *Nursing, 39*(8), 34–39. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000358572.79112.bd>
- Regulamento n.º 101/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República, 2ª Série*(N.º 48 de 10-03-2015), 5948–5952. [eli:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série*(N.º26 de 06/02/2019), 4744–4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª série*(N.º 85 de 03-05-2019), 13565–13568. [eli:https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf](https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf)
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2ª Série*(N.º 184 de 25-09-2019), 128–155. [eli:https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf](https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf)
- Resolução da Assembleia da República n.º56/2009. (2009). Aprova a convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. *Diário da República, I Série*(N.º14 de 30-07-2009), 1–5. [eli:https://dre.tretas.org/dre/258431/resolucao-da-assembleia-da-republica-56-2009-de-30-de-julho](https://dre.tretas.org/dre/258431/resolucao-da-assembleia-da-republica-56-2009-de-30-de-julho)
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de Cuidados de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 58–66). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, <http://journal.um->

surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203

- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 48–57). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Rocha, C., & Redol, F. (2017). Intervenção de enfermagem coma pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 271–280). Loures: Lusodidacta.
- Saavedra, M., Pereira, F., Moreno, B., João, M., & Azevedo, V. (2020). Recomendações na Abordagem da Esclerose Lateral Amiotrófica Recommendations in the Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Revista da SPMFR I*, 32, 101–119.
- Sammut-Bonnici, T., & Galea, D. (2015). *SWOT Analysis*. i(January), 1–8. <https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom120103>
- Santos, C. A. S. (2019). *O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários - Revisão da Literatura* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5465>
- Santos, J., & Faria, C. (2009). Optimização de Ostomias de Ventilação. *Onco News, Ano III*(11), 14–24. <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/29-art.pdf>
- Santos, L. L. (2017). O processo de reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 15–24). Loures: Lusodidacta.
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 19–27). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Santos, R. P., Peres, R. R., Tres, D. P., Rosin, J., & Gemelli, L. M. G. (2015). Práticas assistenciais de enfermagem em um núcleo de ostomia: relato de experiência. *Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde*, 1(2), 137–142. <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/12293/9372>

- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in Nursing. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and Practice* (pp. 38–51). Springer Publishing Company.
- Shimoya-Bittencourt, W., Silva, A., Alencar, D., Arruda, T., Leite, C., & Salício, M. (2016). Alterações Funcionais em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço e a Atuação da Fisioterapia Nestas Disfunções: Estudo de Revisão. *Journal of Health Sciences*, 18(2), 129. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n2p129-133>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26(November), 35–40. <http://www.latindex.unam.mx>.
- Simões, A., & Simões, M. O. (2017). A Enfermagem de Reabilitação e a Pessoa Vítima de Queimadura. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 547–558). Lusodidacta.
- Soderhamn, O. (2000). Self-care Activity as a Structure : A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 183–189. <https://doi.org/10.1080/110381200300008724>
- Sousa, S. M., França, A., & Castelhana, P. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/adolescente com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 96–116). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Spito, A., & Cavaliere, B. (2019a). A therapeutic education program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the “diagnostic, therapeutic and assistance path”. *Acta Biomedica*, 90(11), 38–52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8849>
- Spito, A., & Cavaliere, B. (2019b). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the «Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path». *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(11-S), 38–52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8849>

- Stevens, K. A. (2011). Eliminação e continência urinária. Em S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ªed., pp. 351–386). Lusodidacta.
- Teixeira, T. R. da C. (2015). *Pessoa idosa com ostomia de respiração: das necessidades expressas à educação* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16466>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.
- Varanda, E., & Rodrigues, C. (2017a). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 145–158). Lusodidacta.
- Varanda, E., & Rodrigues, C. (2017b). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 215–226). Lusodidacta.
- Vargas, C. P., Zuchetto, M. A., Schoeller, S. D., Martins, M. M., & Honneth, A. (2020). Teoria de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório: nota pévia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 76–79. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.11.5813>
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação Enf Reab conceções e práticas. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 34–37). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 351–364). Loures: Lusodidacta.
- Williams, J. (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*, 21(13), 786–794. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.13.786>

ANEXOS

**Anexo I: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019)**

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
6.3 — Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	6.3.1 — Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.2 — Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. 6.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

7 — Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
7.1 — Promove a saúde do grupo alvo	7.1.1 — Identifica infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. 7.1.2 — Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. 7.1.3 — Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. 7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. 7.1.5 — Identifica as causas diretas e indiretas da morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico. 7.1.6 — Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. 7.1.7 — Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. 7.1.8 — Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
7.2 — Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	7.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de saúde sexual e reprodutiva. 7.2.2 — Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. 7.2.3 — Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. 7.2.4 — Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. 7.2.5 — Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
7.3 — Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	7.3.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbi-mortalidade materno-fetal. 7.3.2 — Cooperar com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

12 de maio de 2018. — A Bastonária, Ana Rita Pedrosa Cavaco.

312232282

Regulamento n.º 392/2019

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Preâmbulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a indepen-

dência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, identificam-se os títulos profissionais de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, estabelecendo no seu artigo 40.º que a Ordem atribui os títulos de: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

No caso da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, desenvolvimento do conhecimento, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, identifica-se a necessidade de incorporar continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialidade em enfermagem.

Para além disso, e ainda por força destas alterações, torna-se necessário definir um regime de compatibilização dos títulos de enfermeiros especialistas até aqui atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente quando perante a necessidade de revalidação do título.

Nesta conformidade, nos termos conjugados da alínea c) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, em 26 de janeiro de 2018, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 18 de abril de 2018.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea h), do n.º 1 do artigo 27.º e da alínea h), do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão ordinária no dia 12 de maio de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas i) e o) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o presente Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tendo-se verificado, em fevereiro de 2019, no dia seguinte ao fim do prazo, a concessão tácita da homologação pelo Ministério da Saúde, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 42.º, alínea h) do n.º 1 do artigo 27.º, alínea i) do artigo 19.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no n.º 3 do artigo 17.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, pelo que se procede à respetiva publicação:

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visam ser o enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são as seguintes:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 5.º

Norma revogatória

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 125/2011, aprovado pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, publicado na 2.ª série do *Diário da República* de 18 de fevereiro.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Competência

J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Descritivo:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.	<p>J1.1.1 — Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.1.2 — Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca; respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.</p> <p>J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.</p> <p>J1.1.4 — Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.</p> <p>J1.1.5 — Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.1.6 — Avalia o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na funcionalidade e autonomia.</p> <p>J1.1.7 — Diagnostica precocemente as respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p> <p>J1.1.8 — Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<p>J1.1.9 — Utiliza informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.</p> <p>J1.2.1 — Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.2.2 — Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.</p> <p>J1.2.3 — Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardíaco; respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde.</p> <p>J1.2.4 — Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).</p> <p>J1.2.5 — Identifica e gere os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.2.6 — Promove e dinamiza planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e ou incapacidade).</p> <p>J1.2.7 — Mobiliza conhecimentos no domínio de novas técnicas e tecnologias para a gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos.</p> <p>J1.2.8 — Desenvolve intervenções técnicas e tecnológicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.1 — Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.2 — Implementa programas de: reeducação funcional cardíaca; reeducação funcional respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).</p> <p>J1.3.3 — Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias para implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.4 — Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).</p> <p>J1.3.5 — Garante a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados.</p> <p>J1.4.1 — Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino.</p> <p>J1.4.2 — Reformula os objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida.</p> <p>J1.4.3 — Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino da funcionalidade.</p> <p>J1.4.4 — Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).</p>

Competência
J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.
Descritivo:

Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>	<p>J2.1.1 — Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado.</p> <p>J2.1.2 — Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico.</p> <p>J2.1.3 — Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.</p> <p>J2.1.4 — Promove ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J2.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.</p> <p>J2.2.2 — Sensibiliza a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas.</p> <p>J2.2.3 — Apoia a inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>J2.2.4 — Identifica barreiras arquitetónicas.</p> <p>J2.2.5 — Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e respeito pelas questões ergonómicas.</p> <p>J2.2.6 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e de alimentação.</p> <p>J2.2.7 — Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.</p> <p>J2.2.8 — Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.</p>

Competência
J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
Descritivo:

Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.	<p>J3.1.1 — Demonstra conhecimento com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora.</p> <p>J3.1.2 — Na concretização dos programas e planos de reabilitação funções cardíaca, respiratória e motora é tido em conta situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade.</p> <p>J3.1.3 — Ensina, instrui e treina sobre técnicas e tecnologias (incluindo a atividade e o exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde.</p> <p>J3.1.4 — Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão.</p>
J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.	<p>J3.2.1 — Monitoriza a implementação dos programas concebidos.</p> <p>J3.2.2 — Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa.</p> <p>J3.2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação quando implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.</p>

12 de maio de 2018. — A Bastonária, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

312232411

**Anexo II: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
(Regulamento n.º 122/2011)**

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

Artigo 9.º

Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

Artigo 10.º

Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de "Apto" e "Não apto", sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de "não apto", poderão repetir a prova seis meses depois.

Artigo 11.º

Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

Artigo 13.º

Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfazimento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea f) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea i) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do veredito na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) "Competências comuns": 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;

b) "Competências específicas": são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) "Competência Acrescida": os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) "Certificação de competências": o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) "Reconhecimento": o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) "Domínio de competência": uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) "Descritivo de competência": a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) "Unidade de competência": é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) "Critérios de avaliação": compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**Competência**

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados**Competência**

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve "negociar com" ou "referenciar para" outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.

Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Conscientiza a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

**Anexo III: Certificado curso avançado de massagem terapêutica e aplicação de
bandas neuromusculares**

CERTIFICADO

*PROFESSORA DOUTORA MARTA GIBERT AIRES DE SOUSA, Presidente do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, certifica para os devidos efeitos que **Liliana Castanheira Rebelo** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 19, 20, 26 e 27 de novembro de 2021, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.*

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

Lisboa, 10 de dezembro de 2021.

*A Responsável dos Serviços Académicos
do Ensino Pós-Graduado*



Dr.ª Manuela Vasconcelos Maia

A Presidente do Conselho de Direção



Prof.ª Doutora Marta Aires de Sousa

APÊNDICES

Apêndice I: Projeto de Estágio

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Promoção do
Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória**

Liliana Rebelo nº 2822

**Lisboa
Setembro 2021**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Promoção do
Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória**

Liliana Rebelo nº 2822



Profª Doutora Maria do Céu Sá



**Lisboa
Setembro 2021**

LISTA DE SIGLAS

CCP- Cancro da Cabeça e do Pescoço

DGS- Direção Geral da Saúde

EBSCO – Elton B. Stephens Company

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICN – *International Council of Nurses*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OR – Ostomia Respiratória

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.1 Ostomia Respiratória	11
1.2 A Problemática Vivenciada pela Pessoa com Ostomia Respiratória.....	14
CAPÍTULO II. REFERÊNCIAL TEÓRICO	16
2.1. O Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória	17
2.1.1 Teoria do Autocuidado.....	17
2.1.2 Teoria do Défice de Autocuidado	19
2.1.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem	20
2.2. A Transição para uma vida com uma Ostomia Respiratória	20
CAPÍTULO III: A INTERVENÇÃO DO EEER NA PROMOÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM OSTOMIA RESPIRATÓRIA	24
3.1. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que Promovem o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória.....	26
3.1 Fatores que Condicionam a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	34
3.2 Resultados da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Ostomia Respiratória	36
CAPÍTULO IV. PLANEAMENTO DE AÇÃO.....	38
4.1 Competências Específicas do EEER.....	38
4.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	
Anexo I: Exemplos de Cânulas Respiratórias	
Anexo II: Histórico de Pesquisas na base de dados CINAHL	
Anexo III: Histórico de Pesquisas na base de dados MEDLINE	

APÊNDICES

Apêndice I: Análise dos artigos incluídos na Revisão Narrativa da Literatura

Apêndice II: Apresentação Intercalar

Apêndice III: Apresentação Final

Apêndice IV: Cronograma

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Objetivos Específicos para desenvolver Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	41
Tabela 2. Objetivos Específicos para desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Percurso metodológico (fluxograma)	26
--	----

INTRODUÇÃO

A crescente incidência do Cancro da Cabeça e Pescoço (CCP) tem contribuído para o aumento significativo do número de pessoas portadoras de Ostomia Respiratória (OR). Assim, verifica-se que, cada vez mais existem pessoas ostomizadas, tanto em ambiente hospitalar como na comunidade, sendo fulcral a capacitação da pessoa para a vida com uma ostomia (Queirós et al., 2017).

Para Gonçalves et al. (2010), o diagnóstico de cancro dispõe a pessoa perante um desafio ou uma ameaça à sua integridade física e psicológica. Quando este cancro se encontra na zona da cabeça ou pescoço, compreende-se que este desafio se torne ainda maior pelo facto de esta região se encontrar muito exposta. As pessoas com este diagnóstico vivenciam uma situação de transição, fomentada pelas hipóteses terapêuticas (cirurgia, radioterapia e quimioterapia). De acordo com Meleis & Trangenstein (1994), a enfermagem pretende facilitar os processos de transição vivenciados pela pessoa, que requerem a mudança de comportamentos, desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimentos, de modo a restaurar a estabilidade perdida (Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis et al., 2000).

Segundo Queirós et al., (2021), a OR constitui um evento crítico que implica mudanças significativas na vida da pessoa, principalmente ao nível da respiração, comunicação, deglutição, autoimagem e no autocuidado. No que diz respeito ao autocuidado, a pessoa pode apresentar um compromisso ou dependência, necessitando de apoio ou substituição para a sua execução (Pereira, 2019). Sendo o autocuidado um conceito central na disciplina de Enfermagem e assumindo-se como um foco da atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), uma vez que este, no seu exercício profissional, cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, é do seu dever promover a qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Considerando este pressuposto, a aquisição da competência para o autocuidado é impulsionadora de uma transição saudável para a vida com a OR (Queirós et al., 2021).

De acordo com Pereira (2019), a promoção do desenvolvimento de competência de autocuidado à OR assenta no campo de intervenção autónoma do enfermeiro. Contudo, apesar de reconhecida a pertinência do tema, o corpo de conhecimentos atualmente existente é reduzido, existindo poucos trabalhos e publicações científicas.

Assim, consideramos relevante a realização do presente projeto que tem como tema a “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória”. A sua pertinência é justificada pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação ao identificar como área prioritária a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Este projeto insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), realizado sob a orientação tutorial da Professora Doutora Maria do Céu Sá, e apresenta-se como um guia para o estágio que será realizado no terceiro semestre deste curso no serviço de [REDACTED] e na [REDACTED]. Importa também referir que é pretendido desenvolver competências de grau de Mestre segundo os Descritores de Dublin, que qualificam o 2º ciclo de formação, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as Competências Específicas do EEER, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), demonstrando o percurso planeado para a aquisição dessas mesmas competências.

No que concerne aos objetivos gerais, pretende-se: 1) desenvolver competências de EEER na promoção do autocuidado da pessoa com OR, tendo em vista a sua funcionalidade e reinserção familiar/social; 2) desenvolver competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e 3) desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A escolha deste tema para o projeto tem como origem motivos pessoais, profissionais e científicos. Nos últimos quatro anos temos exercido atividade profissional enquanto Enfermeiros Generalistas num serviço de cirurgia de Otorrinolaringologia,

Cabeça e Pescoço e Endocrinologia do [REDACTED]. Como tal, sentimos uma responsabilidade profissional que conduziu à necessidade de adquirir e desenvolver competências especializadas, que possibilitassem uma atuação profissional mais adequada e que se traduza em ganhos de saúde para pessoa com OR, família e comunidade. Assim, com o objetivo de identificar a evidência disponível relacionada à intervenção do EEER para a promoção do autocuidado da pessoa com OR, foi elaborada uma questão de investigação utilizando o método PCC que serviu como ponto de partida para a presente revisão narrativa da literatura: “Quais as intervenções do EEER que promovem o autocuidado na pessoa com OR?”.

Com o intuito orientar este projeto, procurou-se alicerçar o mesmo no modelo teórico defendido por Dorothea Orem, a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado e na Teoria de médio alcance das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis.

Este documento encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, onde é realizada uma contextualização relativamente à OR e da problemática vivenciada pela pessoa com OR. O segundo capítulo identifica e desenvolve as teorias que suportam o projeto. O terceiro capítulo, inerente à revisão narrativa da literatura, são descritas as intervenções do EEER que promovem o autocuidado da pessoa com OR. O quarto capítulo é apresentado o planeamento do ensino clínico (EC), os respetivos objetivos e atividades para estágio que permitirão desenvolver e atingir as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER.

Na redação deste projeto foram consideradas as regras do novo acordo ortográfico. Para as referências bibliográficas recorreu-se às normas da Associação Americana de Psicologia (7ª edição).

Palavras-Chave: Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação, Ostomia Respiratória;

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para compreender a intervenção do EEER na pessoa com OR, torna-se necessário explorar a problemática vivenciada pela pessoa e/ou seu cuidador. Neste sentido, sentiu-se a necessidade de adquirir conhecimentos sobre as alterações decorrentes da colocação de uma OR, bem como as repercussões no autocuidado na pessoa.

1.1 Ostomia Respiratória

Para facilitar a compreensão das alterações que uma OR acarreta, importa rever algumas noções anatômicas e fisiológicas. A laringe é um órgão que se encontra na parte frontal superior do pescoço e na extremidade superior do trato respiratório, entre a traqueia e a base da língua. Divide-se em três regiões: supra-glote, glote e sub-glote. Na cavidade laríngea estão localizados as cordas vocais e as pregas vestibulares (Almeida & Cardoso, 2014). A laringe constitui um importante órgão do aparelho respiratório altamente diferenciado, pois desempenha não só a função respiratória, como também esfinteriana, protetora das vias aéreas inferiores na entrada de corpos estranhos, função fonatória (pela vibração das cordas vocais) e digestiva (Morais & Seíça, 2012; Almeida & Cardoso, 2014). Além disso, ao fechar-se completamente pela contração muscular esfinteriana, evita a saída do ar que preenche os pulmões, possibilitando a realização de determinados esforços fisiológicos como o trabalho de parto, o levantamento de pesos com os membros superiores e também o ato de eliminação intestinal (Morais & Seíça, 2012).

A OR consiste num procedimento cirúrgico, programado ou emergente, no qual é realizada uma incisão vertical ao nível do terceiro ou quarto anel traqueal, na região anterior do pescoço, acima do esterno e abaixo da cartilagem cricoide, onde é inserida uma cânula com o objetivo de vencer um obstáculo ao nível da laringe que impede a chegada de ar aos pulmões, garantindo a permeabilidade da via aérea (Morais & Seíça, 2012). As referências mais antigas sobre este procedimento datam o ano 2000 a.C e foram

encontradas em escrituras Hindu. Na Europa está descrito que em 1546 este procedimento cirúrgico foi realizado com sucesso por António Musa Brasavola (Cheung & Napolitano, 2014).

As indicações para a realização de uma OR residem: a) obstrução das vias aéreas superiores (por cancro, deformidades congénitas, infeção/inflamação, traumatismo, presença de corpo estranho), b) necessidade de proteção da árvore brônquica em pessoas com risco de aspiração, insuficiência respiratória, traumatismos faciais ou cervicais, c) necessidade de acesso facilitado à via aérea inferior para aspiração de secreções e ainda d) a manutenção de uma via aérea estável em doentes que requerem ventilação mecânica prolongada (Morais & Seíça, 2012; Direção Geral da Saúde, 2016).

Ao ser realizada, a OR poderá ter um carácter provisório ou definitivo. Quando é definitivo, designa-se por traqueostomia, sendo este um procedimento de maior complexidade, que integra a realização de uma abertura cirúrgica na traqueia, seguida de sutura do orifício cutâneo subjacente à pele. Ou seja, é confeccionado um traqueostoma (Morais & Seíça, 2012). Geralmente efetua-se nas laringectomias totais e na presença de problemas graves na deglutição (como por exemplo na glossectomia). Neste sentido, a respiração passa a realizar-se exclusivamente pelo orifício da traqueostomia (Morais & Seíça, 2012).

Dirigindo a atenção agora para o cancro da laringe, este, quando surge, conduz à necessidade de realização de uma laringectomia total com a confecção de uma traqueostomia, ameaçando fortemente a vida e o bem-estar da pessoa. A laringe constitui um dos locais mais frequentes para o aparecimento de Cancro da Cabeça e do Pescoço (CCP), representando cerca de 25% dos tumores dessa região. Estima-se que o CCP seja cinco vezes mais comum nos homens do que nas mulheres e possa ocorrer com maior frequência em pessoas com idade superior a 60 anos (Morais & Seíça, 2012). Constitui o 6º cancro mais prevalente a nível mundial, com 9,2% dos casos, sendo responsável por 4,6% das mortes por cancro (Neiva et al., 2020). No ano de 2020, a nível mundial, foram diagnosticados 184615 novos casos de Cancro da Laringe e em Portugal 529 novos casos (Ferlay, et al., 2020). De acordo com este pressuposto, constata-se que o aumento da incidência do CCP contribui fortemente para o crescente número de pessoas com traqueostomia (Queirós et al., 2017).

Segundo J.Santos & Faria (2009), para a confecção de uma OR é necessário uma técnica rigorosa, um ambiente cirúrgico adequado, escolher corretamente as cânulas, e proporcionar cuidados pós-operatórios adequados, com o objetivo de prevenir complicações.

No que diz respeito à cânula de OR, esta consiste numa peça de forma angulada, oca, que tem como função modelar ou manter aberto o estoma e a permeabilidade das vias aéreas (J. Santos & Faria, 2009). A seleção do tipo e do tamanho de cânula tem como propósito provocar o menor malefício possível nível da traqueia e promover a adaptação da pessoa à mesma (Neves, 2016). As cânulas poderão ser duplas, ou seja, constituídas por uma cânula interna e uma cânula externa, ou simples, constituídas por uma peça única. As cânulas duplas são as mais indicadas nos portadores de traqueotomia pois permite que os cuidados traqueais sejam realizados em segurança. Estas cânulas poderão ainda ter uma abertura, designando-se por cânulas fenestradas, sendo indicada a sua utilização em pessoas traqueotomizadas, uma vez que não existe uma separação definitiva com a via aérea superior, havendo possibilidade de passagem de ar pela laringe para fonação (Neves, 2016). As cânulas podem também possuir um cuff (balão), sendo utilizadas em pessoas submetidas a ventilação assistida, ou quando existe risco de aspiração de saliva, alimentos ou outros produtos orgânicos para a árvore traqueobrônquica. A utilização do cuff requer monitorização, de modo a evitar que pressões elevadas comprometam a irrigação capilar da traqueia, podendo daí resultar isquemia da mucosa (Neves, 2016). Os diferentes tipos de cânulas de OR descritas encontram-se figuradas no Anexo I.

Os objetivos da otimização da OR passam por manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir infeção a nível da ostomia e da pele envolvente, prevenir infeções respiratórias e manter a pessoa em segurança (J.Santos & Faria, 2009; Neves, 2016). Contudo, após a confecção de uma OR, poderão ocorrer múltiplas complicações pós-operatórias. Estas podem ser classificadas como imediatas ou tardias. Nas complicações imediatas incluem-se: a) obstrução das vias aéreas como consequência da produção excessiva de secreções ou pelo incorreto posicionamento da cânula, b) hemorragia pela traqueostomia, c) enfisema subcutâneo d) infeção e deiscência de sutura operatória. Nas complicações tardias, podem ocorrer fístula traqueoesofágica (resulta de uma incisão

profunda aquando da abertura traqueal, o que provoca a rotura da parede esofágica), estenose na área da abertura da traqueia ou na zona de pressão do cuff e disfagia (Morais & Seíça, 2012).

As pessoas ostomizadas são definidas como portadoras de estomas, caracterizadas por um conjunto de necessidades, reações e comportamentos próprios, intimamente relacionados com a sua personalidade e identidade, mas que partilham de um conjunto de necessidades comuns resultantes da presença da ostomia (Direção Geral de Saúde, 2017) Neste sentido, a Enfermagem deve direcionar a sua prática e atenção não só para as respostas à doença, mas também para os significados, sentimentos e vivências internas experienciadas pela pessoa, o que possibilitará uma profunda compreensão sobre as suas reais necessidades e conseqüentemente aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Pereira, 2019).

1.2 A Problemática Vivenciada pela Pessoa com Ostomia Respiratória

A realização de uma OR, provisória ou definitiva, tem como finalidade a melhoria da condição de saúde ou da qualidade de vida da pessoa. Porém, os desafios que a formação de uma OR acarreta podem ter um impacto significativo em diversos aspetos da vida da pessoa, principalmente ao nível fisiológico, psicológico, interação social, cultural e, sobretudo, no seu autocuidado (Morais & Seíça, 2012).

Segundo Queirós et al. (2017), as alterações funcionais ocorrem principalmente a nível da respiração, na comunicação, na deglutição e na autoimagem. Todas estas alterações poderão causar insegurança, medo e constrangimento. De acordo com um estudo realizado por Hirani et al. (2015) a 125 pessoas laringectomizadas no Paquistão, relativamente às suas inquietações após a realização da traqueostomia, revelou que 67% se preocupavam com a perda da voz; 64% verbalizaram incertezas financeiras e 44% referiram preocupações relacionadas com a perda de emprego, devido às mudanças físicas e das suas capacidades conseqüentes da cirurgia. Também foram verbalizadas outras preocupações relacionadas com as atividades sociais, e com a autoimagem (Hirani et al., 2015). Neste sentido, as ações de educação e orientação desenvolvidas pelo

enfermeiro são necessárias para preparar a pessoa para enfrentar a sua nova condição (Neiva et al., 2020). Segundo Moraes & Seiza (2012) os cuidados e os ensinamentos realizados a estas pessoas e aos seus familiares representam um desafio significativo para os profissionais de saúde. A intervenção do enfermeiro ultrapassa a simples execução técnica dos cuidados, sendo fundamental o seu papel educativo, ao promover/reforçar o autocuidado (J. Santos & Faria, 2009).

CAPÍTULO II. REFERÊNCIAL TEÓRICO

O pensamento teórico em enfermagem tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual. A teoria tem sido definida como uma explicação sistemática de um fenómeno no qual são identificados os componentes e os conceitos, são propostos os relacionamentos e são construídas previsões (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003, citados por Queirós, 2014). Para ser útil, uma teoria deve ser significativa, e, principalmente, compreensível. Seguindo este pressuposto, e com o intuito orientar este projeto, procurou-se alicerçar o mesmo na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado defendida por Dorothea Orem e na Teoria de médio alcance das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis.

Para Queirós (2014), a capacidade para o autocuidado é inerente ao ser humano e ao seu desenvolvimento. Segundo o mesmo autor, o autocuidado é universal, não se cinge às atividades da vida diária, nem às atividades instrumentais da vida diária. Ou seja, é abrangente a todos os aspetos vivenciais e, ao mesmo tempo que nos desenvolvemos, adquirimos competências que permitem a nossa autonomia. Contudo, ao longo do ciclo vital, a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio, quando, por variadas razões, perante situações de transição, a mesma não se consegue adaptar favoravelmente (Queirós et al., 2014).

De acordo com Söderhamn (2000), a capacidade para o autocuidado só está presente quando a pessoa tem capacidade para desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar. Por sua vez, este pensamento remete para o conceito de transição desenvolvido por Meleis, definido como uma mudança significativa na pessoa, quando exposta a estímulos e novos conhecimentos, o que pode gerar um novo comportamento ou outra definição de si mesma no contexto social. Também durante a transição, a capacidade do indivíduo para determinar e gerir as suas necessidades e construir respostas adaptativas pode encontrar-se alterada, sendo necessário um período de adaptação (Queirós et al., 2014). Este facto justifica a relação entre a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado e a teoria de médio alcance das transições, bem como a aplicabilidade neste projeto.

2.1. O Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória

Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado defendida por Dorothea Orem inclui três teorias inter-relacionadas, nomeadamente: 1) teoria do autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). As três teorias que integram a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado serão seguidamente exploradas.

2.1.1 Teoria do Autocuidado

O autocuidado é um conceito que pode ter diferentes significados noutras disciplinas. Contudo, Orem et al. (2001) definiu-o e estruturou-o de forma singular (Tomey & Alligood, 2004) como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal (Queirós et al., 2014). Constitui uma função regulatória humana que as pessoas desempenham de forma deliberada, ou seja, por si mesmos ou através de alguém que execute por elas (cuidados dependentes), de modo a preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Têm como foco a prevenção, alívio, cura ou controlo de condições indesejáveis que afetam, ou podem vir a afetar, a vida, saúde e o bem-estar da pessoa (Orem et al., 2001).

Existem condicionantes básicos que podem afetar a ação do autocuidado, ou seja, na capacidade dos indivíduos em participar no autocuidado. Estes condicionantes envolvem os domínios: a) cognitivos, que dizem respeito ao conhecimento da condição de saúde e habilidades cognitivas para cumprir a ação do autocuidado (ex: capacidade de tomar decisões); b) físico, que se referem à capacidade física dos indivíduos realizarem a ação de autocuidado; c) emocional ou psicossocial, isto é, a motivação, atitudes, valores,

percepção de competência para realizar a ação do autocuidado; e d) comportamento, ou seja, ser detentor das habilidades para levar a cabo os comportamentos de autocuidado (Petronilho & Machado, 2017)

Segundo Orem et al. (2001) existem também três tipos de requisitos de autocuidado, sendo eles os universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Estes são entendidos como os objetivos que devem ser alcançados através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros.

De forma mais específica, os requisitos de autocuidado universais, tal como o próprio nome indica, são comuns aos seres humanos, durante todas as etapas do ciclo de vida. Estão associados aos processos de vida, manutenção da integridade, estrutura e do funcionamento humano. Existem oito tipos de requisitos universais, nomeadamente: 1) manutenção de uma quantidade suficiente de ar; 2) manutenção suficiente de ingestão de água; 3) manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; 4) provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; 5) manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso; 6) manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; 7) prevenção de perigos à vida humana, funcionamento e bem-estar do ser humano; e 8) promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, mediante o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal (Orem et al., 2001).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento emergem consoante as etapas do ciclo de vida da pessoa, condições e circunstâncias em que vive e que necessitam de ser avaliadas para uma melhor compreensão. Estes requisitos têm como objetivos: 1) fornecer as condições e promover comportamentos preventivos de efeitos nocivos durante o desenvolvimento e 2) providenciar condições e experiências que minimizem ou ultrapassem os efeitos prejudiciais do desenvolvimento, tais como a privação de educação, problemas de adaptação social, entre outros.

Por sua vez, os requisitos de autocuidado no desvio de saúde referem-se a situações que surgem da doença, incapacidade ou tratamento e que não permitem a satisfação do autocuidado.

2.1.2 Teoria do Défice de Autocuidado

Esta teoria é a constituinte central da teoria desenvolvida por Orem et al. (2001) e descreve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem.

Segundo Orem (2001), todas as pessoas têm o potencial para se autocuidar, por possuírem habilidades, conhecimentos e por adquirirem experiência ao longo da vida. Contudo, nas situações em que as exigências do autocuidado superam a capacidade da pessoa, surge um défice no autocuidado e necessitam de suporte. De facto, segundo Petronilho & Machado (2017), a dependência no autocuidado assume-se como um foco central no processo de cuidados dos EEER, no sentido de capacitar a pessoa no desempenho das atividades que integram cada um dos diversos domínios do autocuidado. Importa também referir que a enfermagem deve estar presente nestas situações e quando o cuidador não demonstra habilidade para responder à necessidade de autocuidado da pessoa. Perante a avaliação do défice de autocuidado, é permitido ao enfermeiro adequar a sua intervenção. Neste sentido, Orem et al. (2001) identifica cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer pela pessoa; 2) guiar e orientar o outro; 3) apoiar física e psicologicamente; 4) providenciar um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal; e 5) ensinar o outro.

Considerando a pessoa com OR, é possível identificar que os estes cinco métodos de ajuda são aplicáveis, permitindo a promoção da saúde, prevenção de complicações e otimização do potencial da pessoa antes e depois da OR. De modo a comprovar esta afirmação, é importante reportar a Norma nº 011/2016, da DGS, referente às traqueostomias, que descreve que o enfermeiro é responsável pelo acompanhamento do processo de desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, pela avaliação da eficácia das intervenções implementadas. A intervenção deve ser iniciada no período pré-ostomia e reforçada no período pós-operatória e incluir o ensino, treino, supervisão e apoio no desenvolvimento de habilidades de autocuidado da OR (Direção Geral de Saúde, 2017).

2.1.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Esta teoria determina como os enfermeiros, as pessoas ou ambos, fornecem resposta às necessidades de autocuidado. De facto, os cuidados de enfermagem são necessários perante um défice de autocuidado, entre as ações de autocuidado que a pessoa consegue realizar e as que precisam de ser realizadas de modo a manter o funcionamento pretendido. Existem três classificações de sistemas de enfermagem descritas por Orem et al. (2001): 1) sistema totalmente compensatório, que se refere às situações em que os indivíduos são totalmente dependentes de outros e não conseguem envolver-se nas ações de autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, respeitante às situações em que o enfermeiro ajuda a pessoa naquilo que não é capaz de realizar por si só; e 3) sistema apoio-educativo, quando o indivíduo tem capacidade para realizar o autocuidado, mas necessita dos enfermeiros para o supervisionar e ensinar na realização das ações.

De acordo com Orem, o processo de enfermagem é considerado um sistema que permite diagnosticar as necessidades de cuidados, planear e intervir. Para que isso seja possível, é necessário identificar os requisitos de autocuidado, determinar as competências para o autocuidado, bem como a necessidade terapêutica, mobilizar as competências do enfermeiro e planear a intervenção de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). Esta perspetiva vai ao encontro das competências específicas do EEER, uma vez que este avalia e identifica os problemas reais e potenciais da pessoa com necessidades especiais, concebem, implementam e avaliam planos de intervenção, dos quais resultam ganhos de saúde significativos (Pestana, 2017a). Seguindo este raciocínio e reportando para o caso da pessoa com OR, é possível reconhecer que EEER desenvolve um papel crucial junta destas pessoas, bem como da sua família.

2.2. A Transição para uma vida com uma Ostomia Respiratória

Considerando agora teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis, a relação entre o enfermeiro e o cliente ocorre frequentemente durante uma transição, sendo esta definida como uma mudança de um estado estável para outro estado estável. De forma mais concreta, refere-se a uma mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades (Schumacher & Meleis, 2010; Meleis, 2010).

Existem quatro tipos de transições: a) transição de desenvolvimento, respeitantes ao ciclo de vida; b) transição situacional, conduzem à mudança de papéis; c) transição de saúde-doença, integra mudanças súbitas de papel resultante da passagem de um estado saudável para um de doença, quer aguda, quer as mudanças graduais de saudável para doente e vice-versa e, ainda, a mudança de um papel saudável para um de doença crónica e d) transição organizacional que pode ser despoletada por mudanças no ambiente social, político ou económico ou por mudanças organizacionais nas estruturas ou dinâmicas (Meleis, 2010).

As transições constituem fenómenos pessoais. Ou seja, cada indivíduo vivencia a transição de forma particular e com os recursos que dispõe. Quando uma transição ocorre, a mesma requer que a pessoa tenha perceção, conhecimento e reconhecimento das mudanças que lhe estão a ocorrer naquele momento (Chick & Meleis, 1986). As transições conduzem a mudanças e diferenças, sendo elementar compreender os efeitos e significados dessas mudanças para cada pessoa. Deste modo, as mudanças devem ser analisadas quanto à sua natureza, temporalidade, gravidade e às expectativas pessoais, familiares e sociais (A. I. Meleis et al., 2000).

No decorrer da transição podem existir pontos críticos, que constituem pontos de mudança que influenciam o curso da transição. A identificação desses pontos possibilita compreender as fases da transição, sendo fundamental avaliá-los e descrevê-los, de modo a antecipar e prever resultados bem como fornecer apoio e orientação aos indivíduos (Martins et al., 2018).

Os significados e perceções pessoais são influenciados e influenciam o decurso de uma transição. Assim, existem um conjunto de condicionantes pessoais, comunitárias e sociais que afetam os processos de transição (A. I. Meleis et al., 2000). Partindo deste pressuposto, para compreender a experiência vivenciada pela pessoa, é essencial que o Enfermeiro investigue quais as condições pessoais e/ou ambientais que poderão intervir

na progressão para uma transição saudável (A. I. Meleis et al., 2000). As condições pessoais dizem respeito à preparação e ao conhecimento anterior, aos significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição, às crenças e atitudes culturais e ao status socioeconómico. Por sua vez, as condições da comunidade e da sociedade estão relacionadas com a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos (A. I. Meleis et al., 2000).

Durante a transição, existem indicadores de processo que permitem monitorizar o padrão de resposta do cliente, possibilitando identificar se este se encontra na direção de saúde e bem-estar ou de experienciar vulnerabilidade e riscos. Estes indicadores integram: sentir-se ligado (a redes de apoio a nível social, como família, amigos e/ou profissionais de saúde), o interagir (com pessoas na mesma situação, familiares, cuidadores e profissionais de saúde) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos em resposta às transições, o estar situado (permite que a pessoa se desprenda do seu passado e enfrente novos desafios) e o desenvolver confiança e *coping* (manifestada pela compreensão da necessidade de mudança e desenvolvimento de estratégias para lidar com a situação). Por sua vez, os indicadores de resultado referem-se à mestria. Ou seja, ao domínio de novas competências e à integração da identidade. A capacidade da pessoa para desenvolver novas habilidades é essencial para realizar uma transição saudável (Meleis, 2010).

Os enfermeiros apoiam os clientes, famílias e comunidades a lidar com as transições, antecipando respostas, avaliando o processo, fornecendo orientações e facilitando o desenvolvimento de ações de autocuidado (Meleis, 2010). A intervenção do enfermeiro permite facilitar respostas saudáveis ao processo de transição, apoiando as pessoas a adquirir comportamentos saudáveis, mediante a) o esclarecimento de papéis, competências e significados; b) fornecimento de conhecimento; c) estabelecimento de objetivos; d) identificação dos pontos críticos; e) fornecimento de recursos; f) acesso a grupos de referência e modelos; e g) questionamento após o evento (Meleis, 2015). Assim, os enfermeiros constituem os profissionais de eleição para cuidar dos indivíduos que estão a vivenciar uma transição, uma vez que preparam a pessoa, prestam atenção às mudanças e diferenças ocorridas e facilitam o processo de aquisição de novos conhecimentos e habilidades (A. I. Meleis et al., 2000).

Independentemente do que tenha levado a pessoa a ser portadora de uma OR, e do carácter temporário ou definitivo da mesma, todas as pessoas recentemente ostomizadas necessitam de um reajuste no desempenho de várias atividades de vida diária, bem como o desenvolvimento de novas competências indispensáveis na reconstrução da sua autonomia para o autocuidado (Morais & Seica, 2012). Para além da necessidade de obter novos conhecimentos, é fundamental que a pessoa adquira habilidades instrumentais que lhe permitam cuidar e viver com a OR (Anjos, 2020).

Assim, os enfermeiros são fundamentais para a identificação e compreensão das transições, permitindo estabelecer terapêuticas de enfermagem focadas na aquisição de novas competências. Estes profissionais desempenham um papel de facilitador do processo de transição saúde/ doença, uma vez que ajudam a agregar novos conhecimentos e ajustar comportamentos para enfrentar a nova condição (Meleis, 2010). Neste sentido, é possível entender que, no cuidado à pessoa com OR, o enfermeiro encontra-se em situação privilegiada para antecipar ou detetar os indicadores que podem facilitar a transição saudável. Importa ainda referir que, numa perspetiva da continuidade de cuidados, perante a ausência de profissionais de saúde no contexto domiciliário, surge a necessidade de capacitar os membros da família que se assumem como cuidadores, sendo estes um recurso imprescindível nas respostas adequadas às necessidades da pessoa com OR. Pelo que a capacitação da pessoa e do seu familiar cuidador é cada vez mais um importante campo de intervenção do enfermeiro (Anjos, 2020).

CAPÍTULO III: A INTERVENÇÃO DO EEER NA PROMOÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM OSTOMIA RESPIRATÓRIA

Após a definição do conceito principal, bem como da problemática vivenciada pela pessoa com OR, é possível reconhecer a pertinência da temática na enfermagem de reabilitação, uma vez que a atuação do EEER se traduz em ganhos para o autocuidado. Assim, com o objetivo de dar resposta à questão de investigação “Quais as intervenções do EEER que promovem o autocuidado na pessoa com OR?” e às subquestões “Quais os fatores que condicionam essa intervenção?” e “Quais os resultados dessas intervenções?” foi realizada uma Revisão Narrativa da Literatura. Neste sentido, importa clarificar que o título, questão orientadora e os critérios de inclusão deste projeto foram estruturados de acordo com os elementos centrais da mnemónica PCC (P: População, C: Conceito e C: Contexto), sendo esta a estratégia usada na *scoping review*.

A estratégia de pesquisa integrou três etapas. Numa fase inicial foi realizada uma pesquisa na MEDLINE® with Full Text e na CINAHL® Plus with Full Text, ambas via plataforma EBSCOhost. Seguidamente procedeu-se à análise das palavras do texto contidas no título, resumo e termos de indexação descritoras dos artigos. Esta etapa permitiu selecionar palavras-chave e termos indexados adequados ao tema.

A segunda etapa consistiu em utilizar todas as palavras-chaves e termos de indexação identificados para a realização da pesquisa nas bases de dados definidas, através da utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Foram selecionados os estudos que incluíam os elementos anteriormente descritos da mnemónica PCC. No entanto, importa explicitar que como critérios de inclusão, privilegiaram-se todos os tipos de estudos, realizados em adultos e/ou idosos, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Inicialmente estabeleceu-se como limite temporal 5 anos, contudo, dada a limitação de artigos publicados sobre a temática neste período, o limite temporal foi alargado para um período de 20 anos. Como critérios de exclusão foram contemplados os artigos com metodologia ambígua, que se encontravam duplicados nas bases de dados e que não estabeleciam correlação com o objeto em estudo.

Os termos indexados utilizados nas bases de dados CINAHL® Plus with Full Text, foram: MM "Tracheostomy"; "Tracheotomy"; MM "Rehabilitation"; MM "Rehabilitation

Nursing"; MM "Nursing Interventions"; MM "Self Care"; "Self care promotion". Na MEDLINE® with Full Text foram utilizados os termos: MM "Tracheotomy"; MM "Tracheostomy"; MM "Rehabilitation"; MM "Rehabilitation Nursing"; "Nursing Interventions"; MM "Nursing"; "Self care promotion", MM "Self Care". Os históricos de pesquisa encontram-se disponíveis para consulta no Anexo II e III.

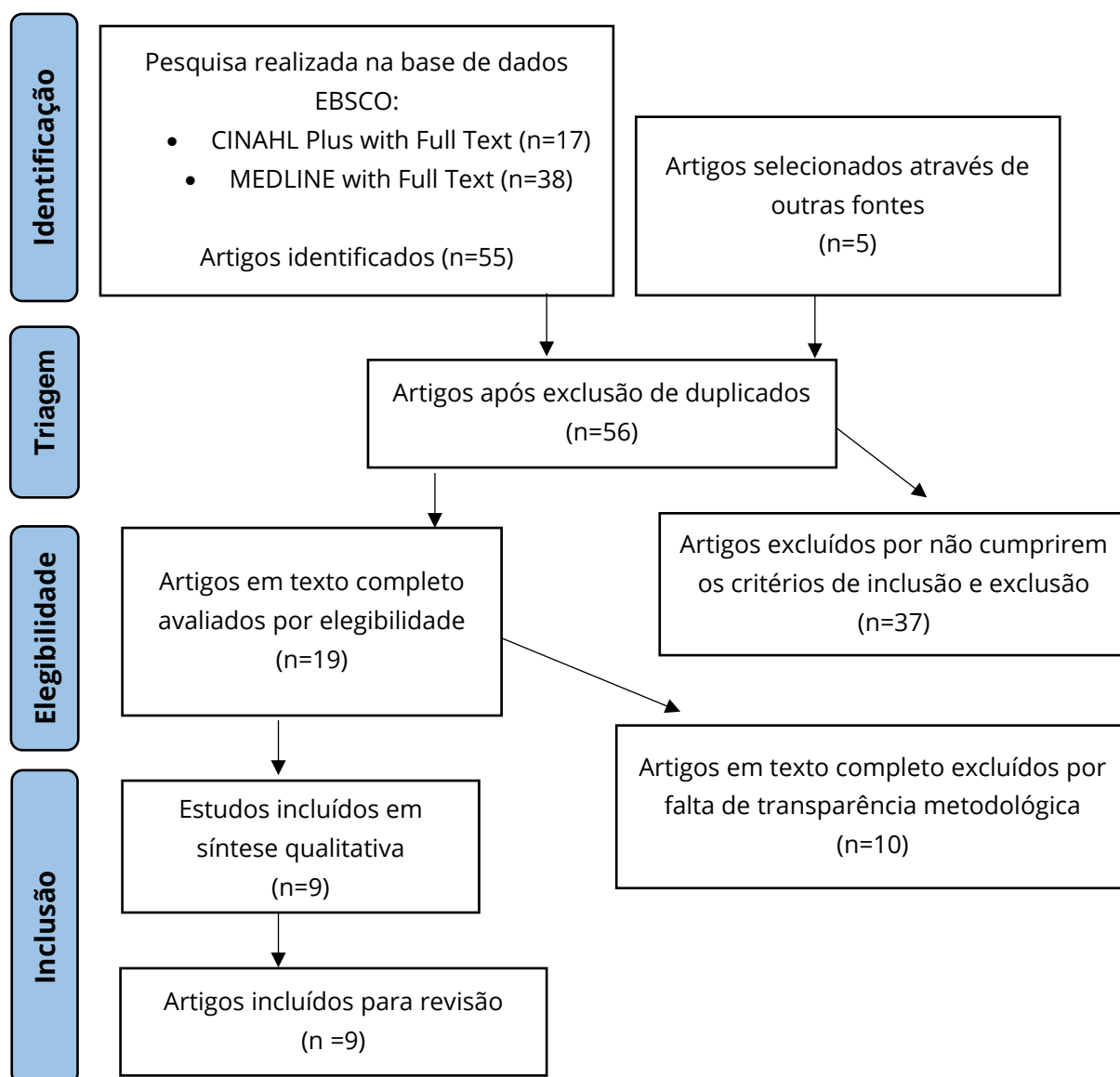
Por último, a terceira etapa refere-se à seleção e análise de todos os estudos e artigos que cumpram os critérios de inclusão definidos. Durante esta etapa, a análise do título e resumo permitiu identificar se os artigos obtidos cumpriam os critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos. Nos casos em que o título e os resumos não eram esclarecedores, realizou-se a leitura integral do artigo, de modo a minimizar a perda de estudos importantes a serem incluídos. O percurso metodológico realizado que permitiu a apresentação dos dados encontra-se representado na figura 1.

Assim, importa referir que dos 56 artigos selecionados procedeu-se à análise crítica dos mesmos, ou seja, se estes eram detentores de qualidade metodológica. foram incluídos 9 artigos, uma vez que apenas estes davam resposta à questão/sub-questões orientadoras e que cumpriam os critérios de elegibilidade.

Posteriormente foi também realizada a procura de estudos adicionais nas listas de referências das publicações incluídas na revisão. Por fim foi efetuada uma pesquisa de literatura não publicada.

Seguidamente serão apresentados os resultados da revisão da literatura realizada, que inclui a análise dos artigos contemplados na pesquisa.

Figura 3: Percurso metodológico (fluxograma)



3.1. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que Promovem o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória

Ao perscrutar a evidência atual sobre o estado da arte relativamente à intervenção do EEER na Promoção do Autocuidado da Pessoa com OR verifica-se que a realização de

consultas de enfermagem no período pré-operatório constituem um importante instrumento terapêutico, que oferece à pessoa e à sua família, a possibilidade de esclarecer dúvidas, adquirir conhecimento, melhorar a capacidade para realizar as habilidades necessárias de autocuidado e aumentar a capacidade de lidar com os desafios de viver com uma OR. Nestas consultas é importante incluir ensinamentos relativamente à própria cirurgia, as alterações provocadas pela OR, cuidados traqueais e os cuidados à OR. Para estes ensinamentos, o enfermeiro pode recorrer a instrumentos para facilitar a aprendizagem, tais como folhetos com a informação sobre os tipos de cânulas e a forma de manipular as mesmas (Neiva et al., 2020).

Da revisão narrativa realizada foram identificadas as alterações na pessoa com OR e intervenções para vários requisitos universais de autocuidado delineados por Orem et al. (2001) que já foram enunciados anteriormente no capítulo II.

Iniciando pelo requisito universal referente à manutenção da inspiração de ar suficiente, a literatura refere que uma pessoa portadora de uma OR depara-se com várias alterações significativas ao nível da respiração. De forma mais concreta, a pessoa deixa de inspirar e expirar o ar pelas vias aéreas superiores, mas diretamente através da traqueia, estando assim comprometido o aquecimento, a humidificação e a filtração do ar inspirado (Neves, 2016). Assim, no período pré-operatório, torna-se essencial elucidar a pessoa sobre a importância de ser confeccionada uma OR, esclarecendo que é através desta o ar entra diretamente para a traqueia, o que conduz à necessidade do uso de um filtro traqueal (Morais & Seíça, 2012). No período pós-operatório, com vista à alta hospitalar, é importante que a pessoa e família seja informada sobre a frequência de substituição das cânulas, dos filtros e dos botões sempre que sentir dificuldades em respirar, de forma a permitir a sua permeabilidade (Morais & Seíça, 2012; Canduela et al., 2018).

O enfermeiro assume-se como o principal responsável pelo desenvolvimento da competência da pessoa para o autocuidado à sua ostomia. Para J.Santos & Faria (2009) os enfermeiros devem ser capazes de executar técnicas, reconhecer materiais e ensinar, instruir e treinar a pessoa e o seu cuidador a otimizar a OR. Neste sentido, avaliar a competência da pessoa para desenvolver ações de autocuidado à OR possibilita ao enfermeiro identificar as necessidades de cuidados, definir o seu plano de intervenção e

a monitorizar a evolução no processo de desenvolvimento dessa competência (Queirós et al., 2015). Assim, o desenvolvimento da competência de autocuidado à OR deverá envolver: a) a obtenção de conhecimentos sobre a OR, em que consiste, características e função; b) cuidados ao estoma, material e dispositivos necessários, c) medidas de prevenção de complicações, d) desenvolvimento de habilidades nos cuidados traqueais, preparar o material necessário, trocar de dispositivos, limpeza do estoma; e e) a promoção da autovigilância, abordando a importância da inspeção do estoma e pele circundante, bem como o ensino sobre os sinais de alerta de complicações (Engelke & DeVesty, 2019; Pereira, 2019).

Engelke & DeVesty (2019), bem como Queirós (2014), referem que a nível do conhecimento, a pessoa com OR será competente se souber: a) o que é a traqueostomia, finalidade, tipo de traqueostomia e suas características; b) o tipo de cânula/equipamento e a sua influência no cuidado à ostomia; c) quando e como limpar a traqueostomia e pele circundante; d) quando e como realizar a limpeza dos equipamentos da traqueostomia; e e) identificar as características das secreções; e e) como prevenir as complicações.

No que concerne à aquisição de habilidades, a literatura aponta para a importância do desenvolvimento de competências técnicas de modo gradual relativamente:

- Manter a humidificação das vias áreas (Regan & Dallachiesa, 2009; Webber-Jones, 2010);
- Avaliar características das secreções (Webber-Jones, 2010);
- Prevenir e identificar sinais e sintomas de obstrução da cânula (Webber-Jones, 2010);
- Realização dos cuidados traqueais, aspiração de secreções e materiais necessários (Freeman, 2011; Mehta et al., 2016; Spito & Cavaliere, 2019b)
- Treino dos cuidados traqueais e ao estoma (Spito & Cavaliere, 2019);
- Cuidados à pele periférica à OR e limpeza dos dispositivos (Neiva et al., 2020);
- Prevenção da aspiração de corpos estranhos (Mormile et al., 2003).

Quanto ao requisito universal referente à manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, a literatura revela que as pessoas com OR muitas vezes recebem as reações dos outros e a estigmatização, conduzindo muitas vezes ao

isolamento social (Nakarada-Kordic et al., 2018). Este facto é também acentuado pela alteração a nível da comunicação verbal vivenciado pela pessoa, que constitui uma experiência frustrante e assustadora (Neves, 2016). Assim, a afonia e a alteração da imagem corporal interferem social e profissionalmente no estilo de vida da pessoa, causando problemas psicológicos e sociais que podem retardar a sua reabilitação (J. Santos & Faria, 2009). Existem estratégias simples e efetivas, tais como a escrita, mímica labial e gestos que podem facilitar a comunicação. A efetividade do método é definida pelas pessoas envolvidas no processo de interação, bem como do tipo de OR. Tanto a pessoa como o seu cuidador/família têm um papel ativo na seleção do método e deverá ter por base as suas capacidades cognitivas, psicomotoras e literacia (Neves, 2016).

Importa clarificar que a pessoa portadora de uma traqueotomia tem potencial de comunicação verbal, uma vez que é mantida a ligação com a via aérea superior. No caso da laringe se encontrar funcionante e a situação clínica permitir o uso de uma cânula fenestrada, a pessoa poderá, durante a expiração, ocluir a cânula com o dedo e desta forma o ar passará pelas cordas vocais para a faringe e posteriormente para a boca, onde formará a vocalização da palavra. Este processo requer coordenação respiratória e motora, concentração, motivação e treino (Neves, 2016). No caso da pessoa portadora de uma traqueostomia a fonação não é possível. De acordo com Frade et al. (2017), as pessoas submetidas a laringectomia total vivenciam problemas a nível da comunicação complexos e frustrantes, devendo serem informadas dessas alterações no período prévio à cirurgia. Isto possibilita que se possa identificar alternativas à comunicação verbal passíveis de serem utilizadas após o procedimento cirúrgico. No entanto, existem outras estratégias, para além das que já foram descritas e que poderão facilitar a expressão verbal, como o uso de uma laringe eletrónica, a “voz esofágica” e, no caso de ser portadora de uma prótese fonatória, poderá recorrer à “voz traqueoesofágica”. A utilização destas técnicas implica o treino especializado, capacidade física, cognitiva e psicomotora da pessoa (Neves, 2016).

Para além das intervenções supramencionadas, vários autores referem ainda a importância de:

- Elucidar, no período pré-operatório, tanto a pessoa como a família que, no caso de ser planeada a excisão da laringe, a comunicação no pós-operatório imediato

será essencialmente realizada através da escrita, gestos ou também da fala murmurada. Posteriormente, terá como alternativas a voz laríngea, a fala murmurada ou a voz ciciada, a voz traqueoesofágica e a laringe eletrónica (Morais & Seíça, 2012).

- Durante o internamento, é importante estimular a pessoa a comunicar com gestos ou escrita (Morais & Seíça, 2012);
- Ensinar à pessoa e/ou família estratégias de comunicação que melhor se adequem à situação (Regan & Dallachiesa, 2009; Frade et al., 2017);
- A utilização de dispositivos eletrónicos portáteis, tais como telemóveis, tablets, computadores portáteis, que tenham software instalado para a comunicação facilmente acessível e fácil de usar, podem otimizar a comunicação (Frade et al., 2017).

Frade et al. (2017) acrescenta ainda que os Enfermeiros são identificados como o grupo profissional que ocupa uma posição privilegiada para compreenderem como as pessoas vivenciam as alterações que ocorreram na sua vida e para determinarem intervenções individualizadas que promovam a reabilitação, a adaptação e o bem-estar de cada pessoa.

Passando agora para o requisito universal referente à manutenção de uma ingestão suficiente de água e de alimentos, verifica-se que as pessoas com uma traqueotomia poderão ter dificuldade e sentir dor aquando da deglutição (Freeman, 2011; Spito & Cavaliere, 2019b). Tal resulta da presença de edema decorrente da cirurgia e das cânulas, que por sua vez interferem com o funcionamento da laringe, amplificando o risco de aspiração de parte dos alimentos para árvore traqueobrônquica (Neves, 2016). Enquanto a deglutição não ocorrer em segurança pode ser necessário recorrer à alimentação entérica. Nestes casos, é fundamental ponderar-se qual a técnica adequada a cada pessoa, ou seja, a colocação de sonda nasogástrica ou de uma PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy). Para esta decisão, deverá estar envolvida a equipa multidisciplinar, pessoa e família, analisando-se cuidadosamente qual o curso ótimo de ação (Neves, 2016).

Nas pessoas portadoras de um traqueostoma, no ato cirúrgico é confeccionada uma neofaringe, sendo necessária a utilização de SNG no pós-operatório durante cerca

de duas semanas. No fim deste período, caso não exista fístulas traqueoesofágicas, a alimentação é retomada de forma progressiva (Neves, 2016).

Para que ocorra a deglutição, é necessária uma avaliação cuidadosa da função dos órgãos e estruturas que intervêm neste processo, da presença e quantidade de secreções orotraqueais, dos riscos e benefícios da deglutição, da presença e/ou ausência de reflexos fisiológicos, da simetria, sensibilidade e mobilidade dos órgãos, da presença e estado geral da dentição, e da higiene oral (Barros et al., 2009).

Após esta avaliação e no caso de se prosseguir para o treino da deglutição, os alimentos deverão ser corados (com cor azul ou verde) de modo a facilitar a identificação de conteúdo aspirado para as vias aéreas inferiores (Barros et al., 2009). Caso se obtenha sucesso no treino e na perspectiva de se restabelecer a alimentação por via oral, em primeiro lugar devem ser introduzidos os alimentos pastosos e progressivamente introduzem-se os alimentos sólidos na dieta (Neves, 2016).

Durante o período de internamento, é fundamental lembrar a pessoa sobre as alterações decorrentes da cirurgia (como a redução do olfato e paladar), aconselhar uma alimentação variada e orientar para a ingestão diária de dois litros de líquidos (Morais & Seiya, 2012).

No que respeita ao requisito universal referente à manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso e, focando no caso da pessoa com CCP submetida a laringectomia, frequentemente são descritas experiências de sensação de dormência no pescoço, como consequência da secção de alguns nervos durante a cirurgia. Se os gânglios linfáticos no pescoço forem removidos, tanto o ombro como o pescoço tornam-se fracos e rígidos. Nos casos em que a cirurgia integra o esvaziamento ganglionar cervical radical, para além da dor resultante da disfunção do nervo acessório devido à incapacidade do músculo trapézio de estabilizar a escápula, ocorrem diversas alterações funcionais na região de ombro, como a atrofia desse músculo, queda do ombro e incapacidade de abdução do braço em posição vertical. Estas alterações podem interferir diretamente na qualidade de vida das pessoas, uma vez que a função do ombro é fundamental na realização de diversas atividades de vida diária (Shimoya-Bittencourt et al., 2016).

Assim, o programa de reabilitação é fundamental, podendo ser iniciado com a movimentação passiva no pós-operatório em torno do 3º dia. Assim que os drenos forem removidos, pode ser iniciada a movimentação ativa e exercícios de fortalecimento muscular. Estas intervenções traduzem-se em ganhos para a saúde, uma vez que potencia a restauração e a melhoria do desempenho funcional dos segmentos lesados, desenvolvendo propriocepção, o movimento, a força, prevenindo a imobilidade no leito e devolvendo a amplitude articular dos movimentos (Shimoya-Bittencourt et al., 2016).

Também as medidas farmacológicas e não farmacológicas como o uso do calor superficial, permitem reduzir a dor, o desconforto e promover o relaxamento muscular. O uso da crioterapia pode ser útil para o alívio das dores musculoesqueléticas, devendo ser utilizadas duas a três vezes ao dia, durante 15 a 20 minutos (Shimoya-Bittencourt et al., 2016).

De modo a prevenir perturbações do sono e repouso, é importante que a pessoa seja incentivada a manter a cabeceira da cama elevada a 30°, favorecendo a permeabilidade das vias aéreas, evitando o aumento de tosse (Morais & Seíça, 2012).

Na revisão realizada foram também encontradas intervenções para o requisito universal inerente à prevenção de perigos à vida humana, funcionamento e bem-estar do ser humano. Segundo Graboyes et al. (2017) as pessoas submetidas a uma laringectomia total patenteiam um alto risco de reinternamento hospitalar. Das readmissões não planeadas após a alta, cerca de 25% estão relacionadas com complicações do estoma e/ou da prótese fonatória e que parecem ser resultar do conhecimento insuficiente da pessoa e dos seus familiares sobre os cuidados ao estoma. Este pressuposto alerta para a necessidade de serem desenvolvidos programas de intervenção de enfermagem mais sólidos, centrados na promoção do autocuidado na pessoa com OR. Por outro lado, evidencia a necessidade de melhorar a informação partilhada entre os enfermeiros dos diferentes serviços, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados nas áreas que ainda não foram convenientemente exploradas no período de internamento (Pereira, 2019).

De acordo com Pereira (2019) as pessoas com OR devem desenvolver capacidades relacionadas com a gestão dos cuidados e/ou equipamentos, os recursos e onde recorrer se surgirem dúvidas, complicações e como atuar para a resolução de eventuais

problemas. Também é de extrema importância que a pessoa seja ensinada a vigiar, monitorizar e reconhecer sinais indicativos de anormalidade relacionados com a sua OR. Para Faria & Santos, (2009), durante o internamento devem ser facultadas informações sobre as eventuais complicações, tais como a exteriorização acidental da cânula, obstrução parcial da cânula, infeção respiratória, infeção do estoma e da pele circundante, hemorragia ou traumatismo. De acordo com Canduela et al. (2018) no momento da alta hospitalar, tanto a pessoa com OR como o familiar com quem coabita, devem conhecer as limitações de ser portador de uma traqueostomia e como resolvê-las (ex: incapacidade de realizar manobra de Valsalva), bem como os sinais de complicações. A pessoa com prótese fonatória, deverá também saber como a mesma funciona, os cuidados a ter e os sinais de complicações que apontam para a necessidade de procurar o apoio de profissionais de saúde (Canduela et al., 2018). Ainda de modo a prevenir complicações, para além dos cuidados à OR, importa também que sejam realizados ensinamentos relativamente às técnicas para a realização de higiene corporal, tais como o uso de proteções para o banho (Mehta et al., 2016) ou posicionando o corpo ligeiramente para a frente, colocando a mão a proteger a OR, e incentivar a realização de higiene oral, três a quatro vezes por dia, assegurando-a no período de alimentação por sonda nasogástrica (Morais & Seiça, 2012).

No que concerne ao requisito universal referente à promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, mediante o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal, poderá ser desenvolvido recorrendo a grupos de apoio ou presença de pares. Estas são algumas das estratégias de apoio social eficazes que possibilitam uma interação e partilha de experiências, aceleram o processo de consciencialização e permitem aos indivíduos ultrapassar este processo de forma menos traumática (Mota et al., 2015). A convivência com outros indivíduos que passaram pelas mesmas experiências, permite à pessoa prever a possibilidade de viver bem e de forma autónoma. Esta interação facilita a adesão ao tratamento e à aceitação da sua nova condição (Mota et al., 2015). Importa compreender que a presença de uma OR pode interferir com a perceção que a pessoa possui de si mesma. De acordo com J.Santos & Faria (2009), algumas pessoas expressam o seu stress e o seu medo ao recusar olhar para o seu estoma ou em participar nos cuidados. Neste sentido é fulcral que o enfermeiro estabeleça um relacionamento interpessoal com a

peessoa, baseado na empatia, confiança e no toque, promovendo as ações de autocuidado (J. Santos & Faria, 2009).

3.1 Fatores que Condicionam a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Segundo Schumacher e Meleis (2010), para a compreender as experiências vivenciadas pelos indivíduos durante as transições é essencial conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, que podem facilitar ou dificultar a transição. Como referido anteriormente, segundo Meleis et al. (2000) existem condições que podem ser facilitadoras ou inibidoras de uma transição saudável, nomeadamente os conhecimentos e capacidades, o significado pessoal, as crenças e atitudes, a condição socioeconómica e os recursos comunitários e sociais disponíveis.

De acordo com Queirós et al. (2017), a identificação de fatores que condicionam o desenvolvimento da competência no autocuidado à OR possibilita ao enfermeiro reconhecer condições de vulnerabilidade nos seus clientes e adequar as intervenções de forma a potenciar a autonomia.

Também segundo Orem, Taylor & Renpenning (2001) a capacidade para o autocuidado está intimamente relacionada com vários fatores intrínsecos e extrínsecos. No que respeita aos intrínsecos distingue-se a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, a condição de saúde, a orientação sociocultural, a compatibilidade com as crenças e valores pessoais, a satisfação com a vida, as experiências anteriores, a autoestima, a perceção de autoeficácia, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva. Relativamente aos fatores extrínsecos à pessoa, são identificados os recursos familiares e comunitários e as condições ambientais.

De facto, num estudo desenvolvido por Queirós et al. (2017) a 80 pessoa com OR, revelou que ser do sexo masculino, ter baixa escolaridade, ter realizado traqueotomia de urgência, ter uma ostomia temporária e ter um cuidador, constituem alguns dos fatores inibidores do desenvolvimento da competência de autocuidado à OR. Por sua vez, o

tempo pós-operatório constitui um fator facilitador. Explorando agora estes fatores, a literatura refere que geralmente as mulheres são mais competentes que os homens na procura dos serviços de saúde, principalmente para obter materiais, esclarecer dúvidas ou solucionar problemas (Queirós et al., 2017). As pessoas com maior nível de escolaridade têm maior competência para o autocuidado da OR, o que pode significar que os recursos intelectuais dessas pessoas são facilitadores da aprendizagem, levando-os a procurar mais informações (Queirós et al., 2017).

Também tipo de cirurgia influencia no nível de competência para o autocuidado, uma vez que pessoas que realizaram traqueostomia de urgência apresentam menores níveis de competência para o autocuidado. Nestes casos a confecção de uma OR resulta de uma situação de emergência, para a qual a pessoa não se encontra preparada para as alterações e consequências decorrentes da cirurgia. Por esse motivo, é mais difícil para as pessoas aceitarem a OR, o que terá um possível impacto no desenvolvimento da competência para o autocuidado. O contrário ocorre quando a cirurgia é planejada, como no caso das laringectomias totais. Nestas situações, a pessoa poderá estar mais preparada e predisposta para lidar com as alterações e consegue adaptar-se mais facilmente às mudanças decorrentes da cirurgia (Queirós et al., 2017).

A existência de um familiar ou cuidador disposto a assumir a responsabilidade pelo cuidado, pode levar a que a pessoa não assuma responsabilidade sobre o seu autocuidado e a tornar-se dependente. No entanto, segundo Engelke & DeVesty (2019) envolver vários membros da família nos ensinamentos pode ser benéfico, uma vez que oferece à pessoa e ao cuidador principal um apoio maior nos cuidados. Nas situações em que as pessoas são desprovidas de apoio de familiares ou significativos no domicílio, ser incentivadas a envolverem-se no seu autocuidado, de modo a desenvolverem a sua autonomia (Queirós et al., 2017).

Engelke & DeVesty (2019) referem também que as barreiras à aprendizagem da pessoa com OR incluem a memória alterada, problemas cognitivos, dificuldades na aprendizagem, limitações físicas, eventuais barreiras linguísticas, diminuição da acuidade visual e auditiva, preocupações culturais e problemas emocionais.

No que concerne aos fatores facilitadores, o treino e a repetição dos cuidados, bem como a experiência adquirida pela pessoa ao longo do tempo, permitem que

desenvolva maior competência para as ações de autocuidado, tornando-se mais autónoma. Outro fator identificado como facilitador, são as sessões de educação pré-operatórias, que possibilitam esclarecer dúvidas, transmitir informações importantes, reduz o medo e a ansiedade, promove confiança e o conhecimento (Queirós et al., 2017).

3.2 Resultados da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Ostomia Respiratória

De acordo com Meleis, (2010) é fundamental que os enfermeiros identifiquem os resultados das transições. De facto, como referido anteriormente, uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta da pessoa ao processo de transição, que pode se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Transportando estes conceitos para a pessoa com OR, pretende-se que a mesma obtenha o domínio de novas competências, dirigidas ao autocuidado, adquirindo mestria para trocar a cânula de OR, resolver e atuar perante complicações, identificando antecipadamente os seus sinais e sintomas, e eliminar secreções de forma eficaz. Assim, pretende-se que a doença não seja um foco de atenção principal da sua vida, mas algo que faz parte da sua situação atual, alcançando um estado subjetivo de bem-estar (Gonçalves et al., 2010).

De acordo com Neiva et al., (2020), as intervenções de enfermagem podem limitar e até impedir que a pessoa desenvolva a capacidade para o seu autocuidado. Neste sentido, os mesmos autores reconhecem a importância de incluir a pessoa nos cuidados e nos ensinamentos, incentivando à sua participação, possibilitando o desenvolvimento das habilidades necessárias para o autocuidado.

Engelke & DeVesty (2019) referem que após os cuidados e ensinamentos à pessoa com OR e aos seus familiares, espera-se que os mesmos compreendam as alterações provocadas pela confecção de uma OR; participem na tomada de decisão sobre os cuidados; realizem ações de autocuidado, colaborando com a equipa e assegurando os cuidados em segurança no contexto domiciliário; reconheçam sinais de alerta e problemas, atuando em conformidade perante situações de urgência; incorporem mudanças de

estilo de vida necessárias para diminuir o risco de complicações; e que consigam adaptar-se às alterações provocadas pela OR a nível psicossocial, emocional e espiritual.

CAPÍTULO IV. PLANEAMENTO DE AÇÃO

Este capítulo pretende descrever os objetivos a serem atingidos e as atividades a desenvolver durante o estágio para a aquisição de competências específicas do EEER, competências comuns do EE e as competências de Mestre, como estipulado respetivamente no regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019b), regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), e no Decreto-Lei n.º 107/2008.

Como objetivos gerais estipulou-se:

1. Desenvolver competências de EEER na promoção do autocuidado da pessoa com OR, tendo em vista a sua funcionalidade e reinserção familiar/ social.
2. Desenvolver competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
3. Desenvolver competências comuns do EE nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Estes objetivos gerais permitem desenvolver as competências específicas do EEER e as competências comuns do EE. Também para cada competência comum do EE e para cada competência específica do EEER foram delineados objetivos específicos, indicadores e os recursos necessários e que serão abordados nos próximos subcapítulos. Com o intuito de operacionalizar este processo foi elaborado um cronograma que se encontra disponível para consulta no Apêndice IV.

4.1 Competências Específicas do EEER

De acordo com Hesbeen (2003), a enfermagem de reabilitação revela uma verdadeira preocupação pelo outro, detendo de um olhar não apenas direcionado para a incapacidade, mas ajudando a pessoa a aceitar a sua nova condição de vida. De facto, o EEER é detentor de um conjunto de conhecimentos e competências próprias, preocupadas com a recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva,

cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Considerando o Regulamento nº392/2019 da OE (2019b), existem três competências específicas do EEER, nomeadamente: a) cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos de prática de cuidados (competência J1); b) capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (competência J2); e c) maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (competência J3).

Os objetivos das competências específicas do EEER que nos propomos a desenvolver podem ser consultadas na tabela 1, e são os seguintes:

- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outras alterações a nível sensoriomotor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação promotores de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado;
- Avaliar os resultados das intervenções implementadas na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado.
- Elaborar e implementar programas de treino de atividades de autocuidado com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;
- Realizar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado.
- Avaliar e reformular programas de treino na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;

4.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Um Enfermeiro Especialista (EE) é considerado como sendo detentor de um corpo de conhecimentos diferenciados e específicos numa área específica de enfermagem (OE,

2019a). De acordo com o regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), existem quatro domínios comuns de competências estabelecidas para os EE independentemente da sua área de especialidade, nomeadamente: a) Responsabilidade profissional, ética e legal (domínio A); b) melhoria contínua da qualidade (domínio B); c) estado dos cuidados (domínio C) e d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (domínio D).

Neste sentido, os objetivos específicos deste projeto referentes às competências específicas do EE a que nos propomos a desenvolver são as seguintes (Tabela 2):

- Demonstrar uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa, procurando a excelência dos cuidados.
- Demonstrar capacidade de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, no exercício profissional enquanto Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.
- Colaborar na implementação e planeamento de programas de melhoria contínua;
- Participa na gestão dos cuidados, otimizando o trabalho da equipa e os recursos existentes, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.
- Desenvolver um estilo de liderança, adequado à organização
- Desenvolver capacidade de autoconhecimento, identificando fatores que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.
- Realizar o processo de tomada de decisão e as intervenções com base em conhecimento válido, atual e pertinente.

Tabela1. Objetivos Específicos para desenvolver Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Competência Específica J1:		
Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
<p>1. Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outras alterações a nível sensoriomotor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p>	<p>a) Realização da colheita dados pertinentes sobre a pessoa e o cuidador, identificando as necessidades de autocuidado;</p> <p>b) Avaliação do risco de alteração da funcionalidade através de escalas apropriadas;</p> <p>c) Realização de pesquisa, identificando a evidência científica disponível, relativamente aos instrumentos de avaliação da funcionalidade;</p> <p>d) Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de autocuidado de forma independente no contexto de vida da pessoa;</p> <p>e) Identificação dos recursos da pessoa e/ou família/cuidador e comunidade em que se encontram inseridos;</p>	<p>a) Realiza a colheita dados e identifica as necessidades de autocuidado da pessoa;</p> <p>b) Avalia o risco de alteração da funcionalidade através de escalas apropriadas;</p> <p>c) Realiza pesquisa, identificando a evidência científica disponível, relativamente aos instrumentos de avaliação da funcionalidade;</p> <p>d) Identifica os fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de autocuidado de forma independente no contexto de vida da pessoa;</p> <p>e) Identifica os recursos da pessoa e/ou família/cuidador e comunidade em que se encontram inseridos;</p>

	<p>f) Avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e/ou incapacidade;</p> <p>g) Avaliação do impacto da alteração da capacidade funcional na qualidade de vida e bem-estar da pessoa;</p> <p>h) Realização do diagnóstico das respostas humanas à transição de saúde/doença e da realização das atividades de autocuidado;</p> <p>i) Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização das atividades de autocuidado.</p>	<p>f) Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>g) Avalia o impacto da alteração da capacidade funcional na qualidade de vida e bem-estar da pessoa;</p> <p>h) Realiza o diagnóstico das respostas humanas à transição de saúde/doença e da realização das atividades de autocuidado;</p> <p>i) Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização das atividades de autocuidado.</p>
<p>2. Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação promotores de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade da</p>	<p>a) Realização de planos, seleção e prescrição de intervenções para otimizar e/ou reeducar a função da pessoa com Ostomia Respiratória (e outros défices no Autocuidado);</p> <p>b) Elaboração de programas de reeducação funcional da pessoa com défice de autocuidado e/ou</p>	<p>a) Realiza planos, seleciona e prescreve intervenções para otimizar e/ou reeducar a função na pessoa;</p> <p>b) Elabora programas de reeducação funcional da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado com vista à consecução do projeto de saúde.</p>

<p>peessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado.</p>	<p>Ostomia Respiratória com vista à consecução do projeto de saúde.</p>	
<p>3. Avaliar os resultados das intervenções implementadas na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado.</p>	<p>a) Monitorização da implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional e treino da pessoa com Ostomia Respiratória e/ou com outros défices no autocuidado;</p> <p>b) Utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida) da pessoa com Ostomia Respiratória e/ou com outros défices no autocuidado.</p> <p>c) Elaboração de registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados.</p>	<p>a) Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional e treino da pessoa com Ostomia Respiratória;</p> <p>b) Recorre a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida) da pessoa;</p> <p>c) Elabora registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados.</p>

Recursos:

- Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores;
- Materiais: Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de ensino clínico; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Literatura; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados;
- Físicos: Locais de ensino clínico;
- Temporais: Consultar cronograma.

Competência Específica J2:

Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
4. Elaborar e implementar programas de treino de atividades de autocuidado com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado.	a) Ensino de técnicas e tecnologias específicas de autocuidado à pessoa com Ostomia Respiratória e/ou cuidador ou com outros défices no autocuidado; b) Realização de treinos específicos de atividades de autocuidado com pessoa portadora de Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado; c) Ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de	a) Ensina a pessoa com e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado; b) Realiza treinos específicos de atividades de autocuidado com a pessoa; c) Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa;

	<p>compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;</p> <p>d) Identificação dos produtos de apoio mais adequados à situação de cada pessoa;</p> <p>a) Promoção de ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p>	<p>d) Identifica os produtos de apoio mais adequados à situação de cada pessoa;</p> <p>a) Promove ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade.</p>
--	--	---

Recursos:

- Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores;
- Materiais: Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de ensino clínico; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Literatura; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados;
- Físicos: Locais de ensino clínico;
- Temporais: Consultar cronograma.

Competência Específica J3:

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
5. Realizar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado.	<p>a) Realização de revisão da literatura acerca da função cardíaca, respiratória e motora da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;</p> <p>b) Instrução, ensino e treino de técnicas e tecnologias que maximizem o desempenho a nível motor e respiratório da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;</p> <p>c) Realização de sessões de treino com vista à promoção da saúde e capacitação da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;</p> <p>d) Estabelecimento de uma relação de parceria de cuidados com a pessoa, família e/ou significativos;</p>	<p>a) Demonstra conhecimento, com base na melhor evidência científica, acerca das funções respiratória e motora da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;</p> <p>b) Instrui, ensina e treina técnicas e tecnologias a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, sensorial e respiratório da pessoa;</p> <p>c) Realiza sessões de treino com vista à promoção da saúde e capacitação da pessoa;</p>
6. Avaliar e reformular programas de treino na pessoa	<p>a) Monitorização da implementação dos programas concebidos;</p>	<p>d) Monitorizar a implementação dos programas concebidos;</p>

<p>com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado.</p>	<p>b) Monitorização dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa;</p> <p>c) Reformulação das estratégias, programas e projetos com base nos resultados obtidos, com vista à capacitação da pessoa;</p>	<p>e) Monitorizar os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa;</p> <p>f) Reformula as estratégias, programas e projetos com base nos resultados obturados, com vista à capacitação da pessoa;</p>
<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores; • Materiais: Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de ensino clínico; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Literatura; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; • Físicos: Locais de ensino clínico; • Temporais: Consultar cronograma. 		

Tabela 2. Objetivos Específicos para desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal		
Competência A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;		
Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
7. Demonstrar uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa, procurando a excelência dos cuidados.	<p>a) Integração, de forma progressiva e gradual, na equipa multidisciplinar profissional;</p> <p>b) Conhecimento da dinâmica de funcionamento dos locais de ensino clínico;</p> <p>c) Identificação dos recursos existentes nos diferentes locais de estágio, adequando-os aos cuidados de reabilitação a prestar.</p> <p>d) Conhecimento acerca dos protocolos existentes no local de ensino clínico;</p> <p>e) Conhecimento da estrutura do local, assim como os recursos existentes (humanos, físicos e materiais);</p>	<p>a) Integra-se na equipa multidisciplinar profissional;</p> <p>b) Conhece a dinâmica de funcionamento dos locais de ensino clínico;</p> <p>c) Identifica os recursos existentes nos diferentes locais de estágio, adequando-os aos cuidados de reabilitação a prestar.</p> <p>d) Conhece os protocolos existentes no local de ensino clínico;</p> <p>e) Conhece a estrutura do local, assim como os recursos existentes;</p>

	<p>f) Observação das intervenções do enfermeiro de reabilitação e como este organiza o seu planeamento das mesmas;</p> <p>g) Participação ativa nas atividades do serviço.</p>	<p>f) Observa as intervenções do enfermeiro de reabilitação e como este organiza o seu planeamento das mesmas;</p> <p>g) Participa ativamente nas atividades do serviço;</p>
<p>8. Demonstrar capacidade de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, no exercício profissional enquanto Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p>	<p>a) Prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação que assegurem o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação;</p> <p>b) Desenvolvimento de uma prática reflexiva sobre situações clínicas sobre situações da prática clínica pertinentes à aprendizagem;</p> <p>c) Implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco;</p> <p>d) Desenvolvimento capacidade de tomada de decisão com base nas necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade, segundo princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p>e) Participação na construção da tomada de decisão em equipa.</p>	<p>a) Presta cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação que asseguram o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação;</p> <p>b) Desenvolve de uma prática reflexiva sobre situações clínicas sobre situações da prática clínica pertinentes à aprendizagem;</p> <p>c) Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.</p> <p>d) Demonstra capacidade de tomada de decisão;</p> <p>e) Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p>

Recursos:

- Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores;
- Materiais: Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de ensino clínico; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Literatura; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados;
- Físicos: Locais de ensino clínico;
- Temporais: Consultar cronograma.

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

Competência B2: Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados;

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico seguro.

Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
9. Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	a) Incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisa acerca da melhor evidência disponível, de modo a colmatar necessidades sentidas.	a) Incorpora conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; b) Demonstra capacidade de pesquisa acerca da melhor evidência disponível, colmatando as suas necessidades de aprendizagem.

<p>10. Colaborar na implementação e planeamento de programas de melhoria contínua.</p>	<p>a) Aplicação de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas;</p> <p>b) Identificação de necessidades de melhoria e aprendizagem;</p> <p>c) Elaboração de guias orientadores de boa prática, folhetos, pósteres, brochuras e/ou outros documentos que se revelem pertinentes nos locais de ensino clínico.</p>	<p>a) Aplica indicadores e instrumentos adequados à avaliação das práticas clínicas;</p> <p>b) Identifica necessidades de melhoria e aprendizagem;</p> <p>c) Elabora guias orientadores de boa prática, folhetos, pósteres, brochuras e/ou outros documentos que se revelem pertinentes nos locais de ensino clínico.</p>
--	--	---

Recursos:

- Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores;
- Materiais: Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de ensino clínico; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Literatura; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados;
- Físicos: Locais de ensino clínico;
- Temporais: Consultar cronograma.

C — Domínio da gestão dos cuidados		
Competência C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;		
Competência C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
11. Participa na gestão dos cuidados, otimizando o trabalho da equipa e os recursos existentes, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.	<p>a) Gestão dos cuidados especializados em reabilitação prestados e respetiva priorização, tendo em conta as diferentes situações clínicas;</p> <p>b) Conhecimento da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;</p> <p>c) Realização de ações de formação, de acordo com as necessidades dos enfermeiros na área da reabilitação, nos diferentes locais de estágio;</p> <p>d) Delegação de cuidados de reabilitação de forma criteriosa;</p> <p>e) Supervisão e avaliação dos cuidados prestados em situação de delegação.</p>	<p>a) Gere e prioriza os cuidados especializados em reabilitação, de acordo com as diferentes situações clínicas;</p> <p>b) Conhece a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;</p> <p>b) Realiza de ações de formação, de acordo com as necessidades dos enfermeiros na área da reabilitação, nos diferentes locais de estágio;</p> <p>c) Delega cuidados de reabilitação de forma criteriosa;</p> <p>d) Supervisiona e avalia os cuidados prestados em situação de delegação.</p>
12. Desenvolver um estilo de liderança, adequado à organização.	<p>a) Adequação dos recursos às necessidades de cuidados da pessoa;</p> <p>b) Desenvolvimento da capacidade de liderança;</p>	<p>a) Adequa os recursos às necessidades de cuidados da pessoa;</p> <p>b) Demonstra capacidade de liderança;</p>

	<p>c) Adaptação do estilo de liderança à equipa de trabalho e às contingências;</p> <p>d) Estabelecimento uma relação profissional com os elementos das equipas multidisciplinares dos diferentes locais de estágios;</p> <p>e) Desenvolvimento de um ambiente de trabalho positivo, favorecendo a cooperação e a prática de cuidados.</p>	<p>c) Adapta o estilo de liderança à equipa de trabalho e às contingências;</p> <p>d) Estabelece uma relação profissional com os elementos das equipas multidisciplinares dos diferentes locais de estágios;</p> <p>e) Fomenta um ambiente de trabalho positivo, favorecendo a cooperação e a prática de cuidados.</p>
--	--	--

Recursos:

- Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores;
- Materiais: Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de ensino clínico; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Literatura; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados;
- Físicos: Locais de ensino clínico;
- Temporais: Consultar cronograma.

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais		
Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;		
Competência D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
13. Desenvolver capacidade de autoconhecimento, identificando fatores que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.	<p>a) Desenvolvimento de estratégias para o autoconhecimento;</p> <p>b) Gestão de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;</p> <p>c) Realização de reuniões informais periódicas com o enfermeiro orientador e docente orientador, com intuito de identificar e refletir sobre os aspetos positivos, negativos e aqueles que devem carecem de aperfeiçoamento na prestação de cuidados;</p> <p>d) Desenvolvimento da iniciativa, segurança e assertividade na prestação de cuidados e perante a equipa multidisciplinar.</p>	<p>a) Desenvolve estratégias para o autoconhecimento;</p> <p>b) Gere os sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;</p> <p>c) Realiza reuniões informais periódicas com o enfermeiro orientador e docente orientador, com intuito de identificar e refletir sobre os aspetos positivos, negativos e aqueles que devem carecem de aperfeiçoamento na prestação de cuidados;</p> <p>d) Demonstra iniciativa, segurança e assertividade na prestação de cuidados e perante a equipa multidisciplinar.</p>
14. Realizar o processo de tomada de decisão e as intervenções com base em	a) Desenvolvimento e consolidação de conhecimentos em enfermagem de reabilitação;	a) Demonstra evolução nos conhecimentos em enfermagem de reabilitação;

<p>conhecimento válido, atual e pertinente.</p>	<p>b) Articulação dos saberes teóricos com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>c) Identificação das temáticas que carecem de aprofundamento através do conhecimento da realidade das instituições e serviços e das necessidades dos doentes a quem se prestam cuidados;</p> <p>d) Identificação de necessidades formativas da equipa em áreas específicas relacionadas com a enfermagem de reabilitação e com a promoção do autocuidado na pessoa com Ostomia Respiratória;</p> <p>e) Colaboração em projetos e formações em desenvolvimento no serviço no contexto da enfermagem de reabilitação.</p>	<p>b) Articula os saberes teóricos com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>c) Identifica temáticas no âmbito da enfermagem de reabilitação que carecem de aprofundamento;</p> <p>d) Identifica as necessidades formativas da equipa em áreas específicas relacionadas com a enfermagem de reabilitação e com a promoção do autocuidado na pessoa com Ostomia Respiratória;</p> <p>e) Colabora em projetos e formações em desenvolvimento no serviço no contexto da enfermagem de reabilitação.</p>
---	--	--

Recursos:

- Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores;
- Materiais: Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de ensino clínico; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Literatura; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados;
- Físicos: Locais de ensino clínico;
- Temporais: Consultar cronograma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A confecção de uma OR constitui um evento crítico que conduz a mudanças significativas na vida da pessoa, principalmente na respiração, na comunicação, na deglutição, na autoimagem e no autocuidado (Queirós et al., 2017). Vários desafios são colocados à pessoa com OR, à sua família e aos profissionais de saúde com quem este se cruza, sendo que cada um deles ocupa um papel determinante na sua capacitação para uma vida com OR, onde a coesão e interajuda é indispensável (B. M. B. Pereira, 2019).

Assim, com o propósito de operacionalizar um percurso de aquisição de competências de grau de mestre, de competências específicas do EEER e de competências comuns do EE, foi desenvolvido o tema “Intervenção do EEER na Promoção para o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória”.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, publicados pela Ordem dos Enfermeiros (2001), o EEER pretende maximizar o bem-estar dos indivíduos e promover o seu autocuidado. De facto, o autocuidado é considerado, segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (2019), um dos focos de atenção central para a Enfermagem, sendo este conceito definido como: “atividade executada pelo próprio que consiste no tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (p.42).

No sentido do desenvolvimento do autocuidado, é importante que a pessoa demonstre determinação e vontade de realizá-lo. Nesse cenário, os ensinamentos efetuados pelo enfermeiro revelam-se fundamentais para incentivar, estimular e aperfeiçoar as habilidades da pessoa com OR no alcance da sua autonomia (Neiva et al., 2020). De facto, o enfermeiro é o profissional com a formação específica, reconhecida e experiência para prestar cuidados à pessoa ostomizada, dotado de capacidades para ensinar, instruir e treinar o autocuidado (Direção Geral de Saúde, 2017).

A capacitação da pessoa com OR para gerir a sua saúde/doença e cuidar da sua ostomia é reconhecida como uma estratégia promotora de benefícios a vários níveis. Paralelamente, a parceria entre a pessoa e o enfermeiro é impulsionadora de uma transição bem-sucedida para a vida com uma OR. Esta parceria potencia o

desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa, os cuidados com a OR e possibilita a alta hospitalar precoce (Williams, 2012). Concomitantemente, a satisfação e qualidade de vida das pessoas com OR o desenvolvimento da competência para o autocuidado à OR reduz a utilização dos serviços de saúde por complicações, o que consequentemente permite a redução de gastos em saúde (Pina Queirós et al., 2014; Williams, 2012). É neste sentido que a intervenção do EEER se apresenta como um possível caminho, uma vez que tem como alvo da sua atuação a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital e tem por objetivo o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, minimizando incapacidades ou evitando-as (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Assim, consideramos que o desenvolvimento e implementação deste projeto, baseado na evidência, preocupado em identificar as necessidades reais da pessoa com OR e da família onde se insere, vai ao encontro dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade, nomeadamente a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenir complicações, maximizar o bem-estar e o autocuidado, reeducação funcional, promoção da inclusão social, bem como a organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., & Cardoso, A. (2014). Complicações da prótese fonatória: Como intervir. *ONCO.NEWS*, 26, 16–20. <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/81-art.pdf>
- Barros, A., Portas, J., & Queija, D. (2009). *Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição* *Tracheotomy implication upon communication and swallowing*. 202–207. http://www.sbccp.org.br/wpcontent/uploads/2014/11/art_172.pdf
- Canduela, P., González, I., Durban, R., Suárez, A., Secall, M., & Arias, P. (2018). nola de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española*, xx, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.01.003>
- Cheung, N. H., & Napolitano, L. M. (2014). Tracheostomy: Epidemiology, indications, timing, technique, and outcomes. *Respiratory Care*, 59(6), 895–919. <https://doi.org/10.4187/respcare.02971>
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. 237–257.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>
- Faria, C., & Santos, J. (2009). Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado / Cuidador. *Onco News*, III(9), 6–15.
- Frade, A., Miguel, S., & Ferreira, Ó. (2017). Uso Da Tecnologia Na Comunicação Da Pessoa Laringectomizada: Boas Práticas De Cuidados. *Onco.news*, 35, 18–23. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131144229&site=ehost-live>
- Freeman, S. (2011). Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 26(2). <https://doi.org/10.7748/ns.26.2.49.s52>
- Gonçalves, G., Guterres, J., & Novais, S. A. de L. (2010). A Vivência da Transição numa

Pessoa Laringectomizada. *Onco.news*, 14, 7–17.
<http://www.aeop.net/sgc/RevistaOn/Articles/DOCS/60aa090809e870589b597438a33bb728>

Graboyes, E. M., Kallogjeri, D., Zerega, J., Kukuljan, S., Neal, L., Rosenquist, K. M., & Nussenbaum, B. (2017). Association of a perioperative education program with unplanned readmission following total laryngectomy. *JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 143(12), 1200–1206. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2017.1460>

Hirani, I., Siddiqui, A. H., & Khyani, I. A. M. (2015). Apprehensions and problems after laryngectomy: Patients' perspective. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(11), 1214–1218.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>

Mehta, A., Wiener, R., & Reardon, C. (2016). Living with a Tracheostomy. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 194(3), P5–P6. <https://doi.org/10.1164/rccm.1943P5>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances Nursing Science*, 23(1), 12–18. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

Moreira Queirós, S. M., Vilaça de Brito Santos, C. S., Correia de Brito, M. A., & Soares Pinto, I. E. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 57–67. <https://doi.org/10.12707/RIV17010>

Mormile, M., Balzano, B., Maniscalco, M., Iepparelli, G., Sanduzzi, A., Leone, C. A., & Sofia, M. (2003). Recurrent foreign body aspiration in the airways in a laryngectomized

- patient. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 129(1), 152–153.
[https://doi.org/10.1016/S0194-5998\(03\)00356-5](https://doi.org/10.1016/S0194-5998(03)00356-5)
- Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E., & Gomes, V. (2015). *Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem*. 49(1), 82–88. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>
- Nakarada-Kordic, I., Patterson, N., Wrapson, J., & Reay, S. D. (2018). A Systematic Review of Patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy. *Patient*, 11(2), 175–191.
<https://doi.org/10.1007/s40271-017-0277-1>
- Neiva, R., Nogueira, M., & Pereira, A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 1–8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_in
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Otoni Neiva, R., Corrêa Nogueira, M., & Jimenez Pereira, A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *Revista Estima*, 18, 1–8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN
- Pereira, B. M. B. (2019). *Validação do formulário de avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31239>
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 47–56). Lusodidacta.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ªed., pp. 3–14). Lusodidacta.

- Queirós, Paulo, Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV(3)*, 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Queirós, Pina, Joaquim, P., Vidinha, S., Sofia, T., Filho, D. A., & José, A. (2014). *Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*.
- Queirós, S., Pinto, I., Brito, M., & Santos, C. (2021). Nursing Interventions for the Promotion of Tracheostomy Self-care: A Scoping Review Protocol. *ORL-Head & Neck Nursing, 39(1)*, 12–15. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=149205915&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Queirós, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2015). Development of a Form to Assess the Self-Care Competence of the Person with a Tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(7)*, 51–60. <https://doi.org/10.12707/riv15010>
- Queirós, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº14)*, 57–68. <https://doi.org/10.12707/riv17010>
- Regan, E. N., & Dallachiesa, L. (2009). How to care for a patient with a tracheostomy. *Nursing, 39(8)*, 34–39. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000358572.79112.bd>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª série(N.º 85 de 03-05-2019)*, 13565–13568. [eli:https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf](https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf)
- Santos, J., & Faria, C. (2009). Optimização de Ostomias de Ventilação. *Onco News, Ano III(11)*, 14–24. <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/29-art.pdf>
- Shimoya-Bittencourt, W., Silva, A., Alencar, D., Arruda, T., Leite, C., & Salício, M. (2016). Alterações Funcionais em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço e a Atuação da Fisioterapia Nestas Disfunções: Estudo de Revisão. *Journal of Health Sciences, 18(2)*, 129. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n2p129-133>
- Söderhamn, O. (2000). Self-care Activity as a Structure : A Phenomenological Approach.

Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 7, 183–189.
<https://doi.org/10.1080/110381200300008724>

Spito, A., & Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the «Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path». *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(11-S), 38–52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8849>

Williams, J. (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*, 21(13), 786–794. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.13.786>

ANEXOS

Anexos do Projeto de Estágio

Anexo I: Exemplos de Cânulas Respiratórias

Anexo do Projeto de Estágio

Figura 1. Cânula flexível simples, sem cuff



Fonte: J.Santos & Faria (2009)

Figura 2. Cânula com cuff insuflado



Fonte: J.Santos & Faria (2009)

Figura 3. Cânulas fenestradas



Fonte: J.Santos & Faria (2009)

Figura 4. Cânula fenestrada dupla



Fonte: J.Santos & Faria (2009)

Anexo II: Histórico de Pesquisas na base de dados CINAHL

Anexo do Projeto de Estágio

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S7	S1 AND S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	17
S6	S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	40,592
S5	(MM "Self Care") OR "Self care promotion"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	22,301
S4	(MM "Nursing Interventions")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,446
S3	(MM "Rehabilitation Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,331
S2	(MM "Rehabilitation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,792
S1	(MM "Tracheostomy") OR "Tracheotomy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,360

Anexo III: Histórico de Pesquisas na base de dados MEDLINE

Anexo do Projeto de Estágio

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S7	S1 AND S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	38
S6	S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	64,931
S5	"Self care promotion" OR (MM "Self Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	19,003
S4	"Nursing Interventions" OR (MM "Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	30,622
S3	(MM "Rehabilitation Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,029
S2	(MM "Rehabilitation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,550
S1	(MM "Tracheotomy") OR (MM "Tracheostomy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,048

APÊNDICES

Apêndices do Projeto de Estágio

Apêndice I: Análise dos artigos incluídos na Revisão Narrativa da Literatura

Apêndice do Projeto de Estágio

Autor(es)	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivos	Resultados/Conclusões
J.Santos & Faria (2009).	Revisão literatura.	Não explícito.	Apresentar um guia orientador para todos os enfermeiros relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes à pessoa com OR, tendo por base a prática baseada na evidência;	A responsabilidade dos cuidados deve ser partilhada pelos enfermeiros, pessoas com OR e cuidadores (familiares ou não) consoante as necessidades identificadas. O enfermeiro ao intervir junto das pessoas com OR, tem como prioridade satisfazer as suas necessidades, promover a sua independência e reinserção social.
Freeman (2011)	Revisão narrativa	Não estão explícitos no artigo	Explorar as evidências relativas aos cuidados de enfermagem às pessoas com traqueotomia temporária	Cuidar de uma pessoa com uma traqueotomia temporária requer uma colaboração multidisciplinar de modo a fornecer um plano de cuidados seguro e eficaz.
Queirós et al. (2015)	Estudo de investigação metodológico.	O instrumento foi aplicado numa amostra com 80 participantes, cuja técnica de amostragem foi não	Desenvolver uma ferramenta para avaliar a competência de autocuidado da pessoa com uma traqueostomia.	O estudo resultou num formulário constituído por 39 indicadores, organizados em 6 domínios. A elaboração deste estudo evidenciou a importância da avaliação da competência no autocuidado na ostomia de

		probabilística de conveniência.		ventilação, enquanto ferramenta útil para a monitorização do curso da transição para a vida com uma traqueostomia.
Queirós et al. (2017)	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	80 participantes ao quais foi aplicado o instrumento de colheita “Formulário de Avaliação da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação”.	Identificar os fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação.	Ser do sexo masculino, ter baixa escolaridade, ter realizado cirurgia de urgência, ter uma ostomia temporária e ter um cuidador, constituem-se como fatores inibidores do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de ventilação. O tempo pós-operatório revelou-se como fator facilitador
Graboyes et al. (2017).	Estudo piloto prospetivo.	50 pessoas submetidas a um programa de ensinios sobre Laringectomia Total.	Avaliar a viabilidade de um programa educacional a pessoas submetidas a laringectomia total no período peri operatório e a sua influência na taxa de readmissão não planeada, bem como na preparação das pessoas e dos seus	Das 50 pessoas que participaram no programa, verificou-se que a taxa de reinternamento após 30 dias foi de 20%. Apenas uma pessoa (2%) apresentou um reinternamento por complicações. As pessoas aumentaram os seus conhecimentos e preparação para lidar com a Laringectomia total.

			familiares para o autocuidado.	
Frade et al. (2017)	Revisão da literatura	Não explícito	Identificar intervenções otimizadoras da comunicação, utilizando dispositivos eletrônicos portáteis e descrever o modo de utilização dos mesmos, com o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, promotores da comunicação eficaz na pessoa submetida a laringectomia total no período peri-operatório.	Os dispositivos eletrônicos portáteis que tenham software instalado para a comunicação oferecem diversas vantagens e benefícios; A escolha da estratégia deve ser feita em conjunto com as pessoas e de acordo com a sua situação específica,
Nakarada-Kordic et al. (2018)	Revisão Sistemática	Foram identificados 1080 artigos e 17 elegíveis para inclusão. Catorze artigos relataram experiências de pessoas com	O objetivo desta revisão foi compreender melhor o conhecimento atual relacionado à experiência e à qualidade de vida de adultos	As pessoas com traqueostomia e os seus cuidadores relataram uma série de experiências, principalmente negativas, relacionadas ao cuidado, apoio e gestão de uma traqueostomia, comunicação, bem-estar

		traqueostomia, e três artigos concentraram-se nas experiências dos cuidadores.	que vivem com uma traqueostomia e dos seus cuidadores para poder melhorar essas experiências.	e qualidade de vida, alteração da imagem corporal, e estigma e isolamento social.
Canduela et al. (2018)	Revisão narrativa da literatura	Não explícito	Unificar as recomendações sobre materiais, técnicas e intervenções de reabilitação da pessoa submetida a uma laringectomia total.	As alterações provocadas por uma laringectomia total afetam muito a pessoa, especialmente sua vida de relacionamento com o meio ambiente. A reabilitação da pessoa laringectomizada é de extrema importância e visa melhorar sua qualidade de vida. Este documento apresenta recomendações para o cuidado à pessoa laringectomizada e envolve todos os profissionais de saúde relacionados com o cuidado à pessoa.
Neiva et al. (2020)	Estudo qualitativo, exploratório	7 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, submetidos à consulta pré-operatória de enfermagem,	Demonstrar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na prática do autocuidado realizado pelas	A consulta de enfermagem é um importante instrumento para orientar, estabelecer vínculos e esclarecer dúvidas relativamente aos cuidados com a OR e dispositivos

		que realizaram cirurgia com confecção de OR e tinham capacidade para estabelecer comunicação verbal.	para pessoas com OR; descrever as práticas de autocuidado realizadas e os fatores limitadores;	respiratórios. As ações de enfermagem podem limitar e até impedir a pessoa de desenvolver o seu autocuidado, fazendo-se necessário que o projeto terapêutico de enfermagem seja planejado de forma a incluir a pessoa nesse processo
--	--	--	--	--

Apêndice II: Apresentação Intercalar

Apêndice do Projeto de Estágio

12º Curso de Mestrado em Enfermagem- Área
de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção do EEER na Promoção para o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória

Professor Regente: Miguel Serra

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Maio 2021

Sumário

- *Background;*
- Componente científica;
 - Identificação do Projeto;
 - Síntese do conhecimento;
- Modelos Teóricos;
- Contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Background

1

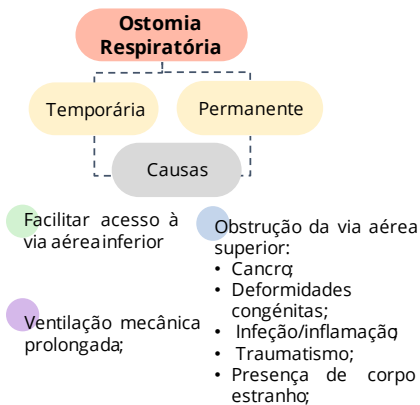


Fonte: <https://www.vielopharma.com/en/ostomatraqueal-traqueostomia/>

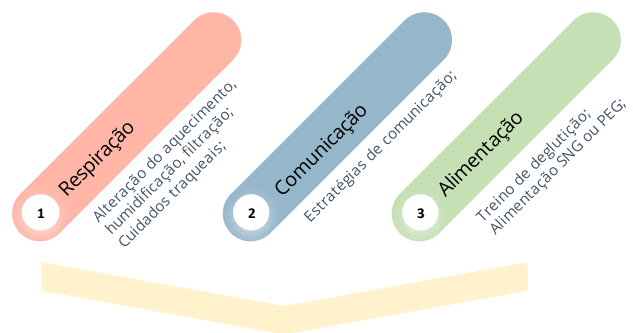


1.2 Background

Ostomia Respiratória



Adaptação à nova condição de Saúde



As pessoas com ostomia respiratória necessitam de adquirir competências para serem capazes de lidar com as alterações

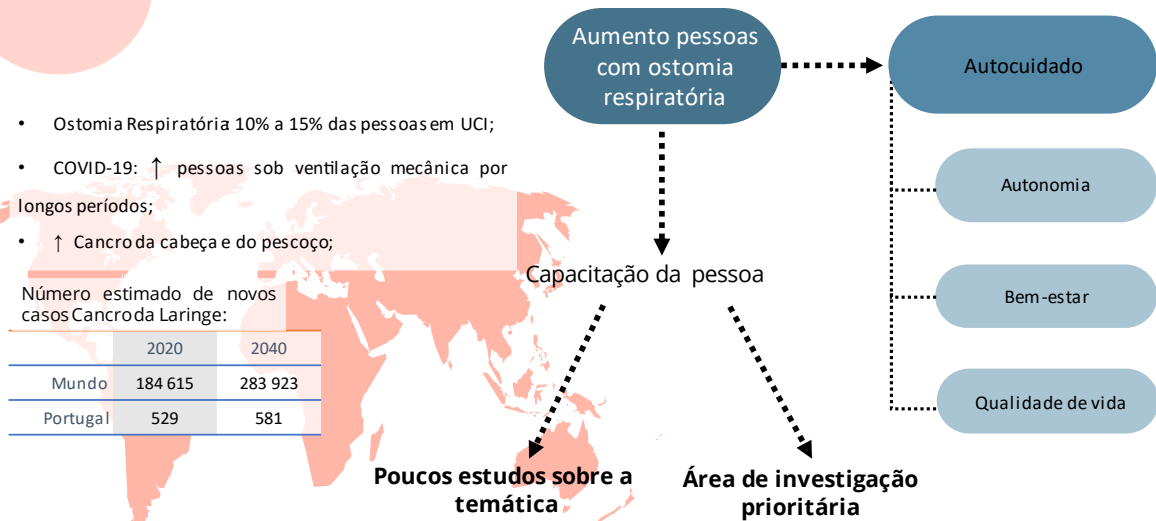


1.3 Pertinência do Tema

- Ostomia Respiratória 10% a 15% das pessoas em UCI;
- COVID-19: ↑ pessoas sob ventilação mecânica por longos períodos;
- ↑ Cancro da cabeça e do pescoço;

Número estimado de novos casos Cancro da Laringe:

	2020	2040
Mundo	184 615	283 923
Portugal	529	581



(Ferlay, J., et al. 2020; Queirós S., et al. 2017; McGrath et al., 2020; Spito, A. & Cavaliere, B., 2019; Otoni, R., Corrêa, M., & Jimenez, A., 2020)

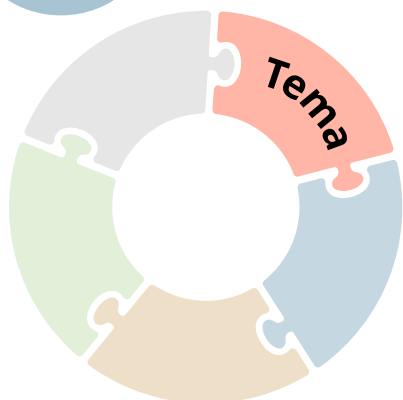


Componente Científica

2



2.1 Identificação do Projeto

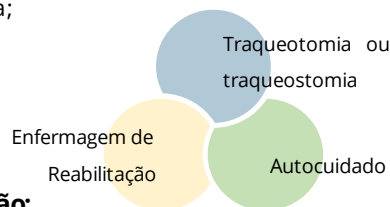


- **Título:**

Intervenção do EEER na Promoção para o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória;

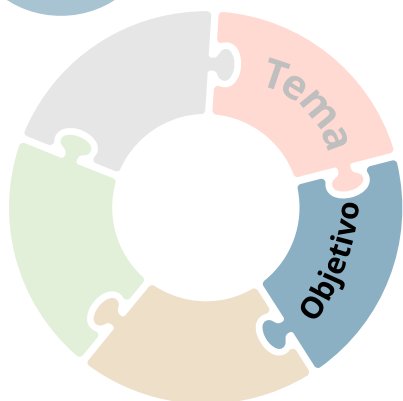
- **Palavras-chave:**

- **Termos de indexação:**



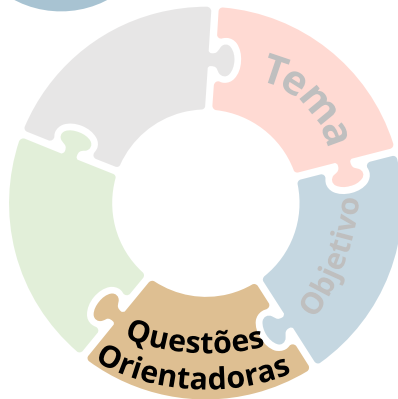
Uso das palavras-chave e termos de indexação para a pesquisa nas bases de dados

2.1 Identificação do Projeto



- Identificar a evidência disponível relacionada à intervenção do EEER para a promoção do autocuidado da pessoa com ostomia respiratória;

2.1 Identificação do projeto

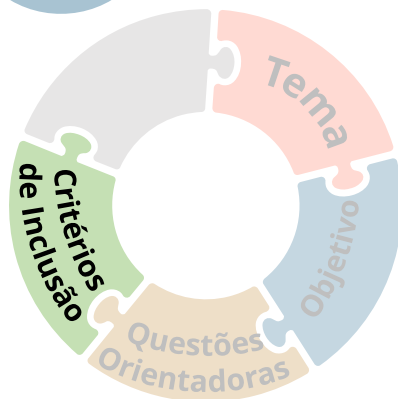


- Quais as **intervenções** do EEER que promovem o autocuidado na pessoa com ostomia respiratória?
 - Quais os **fatores que condicionam** essa intervenção?
 - Quais os **resultados** dessas intervenções?



Revisão Narrativa da Literatura

2.1 Identificação do projeto



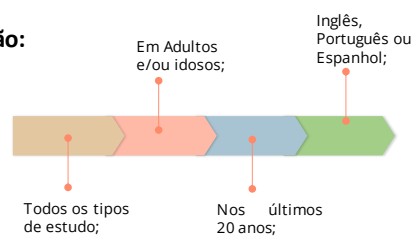
- **Método PCC:**

População
Pessoa com ostomia respiratória

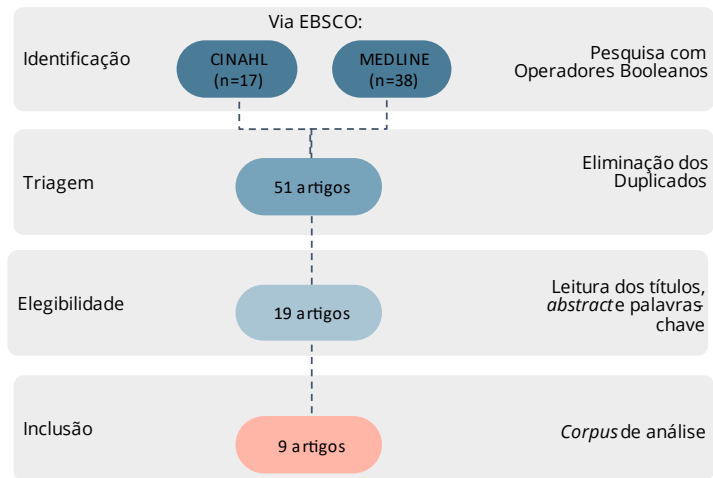
Conceito
Intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado

Contexto
Qualquer contexto Sem limitação geográfica.

- **Inclusão:**



2.1 Identificação do projeto



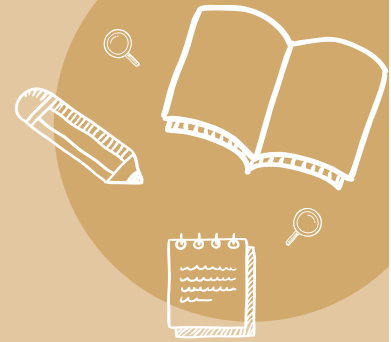
2.2 Síntese do Conhecimento



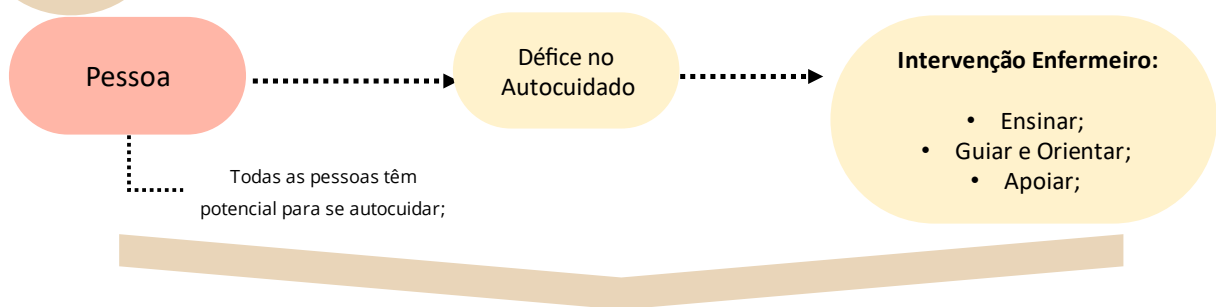
¹Regan, E. N., & Dallachiesa, L., 2009; ²Queirós, S., et al. 2017; ³Otoni, R., Corrêa, M., & Jimenez, A., 2020; ⁴Moreira, S., et al., 2015; ⁵Webber-Jones, J., 2010; ⁶Spito, A., & Cavaliere, B., 2019; ⁷Mehta, A., Wiener, R. & Reardon, C., 2016; ⁸Mormile, M., et al., 2003; ⁹Clini, E., et al. 2001).



3 Modelo Teórico

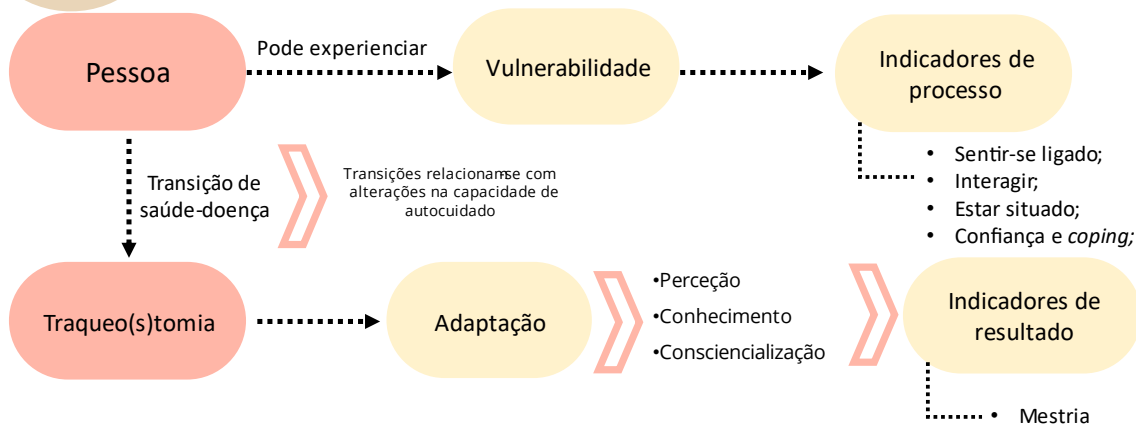


3.1 Teoria do Autocuidado (Orem)



- Os cuidados devem ser gradualmente transferidos para a pessoa com Ostomia Respiratória;
- Pessoa com Ostomia Respiratória necessita de desenvolvehabilidades para realizar o autocuidado, retomando suas atividades de vida diária;

3.2 Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis)



(Meleis, A. I., 2010)



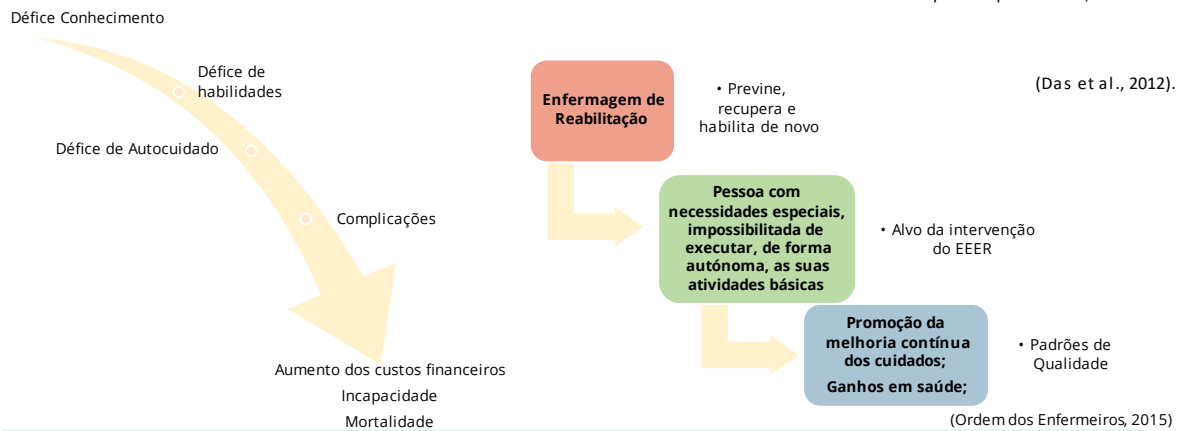
Contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

4



5.1 Padrões de Qualidade

- Parte dos eventos críticos ocorrem após a alta e poderiam ser evitáveis (ex: obstrução da cânula e descanulação acidental)
- 1.000 eventos críticos 500 resultaram em morte ou incapacidade permanente



Referências Bibliográficas

- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F. (2020). Global Cancer Observatory. Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [DD Month YYYY]
- Ferlay, J., Laversanne, M., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F. (2020). Global Cancer Observatory. Cancer Tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/tomorrow>, accessed [DD Month YYYY]
- Moreira Queirós, S. M., Vilaça de Brito Santos, C. S., Correia de Brito, M. A., & Soares Pinto, I. E. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. Revista de Enfermagem Referência, 4(14), 57-67. <https://doi.org/10.12707/RIV17010>
- Spito, A., & Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy. leading to improved the "Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path". Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis, 90(11-S), 38-52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8849>
- Regan, E. N., & Dallachiesse, L. (2009). How to care for a patient with a tracheostomy. Nursing, 39(8), 34-39. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000358572.79112.bd>
- Otoni Neiva, R., Corrêa Nogueira, M., & Jimenez Pereira, A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. Revista Estima, 18, 1-8. <https://doi.org/10.30886/estimav18.914.IN>
- Moreira Queirós, S. M., Vilaça de Brito Santos, C. S., Correia de Brito, M. A., & Soares Pinto, I. E. (2015). Development of a Form to Assess the Self-Care Competence of the Person with a Tracheostomy. Revista de Enfermagem Referência, 4(7), 51-59. <https://doi.org/10.12707/RIV15010>
- Webber-Jones, J. (2010). Obstructed tracheostomy tubes: clearing the air. Nursing, 40(1), 49-50. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000365919.86135.a0>

Referências Bibliográficas

- Mehta, A. B., Wiener, R. S., & Reardon, C. C. (2016). Living with a Tracheostomy American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 194(3), P5-P6. <https://doi.org/10.1164/rccm.1943P5>
- Mormile, M., Balzano, B., Maniscalco, M., Ipparelli G., Sanduzzi, A., Leone, C. A., & Sofia, M. (2003). Recurrent foreign body aspiration in the airways in a laryngectomized patient. Otolaryngology-Head and Neck Surgery : Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 129(1), 152-153. [https://doi.org/10.1016/s01945998\(03\)00356-5](https://doi.org/10.1016/s01945998(03)00356-5)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565-13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação Diário da República, 2ª série, nº 119, 16655-16660. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_D2015.pdf Entwistle, V., & Cribb, A. (2013). *Enabling people to live well: Fresh thinking about collaborative approaches to care for people with long-term conditions* (Issue May). <http://www.health.org.uk/sites/default/files/EnablingPeopleToLiveWell.pdf>
- Meleis A. I. (2010). *Transition theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby
- 1. Clini, E. M., Crisafulli E., Degli Antoni, F., Beneventi, C., Trianni L., Costi, S., Fabbri, L. M., & Nava, S. (2011). Functional Recovery Following Physical Training in Tracheotomized and Chronically Ventilated Patients. *Respiratory Care*, 56(3), 306-313. <https://doi.org/10.4187/respcare.00956>



12º Curso de Mestrado em Enfermagem- Área
de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção do EEER na Promoção para o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória

Professor Regente: Miguel Serra

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Maio 2021

Apêndice III: Apresentação Final

Apêndice do Projeto de Estágio

12º Curso de Mestrado em Enfermagem- Área
de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção do EEER na Promoção para o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória

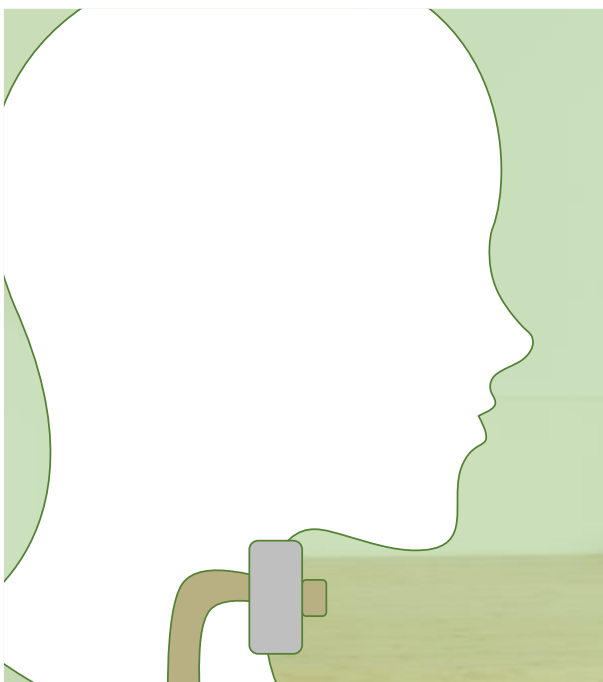
Professor Regente: Miguel Serra

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



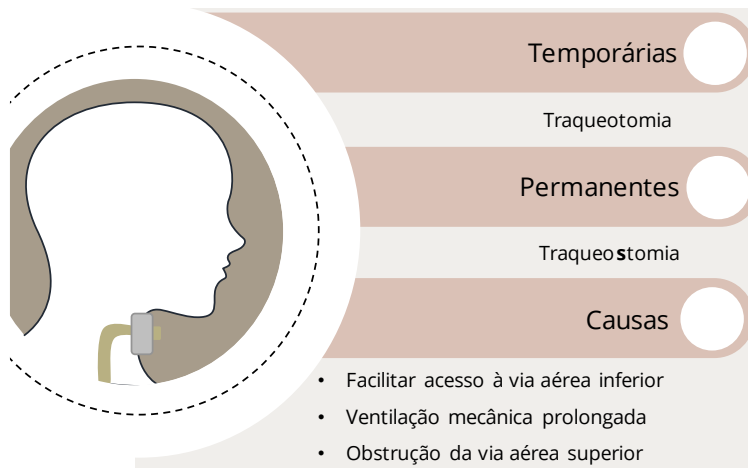
Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Julho 2021



SUMÁRIO

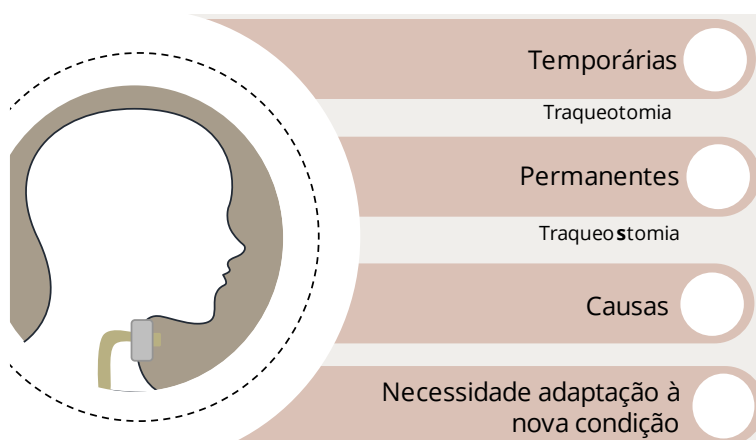
- 1 **Background;**
- 2 **Pertinência do Tema;**
- 3 **Componente Científica;**
- 4 **Síntese do Conhecimento;**
- 5 **Modelo Teórico;**
- 6 **Competências e Objetivos;**
- 7 **Locais de Estágio;**
- 8 **Cronograma**
- 9 **Considerações Finais;**
- 10 **Referências Bibliográficas**



1. Background

Ostomia Respiratória

(Queirós, S., et al. 2017; Spito, A. & Cavaliere, B., 2019; Neves, S., 2016)



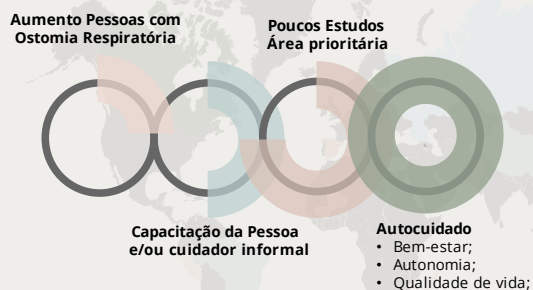
1. Background

Ostomia Respiratória

(Queirós, S., et al. 2017; Spito, A. & Cavaliere, B., 2019; Neves, S., 2016)



2. Pertinência do Tema



(Ferlay, J., et al. 2020; Queirós S., et al. 2017; McGrath et al., 2020; Spito, A. & Cavaliere, B., 2019; Otoni, R., Corrêa, M., & Jimenez, A., 2020)



3. Componente Científica

Questão Orientadora:

Quais as **intervenções** do EEER que promovem o autocuidado na pessoa com ostomia respiratória?

Quais os **fatores que condicionam** essa intervenção?

Quais os **resultados** dessas intervenções?

Revisão Narrativa da Literatura

01

Pesquisa nas bases MEDLINE e CINAHL (via EBSCO);

02

Seleção e análise de todos os estudos e artigos que cumpram os critérios de inclusão definidos;

03

Procura de estudos adicionais nas listas de referências dos artigos selecionados;

04

Pesquisa de literatura não publicada ou difícil de encontrar.

Corpus de Análise 9 artigos



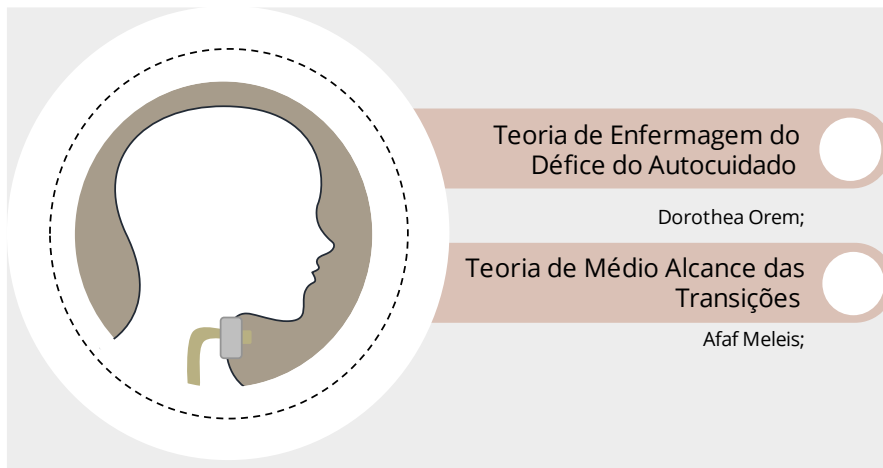
4. Síntese



Regan, E. N., & Dallachiesa, L., 2009 ; Queirós, S., et al. 2017; Otoni, R., Corrêa, M., & Jimenez, A., 2020; Moreira, S., et al., 2015; Webber-Jones, J., 2010; Spito, A., & Cavaliere, B., 2019; ²Mehta, A., Wiener, R. & Reardon, C., 2016; Mormile, M., et al., 2003; Cline, E., et al. 2001).



5. Modelo Teórico



6. Competências e Objetivos

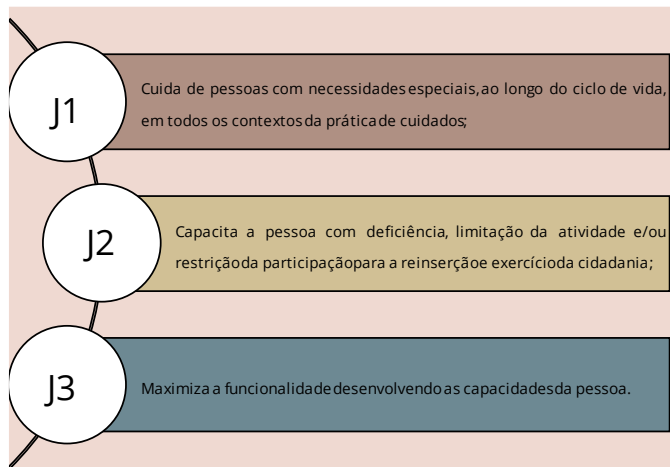


- 1 Desenvolver competências do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com Ostomia Respiratória, tendo em vista a sua funcionalidade e reinserção familiar/ social.
- 2 Desenvolver competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- 3 Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

6.1 Objetivos Gerais

6.2 Objetivos Específicos

Competências
Específicas do EER



(Ordem dos Enfermeiros, 2019)



Competência Específica J1:	
Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;	
Objetivo Específico 1: Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outras alterações a nível sensorio motor, cardiorespiratório, cognitivo, de alimentação, de eliminação e de sexualidade.	
Atividades	Indicadores de Avaliação
<p>a) Realização da colheita dados pertinentes sobre a pessoa e o cuidador, identificando as necessidades de autocuidado;</p> <p>b) Avaliação do risco de alteração da funcionalidade através de escalas apropriadas;</p> <p>c) Realização de pesquisa, identificando a evidência científica disponível, relativamente aos instrumentos de avaliação da funcionalidade;</p> <p>d) Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de autocuidado de forma independente no contexto de vida da pessoa;</p> <p>e) Identificação dos recursos da pessoa e/ou família/cuidador e com unidade e em que se encontram inseridos;</p> <p>f) Avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>g) Avaliação do impacto da alteração da capacidade funcional na qualidade de vida e bem-estar da pessoa;</p> <p>h) Realização do diagnóstico das respostas humanas à transição de saúde/doença e da realização das atividades de autocuidado;</p> <p>i) Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização das atividades de autocuidado.</p>	<p>a) Realiza a colheita dados e identifica as necessidades de autocuidado da pessoa;</p> <p>b) Avalia o risco de alteração da funcionalidade através de escalas apropriadas;</p> <p>c) Realiza pesquisa, identificando a evidência científica disponível, relativamente aos instrumentos de avaliação da funcionalidade;</p> <p>d) Identifica os fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de autocuidado de forma independente no contexto de vida da pessoa;</p> <p>e) Identifica os recursos da pessoa e/ou família/cuidador e comunidade em que se encontram inseridos;</p> <p>f) Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>g) Avalia o impacto da alteração da capacidade funcional na qualidade de vida e bem-estar da pessoa;</p> <p>h) Realiza o diagnóstico das respostas humanas à transição de saúde/doença e da realização das atividades de autocuidado;</p> <p>i) Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização das atividades de autocuidado.</p>



Competência Específica J1:	
Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;	
Objetivo Específico 2: Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação promotores de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado;	
Atividades	Indicadores de Avaliação
a) Realização de planos, seleção e prescrição de intervenções para otimizar e/ou reeducar a função da pessoa com Ostomia Respiratória (ou com outros défices no Autocuidado); b) Elaboração de programas de reeducação funcional da pessoa com Ostomia Respiratória e/ou défice de autocuidado;	a) Realiza planos, seleciona e prescreve intervenções para otimizar e/ou reeducar a função na pessoa; b) Elabora programas de reeducação funcional da pessoa com Ostomia Respiratória e/ou com défices no autocuidado;



Competência Específica J1:	
Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;	
Objetivo específico 3: Avaliar os resultados das intervenções implementadas na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices do autocuidado;	
Atividades	Indicadores de Avaliação
a) Monitorização da implementação e dos resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional e treino da pessoa com Ostomia Respiratória e/ou com outros défices no autocuidado; b) Utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida) da pessoa com Ostomia Respiratória e/ou com outros défices no autocuidado. c) Elaboração de registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados.	a) Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional e treino da pessoa com Ostomia Respiratória e/ou com outros défices no autocuidado; b) Recorre a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida) da pessoa; c) Elabora registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados.



Competência Específica J2:	
Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.	
Objetivo Específico 4: Elaborar e implementar programas de treino de atividades de autocuidado com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;	
Atividades	Indicadores de Avaliação
a) Ensino de técnicas e tecnologias específicas de autocuidado à pessoa e/ou ao cuidador; b) Realização de treinos específicos de atividades de autocuidado com pessoa portadora de Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado; c) Ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado; d) Identificação dos produtos de apoio mais adequados à situação de cada pessoa; e) Promoção de ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade;	a) Ensina a pessoa com e/ou ao cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado; b) Realiza treinos específicos de atividades de autocuidado com a pessoa; c) Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; d) Identifica os produtos de apoio mais adequados à situação de cada pessoa; e) Promove ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade.



Competência Específica J3:	
Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	
Objetivo Específico 5: Realizar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;	
Atividades	Indicadores de Avaliação
a) Realização de revisão da literatura acerca da função respiratória, cardíaca e motora da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado; b) Instrução, ensino e treino de técnicas e tecnologias que maximizem o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado; c) Realização de sessões de treino com vista à promoção da saúde e capacitação da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;	a) Demonstra conhecimento, com base na evidência científica, acerca das funções respiratória, cardíaca e motora da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado; b) Instrui, ensina e treina técnicas e tecnologias a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório da pessoa; c) Realiza sessões de treino com vista à promoção da saúde e capacitação da pessoa;
Objetivo Específico 6: Avaliar e reformular programas de treino na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado;	
Atividades	Indicadores de Avaliação
a) Monitorização da implementação dos programas concebidos; b) Monitorização dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa; c) Reformulação das estratégias, programas e projetos com base nos resultados obtidos, com vista à capacitação da pessoa;	a) Monitorizar a implementação dos programas concebidos; b) Monitorizar os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa; c) Reformula as estratégias, programas e projetos com base nos resultados obtidos, com vista à capacitação da pessoa;







6.2 Objetivos Específicos

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

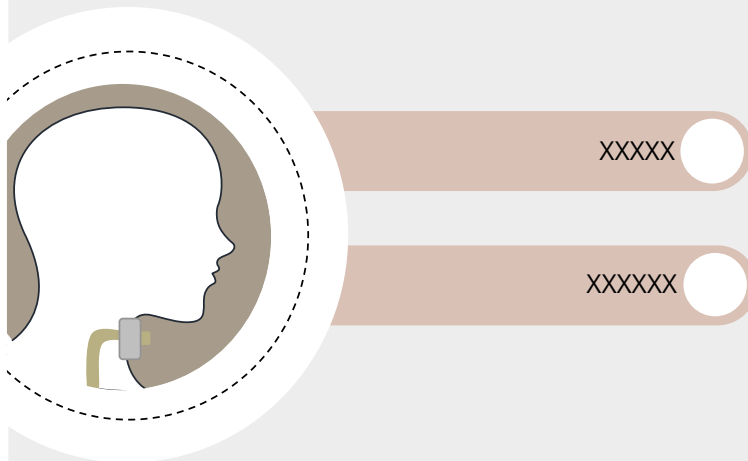
Domínio A Responsabilidade profissional, ética e legal	Domínio B Melhoria contínua da qualidade	Domínio C Gestão dos cuidados	Domínio D Desenvolvimento das aprendizagens profissionais
<p>7. Demonstrar uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos, analisar e interpretar as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa, procurando a excelência dos cuidados;</p> <p>8. Demonstrar capacidade de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, no exercício profissional enquanto Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p>	<p>9. Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;</p> <p>10. Colaborar na implementação e planeamento de programas de melhoria contínua.</p>	<p>11. Participar na gestão dos cuidados, otimizando o trabalho da equipa e os recursos existentes, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas;</p> <p>12. Desenvolver um estilo de liderança, adequado à organização.</p>	<p>13. Desenvolver capacidade de autoconhecimento, identificando fatores que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais;</p> <p>14. Realizar o processo de tomada de decisão e as intervenções com base em conhecimento válido, atual e pertinente.</p>



6.3 Recursos

Humanos	Materiais	Físicos	Temporais
 <p>Docente orientador; Enfermeiro orientador; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; Equipa multidisciplinar; Pessoa cuidada, família e/ou cuidadores;</p>	 <p>Protocolos, normas, circulares, e documentos existentes nos locais de estágio; Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Bases dados; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados;</p>	 <p>Locais de estágio</p>	 <p>Cronograma;</p>



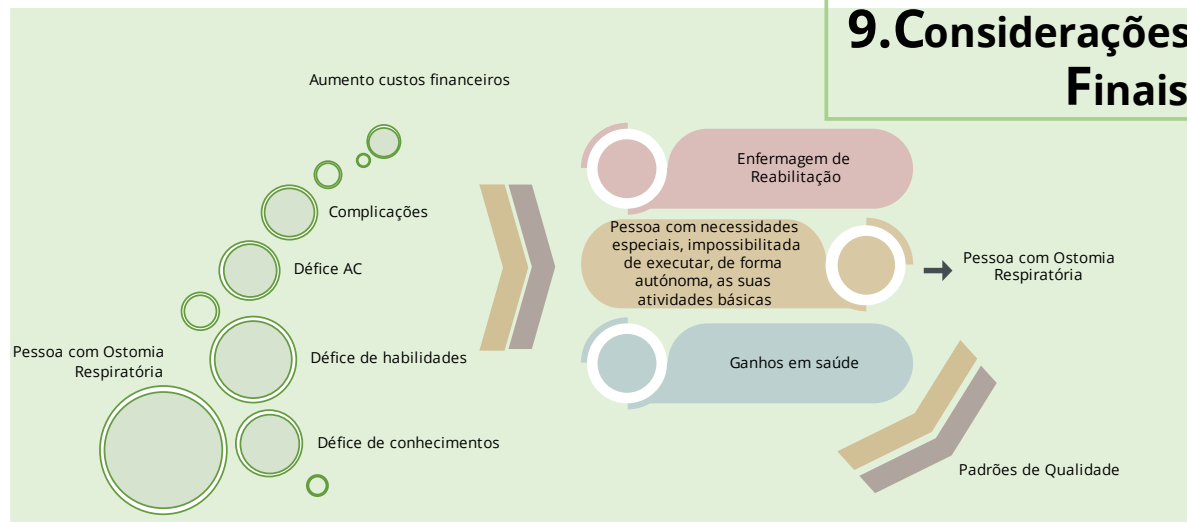


7. Locais de Estágio

8. Cronograma

Cronograma de Atividades																				
Ano	2021										2022									
Mês	Outubro			Novembro				Dezembro			Janeiro				Fevereiro		Março			
Semanas	12	19	26	2	9	16	23	30	7	13	18	25	4	11	18	25	1	8	15	22
	18	25	1	8	15	22	29	6	12	17	24	2	10	17	24	31	7	14	21	25
Locais de estágio	Local 1											Local 2								
Objetivos Específicos	1																			
	2																			
	3																			
	4																			
	5																			
	6																			
	7																			
	8																			
	9																			
	10																			
	11																			
	12																			
	13																			
	14																			

9. Considerações Finais



((Das et al, 2012, Ordem dos Enfermeiros, 2015)



10. Referências Bibliográficas

- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [DD Month YYYY]
- Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/tomorrow>, accessed [DD Month YYYY]
- Moreira Queirós, S. M., Vilaça de Brito Santos, C. S., Correia de Brito, M. A., & Soares Pinto, I. E. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência* 4(14), 57-67. <https://doi.org/10.12707/RIV17010>
- Spito, A., & Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent a temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the "Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path". *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 90(11-5), 38-52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-5.8849>
- Regan, E. N., & Dallachiesa L. (2009). How to care for a patient with a tracheostomy. *Nursing*, 39(8), 34-39. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.000035857279112.bd>
- Otoni Neiva, R., Corrêa Nogueira, M., & Jimenez Pereira, A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *Revista Estíma*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.30886/estimav18.914.IN>
- Moreira Queirós, S. M., Vilaça de Brito Santos, C. S., Correia de Brito, M. A., & Soares Pinto, I. E. (2015). Development of a Form to Assess the Self-Care Competence of the Person with a Tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 51-59. <https://doi.org/10.12707/RIV15010>
- Webber-Jones, J. (2010). Obstructed tracheostomy tubes: clearing the air. *Nursing* 40(1), 49-50. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.000036591986135.a0>



10. Referências Bibliográficas

- Mehta, A. B., Wiener, R. S., & Reardon, C. C. (2016). Living with a Tracheostomy American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 194(3), P5-P6. <https://doi.org/10.1164/rccm.1943P5>
- Mormile, M., Balzano, B., Maniscalco, M., Ipparelli, G., Sanduzzi, A., Leone, C. A., & Sofia, M. (2003). Recurrent foreign body aspiration in the airways in a laryngectomized patient. Otolaryngology-Head and Neck Surgery : Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 129(1), 152-153. [https://doi.org/10.1016/s01945998\(03\)00356-5](https://doi.org/10.1016/s01945998(03)00356-5)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565-13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação Diário da República, 2ª série, nº 119, 16655-16660. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_D2015.pdf Entwistle, V., & Cribb, A. (2013). *Enabling people to live well: Fresh thinking about collaborative approaches to care for people with long-term conditions* (Issue May). <http://www.health.org.uk/sites/default/files/EnablingPeopleToLiveWell.pdf>
- Meleis, A. I. (2010). *Transition theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby
- 1. Clini, E. M., Crisafulli, E., Degli Antoni, F., Beneventi, C., Trianni, L., Costi, S., Fabbri, L. M., & Nava, S. (2011). Functional Recovery Following Physical Training in Tracheotomized and Chronically Ventilated Patients. *Respiratory Care*, 56(3), 306-313. <https://doi.org/10.4187/respcare.00956>



12º Curso de Mestrado em Enfermagem- Área
de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção do EEER na Promoção para o Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória

Professor Regente: Miguel Serra

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Julho, 2021

Apêndice IV: Cronograma

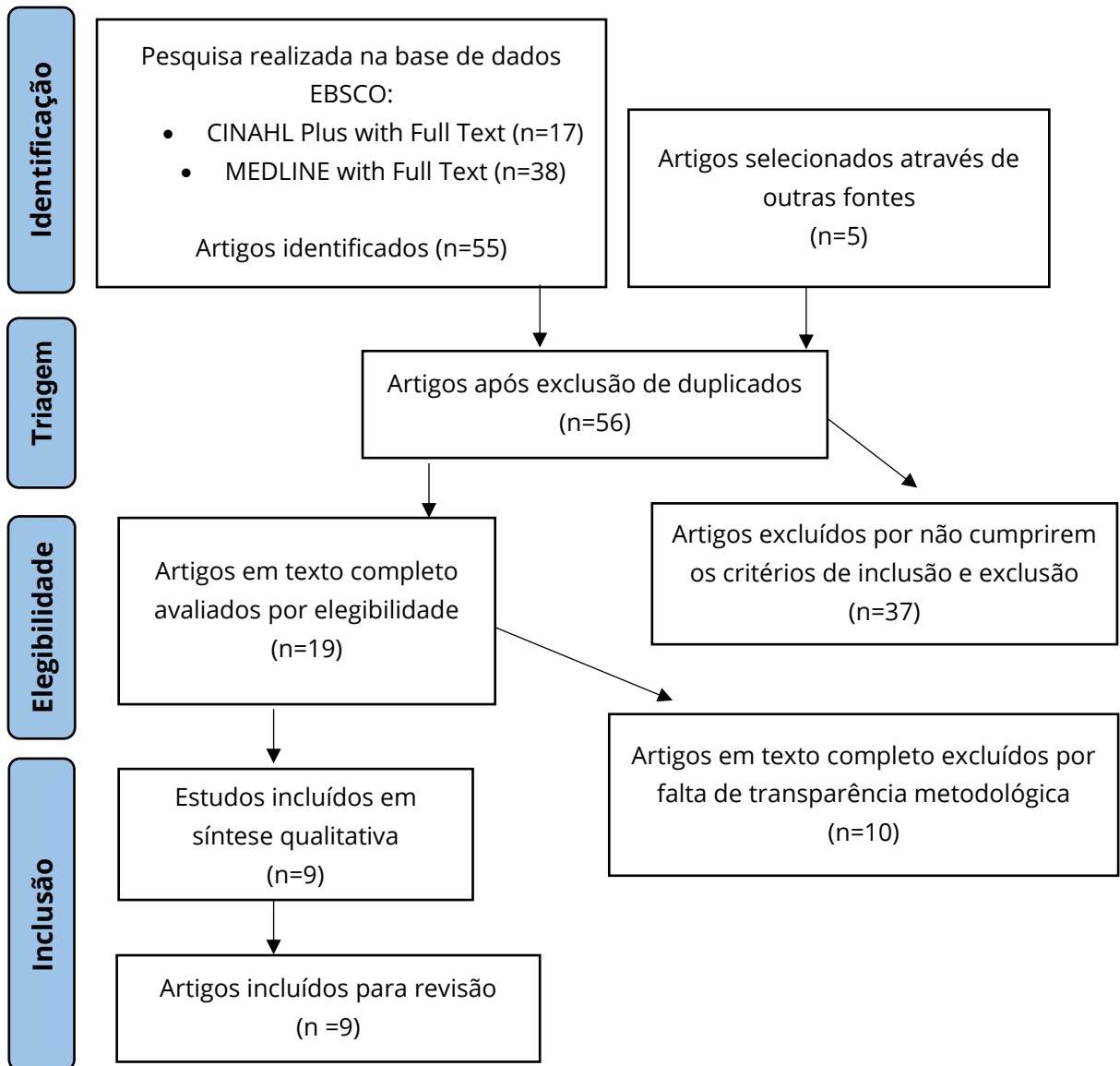
Apêndice do Projeto de Estágio

Cronograma de Atividades																					
Ano	2021												2022								
Mês	Outubro			Novembro				Dezembro					Janeiro					Fevereiro		Março	
Semanas	12	19	26	2	9	16	23	30	7	13	18	25	4	11	18	25	1	8	15	22	
	18	25	1	8	15	22	29	6	12	17	24	2	10	17	24	31	7	14	21	25	
Locais de Estágio	Local 1												Local 2								
J1: Objetivo específico 1																					
J1: Objetivo específico 2																					
J1: Objetivo específico 3																					
J2: Objetivo específico 4																					
J3: Objetivo específico 5																					
J3: Objetivo específico 6																					
A1: Objetivo específico 7																					
A2: Objetivo específico 8																					
B1: Objetivo específico 9																					
B2: Objetivo específico 10																					
C1: Objetivo específico 11																					
C2: Objetivo específico 12																					
D1: Objetivo específico 13																					
D2: Objetivo específico 14																					

Pausa Letiva

Relatório de Estágio

Apêndice II: Resultados da revisão narrativa da literatura (Fluxograma)



Apêndice III: Estudo de Caso do Sr. J.M.

ESTUDO DE CADO DO SR. J.M.

1. COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais		
Nome: J.M		
Género: masculino	Idade: 64 anos	Raça: caucasiana
Estado civil: divorciado	Profissão: reformado (ex-bancário)	Residência: Seixal
Agregado familiar:	Reside com a companheira	

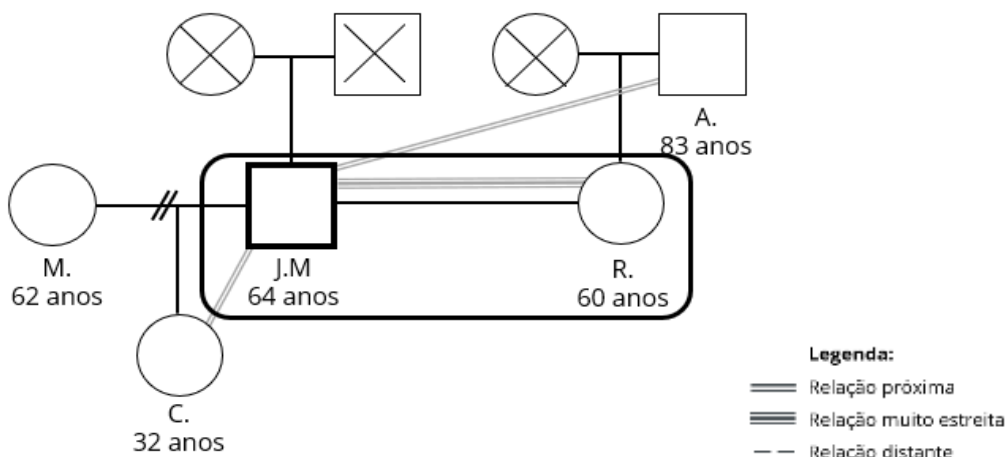
Avaliação da interação com a família e o meio envolvente	
Condições habitacionais	<p>Segundo o Sr. J.M, reside numa moradia com dois andares com condições de higiene e segurança.</p> <p>O acesso à porta principal da moradia é realizado pelo rés-do-chão, existindo dois degraus à entrada.</p> <p>O andar rés-do-chão é constituído por uma sala de estar, cozinha, casa de banho de serviço, um quarto com uma casa de banho (com banheira com porta deslizante).</p> <p>O primeiro andar é constituído por mais dois quartos e uma casa de banho (com poliban com portas deslizantes).</p> <p>O segundo andar é um sótão.</p>
Suporte familiar	<p>Reside com a companheira, ainda a trabalhar na área comercial, atualmente é também cuidadora do pai que se encontra doente.</p> <p>Tem uma filha de 32 anos, que se encontra desempregada, que reside com a ex-mulher.</p>

Segundo o Sr. J.M mantém relação precária com a filha.

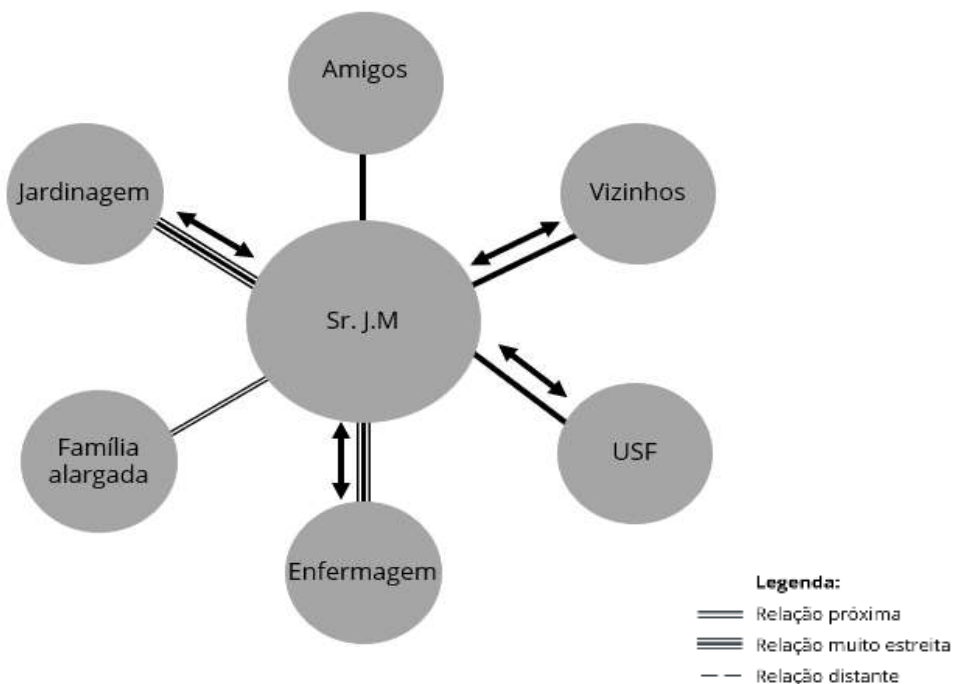
Refere ter uma relação cordial com os seus vizinhos e com os amigos.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Genograma:



Ecomapa:



Índice de <i>Graffar</i> Adaptado	<ul style="list-style-type: none"> • Pontuação de 13 pontos, que corresponde à classe social II
Dimensão estrutural:	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimento familiar: suficiente • Edifício residencial familiar: seguro • Precaução de segurança: demonstrada • Abastecimento de água: adequado • Animal doméstico: não tem
Dimensão desenvolvimento:	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação conjugal: mantida (divorciado, reside com companheira) • Papel parental: adequado (filha adulta)
Dimensão funcional:	<ul style="list-style-type: none"> • Processo familiar: funcional • Comunicação familiar: adequada • <i>Coping</i>: eficaz • Relação dinâmica: funcional

História de doença atual

O Sr. J.M., 64 anos, com diagnóstico de neoplasia da língua, admitido no dia 24/11/2021 no serviço de cirurgia de ORL do ■■■■, tendo sido submetido, no dia 25/11/2021 a glossectomia parcial direita, faringectomia, esvaziamento cervical tipo II direita, reconstrução do defeito faríngeo e lingual com retalho de grande peitoral direito e traqueotomia infra ístmica.

Antecedentes de Saúde

Hábitos aditivos	Tabágicos (40 anos)
Alergias	Desconhece
Antecedentes pessoais de saúde	Hiperplasia Benigna da Próstata Hipertensão Arterial Ansiedade Depressão Bloqueio Auriculoventricular de 1º grau
Terapêutica Ambulatório	Alprazolam 0.5 mg Cp

	Amitriptilina 25mg Cp Dutasterida + Tansulosina 0.4mg Cp Pantoprazol 40mg Lercanidipina 10 mg
Terapêutica Internamento	Enoxaparina sódica 40mg/0,4ml Sol inj Metoclopramida 10mg/2ml IV Tramadol 100mg/2ml IV Captopril 25mg Cp Metamizol magnésico 2000mg/5ml IV Clindamicina 600mg/4ml IV Amoxicilina 2000mg+ Ácido clavulânico200 mg IV
Dieta	Dieta mole via oral (pré-operatório); PEG colocada um mês antes da cirurgia; Dieta Nutrison Standard em perfusão por PEG (pós-operatório).

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.1 Observação Física

No dia 10/11/2021, dia em que foi estabelecido o primeiro contacto o Sr. J.M, o mesmo encontrava-se em decúbito dorsal no leito, com a cabeceira elevada a 90°. Apresentava-se calmo, consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa.

Apresenta humor tendencialmente triste, esboçando alguns sorrisos à abordagem. Receoso com a intervenção e cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo facto de ainda se estar a adaptar à presença de uma cânula de traqueotomia e por recear ficar mais cansado e com dores no local intervencionado.

Usa prótese ocular, por diminuição da acuidade visual secundária a miopia. Apresenta ausência parcial de peças dentárias na arcada inferior.

Pele e mucosas ligeiramente desidratadas e descoradas. Não apresenta lesões cutâneas, exceto a ferida cirúrgica a nível da cavidade oral, mentoneana e submentoneana, cervical anterolateral à direita e peitoral à direita. Emagrecido e asteniado.

Encontra-se eupneico em repouso, com respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular. Apresenta uma cânula de traqueotomia shilley número 6, fenestrada, por onde expele secreções amareladas, semi-espessas. Tem indicação para realizar treino respiratório com a cânula tapada e oclusão digital, que tolera por cerca de 3-5 minutos.

Relativamente à alimentação, encontra-se a realizar alimentação química isocalórica (Nutrison Standard) por PEG a 65cc/hora.

Foi realizada transferência para a posição de sentado no cadeirão, junto ao leito, apresentando equilíbrio estático e dinâmico sem alterações. Com apoio, foi realizado levante, ficando na posição de pé, onde apresenta equilíbrio dinâmico alterado, com desvio tendencialmente para a direita. Apresenta marcha caracterizada por um andar vagaroso, com pequenos passos.

Ao nível do padrão de eliminação apresenta-se algaliado, com algalia tipo silicone Fr 16, que apresenta urina clara, de cor amarela, sem sedimentos visíveis. Segundo diário clínico foi algaliado no contexto de retenção urinária no período pós-operatório, tendo sido observado e avaliado pela especialidade médica de urologia, com indicação para alta para domicílio com algalia a aguardar consulta. Relativamente ao padrão de eliminação intestinal, apresenta dejeções moldadas, habitualmente de 2-2 dias.

- Peso 72 Kg
- Altura 1,82 m

2.2 Avaliação da Dor: Segundo Escala Numérica da Dor

Escala Numérica da Dor												
Localização	Cervical						Peitoral à direita que irradia para o ombro direito					
Fatores de agravamento	Flexão/Hiperextensão cabeça e pescoço Rotação pescoço Flexão lateral direita e esquerda cabeça e pescoço						Extensão da escapulo-umeral Abdução da escapulo-umeral superior a 30°					
Fatores de alívio	Repouso no leito						Repouso no leito					
Escala numérica da Dor (score)	10	11	13	15	17	18	10	11	13	15	17	18
	3	3	2	2	1	1	3	3	3	2	2	2

2.3 Avaliação do Risco de úlceras de pressão

Escala de Braden						
	1	2	3	4	10/11	18/11
Percepção sensorial					1	1
Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	Totalmente limitada	Muito limitada	Levemente limitada	Nenhuma limitação	4	4
Humidade	1	2	3	4	4	4
Nível de exposição da pele à humidade	Pele constantemente húmida	Pele muito húmida	Pele ocasionalmente húmida	Pele raramente húmida		
Atividade	1	2	3	4	2	3
	Acamado	Sentado				

Nível de atividade física			Anda ocasionalmente	Anda frequentemente		
Mobilidade	1	2	3	4	3	4
Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Completamente imobilizado	Muito limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma limitação		
Nutrição	1	2	3	4	3	3
Alimentação habitual	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente		
Fricção e forças de deslizamento	1	2	3		2	3
	Problema	Problema potencial	Nenhum problema			
Total					18	21

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco: Alto Risco – Pontuação ≤ 16; Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

3. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

3.1 Avaliação Neurológica

3.1.1 Estado Mental

a) Estado de Consciência: encontra-se vígil, com abertura ocular espontânea (Escala de Glasgow, score=15)

b) Orientação: apresenta-se orientado auto e alopsiquicamente (*Mini Mental State Exame*)

c) Atenção/Concentração:

e) Estado emocional: O fâcias do Sr. J.M. transmite tristeza, com contacto ocular evitante. Esboça alguns sorrisos forçados à abordagem. Receoso com a intervenção e cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo facto de ainda se estar a adaptar à presença de uma cânula de traqueotomia e por recear ficar mais cansado e com dores no local intervencionado. Verbaliza, também, ansiedade relativamente à sua condição de dependência e ao impacto visual da cirurgia.

f) Capacidades Práticas: não apresenta alterações, visto que realiza as ações pretendidas.

Mini Mental State Examination (MMSE)		10/11
Orientação (1 ponto por cada resposta correta)	Em que ano estamos? 2021 Em que mês estamos? Novembro Em que dia do mês estamos? 10 Em que dia da semana estamos? Quarta-feira Em que estação do ano estamos? Outono	5
	Em que país estamos? Portugal Em que distrito vive? Setúbal Em que terra vive? Seixal Em que casa estamos? ██████ Em que andar estamos? Terceiro	5
Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor". Pera Gato Bola	3
Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas.	"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar". 27_ 24_ 21 _ 18_ 15_	5

Parar ao fim de 5 respostas)		
Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)	"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Pera Gato Bola	3
Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)	"Como se chama isto? Mostrar os objetos: a) Relógio b) Lápis	2
	"Repita a frase que eu vou dizer: "O RATO ROEU A ROLHA"	1
	"Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão esquerda, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos. Pega com a mão esquerda; Dobra ao meio; Coloca onde deve	3
	"Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.	1
	"Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (Utente previamente dextra. Não consegue escrever com a mão esquerda)	1
Habilidade Construtiva	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve	1

(1 ponto pela cópia correta.)	ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.	
Total		30

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

3.1.2 Pares Cranianos

Par craniano/alterações	Avaliação
I – Olfativo (anosmia, hiposmia, parosmia)	Sem alterações. Deteta o cheiro do creme em cada narina de olhos fechados.
II – Ótico Acuidade Visual (amaurose, ambliopia, cegueira) Campo de visão (hemianopsia, quadrantopsia)	Diminuição acuidade visual. Utiliza óculos.
III – Oclomotor (miose, elevação da pálpebra superior, abaixamento, elevação e adução do olho) IV – Patético (rotação do olho) VI – Motor Ocular Externo (abdução)	Sem alterações detetadas Pupilas isorreativas
V – Trigémeo (mastigação, sensação facial nas divisões oftálmica, maxilar e mandibular)	Apresenta os movimentos dos músculos mastigadores assimétricos (consequência da cirurgia)

VII - Facial (mímica facial, percepção gustativa 2/3 anteriores da língua)	Assimetria facial (consequência cirurgia) Apresenta dificuldade em manter a saliva dentro da boca, não consegue fazer encerramento total dos lábios em consequência da cirurgia.
VIII - Estado Acústico (equilíbrio estático e dinâmico e audição)	Alteração o equilíbrio dinâmico ortostático, avaliado através da Escala de Berg. Apresenta com ligeiro desvio do tronco para o lado direito.
IX - Glossofaríngeo (percepção gustativa 1/3 posterior da língua)	Parâmetro não avaliado Não foi possível avaliar por edema da língua e presença de ferida operatória na cavidade oral.
X - Vago (percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras, enervação das vísceras torácicas e abdominais - reflexo de vômito, alteração da voz - disфонia, hipofonia)	A úvula não se encontra centrada; Reflexo de vômito não se encontra presente.
XI - Espinhal (controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio - rotação e inclinação da cabeça)	Apresenta força de grau 3 no movimento da elevação do ombro direito e grau 3 na rotação e flexão lateral da cabeça para o lado direito. Apresenta força de grau 4 na elevação do ombro esquerdo e grau 3 rotação e flexão lateral da cabeça para a esquerda (avaliada força muscular recorrendo à escala Medical Research Council)
XII - Grande Hipoglosso (motricidade dos músculos da	Testou-se lateralidade da língua apresentando movimentos laterais lentos e

língua – mastigação, deglutição, articulação das palavras)	irregulares; apresenta desvio da língua para a esquerda (consequência da cirurgia); Apresenta dificuldade na articulação das palavras, uma vez que apresenta os movimentos da língua e lábios comprometidos.
--	---

3.1.3 Sensibilidade:

Foram detetadas alterações da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) a nível do grande peitoral à direita. Não foram detetadas alterações a nível da sensibilidade profunda (sentido de pressão, postural e estereognosia).

3.1.4 Força e Tónus Muscular

Relativamente à força muscular, no primeiro contacto estabelecido, constata-se que o Sr. J.M. apresenta movimentos ativos contra a gravidade, não vencendo a resistência em todos os movimentos da cabeça e do pescoço e da escapulo-umeral, e na flexão do cotovelo.

Para avaliar a força muscular foi utilizada a Escala *Medical Research Council*. Os resultados da avaliação inicial encontram-se descritos pormenorizadamente no quadro que se segue:

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular					
		10	11	13	15	17	18
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5
	Flexão lateral esquerda	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5

Tibiotársica	Dorsi-flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Inversão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Eversão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Dedos do Pé	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5

- **Medical Research Council** – avaliação da força muscular: grau 0 (sem movimentos visíveis, paralisia total); grau 1 (contração visível ou palpável, mas sem movimento); grau 2 (movimenta a articulação, não vence a gravidade); grau 3 (movimentos contra a gravidade, não vence a resistência); grau 4 (movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado); grau 5 (força normal)

3.1.5 Coordenação Motora

Para avaliar este parâmetro recorreu-se à prova índice-nariz, bem como à prova calcanhar Joelho. Não se observaram alterações ao nível do hemicorpo esquerdo. Relativamente ao hemicorpo direito, este parâmetro encontra-se alterado pela diminuição da força muscular do membro superior direito.

3.1.6 Equilíbrio

Escala de Berg		
1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente		X
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos	X	
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas		
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se		
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se		
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos	X	X
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto	X	X

(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão		
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos		
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos		
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos		
4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos		X
(3) controla a descida utilizando as mãos	X	
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida		
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle		
(0) necessita de ajuda para sentar-se		
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos		X
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos	X	
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão		
(1) necessita de uma pessoa para ajudar		
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança		

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança	X	X
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos		
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé		
(0) necessita de ajuda para não cair		
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança	X	X
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão		
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente permanecer por 30 segundos		
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos		
(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos		
8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina		

para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

Pontuação	10/11	18/11
4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)		X
(3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)	X	
(2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)		
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão		
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas/necessidade de suporte externo		

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)

Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança		X
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão	X	
(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente		
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)

Pontuação	10/11	18/11
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso		X

(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso	X	
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio		
(1) necessita de supervisão para virar		
(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair		
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de girar 360 graus, com segurança, em 4 segundos ou mãos		X
(3) capaz de girar 360 graus, com segurança, somente para um lado em 4 segundos ou menos		
(2) capaz de girar 360 graus, com segurança, mas lentamente	X	
(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais		
(0) necessita de ajuda enquanto gira		
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos		X
(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos		
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda	X	
(1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre ao paciente). Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar		

que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos		
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos	X	X
(2) capaz de dar um pequeno passo independentemente e permanecer por 30 segundos		
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos		
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé		
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)		
Pontuação	10/11	18/11
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos		X
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos	X	
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
PONTUAÇÃO FINAL	43/56	55/56

- Mau equilíbrio - 0 - 20
- Bom equilíbrio - 40 a 56

- 0 – 36 – 100% Risco de queda
- 37 – 44 – Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha
- 45 – 56 – Não existe risco de queda, a locomoção é segura

3.1.7 Marcha

Este parâmetro foi avaliado segundo as **Categorias Funcionais de Marcha de Holden**, tendo obtido um score de 3, isto é, dependente com supervisão.

Categorias Funcionais de Marcha de Holden	
10/11	Marcha 3/5
11/11	Marcha 3/5
13/11	Marcha 4/5
15/11	Marcha 4/5
17/11	Marcha 4/5
18/11	Marcha 4/5

3.1.8 Avaliação do Grau de Dependência

Índice de Barthel	Data da avaliação	
	10/11	18/11
Higiene pessoal	5	5
Evacuar	10	10
Urinar	0	0
Ir à casa de banho	5	10
Alimentar-se	0	10
Transferências	10	15
Mobilidade	0	15
Vestir-se	5	10

Escadas	5	10
Banho	5	5
Total	55/100	90/100

3.2 Avaliação do impacto no autocuidado (Requisitos segundo Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem)

Requisitos Universais	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<p>10/11</p> <p>Componente cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA 135/76 mmHg <p>Componente Respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, 21 ciclos por minuto. Eupneico em repouso, com SpO2 de 96%; • Murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, mas diminuído a nível do 1/3 inferior do campo pulmonar bilateralmente. Apresenta ruídos adventícios, tipologia “roncos”, na base do pulmão à direita, que se associa à presença de secreções; • Traqueotomizado, cânula nr 6, fenestrada; 	Sistema parcialmente compensatório

- Tolera treino respiratório com cânula ocluída cerca de 3-5 minutos;
- Apresenta tosse ineficaz;
- Secreções amareladas semi-espessas em grande quantidade;
- Dispneia a moderados esforços perante exercícios de treino muscular (score 7 Escala de Borg modificada)

11/11

Componente cardíaca:

- TA 137/82 mmHg

Componente respiratória:

- Respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, 20 ciclos por minuto. Eupneico em repouso;
- Murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, mas diminuído a nível do 1/3 inferior do campo pulmonar bilateralmente. Apresenta ruídos adventícios na hemicúpula diafragmática direita;
- Traqueotomizado, cânula nr 6, fenestrada;
- Tolera treino respiratório com cânula ocluída cerca de 5h;
- Apresenta tosse eficaz;
- Secreções amareladas semi-espessas em grande quantidade;

	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia 7 a moderados esforços perante exercícios de treino muscular (Escala de Borg modificada) 	
	<p>13/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, 20 ciclos por minuto. Eupneico em repouso; • Murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, mas diminuído a nível do 1/3 inferior do campo pulmonar bilateralmente. Apresenta ruídos adventícios na hemicúpula diafragmática direita; • Traqueotomizado, cânula nr 6, fenestrada; • Tolerou treino respiratório com cânula ocluída durante todo o turno; • Apresenta tosse eficaz; • Secreções esbranquiçadas, fluídas em moderada quantidade; • Dispneia a moderados esforços perante exercícios de treino muscular (Escala de Borg modificada) 	
	<p>15/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, 	

	<p>simétrica, ritmo regular, 20 ciclos por minuto. Eupneico em repouso;</p> <ul style="list-style-type: none">• Murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, mas diminuído a nível do 1/3 inferior do campo pulmonar bilateralmente. Ausência de ruídos adventícios.• Apresenta tosse eficaz;• Secreções esbranquiçadas, fluídas em moderada quantidade, que expele pela cavidade oral;• Dispneia a moderados esforços perante exercícios de treino muscular (Escala de Borg modificada) <p>17/11</p> <ul style="list-style-type: none">• Respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, 20 ciclos por minuto. Eupneico em repouso;• Murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, mas diminuído a nível do 1/3 inferior do campo pulmonar bilateralmente. Ausência de ruídos adventícios;• Apresenta tosse eficaz;• Secreções esbranquiçadas, fluídas em pequena quantidade;• Dispneia a moderados esforços perante exercícios de treino	
--	--	--

	<p>muscular (Escala de Borg modificada)</p> <p>18/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, 20 ciclos por minuto. Eupneico em repouso; • Murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, mas diminuído a nível do 1/3 inferior do campo pulmonar bilateralmente. Ausência de ruídos adventícios; • Apresenta tosse eficaz; • Secreções esbranquiçadas, fluídas em pequena quantidade; • Dispneia a moderados esforços perante exercícios de treino muscular (Escala de Borg modificada) 	
<p>Manutenção da quantidade suficiente de água</p>	<p>10/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de 1l água/24h por PEG a 40cc/h; • Peso:72 Kg; • Por apresentar força 5/5 a nível do punho e dedos da mão direita e esquerda, foram iniciados os ensinos da alimentação por PEG; <p>11/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de 1l água em 24h de forma autónoma através de PEG 	<p>Sistema totalmente compensatório</p> <p>Sistema de apoio-educativo</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações na satisfação; 	
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	<p>10/11</p> <ul style="list-style-type: none"> A realizar alimentação química (Nutrison Standard) por PEG a 65cc/hora das 7h às 23h. Por apresentar força 5/5 a nível do punho e dedos da mão direita e esquerda, foram iniciados os ensinos da alimentação por PEG; <p>11/11</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingestão de Nutrison Standard de forma autónoma por PEG Sem alterações na satisfação. 	<p>Sistema totalmente compensatório</p> <p>Sistema de apoio-educativo</p>
Provisão de cuidados associados com processos de eliminação	<p>10/11</p> <ul style="list-style-type: none"> Encontra-se algaliado, por retenção urinária no período pós-operatório (Score 0 Índice Barthel). Ausência de conhecimentos sobre esvaziamento do saco coletor e cuidados com a drenagem vesical. Evacua no wc, contudo refere dificuldade, pois não consegue realizar a manobra de Valsalva eficazmente, devido à presenta da cânula. <p>17/11</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantem-se algaliado, por retenção urinária no período pós-operatório. 	<p>Sistema totalmente compensatório</p> <p>Sistema de apoio-educativo</p>

	<p>Independente no esvaziamento do saco coletor, após ensino e treino.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacua no wc, fezes moldadas em moderada quantidade. 	
<p>Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</p>	<p>10/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refere que sente alguma dificuldade em dormir, por sentir dor a nível cervical e pela presença de tosse produtiva frequente, com expulsão e secreções em abundante quantidade. • Apresenta dispneia a moderados esforços, o que conduz a uma redução da atividade, permanecendo maior parte do tempo no leito. 	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>
<p>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</p>	<p>10/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta dificuldade em comunicar com a cânula de traqueotomia fenestrada, por não tolerar a oclusão da cânula por mais de 3 minutos, agravada pela dificuldade na articulação das palavras, como consequência da cirurgia. • As alterações provocadas condicionam a sua interação social, levando a sentimentos de tristeza, ansiedade e frustração. <p>Introduzido quadro de letras;</p>	<p>Sistema parcialmente compensatório</p>

	<p>Recebe visita diária da esposa por 30 minutos.</p> <p>15/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Sr. J.M foi descanulado; • Apresenta dificuldade na articulação das palavras, como consequência da cirurgia; • Utiliza quadro de letras, quando comunicação não é perceptível; 	Sistema apoio- educação
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	<p>10/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteração do equilíbrio ortostático dinâmico; • Existência de feridas operatórias; • Risco obstrução da cânula traqueotomia por presença de secreções semi-espessas. <p>13/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Removidos agrafos da totalidade nível peitoral e cervical anterolateral direita; 	Sistema parcialmente compensatório Sistema totalmente compensatório
Promoção da interação social	<p>10/11/2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra pouca motivação e vontade em participar no programa de reabilitação, mas com incentivo participa ativamente na avaliação realizando as intervenções/atividades solicitadas; 	Sistema parcialmente compensatório

	11/11/2021 <ul style="list-style-type: none"> • Adere ao programa terapêutico, apesar de referir dor e cansaço. Revela confiança nos profissionais de saúde e participa ativamente nas atividades propostas. 	Sistema apoio- educação
--	---	----------------------------

Desvios Saúde	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Procura garantir assistência médica adequada	Recorre ao Enfermeiro de Reabilitação para assuntos relacionados com a reabilitação e bem-estar.	Sistema apoio-educação
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	Compreende os efeitos relacionados ao pós-operatório.	Sistema apoio-educação
Realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação	Executa o programa de reabilitação prescrito.	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	Associa os efeitos/resultados às intervenções realizadas, manifestando-se com disposição para a participação na sessão de reabilitação	Sistema apoio-educação
Modificar autoconceito em aceitar estado de	Reconhece e aceita as alterações do seu estado de saúde;	Sistema apoio-educação

saúde e necessitar novas formas de cuidados	Procura apoio e ajuda para esclarecer dúvidas e executar AVD;	
Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos	Reaprendeu a satisfazer todas as necessidades humanas básicas	Sistema apoio-educação

Desenvolvimento	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Adaptação às mudanças físicas	Compreende a necessidade de adesão ao programa de reabilitação; Compreende as mudanças necessárias para prevenir complicações pós-operatórias.	Sistema apoio-educação

4. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Problemas Identificados 10/11/2021
Dependência moderada na satisfação do autocuidado a) Pontuação 55/100 no Índice de Barthel – incapacidade funcional moderada.
Força muscular diminuída no MS direito b) Força muscular nível 3 a nível da escapulo-umeral direita e do cotovelo direito em todos os movimentos.

Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz

- h) Murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do campo pulmonar;
- i) Presença de ruídos adventícios na base do pulmão à direita;
- j) Tosse ineficaz;
- k) Dispneia a moderados esforços aquando da realização de exercícios de treino da força muscular;
- l) Presença de traqueotomia por onde expele secreções amareladas semi-espessas em grande quantidade.

Alteração do Equilíbrio Ortostático Dinâmico

- a) Pontuação 43/56 na Escala de Berg, que corresponde a uma marcha segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha.

Alteração da Comunicação Verbal

- a) Dificuldade em comunicar com cânula de traqueotomia fenestrada;
- b) Dificuldade na articulação das palavras, como consequência da cirurgia.

5. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO SR. J.M.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
<p>Limpeza das vias aéreas ineficaz, relacionado com aumento secreções brônquicas, manifestado por tosse ineficaz, ruídos adventícios respiratórios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a ventilação pulmonar e otimizar as trocas gasosas; • Reeducar musculatura respiratória; • Mobilizar e eliminar secreções brônquicas; • Promover reexpansão pulmonar; • Prevenir complicações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar sinais vitais; • Monitorizar saturação periférica de oxigénio; • Vigiar respiração: inspeção dinâmica (frequência respiratória, ritmo respiratório, padrão respiratório, amplitude, simetria), palpação, percussão; • Auscultar sons pulmonares; • Avaliar dispneia através da Escala Modificada de Borg; • Ensinar tosse dirigida e assistida; • Manobras acessórias (Percussão, vibração e compressão); • Vigiar características das secreções; • Aspirar secreções; 	<p>10/11/2021</p> <p>O Sr. J.M. apresenta-se traqueotomizado, com cânula shilley nr 8 fenestrada.</p> <p>Acessos de tosse ineficaz, produtiva. Secreções amarelas semi-espessas.</p> <p>Apesar de ter sido estimulada a tosse voluntária e manualmente assistida, contudo apresenta necessidade de aspiração de secreções.</p> <p>A realização de manobras acessórias foi benéfica na mobilização das secreções.</p> <p>15/11/2021</p> <p>O Sr. J.M. foi observado por médico assistente, que reconheceu as melhorias clínicas a nível respiratório, tem indicação para ser retirada a cânula de traqueotomia.</p> <p>Acessos de tosse eficaz, produtiva, que expelida pela cavidade oral.</p>

			<p>Secreções esbranquiçadas, fluidas em moderada quantidade.</p> <p>A realização de manobras acessórias foi benéfica na mobilização das secreções.</p> <p>18/11/2021</p> <p>O Sr. J.M apresenta acessos de tosse esporádicos.</p> <p>Não existe benefício e/ou necessidade na aspiração de secreções.</p>
<p>Ventilação comprometida, relacionado com limitação do fluxo aéreo, manifestado por incapacidade para tolerar oclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a ventilação pulmonar e otimizar as trocas gasosas; Corrigir postura; 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a função respiratória antes da realização de técnicas de reeducação funcional respiratória (avaliação do tórax, padrão respiratório, avaliação de sinais vitais, telerradiografia do tórax, auscultação pulmonar antes e após realização das intervenções); 	<p>10/11/2021</p> <p>A saturação periférica de oxigénio mantém-se entre valores de 96-97%, apresenta frequência respiratória entre os 18 e 21 ciclos/min com ritmo regular, de padrão misto (maior predomínio torácico), amplitude torácica superficial sem recurso a músculos acessórios, a respiração é simétrica; a traqueia encontra-se na linha média e</p>

<p>da cânula de traqueotomia mais de 3-5 minutos; dispneia intensidade 7 na escala de Borg modificada;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar mobilidade torácica; • Prevenir complicações 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar e treinar o Sr. J.M sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios: inspirando pelo nariz e expirando pela boca com lábios semicerrados, com a cânula de traqueotomia ocluída; • Ensinar e treinar a respiração abdominodiafragmática com e sem resistência; • Incentivar o Sr, J.M a realizar respiração abdominodiafragmática 2vs por dia; • Correção postural (elevação da cintura escapular direita); • Executar técnica de reeducação diafragmática e das hemicúpulas com e sem a cânula de traqueotomia ocluída; • Executar técnica de reeducação costal global com bastão e costal seletiva, com e sem cânula de traqueotomia ocluída; 	<p>sem desvios, tem diminuição da expansibilidade bilateral do tórax, mais acentuada à direita.</p> <p>Apresenta som normal à percussão em todo tórax.</p> <p>A auscultação dos sons pulmonares apresenta melhoria significativa, com murmúrio vesicular normal em ambos os pulmões e diminuição dos roncos, que se manteve apenas no ápex do pulmão direito.</p> <p>Compreende os ensinamentos acerca do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, reeducação diafragmática com resistência e técnica de reeducação costal global.</p> <p>O Sr. J.M realiza os exercícios com pouca tolerância, apresentando score 7 na monitorização através da Escala Modificada de Borg.</p> <p>18/11/21</p> <p>A saturação periférica de oxigénio mantém-se entre valores de 97-98%, apresenta frequência respiratória entre os 18 e 21 ciclos/min com ritmo</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Ensino de gestão do esforço;• Ensinos cuidados traqueais;	<p>regular, de padrão misto (maior predomínio torácico), amplitude torácica superficial sem recurso a músculos acessórios, a respiração é simétrica; a traqueia encontra-se na linha média e sem desvios- Apresenta melhoria na expansibilidade bilateral do tórax, principalmente à direita.</p> <p>Apresenta som normal à percussão em todo tórax.</p> <p>A auscultação dos sons pulmonares apresenta melhoria significativa, com murmúrio vesicular normal em ambos os pulmões e ausência de roncos.</p> <p>Compreende os ensinos acerca do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, reeducação diafragmática com resistência e técnica de reeducação costal global.</p> <p>O Sr. J.M realiza os exercícios com tolerância e melhoria significativa da dispneia com score 3 na monitorização através da Escala Modificada de Borg.</p>
--	--	--	---

<p>Comunicação verbal prejudicada relacionada com alterações provocadas pela cirurgia e presença de cânula de traqueotomia, manifestada por dificuldade em articular as palavras e dificuldade em tolerar oclusão da cânula por mais de 3 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação eficaz e adequada • Aumentar a tolerância para manter cânula de traqueotomia ocluída • Melhorar a articulação das palavras • Facilitar a comunicação entre o cuidador e a pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico • Ensinar e treinar o uso de dispositivos de baixa tecnologia; • Ensinar e treinando o uso de dispositivos de alta tecnologia; • Minimizar os sentimentos de frustração quando a pessoa não consegue transmitir a mensagem de forma perceptível; • Encorajar a pessoa a falar • Ensinar, treinar e incentivar a pessoa a realizar exercícios de reeducação da musculatura facial (sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior, estalar os lábios, lateralizar e retrair os lábios, simular beber por uma palhinha) e exercícios de fonação (tossir, pigarrear, riso, protusão e elevação da língua, emitir a a a a, la la la la, pa pa pa, bocejar e suspirar) em frente ao espelho; 	
---	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar os progressos alcançados e dando reforço positivo. 	
<p>Mobilidade física comprometida, relacionado com imobilidade e intervenção cirúrgica, manifestada por:</p> <p>Força muscular grau 3 em todos os movimentos da cabeça e pescoço</p> <p>Força muscular grau 3 em todos os movimentos da articulação escapulo-umeral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a integridade das estruturas articulares; • Aumentar a amplitude dos movimentos do membro superior direito; • Aumentar a força muscular do membro superior direito; • Conservar a flexibilidade; • Evitar aderências e contracturas; • Melhorar a circulação de retorno; • Prevenir defeitos posturais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a força muscular (Medical Research Council) e o equilíbrio (Escala de Berg); • Monitorizar a tolerância aos exercícios e atividades, através da escala de Borg; • Encorajar a participação da pessoa nos exercícios e na realização das AVD; • Realizar mobilizações ativas e ativas-assistidas a nível da cabeça e do pescoço (flexão/extensão, flexão lateral esquerda e direita, rotação lateral); • Mobilizações ativas e ativas assistidas da articulação escapulo-umeral (elevação e depressão, flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa); 	<p>10/11/2021</p> <p>O Sr. J.M. cumpre o programa de mobilizações ativas, ativas-assistidas, ativas-resistidas em movimentos repetidos e coordenados, realizando 15 vezes cada movimento.</p> <p>Apresenta amplitude de 30º na realização da abdução e flexão escapulo-umeral;</p> <p>Verificamos através da monitorização da força muscular (MRC) que apresenta score 3 a nível da articulação escapulo-umeral em todos os movimentos, e no cotovelo no movimento de flexão;</p> <p>18/11/2021</p> <p>O Sr. J.M. cumpre o programa de mobilizações ativas, ativas-assistidas, ativas-resistidas em movimentos repetidos e coordenados, 2 séries de 15 repetições de cada movimento.</p>

<p>Diminuição da amplitude articular da escapulo-umeral;</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar mobilizações ativas e ativas-resistidas a nível do cotovelo e antebraço direito; • Realizar mobilizações ativas e ativas-resistidas do membro superior esquerdo: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oponência do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa); • Realizar mobilizações ativas, ativas-resistidas a nível dos membros inferiores bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução e abdução); articulação tibiotársica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão); articulação do joelho (flexão e extensão); articulação coxofemoral (flexão, 	<p>Apresenta amplitude de 160° na realização da abdução e flexão escapulo-umeral;</p> <p>Verificamos através da monitorização da força muscular (MRC) que apresenta score 4 a nível da articulação escapulo-umeral em todos os movimentos, e no cotovelo no movimento de flexão;</p>
--	--	---	--

		<p>extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigiar amplitudes articulares em todos os movimentos descritos. 	
<p>Equilíbrio corporal comprometido relacionado com imobilidade e intervenção cirúrgica manifestado por marcha categoria 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar equilíbrio dinâmico na posição ortostática; • Melhorar capacidade para andar, de forma segura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o equilíbrio corporal sentado estático e dinâmico; • Avaliar o equilíbrio corporal ortostático estático e dinâmico; • Incentivar a manter o equilíbrio corporal através da correção postural; • Ensinar técnica de treino de equilíbrio estático: sentado na cama, com as mãos de lado apoiados na cama, suporta o tronco mantendo o equilíbrio; • Ensinar e treinar equilíbrio sentado dinâmico e ortostático dinâmico com bola suíça; • Assistir na posição de sentado no leito; 	<p>10/11</p> <p>Realiza transferência para cadeirão, com apoio, apresenta ligeiro desvio do tronco para a direita na posição de sentado e na posição ortostática.</p> <p>Tolera posição ortostática cerca de 5 minutos.</p> <p>15/11</p> <p>Treino de equilíbrio na posição ortostática, principalmente na base de sustentação unipodal, revelando boa tolerância. Não apresenta desequilíbrio significativo.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Assistir na posição de sentado à beira da cama, auxiliando o membro operado;• Planejar o levante, avaliando as condições de segurança;• Providenciar dispositivos para o levante: suporte da cama- trapézio- elevação da cabeceira, baixar o plano da cama;• Assistir na posição ortostática;• Realizar exercícios de equilíbrio dinâmico na posição sentada e ortostática com bola suíça;• Instruir e treinar alternância de carga entre o membro inferior direito e esquerdo, elevando o membro que não está a realizar carga;• Instruir e treinar exercício de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática com um pé à frente do outro no apoio ao solo (simular passada na marcha), alternando a posição dos pés.	<p>18/11/2021</p> <p>O Sr. J.M realiza transferência para cadeirão, de forma autónoma, mantendo alinhamento corporal.</p> <p>Tolera sequências de 2 séries de 10 movimentos de lateralização do tronco, com score 3 da escala de Borg.</p> <p>Apresenta maior confiança nos exercícios.</p> <p>Melhoria significativa do equilíbrio dinâmico na posição ortostática.</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> Instruir e treinar movimentos de rotação do tronco para tocar/deslocar objetos de um ponto para outro. 	
<p>Déficit no autocuidado relacionado com a cirurgia, manifestado por presença de PEG e déficit de conhecimento sobre a utilização e manutenção da PEG;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover a capacidade para satisfação da necessidade de autocuidado para se alimentar por PEG; Otimizar o conhecimento do Sr. J.M e da sua companheira sobre utilização e manutenção da PEG; 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizando o autocuidado através da análise das AVD, recorrendo ao Índice de Barthel; Ensinando, incentivando e treinando a pessoa e o cuidador sobre o autocuidado alimentação através de PEG: ensinar sobre procedimento; avaliar estase gástrica; tipo de alimentação; quantidades; cuidados no local de inserção de PEG; Verificar se o Sr. J.M e a esposa têm dúvidas sobre a adequação da consistência dos alimentos a serem administrados por PEG; Valorizando os pequenos progressos. 	<p>10/11/2021</p> <p>O Sr. J.M encontra-se a realizar alimentação isocalórica Nutrison Standard a 65cc/h e água em perfusão a 42cc/h por PEG.</p> <p>Foram realizados ensinamentos ao Sr. J.M e à sua esposa relativamente à utilização, manutenção e cuidados à PEG;</p> <p>18/11/2021</p> <p>O Sr. J.M realiza as refeições por PEG de forma autónoma;</p> <p>Realiza autonomamente os cuidados ao local de inserção da PEG;</p> <p>Demonstra conhecimento sobre a consistência dos alimentos a serem administrados por PEG;</p>

APÊNDICES

Apêndices do Estudo de Caso do Sr. J.M.

Apêndice 1: Apresentação do Estudo de Caso do Sr. J.M.

Apêndice do Estudo de Caso do Sr. J.M.

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Estudo Caso: Contexto Hospitalar

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Novembro 2021

Sumário

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 01 <u>Objetivos</u> | 06 <u>Problemas Identificados</u> |
| 02 <u>Apresentação da Situação</u> | 07 <u>Plano de Cuidados</u> |
| 03 <u>Colheita de Dados</u> | 08 <u>Referências Bibliográficas</u> |
| 04 <u>Apreciação Multidimensional</u> | |
| 05 <u>Avaliação Grau de Dependência e Impacto Autocuidado</u> | |

1. Objetivos

A

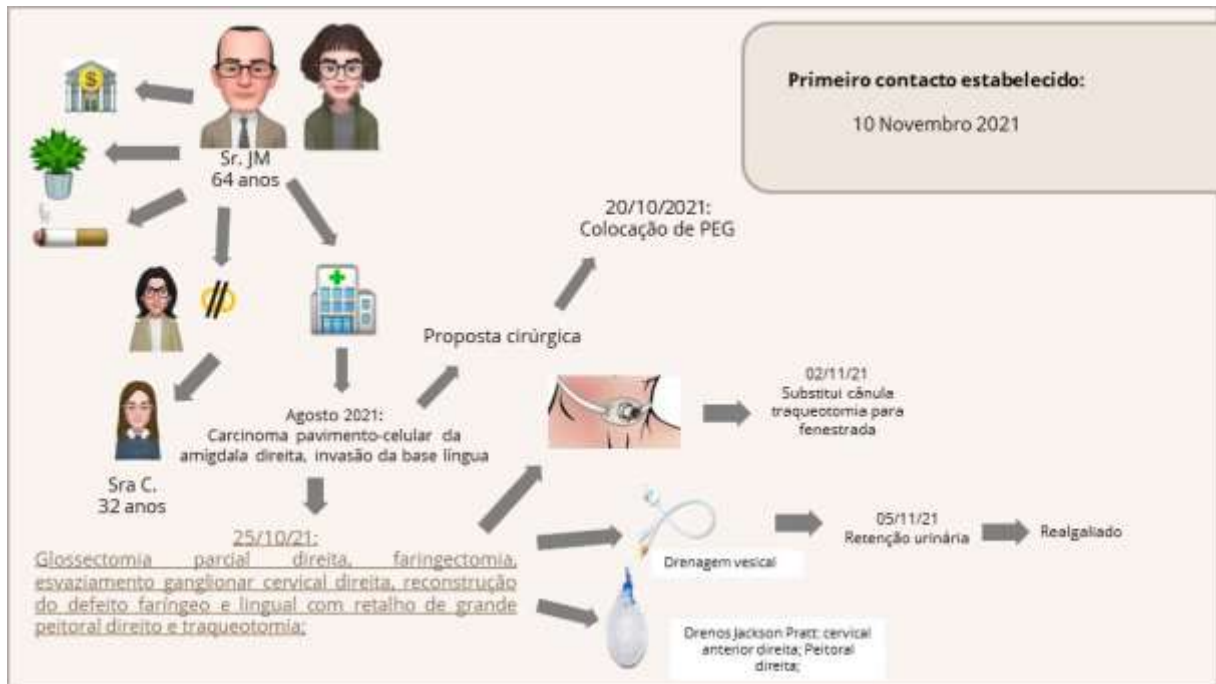
Analisar os principais
problemas vivenciados pela
pessoa;

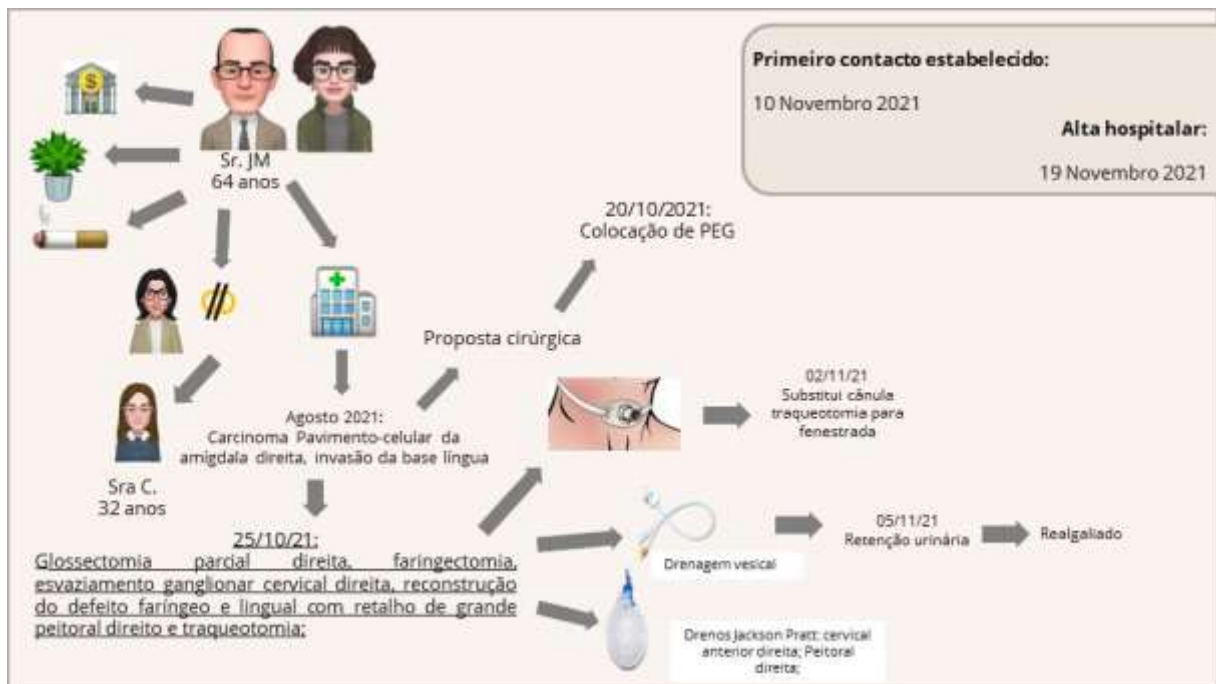
B

Estabelecer um programa de
intervenção de enfermagem
de reabilitação;

02

Apresentação da Situação





03

Colheita de dados

Colheita de Dados



Nome: J.M

Género: Masculino, 64 anos;

Idade: 64 anos;

Etnia: Caucasiana;

Profissão: Reformado (ex-Bancário);

Hábitos Aditivos: Tabágicos (40 anos);

Alergias: Pólenes;

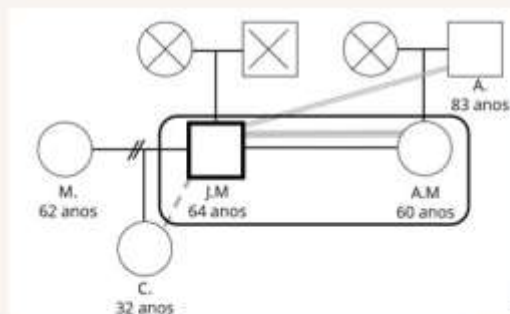
Antecedentes Pessoais: Hiperplasia Benigna da Próstata; Hipertensão Arterial Controlada; Ansiedade; Depressão; Bloqueio Auriculoventricular de 1º grau;

Medicação habitual: Alprazolam 0.5 mg Cp; Amitriptilina 25mg Cp; Dutasterida 0,5mg + Tansulosina 0.4mg Cp; Pantoprazol 40mg; Lercanidipina 10 mg;

Medicação internamento: Enoxaparina sódica 40mg/0,4ml Sol inj; Metoclopramida 10mg/2ml IV; Tramadol 100mg/2ml IV; Captopril 25mg Cp; Metamizol magnésico 2000mg/5ml IV; Clindamicina 600mg/4ml IV; Amoxicilina 2000mg+ Ácido clavulânico 200 mg IV.

Colheita de Dados

Genograma



Legenda:

- Relação próxima
- == Relação muito estreita
- - - Relação distante

Ecomapa



04

Apreciação Multidimensional

Apreciação Multidimensional

Avaliação Neurológica

Consciência

Vígil, abertura ocular espontânea (Escala de Glasgow, score=15);

Linguagem

Disartria (consequência cirúrgica);

Capacidades Práticas

Sem alterações

Orientação

Orientado auto e aopsiquicamente (Mini Mental State Exame =30)

Atenção e Concentração

Sem alterações;

Estado emocional

Fácies do Sr. J.M. transmite tristeza, com contacto ocular evitante;



Apreciação Multidimensional

Avaliação Neurológica

Pares Cranianos

- II- Ótico** Diminuição acuidade visual. Utiliza óculos;
- V- Trigêmeo** Movimentos dos músculos mastigadores assimétricos (consequência da cirurgia);
- VII- Facial** Assimetria facial (consequência cirurgia); Dificuldade em manter a saliva dentro da boca; Dificuldade no encerramento total dos lábios (consequência da cirurgia);
- VIII- Estato-acústico** Alteração o equilíbrio dinâmico ortostático; Ligeiro desvio do tronco para o lado direito;
- X- Vago** Reflexo de vômito ausente;
- XI- Espinhal** Apresenta força de grau 3 (MRC) no movimento da elevação do ombro direito;
- XII- Grande Hipoglosso** Movimentos laterais da língua lentos e irregulares; Desvio da língua para a esquerda (consequência da cirurgia);

Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Respiratória

10/11/2021

Murmúrio vesicular:
Diminuído nas bases pulmonares bilateralmente.

Ruidos adventícios:
Roncos presentes bilateralmente, mais acentuado no hemitórax direito.

Auscultação
Pulmonar

Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Respiratória



Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Respiratória



Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Respiratória



10/11/2021

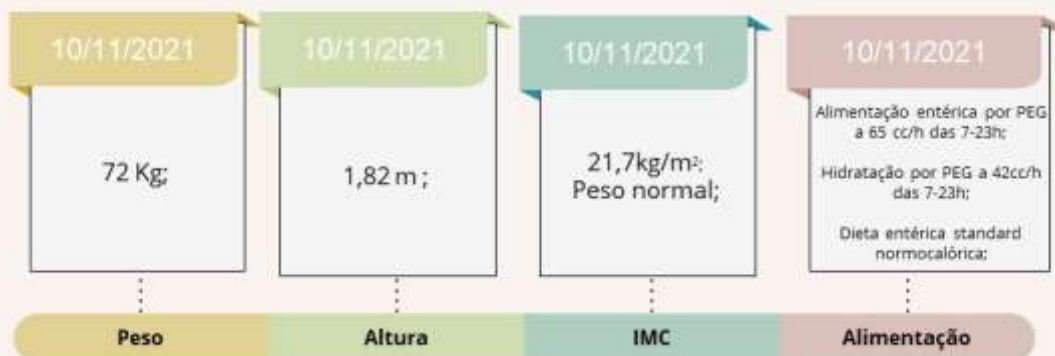
Radiografia tórax:

- Incidência antero-posterior;
 - Boa penetração;
- Possível visualizar cânula traqueotomia e CVC subclávia esquerda;
- Horizontalização dos arcos costais;
- Hemicúpula diafragmática direita elevada;
- Selos costo frênicos bem definidos;

Exames Diagnóstico

Apreciação Multidimensional

Avaliação Estado Nutricional



Apreciação Multidimensional

Avaliação Tegumentos

- Pele moderadamente corada e hidratada;
- Presença de feridas operatórias: cavidade oral; submento; cervical ântero-lateral direita (agrafos alternados); Cicatriz peitoral direita;
- Cateter venoso central de 3 lúmens na veia subclávia esquerda.

• **Escala de Braden:**

Percepção sensorial	4
Humidade	4
Atividade	2
Mobilidade	3
Nutrição	3
Fricção e deslizamento	2



10/11/2021
Pontuação: 18
Baixo Risco de
UP

Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Muscular - *Medical Research Council*

		10/11/2021			
		Movimento	D:	E	
Força Muscular	Cabeça e Pescoço	Flexão	3/5		
		Extensão	3/5		
		Flexão lateral esquerda	3/5		
		Flexão lateral direita	3/5		
Equilíbrio	Membros Superiores	Movimento	D	E	
		Escapulo-umeral	Flexão	3/5	4/5
			Extensão	3/5	4/5
			Adução	3/5	4/5
			Abdução	3/5	4/5
Rotação interna	3/5		4/5		
Coordenação Motora	Cotovelo	Rotação Externa	3/5	4/5	
		Flexão	3/5	5/5	
		Extensão	3/5	5/5	
Marcha	Antebraço	Pronação	4/5	5/5	
		Supinação	4/5	5/5	
Sensibilidade	Punho	Flexão palmar	5/5	5/5	
		Dorsi-flexão	5/5	5/5	
		Desvio radial	5/5	5/5	
		Desvio cubital	5/5	5/5	
		Circundação	5/5	5/5	
		Dedos	Flexão	5/5	5/5
			Extensão	5/5	5/5
Adução	5/5		5/5		
Abdução	5/5		5/5		
Oponência do polegar	5/5		5/5		

Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Muscular

Avaliado através da Escala de Equilíbrio de Berg

	10/11	18/11		10/11	18/11
Força Muscular			1 - Posição sentado para posição em pé	3	4
Equilíbrio			2 - Posição sentado para posição em pé	4	4
Coordenação Motora			3 - Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	4	4
Marcha			4 - Posição em pé para posição sentado	3	4
Sensibilidade			5 - Transferências	3	4
			6 - Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	4	4
			7 - Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	4	4
			8 - Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	3	4
			9 - Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	3	4
			10 - Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	3	4
			11 - Girar 360 graus	2	4
			12 - Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou um banco enquanto permanece em pé sem apoio	2	4
			13 - Em pé com um pé em frente de outro	3	3
			14 - Permanecer em pé sobre uma perna	2	4

Pontuação:

10/11/2021 - 43/56: Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha;
18/11/2021 - 55/56: Não existe risco de queda, a locomoção é segura;

Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Muscular

Força Muscular	
Equilíbrio	
Coordenação Motora	Prova índex-nariz e prova calcanhar Joelho; Incapacidade de posicionar o Membro Superior Direito em abdução;
Marcha	
Sensibilidade	

Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Muscular

Força Muscular

Equilíbrio

Coordenação Motora

Marcha

Sensibilidade

Marcha lenta;

Ligeira lateralização do tronco para a direita;

Categorias Funcionais de Marcha de Holden

10/11	Marcha 3/5: dependente com supervisão
18/11	Marcha 5/5: independente

Apreciação Multidimensional

Avaliação Função Muscular

Força Muscular

Equilíbrio

Coordenação Motora

Marcha

Sensibilidade

Foram detetadas alterações da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) a nível do grande peitoral à direita. Não foram detetadas alterações a nível da sensibilidade profunda (sentido de pressão, postural e estereognosia).

Apreciação Multidimensional

Avaliação da Dor: Segundo Escala Numérica da Dor

Localização	Cervical					Peitoral à direita que irradia para o ombro direito						
Fatores de agravamento	Flexão/Hiperextensão cabeça e pescoço; Rotação pescoço; Flexão lateral direita e esquerda cabeça e pescoço;					Flexão/Extensão da escapulo-umeral direita; Abdução/Adução da escapulo-umeral direita;						
Fatores de alívio	Repouso no leito; Analgesia;					Repouso no leito; Analgesia;						
Escala numérica da Dor (score)	10/11	11/11	13/11	15/11	17/11	18/11	10/11	11/11	13/11	15/11	17/11	18/11
	3	3	2	2	1	1	3	3	3	2	2	2

05

Avaliação Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Avaliação Grau de Dependência Índice de Barthel

Grau de dependência:

Dependência moderada



Dependência leve



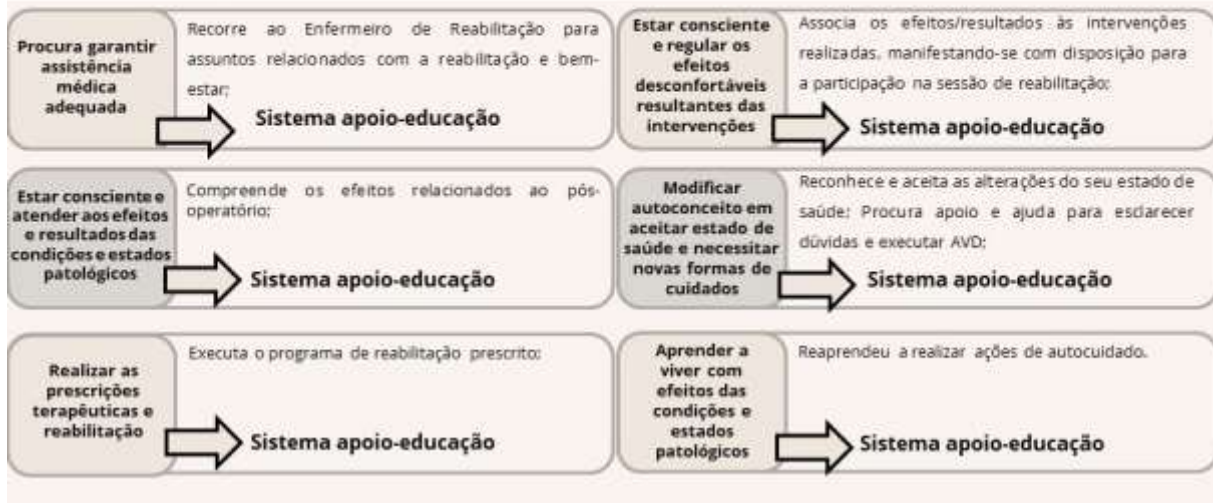
Índice de Barthel	Data da avaliação	
	10/11	18/11
Higiene pessoal	5	5
Evacuar	10	10
Urinar	0	0
Ir à casa de banho	5	10
Alimentar-se	0	10
Transferências	10	15
Mobilidade	10	15
Vestir-se	5	10
Escadas	5	10
Banho	5	5
Total	55/100	90/100

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Manutenção Suficiente de Ar	Sons respiratórios adventícios (roncos); Tosse ineficaz; Cansaço a esforços (7 escala Borg); Traqueotomizado; Não tolera oclusão cânula 3-5min;	Sistema Parcialmente Compensatório	Sistema Totalmente Compensatório	PEG; Ingestão 42cc/h;	Manutenção Suficiente de água
Manutenção Suficiente de alimentos	Alimentação normocalórica (Nutrison Standard) por PEG a 65cc/h das 7h às 23h;	Sistema Totalmente Compensatório	Apoio-educativo	Drenagem vesical por retenção urinária pós-op;	Provisão de Cuidados Processos de Eliminação
Equilíbrio entre Atividade e Repouso	Tosse produtiva frequente; Cansaço a esforços (7 escala Borg);	Sistema Parcialmente Compensatório	Sistema Parcialmente Compensatório	Não tolera cânula ocluída mais 3-5 min; Disartria;	Equilíbrio Solidão e Interação Social
Prevenção Perigos	Alteração do equilíbrio ortostático dinâmico; Feridas operatórias; Risco obstrução cânula traqueotomia (secreções semi-espessas);	Sistema Parcialmente Compensatório	Apoio-educativo	Inicialmente pouca motivação e vontade em participar programa de reabilitação; Recebe visita diária da companheira;	Promoção interação social

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos no Desvio de Saúde - Dorothea Orem



Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos de desenvolvimento - Dorothea Orem

Adaptação às mudanças provocadas pela cirurgia

Compreende a necessidade de adesão ao programa de reabilitação;
Compreende as mudanças necessárias para prevenir complicações pós-operatórias.



Sistema apoio-educação

06

Problemas Identificados

Problemas Identificados



07

Plano Cuidados Enf. Reabilitação

Manutenção Suficiente de Ar

Limpeza das vias aéreas ineficaz, relacionado com aumento secreções brônquicas, manifestado por tosse ineficaz, ruídos adventícios respiratórios

Objetivo

- Mobilizar e eliminar secreções brônquicas;
- Prevenir complicações (infecção respiratória);

Intervenções Enf. Reabilitação

- Monitorizar sinais vitais;
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio;
- **Vigiar respiração:** inspeção dinâmica (frequência respiratória, ritmo respiratório, padrão respiratório, amplitude, simetria), palpação, percussão;
- **Auscultar sons pulmonares;**
- **Ensinar tosse dirigida e assistida;**
- **Manobras acessórias** (Percussão, vibração e compressão);
- **Vigiar características das secreções;**

Avaliação:

10/11/2021: Traqueotomizado, com cânula shiley nr 6 fenestrada. Acessos de tosse ineficaz, produtiva. Secreções amarelas semi-espessas. Roncos bilateralmente mais audíveis no hemitórax direito. MV diminuído nas bases;

15/11/2021: Reconhecidas as melhorias clínicas a nível respiratório, tem indicação para ser retirada a cânula de traqueotomia; Acessos de tosse eficaz, produtiva, que expelle pela cavidade oral. Secreções esbranquiçadas, fluidas em moderada quantidade.

18/11/2021: Apresenta acessos de tosse esporádicos. A auscultação dos sons pulmonares apresenta melhoria significativa, com murmúrio vesicular normal em ambos os pulmões e ausência de ruídos adventícios.

Manutenção Suficiente de Ar

Ventilação comprometida, relacionado com limitação do fluxo aéreo, manifestado por incapacidade para tolerar oclusão da cânula de traqueotomia mais de 3-5 minutos;

Objetivo

- Melhorar a ventilação pulmonar e otimizar as trocas gasosas;
- Corrigir postura;
- Aumentar mobilidade torácica;
- Promover reexpansão pulmonar;
- Prevenir complicações (oclusão cânula de traqueotomia com secreções);

- Avaliar a função respiratória antes da realização de técnicas de reeducação funcional respiratória (avaliação do tórax, padrão respiratório, avaliação de sinais vitais, telerradiografia do tórax, auscultação pulmonar antes e após realização das intervenções);
- Monitorizar a tolerância aos exercícios e atividades, através da escala de Borg;
- **Ensinar e treinar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios:** inspirando pelo nariz e expirando pela boca com lábios semi-cerrados, com a cânula de traqueotomia ocluída;
- Ensinar e treinar a **respiração abdominodiafragmática** com e sem resistência;
- Incentivar o Sr. J.M a realizar respiração abdominodiafragmática 2vs por dia;
- **Correção postural** (elevação da cintura escapular direita);
- **Executar técnica de reeducação diafragmática e das hemicúpias** com e sem a cânula de traqueotomia ocluída;
- Executar técnica de **reeducação costal global com bastão e costal seletiva**, com e sem cânula de traqueotomia ocluída;
- Ensinos **cuidados traqueais**;

Avaliação:

10/11/2021: SpO2 96-97%; Fr=21cpm; realiza os exercícios com pouca tolerância, apresentando score 7 na monitorização através da Escala Modificada de Borg. Não tolera exercícios com a cânula ocluída; Compreende ensinamentos sobre retirar, limpar e reintroduzir a cânula interna de traqueotomia;

13/11/2021: SpO2 97-98%; Fr=20cpm; realiza os exercícios com maior tolerância, apresentando score 4 na monitorização através da Escala Modificada de Borg. Tolerar exercícios com a cânula ocluída; Realiza cuidados traqueais à cânula interna de forma autónoma;

15/11/2021: Reconhecidas as melhorias clínicas a nível respiratório, tem indicação para ser retirada a cânula de traqueotomia; Realiza os exercícios com maior tolerância, sem traqueotomia, apresentando score 4 na monitorização através da Escala Modificada de Borg;

18/11/2021: Melhoria na expansibilidade bilateral do tórax, principalmente à direita; realiza os exercícios com tolerância e melhoria significativa da dispneia com score 3 na monitorização através da Escala Modificada de Borg

Equilíbrio Solidão e Interação Social

Comunicação verbal prejudicada relacionada com alterações provocadas pela cirurgia e presença de cânula de traqueotomia, manifestada por disartria e dificuldade em tolerar oclusão da cânula por mais de 3-5 minutos

Objetivo

- Promover uma comunicação eficaz e adequada
- Aumentar a tolerância para manter cânula de traqueotomia ocluída
- Melhorar a articulação das palavras
- Facilitar a comunicação entre o cuidador e a pessoa

- Gerir o ambiente físico;
- **Ensinar e treinar o uso de dispositivos de baixa tecnologia;**
- Ensinar e treinar o uso de dispositivos de alta tecnologia;
- Minimizar os sentimentos de frustração quando a pessoa não consegue transmitir a mensagem de forma perceptível;
- Encorajar a pessoa a falar;
- Minimizar os sentimentos de frustração quando a pessoa percebe que não consegue transmitir a mensagem;

15/11:

- Ensinar, treinar e incentivar a pessoa a realizar **exercícios de reeducação da musculatura facial** (sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior, estalar os lábios, lateralizar e retrair os lábios, simular beber por uma palhinha) e exercícios de fonação (tossir, pigarrear, riso, protusão e elevação da língua, emitir a e a, la la la, pa pa pa, bocejar e suspirar) em frente ao espelho;
- Valorizar os progressos alcançados e dando reforço positivo;

Avaliação:

10/11/2021: Apresenta dificuldade em comunicar com a cânula de traqueotomia fenestrada, por não tolerar a oclusão da cânula por mais de 3-5 minutos, agravada pela disartria. Introduzido quadro de letras e informado sobre dispositivos de alta tecnologia para comunicar;

13/11/2021: Tolerou cânula ocluída para comunicar durante todo o turno;

15/11/2021: O Sr. J.M foi descanulado; Iniciados exercícios de reeducação da musculatura facial; Utiliza quadro de letras, quando comunicação não é perceptível;

18/11/2021: Melhoria na articulação das palavras; Utiliza quadro de letras, quando comunicação não é perceptível;

Equilíbrio entre Atividade e Repouso

Mobilidade física comprometida, relacionado com imobilidade e intervenção cirúrgica, manifestada por:

Força muscular grau 3 (MRC) em todos os movimentos da cabeça e pescoço e em todos os movimentos da articulação escapulo-umeral direita; Diminuição da amplitude articular da escapulo-umeral direita;

Objetivo

- Manter a integridade das estruturas articulares;
- Aumentar a amplitude dos movimentos do membro superior direito;
- Aumentar a força muscular do membro superior direito;
- Conservar a flexibilidade;
- Prevenir defeitos posturais.

- Monitorizar a força muscular (Medical Research Council);
- Monitorizar a tolerância aos exercícios e atividades, através da escala de Borg;
- Encorajar a participação da pessoa nos exercícios e na realização das AVD;

Intervenções Enf. Reabilitação

10/11-13/11

- Realizar **mobilizações ativas-assistidas a nível da cabeça e do pescoço** (flexão/extensão, flexão lateral esquerda e direita, rotação lateral);
- Mobilizações **ativas-assistidas da articulação escapulo-umeral direita** (elevação e depressão, flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Realizar mobilizações ativas do membro superior esquerdo: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oposição do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Realizar mobilizações ativas, ativas-resistidas a nível dos membros inferiores bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução e abdução); articulação tibiotársica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão); articulação do joelho (flexão e extensão); articulação coxo-femoral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Vigiar **amplitude articulares** em todos os movimentos descritos;

13/11-15/11

- Realizar **mobilizações ativas dos membros superiores** bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oposição do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);
- Realizar mobilizações ativas-resistidas a nível dos membros inferiores bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução e abdução); articulação tibiotársica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão); articulação do joelho (flexão e extensão); articulação coxo-femoral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);

17/11-18/11

- Realizar **mobilizações ativas e ativas-resistidas** a nível da cabeça e pescoço, articulação escapulo-umeral direita, cotovelo direito e antebraço direito;
- Realizar mobilizações ativas-resistidas do membro superior esquerdo: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oposição do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);

Equilíbrio entre Atividade e Repouso

Mobilidade física comprometida, relacionado com imobilidade e intervenção cirúrgica, manifestada por:

Força muscular grau 3 (MRC) em todos os movimentos da cabeça e pescoço e em todos os movimentos da articulação escapulo-umeral direita; Diminuição da amplitude articular da escapulo-umeral direita;

Objetivo

Intervenções Enf. Reabilitação

Avaliação:

10/11/2021: Cumpre o programa de mobilizações ativas, ativas-assistidas, ativas-resistidas em movimentos repetidos e coordenados, realizando 15 vezes cada movimento, MRC score 3 em todos os movimentos da cabeça e pescoço e em todos os movimentos da articulação escapulo-umeral; Amplitude articular da escapulo-umeral 30°;

18/11/2021: Cumpre o programa de mobilizações ativas, ativas-resistidas em movimentos repetidos e coordenados, 2 séries de 15 repetições de cada movimento. MRC score 4 em todos os movimentos da cabeça e pescoço e em todos os movimentos da articulação escapulo-umeral direita; Amplitude articular da escapulo-umeral direita 140°;

Equilíbrio entre Atividade e Repouso

Equilíbrio corporal comprometido relacionado com imobilidade e intervenção cirúrgica manifestado por marcha categoria 3 (Holden), ligeiro desvio do tronco para a direita;

Objetivo

• Melhorar equilíbrio dinâmico na posição ortostática;

• Melhorar capacidade para andar, de forma segura;

• Avaliar o equilíbrio corporal sentado estático e dinâmico;

• **Avaliar o equilíbrio corporal** ortostático estático e dinâmico;

• Planear o levante, avaliando as condições de segurança;

• Providenciar dispositivos para o levante: suporte da cama-trapézio-elevação da cabeceira, baixar o plano da cama;

• Assistir na posição de sentado à beira da cama;

• **Assistir na posição ortostática;**

• Incentivar a manter o equilíbrio corporal através da **correção postural**;

• Ensinar técnica de treino de equilíbrio estático: sentado na cama, com as mãos de lado apoiadas na cama; suportar o tronco mantendo o equilíbrio;

10/11-13/11

• Ensinar e treinar **equilíbrio sentado dinâmico e ortostático dinâmico** com bola suíça;

• Instruir e treinar **alternância de carga entre o membro inferior direito e esquerdo**, elevando o membro que não está a realizar carga;

• Instruir e treinar exercício de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática com um pé à frente do outro no apoio ao solo (simular passada na marcha), alternando a posição dos pés.

• Instruir e treinar **movimentos de rotação do tronco para tocar/deslocar objetos de um ponto para outro**;

15/11-18/11

Avaliação:

10/11/21: Apresenta alterações no equilíbrio dinâmico ortostático (EEB Score 42); Realiza transferência para cadeirão, com apoio, apresenta ligeiro desvio do tronco para a direita na posição de sentado e na posição ortostática. Tolerância posição ortostática cerca de 5 minutos.

15/11/2021: Treino de equilíbrio na posição ortostática, principalmente na base de sustentação unipodal, revelando boa tolerância. Não apresenta desequilíbrio significativo.

18/11/21: Realiza transferência para cadeirão, de forma autónoma, mantendo alinhamento corporal; Tolerância sequências de 2 séries de 10 movimentos de lateralização do tronco; Apresenta maior confiança nos exercícios; Melhoria significativa do equilíbrio dinâmico na posição ortostática (EEB Score 55);

Manutenção Suficiente de alimentos e água

Défice no autocuidado
Alimentação relacionado com cirurgia, manifestado por presença de PEG e défice de conhecimento sobre a utilização e manutenção da PEG;

Objetivo

• Promover a capacidade para satisfação da necessidade de autocuidado para se alimentar por PEG;

• Otimizar o conhecimento do Sr. JM e da sua companheira sobre utilização e manutenção da PEG;

• Monitorizar o autocuidado através da análise das AVD, recorrendo ao índice de Barthel (IB);

• **Ensinar, incentivar e treinar a pessoa e o cuidador sobre o autocuidado alimentação através de PEG**; ensinar sobre procedimento; avaliar estase gástrica; tipo de alimentação; quantidades; cuidados no local de inserção de PEG;

• Verificar se o Sr. JM e a esposa têm dúvidas sobre a adequação da consistência dos alimentos a serem administrados por PEG;

• Valorizar os progressos.

Intervenções Enf. Reabilitação

Avaliação:

10/11/2021: O Sr. JM encontra-se a realizar alimentação entérica normocalórica a 65cc/h e água em perfusão a 42cc/h por PEG. IB score 0. Realizados ensinamentos de alimentação por PEG;

11/11/2021: O Sr. JM realiza as refeições por PEG de forma autónoma; IB score 10;

18/11/2021: Realiza as refeições por PEG de forma autónoma; Realiza autonomamente os cuidados ao local de inserção da PEG; O Sr. JM e a esposa demonstram conhecimento sobre a consistência dos alimentos a serem administrados por PEG.

Alta Hospitalar



Referências Bibliográficas

- Anjos, V. M. (2020). O familiar cuidador da pessoa com ostomia respiratória: satisfação com o planeamento do regresso a casa (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Barros, A., Portas, J., & Queija, D. (2009). Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição Tracheotomy implication upon communication and swallowing. 202–207. http://www.sbccp.org.br/wpcontent/uploads/2014/11/art_172.pdf
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Faria, C., & Santos, J. (2009). Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado / Cuidador. *Oncology News*, III(9), 6–15
- Frade, A., Miguel, S., & Ferreira, Ó. (2017). Uso Da Tecnologia Na Comunicação Da Pessoa Laringectomizada Boas Práticas De Cuidados. *Oncology News*, 35, 18–23. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131144229&site=ehost-live>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.

12º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área
de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Estudo Caso: Contexto Hospitalar

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Novembro 2021

Apêndice IV: Estudo de Caso do Sr. M.R.

1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA

1.1. Identificação da Pessoa

Dados Pessoais		
Nome: M.R		
Género: masculino	Idade: 61 anos	Etnia: Caucasiana
Estado civil: casado	Profissão: reformado (ex-bancário)	Residência: Oeiras
Agregado familiar: Reside com a esposa		

1.2. Motivo de referência para a ECCI

Referenciado para ECCI pela USF [REDACTED] para Reabilitação por necessidade de cuidados de enfermagem gerais (vigilância do estado saúde, cuidados à PEG) e cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), em utente que realiza ventilação assistida não invasiva (VNI) e Reabilitação Funcional Motora (RFM), por diminuição da força muscular e da amplitude articular a nível dos membros superiores e inferiores. Foi admitido na ECCI [REDACTED] a 29/11/2021.

1.3. História de Saúde Atual

O Sr. M.R foi diagnosticado a 23/12/2019 com Esclerose Lateral Amiotrófica. O utente inicia sintomas em 2017, nomeadamente câibras persistentes, e em 2019 verifica-se gradual instalação de disartria, sem disfagia e diminuição da força dos membros inferiores. Após o diagnóstico, iniciou fisioterapia, 5 vezes por semana, em ambulatório até à colocação de sonda nasogástrica (a 07/07/2021) e

posteriormente colocou PEG nr 20 a 16/07/2021. Nesta altura recusou reinício de fisioterapia em ambulatório, e iniciou, a título privado, terapia da fala 2 vezes por semana com terapeuta da APELA, onde se encontra inscrito (informação retirada do processo informático).

1.4.História Pgressa

Antecedentes de Saúde	
Hábitos aditivos	Ex hábitos tabágicos
Alergias	Rinite alérgica
Comorbilidades	Apendicectomia; Cirurgia abdominal não especificada; Hipertensão Arterial; 28/09/2021 com infeção respiratória (expetoração amarela, espessa e febre), resolvida com ATB+ inaloterapia dirigida.
Terapêutica Ambulatório	Riluzol 50 mg: 1 cp ao PA + 1cp Jantar Telmisartan 40 mg: 1 cp depois do PA Cloridrato de trihexifenidilo 2 mg: ½ cp PA + 1cp Jantar Vit. E 150mg: 1cp PA Sulfato de atropina 10mg/ml: 4gts sublingual após refeições 3x/dia Bilastina 20 mg: 1 cp Deitar Mexazolam 1 mg: 1 cp Deitar
Vacinação	Esquema completo; 3ª dose de reforço SARS-CoV-2; Vacina Gripe;

1.5. Condição Sociofamiliar e económica

1.5.1. Avaliação da interação da família com o meio envolvente

O Sr. M.R. é casado, reformou-se em 2018 (ex-bancário), para se dedicar ao hobbie de fotografia. Reside acompanhado pela esposa, sendo a sua cuidadora principal e que não apresenta alterações cognitivas, sendo consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Foi aplicada a escala de sobrecarga do cuidador com score de 23, correspondente a sem sobrecarga (Apêndice 1).

O Sr. M.R tem uma filha, do seu casamento anterior, com a qual mantém contacto esporádico. Por sua vez tem uma boa relação com a sua enteada, referindo que muitas vezes esta assegura o suporte e apoio ocasional às necessidades do casal.

1.5.2. Avaliação do ambiente sócio-económico-cultural

O Sr. M.R e a esposa residem numa casa própria, em Oeiras, com algumas barreiras arquitetónicas. O acesso através da porta principal do prédio até ao elevador é realizado através de dois lanços de escadas, tornando a deslocação inviável desta forma. Quando necessita de acesso ao exterior realiza o mesmo através do elevador até à garagem.

A habitação encontra-se com boas condições de higiene e habitabilidade. Relativamente a ajudas técnicas, é portador de uma cadeira de rodas e a casa tem espaço para cadeira de rodas circular, exceto na passagem pelas portas, onde existe a necessidade de se retirar um dos pedais da CR para a mesma conseguir circular. A casa de banho dispõe de um poliban com cadeira de duche e pega, necessitando de ajuda para as transferências. Não se encontra ainda recetivo a alterar a sua cama para uma cama articulada. Neste momento aguarda aprovação da Segurança Social (SS) dos orçamentos para adquirir ajudas técnicas.

Do ponto de vista económico, o agregado familiar depende da reforma do Sr. M.R., uma vez que a sua esposa se encontra neste momento desempregada. Foi

aplicado o Índice *Graffar*, cujo resultado foi de 10 pontos, corresponde a classe social II - classe média alta (índice de *Graffar* no Apêndice 2).

2. APRECIÇÃO

2.1. Observação Física

No dia 30/12/2021, dia em que foi estabelecido o meu primeiro contacto o Sr. M.R., através de uma visita domiciliária, o mesmo encontrava-se em decúbito dorsal no leito, com a cabeceira elevada, através do uso de duas almofadas.

Usa óculos, por diminuição da acuidade visual secundária a miopia. Apresenta uma higiene oral cuidada, verificando-se também a ausência parcial de peças dentárias na arcada inferior e superior, utilizado prótese fixa.

Pele e mucosas ligeiramente coradas e hidratadas. Não apresenta lesões cutâneas, exceto rubor ocasional zona sagrada, com melhoria após ensinamentos para prevenção de úlceras por pressão. Apresenta alto risco de úlceras por pressão, avaliado através da Escala de Braden, com o resultado de 15 (Escala de Braden Apêndice 3).

2.2 Avaliação da Funcionalidade

Avaliação do Estado Mental e Cognitivo: O Sr. M.R encontra-se vígil, calmo, consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Apresenta *Score* 12 na Escala de Glasgow (4+2+6) pela disartria, uma vez que se expressa verbalmente com muita dificuldade, emitindo apenas vocalizações semelhantes às palavras que tenta verbalizar. Realizada tentativa de introduzir o quadro de letras, contudo utente não encontra necessidade de usar o mesmo, pois a esposa compreende-o facilmente e quando necessário usa o telemóvel para comunicar através do programa próprio.

Não se apuram alterações da atenção ou na memória, uma vez que se recorda dos vários exercícios de RFM/R que se realizam nas visitas domiciliárias e

consegue referir eventos passados da sua vida com precisão. Apresenta humor tendencialmente eutímico, esboçando vários sorrisos à abordagem. Recetivo à intervenção e cuidados de enfermagem de reabilitação.

Avaliação dos pares cranianos:

Par craniano/alterações	Avaliação
I – Olfativo (anosmia, hiposmia, parosmia)	Deteta o cheiro de creme de morango em cada narina de olhos fechados.
II – Ótico Acuidade Visual (amaurose, ambliopia, cegueira) Campo de visão (hemianopsia, quadrantopsia)	Diminuição acuidade visual. Utiliza óculos;
III – Oclomotor (miose, elevação da pálpebra superior, abaixamento, elevação e adução do olho) IV – Patético (rotação do olho) VI – Motor Ocular Externo (abdução)	Sem alterações detetadas;
V – Trigêmeo (mastigação, sensação facial nas divisões oftálmica, maxilar e mandibular)	Apresenta fracos movimentos dos músculos mastigadores;
VII – Facial (mimica facial, perceção gustativa 2/3 anteriores da língua)	Apresenta dificuldade em reter a saliva dentro da boca;
VIII – Estato Acústico (equilíbrio estático e dinâmico e audição)	Alteração o equilíbrio dinâmico na posição sentado e de pé
IX – Glossofaríngeo (perceção gustativa 1/3 posterior da língua)	Parâmetro não avaliado por disfagia grave e contra-indicação clínica.
X – Vago (perceções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras, enervação das vísceras torácicas e	A úvula encontra-se ligeiramente desviada para a esquerda;

abdominais – reflexo de vômito, alteração da voz – disфония, hipofonia)	Reflexo de vômito não testado, por risco de aspiração em utente com disfagia grave.
XI – Espinhal (controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça)	Apresenta força de grau 4 no movimento da elevação do ombro direito/esquerdo e grau 5 na rotação e flexão lateral da cabeça para o lado direito/esquerdo. (avaliada força muscular recorrendo à escala <i>Medical Research Council</i>)
XII – Grande Hipoglosso (motricidade dos músculos da língua – mastigação, deglutição, articulação das palavras)	Testou-se lateralidade da língua apresentando esboços de movimentos da língua; Apresenta disartria grave;

Avaliação da Dor: Segundo a Escala Qualitativa da Dor. Nas visitas domiciliárias realizadas o Sr. M.R. referiu sempre não sentir dor nesses dias e nos dias prévios à visita, antes, durante e após intervenção RFR e RFM.

Avaliação do Tónus Muscular dos Segmentos Corporais: Não se verificam sinais de hipertonia ou hipotonia à realização de mobilização passiva, segundo a Escala Modificada de *Ashworth*, com exceção da mão direita onde se observa ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento articular, quando movida em flexão ou extensão apresentando score 1 na Escala Modificada de *Ashworth* e sem avaliação por fisioterapia de pertinência de usar tala de suporte. O Sr. M.R. é capaz de utilizar MS para desempenhar atividades específicas (limpar orofaringe, manusear telemóvel, higiene da face) (Apêndice 4).

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais: Verifica-se alteração da força muscular ao nível dos dedos das mãos bilateralmente, principalmente na

mão direita, nomeadamente na flexão/extensão (2/5), abdução/adução (2/5), circundação (2/5) e oponência do polegar (2/5). Observou-se alteração da força muscular na flexão e extensão dos joelhos bilateralmente (2/5) e a nível da coxofemoral à direita e à esquerda, nomeadamente: flexão/extensão (2/5), adução/abdução (2/5) e rotação interna/externa (2/5). A nível da tibiotársica lateral verifica-se alterações a nível da dorsiflexão (1/5), inversão/eversão (1/5) (Apêndice 5).

Avaliação do Equilíbrio: Realiza alternância de decúbito ventral para a posição de sentado no leito e posteriormente transferência para a posição de sentado na cadeira de rodas, com apoio de outra pessoa. Apresenta equilíbrio estático sentado, mas não apresenta equilíbrio dinâmico sentado, bem como equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática.

Avaliação do Risco de Queda: Baixo risco de queda (score 15), segundo a Escala de Morse (Apêndice 6).

Avaliação da Marcha: Apresenta capacidade de marcha gravemente limitada, mas capaz de fazer carga MI's para aquisição de posição ortostática, com apoio bilateral é capaz de dar até 1-2 passos e com auxílio de 3ª pessoa é capaz de realizar, diariamente, transferências para CR e sofá na sala, fazendo uso de almofada viscoelástica; capaz de mudar ligeiramente a posição do corpo ou extremidades, alternando pressões, mas incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho. Apresenta uma marcha 0/5 segundo as Categorias Funcionais de Marcha (Apêndice 7, ou seja, não realiza marcha, incapacidade absoluta para o andar, mesmo com auxílio externo).

Avaliação coordenação motora: Para avaliar este parâmetro recorreu-se à prova índex-nariz, bem como à prova calcanhar-joelho. Este parâmetro encontra-se alterado pela diminuição da força muscular dos membros superiores e inferiores bilateralmente.

Avaliação da sensibilidade: Não foram detetadas alterações da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa). Não foram detetadas alterações a nível da sensibilidade profunda (sentido de pressão, postural e estereognosia).

Avaliação do Grau de Dependência: Apresenta dependência grave no autocuidado, obtendo-se um score 25/100 no Índice de Barthel ((Apêndice 8).

Avaliação da Tolerância à atividade: Parâmetro avaliado através da Escala Subjetiva ao Esforço de Borg (Apêndice 9). Tolerou pouco esforços moderados (ex.: vestir/despir, higiene);

Avaliação da Função Respiratória: Aquando estabelecido o primeiro contacto com utente, no dia 30/12/2021, foi realizada auscultação pulmonar, apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios. Encontra-se eupneico em repouso, com respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, apresentando saturações periféricas de oxigénio superiores a 96%. Apresenta necessidade de realizar intermitentemente Ventilação Não Invasiva (VNI) por alteração grave da respiração, através de ventilador Stellar, modo espontâneo-temporizado (S/T); IPAP 18; EPAP 6; FR 14. Mantém, também, arnês e máscara M, ocasionalmente com zona pressão na pirâmide nasal, não se tendo adaptado a placas hidrocolóides de proteção disponibilizadas por ECCL, preferindo o uso regular de compressa fixa por adesivo hipoalérgico.

Usa pelo menos 3x/dia *Cough Assist* (início a 8/1/2021), com cuidadora autónoma no procedimento, tendo sido realizados ensinamentos sobre o mesmo, para prevenção de assincronias entre o dispositivo e o utente, bem como sobre cuidados sobre a aspiração de secreções, conseguindo o próprio utente colaborar na aspiração a nível da orofaringe.

Avaliação da Função Deglutição: Relativamente à alimentação, a mesma encontra-se comprometida por disfagia grave, realizando a alimentação e hidratação exclusivamente pela PEG (dieta pastosa e suplementos alimentares fornecidos pela APELA). Segundo o casal, o Sr. M.R. realiza cinco refeições diárias

(pequeno-almoço; lanche a meio da manhã, almoço, lanche a meio da tarde, jantar e ceia). Segundo o registo da consulta de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) realizada a 17-09-2021, apresentou perda ponderal de 19kg no espaço de 18 meses. Atualmente mantém o peso de 55kg, Altura 1,75m, IMC= 18Kg/m². A esposa é autónoma no procedimento de alimentação e hidratação pela PEG, após reforço de ensinios; pele peri-ostomia encontra-se íntegra, com necessidade de cauterização ocasional de granuloma. Realizou revisão de PEG a 24/01/22 no Hospital [REDACTED]

Avaliação da Função de Eliminação: Ao nível do padrão de eliminação vesical apresenta urina clara, de cor amarela, sem sedimentos visíveis. Relativamente ao padrão de eliminação intestinal, apresenta trânsito intestinal mantido, de dejeções moldadas, correspondente ao tipo 3 da Escala de Bristol (Apêndice 10).

Avaliação do Impacto do Autocuidado (Requisitos segundo a Teoria de Orem):

Requisitos Universais	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	<p><u>Componente cardíaca:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil normotenso (104/70 mmHg); • Normocárdico, pulso rítmico, forte e cheio (FC=81 bpm); <p><u>Componente Respiratória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração predominantemente torácica, amplitude superficial, simétrica, ritmo regular, 19 ciclos por minuto. Eupneico em repouso; • Sob Ventilação Não-Invasiva; • Murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, sem ruídos adventícios. 	Sistema parcialmente compensatório

	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta tosse ineficaz – necessita de utilizar <i>cough</i> assist; • Cansaço a moderados esforços perante exercícios de RFR/RFM (score 3 na Escala de Borg modificada) 	
Manutenção da quantidade suficiente de água	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de cerca de 1l água/24h por PEG; • Esposa autónoma na utilização da PEG; 	Sistema de apoio-educativo
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • A realizar alimentação por PEG (esposa autónoma no procedimento); • Realiza cerca de 5 refeições diárias e suplementos nutricionais diariamente; 	Sistema de apoio-educativo
Provisão de cuidados associados com processos de eliminação	<ul style="list-style-type: none"> • Mantem continência urinária e intestinal; • Sem alterações; 	Sistema de apoio-educativo
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	<ul style="list-style-type: none"> • Dorme cerca de 8h por noite, sem alterações; • Alterações da força muscular; • Dependência total nas transferências, levante, e atividades básicas de vida diária (AVD) • Apresenta cansaço a moderados esforços, o que conduz a uma redução da atividade, permanecendo grande parte do tempo no leito. 	Sistema parcialmente compensatório

Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta dificuldade em comunicar por disartria acentuada; • O Sr. M.R apenas sai de casa para consultas; • Relação harmoniosa com a esposa; • Contacto ocasional com outras pessoas; 	Sistema parcialmente compensatório
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do equilíbrio ortostático dinâmico; • Existência de fatores extrínsecos potenciadores de queda; 	Sistema parcialmente compensatório Sistema totalmente compensatório
Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações	<ul style="list-style-type: none"> • Adere ao programa de reabilitação; revela confiança nos profissionais de saúde e participa ativamente nas atividades propostas. • Apresenta necessidade de demonstrar que consegue realizar os exercícios com mais intensidade; 	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio-educativo

Desvios Saúde	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
Procura garantir	<ul style="list-style-type: none"> • Recorre ao Enfermeiro de Reabilitação para assuntos 	Sistema apoio-educação

<p>assistência médica adequada</p>	<p>relacionados com a reabilitação e bem-estar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recorre à Terapeuta da Fala; • Recorre ao Hospital ██████ para consultas de neurologia e de MFR; • Recorre ao Hospital ██████ para revisão periódica da PEG; 	
<p>Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende os efeitos relacionados provocados pela ELA; 	<p>Sistema apoio-educação</p>
<p>Realizar as prescrições terapêuticas e reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Executa o programa de reabilitação prescrito com concentração e em condições de segurança; 	<p>Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação</p>
<p>Modificar autoconceito em aceitar estado de saúde e necessitar novas formas de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra-se bastante apreensivo quando tem mais dificuldade em realizar um exercício; 	<p>Sistema apoio-educação</p>

<p>Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reaprendeu a realizar as atividades básicas de vida diária com as limitações provocadas pela doença e com apoio da sua esposa; 	<p>Sistema parcialmente compensatório;</p>
---	--	--

Desenvolvimento	Padrão Autocuidado	Sistema Enfermagem
<p>Adaptação às mudanças físicas</p>	<p>Compreende a necessidade de adesão ao programa de reabilitação;</p> <p>Devido às alterações provocadas na sua condução de saúde, apresenta atestado de incapacidade de cerca de 90%.</p>	<p>Sistema apoio-educação</p>

3. Problemas identificados

Problemas	Diagnósticos (segundo CIPE, versão 2)
<p>Alteração na força muscular, equilíbrio, levante e transferência</p>	<p>Padrão de Mobilidade diminuído</p>
<p>Dificuldade em comunicar</p>	<p>Capacidade para comunicar comprometida</p>
<p>Dificuldade na limpeza das vias aéreas Mecanismo de tosse ineficaz</p>	<p>Limpeza das vias aéreas ineficaz</p>

Acumulação de secreções e saliva na orofaringe	
Dificuldade na aceitação da situação de saúde atual;	Apoiar no processo de luto familiar
Sobrecarga do cuidador	Risco de stresse do cuidador

4. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO SR. M.R.

Diagnóstico	Plano	Intervenções	Avaliação
<p>Padrão de mobilidade diminuído</p>	<p>Objetivo: Que o Sr. M.R mantenha a integridade das estruturas articulares; a amplitude dos movimentos; e a força muscular do membro superiores e inferiores;</p> <p>Sistema-enfermagem: Parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a força muscular (<i>Medical Research Council</i>) e o equilíbrio (Escala de Berg); • Monitorizar a tolerância aos exercícios e atividades, através da escala de Borg; • Realizar mobilizações ativas e ativas-assistidas a nível da cabeça e do pescoço (flexão/extensão, flexão lateral esquerda e direita, rotação lateral); • Mobilizações passivas, ativas e ativas-assistidas da articulação escapulo-umeral (elevação e depressão, flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa); • Realizar mobilizações ativas e ativas-resistidas do membro superior esquerdo: dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação 	<p>30/12: Avaliada força muscular dos segmentos: verifica-se alteração a nível articulação tibiotársica, joelho, coxofemoral, mãos, punho, antebraço, braço e escapulo-umeral.</p> <p>11/1: Realiza levante e transferência cama-cadeira. Realiza com apoio bilateral 2 passos.</p> <p>13/1: Score 3 na Escala de Borg. O Sr M.R realiza 2 sequências de 4 repetições de exercícios dos</p>

		<p>e oponência do polegar); antebraços (pronação e supinação); cotovelos (flexão e extensão); articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar mobilizações ativas, ativas-resistidas a nível dos membros inferiores bilateralmente: dedos (flexão, extensão, adução e abdução); articulação tibiotársica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão); articulação do joelho (flexão e extensão); articulação coxofemoral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa); 	<p>membros superiores de forma controlada, executando dissociação dos tempos respiratórios com apoio verbal;</p> <p>2/2: Sr.M.R. refere ter realizado exercícios musculares para as mãos e dedos, demonstrando-os como os realiza;</p>
<p>Limpeza das vias aéreas comprometida;</p>	<p>Objetivo: Melhorar e/ou manter a ventilação pulmonar e otimizar as</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a função respiratória antes da realização de técnicas de reeducação funcional respiratória (avaliação do tórax, padrão respiratório, avaliação de sinais vitais, 	<p>30/12: Auscultação pulmonar descrita na avaliação inicial. Apresenta secreções esbranquiçadas;</p>

	<p>trocas gasosas; prevenir complicações;</p> <p>Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório;</p> <p>Método: Guiar o outro;</p>	<p>auscultação pulmonar antes e após realização das intervenções);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover hidratação; • Incentivar a movimentos respiratórios profundos e com ênfase na expiração; • Reforçar ensinamentos sobre dispositivos respiratórios (VNI; <i>cough assist</i> e aspirador de secreções); • Ensinar sobre ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR); • Aspirar secreções do Sr. M.R.; • Vigiar características das secreções. 	<p>13/01: Necessita de interromper várias vezes a sessão de reabilitação por dificuldade em reter a saliva e presença de secreções na orofaringe. Articula-se com médico assistente e aumentada dosagem de atropocil sublingual;</p> <p>01/02: Detetada assincronia na utilização do <i>cough assist</i>. Foram reforçados ensinamentos ao Sr. M.R. e à esposa sobre dispositivos (<i>cough assist</i>, VNI e aspirador de secreções); refere que o aumento da dosagem de Sulfato de atropina sublingual tornou secreções demasiado espessas e</p>
--	--	--	--

			consequente dificuldade em expelir as mesmas, retorna à dosagem anterior.
Capacidade para comunicar comprometida	<p>Objetivo: Promover uma comunicação eficaz e adequada ao Sr. M.R;</p> <p>Sistema enfermagem: Sistema parcialmente compensatório</p> <p>Método: Guiar o outro;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico; • Ensinar e treinar o uso de dispositivos de baixa tecnologia (quadro de letras); • Ensinar, treinar e incentivar o uso de dispositivos de alta tecnologia (quadro de letras); • Minimizar os sentimentos de frustração quando a pessoa não consegue transmitir a mensagem de forma perceptível; 	<p>30/12: O Sr. M.R demonstra dificuldade em comunicar. Questionado sobre se um quadro de letras ou pictograma ajudaria o processo comunicacional, tendo discordado, preferindo utilizar programa de telemóvel para esse fim;</p> <p>02/02: mantém disartria acentuada, utilizando a aplicação do telemóvel quando outras pessoas não conseguem entender a conversação;</p>

<p>Apoiar no processo de luto familiar</p>	<p>Objetivo: Facilitar aceitação da situação de saúde atual;</p> <p>Sistema enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método: Ensinar o outro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos do Sr. M.R e da sua esposa; • Facilitar as decisões, a discussão sobre a doença e reorientar as prioridades; • Avaliar aceitação do estado de saúde do Sr. M.R. através da escuta ativa e observação; • Encorajar as afirmações positivas ao Sr. M.R, centrando-se no que consegue fazer e não nas limitações; • Providenciar apoio emocional; • Colaborar e referenciar para outros profissionais (p. ex psicóloga); 	<p>11/1: O Sr. M.R. demonstra-se determinado em exercer o seu direito de voto, independentemente das barreiras existentes; Articula-se com Assistente social para facilitar processo, bem como junta de freguesia da área da mesa eleitoral.</p> <p>13/1: O Sr. M.R demonstra-se apreensivo e preocupado por não conseguir realizar contrações isométricas na posição de pé, com apoio bilateral;</p> <p>2/2: O Sr. M.R. recorda atividades que realizava no passado;</p>
--	---	---	---

Risco de stresse do cuidador		<ul style="list-style-type: none">• Avaliar risco de sobrecarga da esposa do Sr. M.R através da Escala de Zarit;• Facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos;• Incentivar a realizar diariamente uma caminhada; a ter tempo para si e realizar atividades do seu gosto;	13/1: Aplicada escala de Zarit, apresenta risco baixo de sobrecarga do cuidador; 2/2: a esposa do Sr. M.R refere que realiza diariamente uma caminhada durante 30 minutos.
------------------------------	--	---	---

APÊNDICES

Apêndices do Estudo de caso do Sr. M.R

Apêndice 1 – Escala de sobrecarga do cuidador

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

	Nunca (0)	Quase nunca (1)	Às vezes (2)	Bastantes vezes (3)	Quase sempre (4)
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	X				
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?			X		
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?	X				
4. Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?	X				
5. Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	X				
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?		X			
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	X				
10. Vê a sua saúde a ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	X				
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?		X			
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?		X			
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuida dele como se fosse a única pessoa com quem ele (a) pudesse contar?				X	
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?		X			
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	X				
17. Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	X				
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?			X		
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?		X			

Apêndice 2 - Índice de *Graffar*

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Critério 1 - Profissão		
1º grau = 1 ponto		Directores de bancos, directores de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários ou de escolas especializadas e militares de altas patentes;
2º grau = 2 pontos	X	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes;
3º grau = 3 pontos		Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.
4º grau = 4 pontos		Ensino primário completo, motoristas, polícias, cozinheiros, etc. (operários especializados).
5º grau = 5 pontos		Jornaleiros, mandantes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados).
Critério 2 – Nível de Instrução		
1º grau = 1 ponto		Ensino universitário ou equivalente (mais de 12 anos de escolaridade).
2º grau = 2 pontos	X	Ensino médio ou técnico superior (de 10 a 11 anos de escolaridade)
3º grau = 3 pontos		Ensino médio ou técnico inferior (de 8 a 9 anos de escolaridade);
4º grau = 4 pontos		Ensino primário completo (6 anos de escolaridade);
5º grau = 5 pontos		Ensino primário incompleto ou nulo.
Critério 3 – Fontes de rendimento familiar		
1º grau = 1 ponto		A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida;

2º grau = 2 pontos		Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc
3º grau = 3 pontos	X	Os rendimentos correspondem a um rendimento mensal fixo, tipo funcionário;
4º grau = 4 pontos		Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por jorna, por horas, ou à tarefa;
5º grau = 5 pontos		O indivíduo ou família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade.
Critério 4 – Conforto do alojamento		
1º grau = 1 ponto		Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.
2º grau = 2 pontos		Casas ou andares que, sem serem luxuosos, são espaços confortáveis;
3º grau = 3 pontos	X	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho;
4º grau = 4 pontos		Categoria intermédia entre 3 e 5;
5º grau = 5 pontos		Alojamentos impróprios, choças, barracas ou andares, ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade;
Critério 5 – Aspeto do bairro onde habita		
1º grau = 1 ponto		Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados;
2º grau = 2 pontos	X	Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas;
3º grau = 3 pontos		Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável;

4º grau = 4 pontos		Bairro operário, populoso, mal arejado ou com valor de terreno diminuído por proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc..
5º grau = 5 pontos		“Bairro de lata”.

Total: 12

Classificação social: A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classificação social, conforme a classificação que se segue:

Classe I Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9

Classe II Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13

Classe III Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17

Classe IV Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21

Classe V Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25

Apêndice 3- Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão (Escala de Braden)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Percepção sensorial	1	2	3	4	29/11	02/02
Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	Totalmente limitada	Muito limitada	Levemente limitada	Nenhuma limitação	2	2
Humidade	1	2	3	4	3	4
Nível de exposição da pele à humidade	Pele constantemente húmida	Pele muito húmida	Pele ocasionalmente húmida	Pele raramente húmida		
Atividade	1	2	3	4	1	2
Nível de atividade física	Acamado	Sentado	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente		
Mobilidade	1	2	3	4	2	2
Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Completamente imobilizado	Muito limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma limitação		
Nutrição	1	2	3	4	2	3
Alimentação habitual	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente		
Fricção e forças de deslizamento	1	2	3		1	2
	Problema	Problema potencial	Nenhum problema			
Total					12	15

Apêndice 4 – Avaliação do Tônus Muscular (Escala Modificada de *Ashworth*)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Apêndice 5 – Avaliação da Força Muscular (*Escala Medical Research Council*)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Apêndice 6 – Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Historial de Quedas	29/11	14/01
Diagnóstico (s) Secundários(s)	Não	Não
Ajuda para caminhar	Sim	Sim
Terapia Intravenosa	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas
Postura no andar e na transferência	Não	Não
Estado Mental	Consciente das suas capacidades	Consciente das suas capacidades
SCORE	15 - Baixo risco de Queda	15 - Baixo risco de Queda

Apêndice 7- Avaliação da Marcha (Categorias Funcionais de Marcha de *Holden*)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Categorias Funcionais de Marcha de <i>Holden</i>	30/12/2021	02/02/2022
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo	X	X
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas		
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa		
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita		
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita		
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência		

Apêndice 8 - Avaliação do Grau de Dependência (Índice de *Barthel*)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Índice de Barthel	Data da avaliação					
	29/11	30/12	11/01	18/01	28/01	02/02
Higiene pessoal	5	0	0	0	0	0
Evacuar	5	10	10	10	10	10
Urinar	5	10	10	10	10	10
Ir à casa de banho	0	0	0	0	0	0
Alimentar-se	0	0	0	0	0	0
Transferências	0	5	5	5	5	5
Mobilidade	0	0	0	0	0	0
Vestir-se	0	0	0	0	0	0
Escadas	0	0	0	0	0	0
Banho	0	0	0	0	0	0
Total	15/100	25/100	25/100	25/100	25/100	25/100

Apêndice 9 – Avaliação da Tolerância à atividade (Escala Subjetiva ao Esforço de *Borg*)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

Nível	Esforço	Sinais Físicos	Avaliação da sessão				
			30/12	11/01	18/01	28/01	02/02
0	Nenhum	Nenhum					
1	Mínimo	Nenhum					
2	Pouco	Sensação de movimento					
3	Moderado	Forte sensação de movimento	X (no treino muscular)	X (no treino muscular)	X (no treino muscular)	X (no treino muscular)	X (no treino muscular)
4	Um pouco difícil	Calor					
5	Difícil	Começa a suar					
6	Mais difícil	Moderada sudorese					
7	Muito difícil	Moderada sudorese e expiração normal					
8	Extremamente difícil	Transpiração intensa e dificuldade na respiração					
9	Esforço máximo	Sudorese máxima e exercício sem respiração					
10	Fadiga	Exaustão					

Apêndice 10 – Avaliação características das fezes (Escala de Bristol)

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

ESCALA DE BRISTOL

Tipo 1

Pequenos fragmentos duros, semelhantes a nozes.



Tipo 2

Em forma de salsicha, mas com grumos.



Tipo 3

Em forma de salsicha, com fissuras à superfície.



Tipo 4

Em forma de salsicha ou cobra (mais finas), mas suaves e macias.



Tipo 5

Fezes fragmentadas, mas em pedaços com contornos bem definidos e macias.



Tipo 6

Em pedaços esfarrapados.



Apêndice 11 – Apresentação do Estudo de Caso do Sr. M.R

Apêndice do Estudo de caso do Sr. M.R

.

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Estudo Caso: Contexto Comunitário

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Fevereiro 2022

Sumário

01	Objetivos
02	Apresentação da Situação
03	Colheita de Dados
04	Apreciação Multidimensional

Avaliação do Impacto no Autocuidado	05
Problemas Identificados	06
Plano de Cuidados	07
Referências Bibliográficas	08

Objetivos

01

Analisar os principais
problemas vivenciados
pela pessoa;

02

Estabelecer um programa de
intervenção de enfermagem
de reabilitação;

3

Objetivos

01

Analisar os principais
problemas vivenciados
pela pessoa;

02

Estabelecer um programa de
intervenção de enfermagem
de reabilitação;

3

02

Apresentação da Situação

História de Saúde Atual



Motivo de Referência ECCI

Cuidados Enf. Gerais

Vigilância do estado de saúde;
Cuidados à PEG;

Motivo de Referência ECCI

Cuidados Enf. Reabilitação

Reabilitação Funcional Respiratória

- Alteração função respiratória;
- VNI; *CoughAssist*; Aspirador de secreções;

Reabilitação Funcional Motora

- Diminuição Força Muscular MS e MI;
- Diminuição da amplitude articular MS e MI;

03

Colheita de Dados

História Pgressa



8

Condição Sociofamiliar e Económica

Avaliação da Interação com a família e meio envolvente

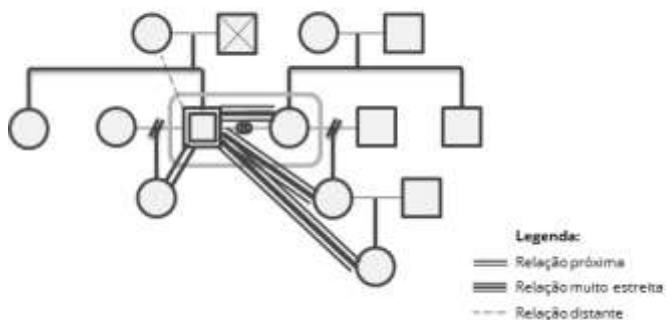


9

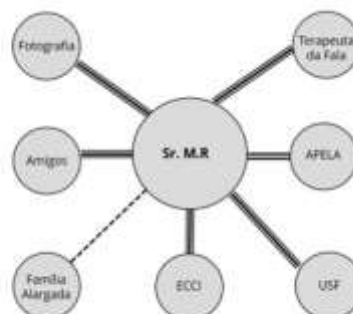
Condição Sociofamiliar e Económica

Avaliação da Interação com a família e meio envolvente

Genograma



Ecomapa



10

Condição Sociofamiliar e Económica

Avaliação do ambiente socioeconómico

HABITAÇÃO



Habitação própria;
4º andar;
Condições de higiene e habitabilidade;

BARREIRAS ARQUITECTÓNICAS



2 lanços de escadas;
Acesso exterior:
garagem;
Passagem portas de casa: retirar 1 pedal CR;

AJUDAS TÉCNICAS



Cadeira de Rodas (CR) fornecida pela APELA;
Poliban com cadeira de duche e pega;
Aguardam aprovação orçamentos pela SS para ajudas técnicas;

ÍNDICE GRAFFAR



Score 10 pontos;
Classe social II;
Classe média alta.

11

04

Apreciação Multidimensional

Avaliação Neurológica



Avaliação Neurológica

Avaliação Pares Cranianos

II- Ótico	Diminuição acuidade visual. Utiliza óculos;
V- Trigêmeo	Movimentos dos músculos mastigadores fracos;
VII- Facial	Dificuldade em manter a saliva dentro da boca;
VIII- Estato-acústico	Alteração o equilíbrio dinâmico ortostático;
X- Vago	Úvula ligeiramente desviada para a esquerda;
XI- Espinhal	Apresenta força de grau 4 (MRC) no movimento da elevação dos ombros;
XII- Grande Hipoglosso	Movimentos da língua tênues; Disartria;

14

Avaliação Função Respiratória

Auscultação Pulmonar	Inspeção	Tosse	Dispositivos
Murmúrio vesicular: Mantido nas bases pulmonares bilateralmente. Ruídos adventícios: Sem presença de ruídos adventícios	Inspeção Estática Tórax simétrico, sem retrações ou abaulamentos; Inspeção Dinâmica: Respiração simétrica; Ritmo regular (14 cpm); predomínio torácico e superficial.	Características: Dificuldade em mobilizar secreções; Reflexo tosse diminuído; Secreções Traqueobrônquicas: Secreções esbranquiçadas, fluidas, em moderada quantidade.	VNI (PAP 1& EPAP 6); Arnês e Máscara M; CoughAssist (3x/dia); Aspirador de secreções;

15

Avaliação dos Tegumentos

- Pele moderadamente corada e hidratada;
- Ocasionalmente com rubor branqueável na pirâmide nasal, não se tendo adaptado a placas hidrocolóides de proteção disponibilizadas por ECCL, preferindo o uso regular de compressa fixa por adesivo hipoalérgico.

• Escala de Braden:

Perceção sensorial	2
Humidade	4
Atividade	2
Mobilidade	2
Nutrição	3
Fricção e deslizamento	2



Pontuação: 15
Alto Risco de UP

16

Avaliação Função Sensoriomotora - Medical Research Council

Força e Tónus Muscular

Equilíbrio

Coordenação Motora

Marcha

Sensibilidade

Membros Superiores	Movimento	Direito		Esquerdo	
		29/11	02/02	29/11	02/02
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Rotação interna	4/5	4/5	4/5	4/5
	Rotação Externa	4/5	4/5	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5	4/5	4/5
	Supinação	4/5	4/5	4/5	4/5
	Flexão palmar	2/5	2/5	3/5	3/5
Punho	Dorsi-flexão	2/5	2/5	3/5	3/5
	Desvio radial	2/5	2/5	3/5	3/5
	Desvio cubital	2/5	2/5	3/5	3/5
	Circundação	2/5	2/5	3/5	3/5
	Flexão	2/5	2/5	3/5	3/5
Dedos	Extensão	2/5	2/5	3/5	3/5
	Adução	2/5	2/5	3/5	3/5
	Abdução	2/5	2/5	3/5	3/5
	Oponência do polegar	2/5	2/5	3/5	3/5

Membros Inferiores	Movimento	Direito		Esquerdo	
		29/11	02/02	29/11	02/02
Coxo-femural	Flexão	2/5	2/5	2/5	2/5
	Extensão	2/5	2/5	2/5	2/5
	Adução	2/5	2/5	2/5	2/5
	Abdução	2/5	2/5	2/5	2/5
	Rotação interna	2/5	2/5	2/5	2/5
	Rotação externa	2/5	2/5	2/5	2/5
Joelho	Flexão	2/5	2/5	2/5	2/5
	Extensão	2/5	2/5	2/5	2/5
Tibio-társica	Dorsi-flexão	1/5	1/5	2/5	2/5
	Inversão	1/5	1/5	2/5	2/5
	Eversão	1/5	1/5	2/5	2/5
Dedos do Pé	Flexão	1/5	1/5	1/5	1/5
	Extensão	1/5	1/5	1/5	1/5
	Adução	0/5	0/5	0/5	0/5

Avaliação do Tónus Muscular:

- Punho e dedos mão direita onde se observa ligeiro aumento do tónus muscular. (Score 1 Escala Modificada de Ashworth)

17

Avaliação Função Sensoriomotora

Avaliado através da Escala de Equilíbrio de Berg

Força e Tônus Muscular

Equilíbrio

Coordenação Motora

Marcha

Sensibilidade

	30/12	02/02		30/12	02/02
1 - Posição sentado para posição em pé	0	0	8 - Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé	1	1
2 - Permanecer em pé sem apoio	0	0	9 - Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé	0	0
3 - Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco	4	4	10 - Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	0	0
4 - Posição em pé para posição sentado	0	0	11 - Girar 360 graus	0	0
5 - Transferências	0	0	12 - Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou um banco enquanto permanece em pé sem apoio	0	0
6 - Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0	13 - Em pé com um pé em frente de outro	0	0
7 - Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0	14 - Permanecer em pé sobre uma perna	0	0

30/12: Score 4 - Mau equilíbrio

02/02: Score 4 - Mau equilíbrio

18

Avaliação Função Sensoriomotora

Força e Tônus Muscular

Equilíbrio

Coordenação Motora

Marcha

Sensibilidade



Prova índice-nariz

- Capaz de posicionar os MS em abdução e depois tocar a ponta do nariz com o dedo indicador;
- Realiza a prova de olhos abertos e fechados;

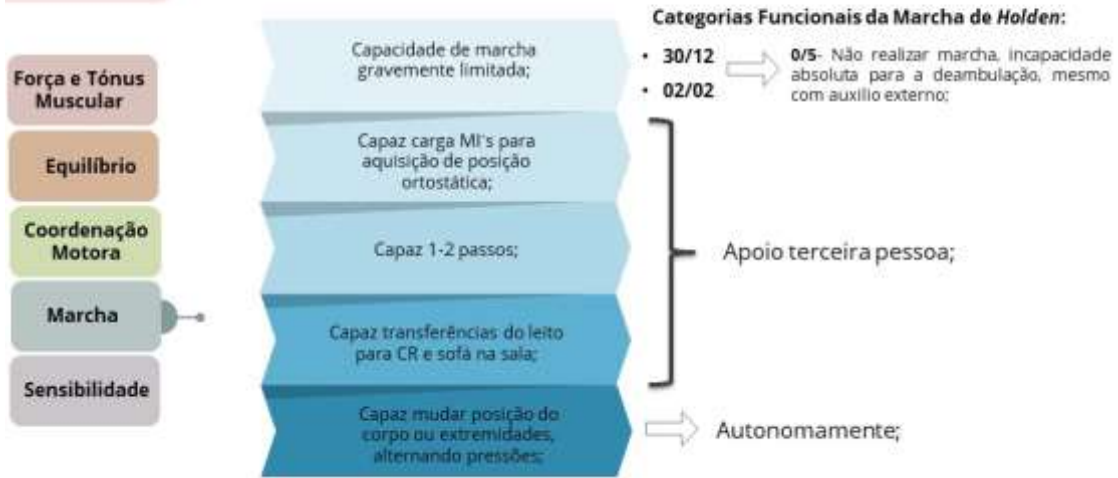


Prova calcanhar-joelho

- Incapacidade de colocar o calcanhar por cima do joelho do membro oposto;

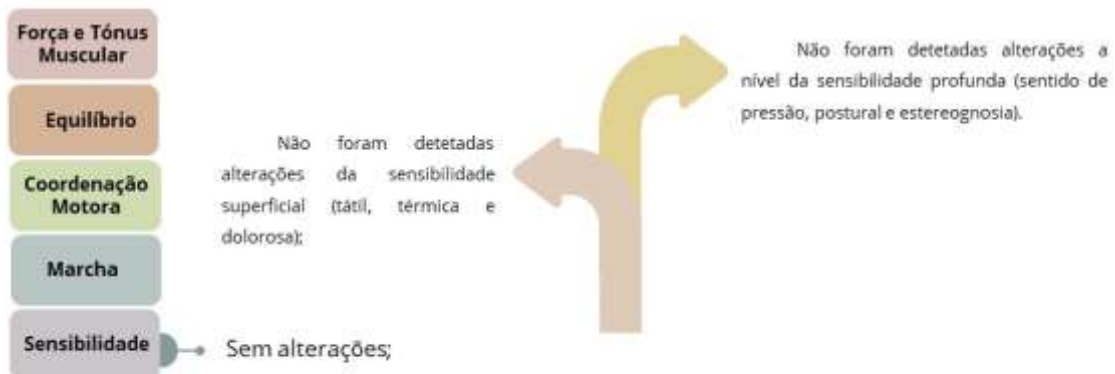
19

Avaliação Função Sensoriomotora



20

Avaliação Função Sensoriomotora



21

Avaliação do Estado Nutricional



22

Avaliação da Função Deglutição

Alteração dos pares cranianos

Trigêmeo (V); Facial (VII); Vago (X); Hipoglosso (XII);

Alimentação e Hidratação

Exclusiva pela PEG;

Teste indireto da deglutição

	Sim		Não	
Vigil	x	1		0
Tosse e/ou pigarreio		1	x	0
Deglutição de saliva				
Deglutição com sucesso		1	x	0
Sialorreia	x	0		1
Alteração da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)		0	x	1
Score: 2 → Não continuar para teste deglutição direto				

(Moreira, A., et al., 2021)

23

Avaliação da Dor: Segundo Escala Numérica da Dor

Características	Não refere dor;				
	30/12	11/01	18/01	28/01	02/02
Escala numérica da Dor (score)	0	0	0	0	0

24

05

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Avaliação Grau Dependência

Grau de dependência:

30/12:
Dependência Grave no autocuidado

↓

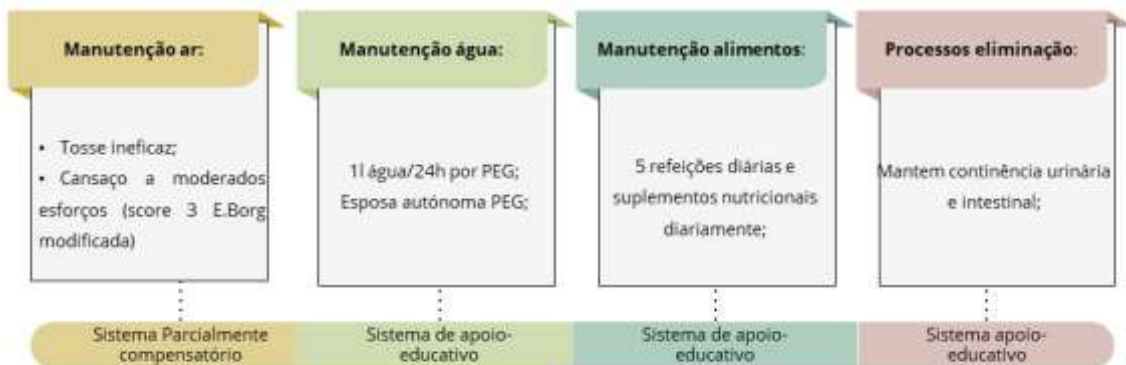
02/02:
Dependência Grave no autocuidado

Índice de Barthel	Data da avaliação	
	30/12	02/02
Higiene pessoal	0	0
Evacuar	10	10
Urinar	10	10
Ir à casa de banho	0	0
Alimentar-se	0	0
Transferências	5	5
Mobilidade	0	0
Vestir-se	0	0
Escadas	0	0
Banho	0	0
Total	25/100	25/100

26

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos Universais - Dorothea Orem



(Petroniño & Machado, 2017;
Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

27

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos Universais - Dorothea Orem

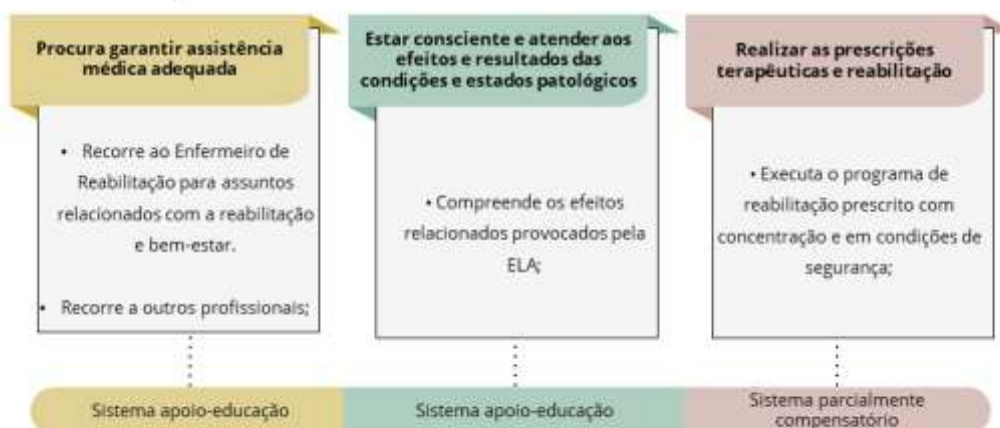


(Petronilho & Machado, 2017;
Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

28

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos no Desvio de Saúde - Dorothea Orem



(Petronilho & Machado, 2017;
Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

29

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos no Desvio de Saúde - *Dorothea Orem*

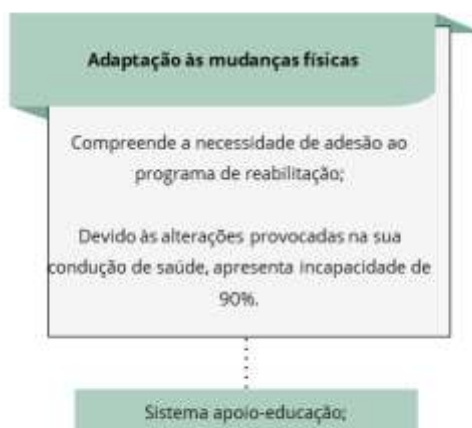


(Petronilho & Machado, 2017; Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

30

Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos de Desenvolvimento - *Dorothea Orem*



Petronilho, F., & Machado, M. (2017); Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014)

31

06

Problemas Identificados

Problemas Identificados

Problemas

Diagnóstico (segundo CIPE, versão 2)

Alteração Força Muscular

Padrão de mobilidade diminuído

Dificuldade na limpeza das vias aéreas

Limpeza das vias aéreas ineficaz

Dificuldade em comunicar

Capacidade para comunicar comprometida

Dificuldade na aceitação da situação de saúde atual;

Apoiar no processo de luto familiar

Sobrecarga do cuidador

Risco de *stress* do cuidador

07

Plano de cuidados Enf. Reabilitação

Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório;

Método: Guiar e ensinar o outro;



Padrão de
Mobilidade
diminuído

OBJETIVOS: Manter a integridade das estruturas articulares; Manter a amplitude dos movimentos; Manter a força muscular dos MS e MI;

INTERVENÇÕES:

- Levante e transferência cama-CR;
- Treino sentar e levantar com apoio bilateral;
- Mobilizações passivas, ativas, ativas-assistidas e ativas-resistidas a nível da cabeça e do pescoço e articulação escapulo-umeral;
- Mobilizações ativas e ativas-assistidas dos punhos e dedos;
- Mobilizações ativas, ativas-assistidas a nível dos membros inferiores bilateralmente: articulação do joelho; articulação coxo-femural;
- Mobilizações passivas a nível da tibiotársica e dedos;
- Vigiar amplitudes articulares em todos os movimentos descritos;
- Monitorizar a força muscular (MRC) e o equilíbrio (E. Berg);
- Monitorizar a tolerância aos exercícios e atividades (E. Borg);

AVALIAÇÃO:

30/12: Avaliada força muscular dos segmentos: verifica-se alteração a nível articulação tibiotársica, joelho, coxofemoral, mãos, punho, antebraço, braço e escapulo-umeral.

11/1: Realiza levantar e transferência cama-cadeira de rodas. Realiza com apoio bilateral 2 passos.

13/1: Score 3 na Escala de Borg. Realiza 2 sequências de 4 repetições de exercícios dos membros superiores de forma controlada. Fornece folheto de exercícios; (Lourenço, et al, 2021; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016)



Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório;

Método: Guiar e ensinar o outro;



Limpeza das
vias aéreas
ineficaz

OBJETIVOS: Melhorar e/ou manter a ventilação pulmonar e otimizar as trocas gasosas; Prevenir complicações;

INTERVENÇÕES:

- Avaliar a função respiratória antes da realização de técnicas de RFR;
- Ensinar e treinar o controlo e **dissociação dos tempos respiratórios**;
- Ensinar e treinar a **respiração abdominodiafragmática**;
- Reforçar ensinios sobre **dispositivos respiratórios** (VNI; *CoughAssist* e aspirador de secreções);
- Ensinar sobre ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR);
- Vigiar características das secreções.
- Aspirar secreções na orofaringe do Sr. M.R.;

AVALIAÇÃO:

30/12: Auscultação pulmonar sem RA; MV audível. Secreções esbranquiçadas;

13/01: Necessita de interromper várias vezes a sessão de reabilitação por dificuldade em reter a saliva e presença de secreções a nível traqueal. Articula-se com médico assistente e aumentada dosagem de atropocli sublingual;

01/02: Detetada assincronia na utilização do *CoughAssist*. Reforçados ensinios sobre dispositivos (*CoughAssist*, VNI e aspirador de secreções); Refere que o aumento da dosagem de Sulfato de atropina sublingual tornou secreções demasiado espessas e dificuldade em expelir as mesmas, retorna à dosagem anterior.

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; Cordeiro & Menoia, 2012; Saavedra et al., 2020;).

Sistema enfermagem: Parcialmente compensatório;

Método: Ensinar o outro;



Capacidade para Comunicar comprometida

OBJETIVOS: Promover uma comunicação eficaz e adequada ao Sr. M.R.;



INTERVENÇÕES:

- Gerir o ambiente físico;
- Ensinar e treinar o uso de **dispositivos de baixa tecnologia** (quadro de letras);
- Ensinar, treinar e incentivar o uso de **dispositivos de alta tecnologia** (aplicações para o telemóvel de fala sintetizada);
- Minimizar os sentimentos de frustração quando a pessoa não consegue transmitir a mensagem de forma perceptível (escuta ativa; articular com psicólogo);

AVALIAÇÃO:

30/12: Demonstra dificuldade em comunicar. Questionado sobre se um quadro de letras ou pictograma ajudaria o processo comunicacional, tendo discordado, preferindo utilizar programa de telemóvel para esse fim;

02/02: Mantém disartria acentuada, utilizando a aplicação do telemóvel de fala sintetizada (Talk Free®) quando outras pessoas não conseguem entender a conversação;

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; Frade, Miguel & Ferreira, 2017)

38

Sistema enfermagem: Apoio-
educação

Método: Guiar e Orientar;
Proporcionar apoio psicológico;



Apoiar no processo de luto familiar

OBJETIVO: Facilitar aceitação da situação de saúde atual;

INTERVENÇÕES:

- **Facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos** do Sr. M.R. e da sua esposa;
- Facilitar as decisões, a discussão sobre a doença e reorientar as prioridades;
- Avaliar aceitação do estado de saúde do Sr. M.R. através da escuta ativa e observação;
- Reforço positivo ao Sr. M.R. centrando no que consegue fazer e não nas limitações;
- Providenciar apoio emocional;
- **Colaborar e articular com outros profissionais** (p.ex psicóloga; A.S; MGF);

AVALIAÇÃO:

11/1: O Sr. M.R. demonstra-se determinado em exercer o seu direito de voto, independentemente das barreiras existentes; articula-se com Assistente social para facilitar processo, comissão nacional de eleitores, camara municipal e junta de freguesia da área de residência;

13/1: O Sr. M.R. demonstra-se apreensivo e preocupado por não conseguir realizar contrações isométricas na posição de pé, com apoio bilateral;

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016)

2/2: O Sr. M.R. recorda atividades que realizava no passado;

39

Sistema enfermagem: Apoio-
educação

Método: Guiar e Orientar;
Proporcionar apoio psicológico;



Risco de *stress* do cuidador

OBJETIVO: Ensinar à cuidadora
estratégias para manter a própria
saúde física e mental;

INTERVENÇÕES:

- Avaliar risco de sobrecarga da esposa do Sr. M.R. (E. de Zarit);
- **Incentivar ter 30 minutos para si** (p.ex: realizar uma caminhada);
- Encorajar a realizar **atividades do seu agrado**;
- Encorajar o **envolvimento de outros elementos da família**, conforme apropriado;
- Facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos;

AVALIAÇÃO:

13/1: Aplicada escala de Zarit, apresenta risco baixo de sobrecarga do cuidador;

1/2: Entenda do Sr. M.R assegura cuidados ao mesmo, enquanto a esposa foi ao centro vacinação (reforço 3ª dose SARS-CoV-2)

(Conselho Internacional de
Enfermeiros, 2018)

2/2: A esposa do Sr. M.R refere que realiza diariamente uma caminhada durante 30 minutos.

40

Considerações Finais



(Alves & Babo, 2021)

41

Referências Bibliográficas

- Alves, J. & Bato, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 329-335). Lisboa: Lidel.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPF Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M. & Menotta, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Prade, A., Miguel, S., & Ferreira, Ó. (2017). Uso Da Tecnologia Na Comunicação Da Pessoa Laringectomizada Boas Práticas De Cuidados. *Onco.News*, 35, 18-23. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131144229&site=ehost-live>.
- Laurenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 329-335). Lisboa: Lidel.
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 329-335). Lisboa: Lidel.
- Petroninho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e auto cuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Auto cuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, N(3), 157-164. <https://doi.org/10.12797/REV14081>
- Salavreda, M., Pereira, F., Moreno, B., João, M., & Azevedo, V. (2020). Recomendações na Abordagem da Esclerose Lateral Amiotrófica Recommendations in the Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Revista Do SPMRR*, 32, 101-119.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldera, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Estudo Caso: Contexto Comunitário

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá



Liliana Rebelo nº 2822

Lisboa,
Fevereiro 2022

Apêndice V: Jornal de Aprendizagem I

Durante a primeira semana de estágio tive a oportunidade de cuidar da Sra. A., de 44 anos, paraplégica e que neste momento se encontra internada por uma úlcera na isquiática esquerda infetada, submetida a desbridamento cirúrgico e osteotomia com retalho posterior da coxa esquerda.

Após validar com a equipa médica e de enfermagem, propus à Sra. A. realizar o levante e os cuidados de higiene na casa de banho em cadeira de higiene, que a mesma aceitou e esboçou um sorriso, pois foram poucos os momentos, pelo risco de comprometer a cicatrização da ferida operatória, que teve oportunidade de se levantar e de “tomar um duche no chuveiro”.

Ao realizar o levante, notei que em vários momentos, de forma automática e paternalista, dei por mim a tentar substituir a pessoa naquilo que, autonomamente, conseguia fazer e com um excesso de zelo, até que a própria chegou a dizer “Enfermeira, eu consigo fazer sozinha”.

Neste momento, após a descrição da experiência vivenciada e ao refletir sobre a mesma, verifico que a possibilidade de ter prestado cuidados de enfermagem à Sra. A. constituiu um momento de aprendizagem bastante significativo para a concretização do projeto de estágio que, em parte, incide sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção do autocuidado da pessoa. Desta forma considerou-se importante refletir sobre o respeito pela sua autonomia da pessoa com paraplegia durante o seu internamento.

De acordo com Orem, todas as pessoas possuem potencial para se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência ao longo da vida. Contudo, quando as exigências do autocuidado transpõem a capacidade da pessoa para o realizar, necessitam de suporte. Segundo a Teoria dos Sistemas de Enfermagem é determinado como é que os enfermeiros, as pessoas, ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado. Nesta teoria são identificados três classificações de sistemas de enfermagem: a) sistema totalmente compensatório (determina situações em que a pessoa não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se dependente de outros); b) sistema parcialmente

compensatório (situações em que a intervenção do enfermeiro passa por compensar as limitações da pessoa), e c) sistema de apoio/educação (em que a pessoa detém a capacidade para o autocuidado, porém necessita de apoio, orientação e instrução do enfermeiro) (Petronilho & Machado, 2017).

Na situação descrita, considero que, relativamente a ações de autocuidado, a Sra. A. se situam no sistema parcialmente compensatório e no sistema de apoio/educação. Contudo, importa ter presente que na ajuda ou na substituição, o EEER deve reger a sua ação preocupada pelo respeito das reais necessidades da pessoa e na expressão da sua liberdade (Deodato, 2017). Neste sentido, é reconhecida a importância de o enfermeiro validar continuamente o seu plano de cuidados junto da pessoa.

De facto, ao implementar um plano de Reabilitação direcionado para a satisfação das necessidades da pessoa, deve subsistir a preocupação em compreender que cada pessoa é única considerando as suas necessidades individuais. Este ponto levanta uma questão pertinente, alvo de reflexão, e que surge da minha pouca experiência profissional em cuidar de pessoas com paraplegia e no facto de reconhecer as limitações na expressão da sua autonomia que estas pessoas se deparam no seu dia-a-dia. Contudo, importa admitir que apesar dessas limitações, cada pessoa pode desenvolver estratégias para desenvolver as ações de autocuidado e, portanto, diferir nas suas necessidades individuais. Ora, sendo o EEER um profissional detentor de conhecimento e procedimentos específicos, que permite ajudar os indivíduos a potenciar as suas capacidades funcionais, e adquirir a máxima independência, torna-se fundamental a sua atuação, em conjunto com a pessoa, levando-a à motivação e entrega plena no processo de cuidados. É neste contexto, que o ensino e adequação de técnicas, através da instrução e treino adquirem extrema importância.

Segundo as competências do EEER, este cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade

desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). O *Core* da sua atividade integra o potencial funcional e a independência. Por sua vez, ao não realizar uma correta avaliação das capacidades da pessoa, poderá incorrer numa visão redutora e na substituição daquilo que a pessoa consegue, por si só, executar. Não obstante, o EEER deverá ser sempre aquele que assiste e/ou substitui a pessoa na sua integralidade, na medida das suas necessidades (Deodato, 2017). Importa ainda notar que a objetividade e o rigor da intervenção do EEER deverão ser fundamentados a partir de processos de avaliação sistemáticos, razão pelo qual os especialistas recorrem a escalas para avaliar capacidades de desempenho motor, afetivo e cognitivo, possibilitando orientar as intervenções e documentar os resultados (Reis & Bule, 2017). É neste sentido que os instrumentos de avaliação assumem particular relevância, uma vez que permitem medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação entre os diferentes elementos da equipa inter/intradisciplinar, medir a eficácia do tratamento e documentar a continuidade dos cuidados, bem como os benefícios das intervenções de enfermagem (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Caldeira). Assim, procurei desenvolver o meu conhecimento sobre estes instrumentos de avaliação. De facto, existe várias escalas que permitem efetuar uma avaliação da pessoa. Entre as escalas e instrumentos mais utilizados, destacam-se: a) Medida de Independência Funcional (MIF), b) Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM), c) Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e d) Índice de Barthel (Anderson et al., 2008; DGS, 2004). A utilização destes instrumentos possibilita ao EEER identificar, planejar, conceber, executar e avaliar, constituindo importantes diretrizes para o desenvolvimento de qualquer plano de intervenção, conferindo-lhe consistência, solidez e segurança nos efeitos produzidos.

Ainda relativamente à situação descrita, considero que um ponto forte na minha atuação foi o facto de ter planeado e negociado os cuidados junto da equipa e da cliente, o que vai ao encontro com o objetivo estabelecido no projeto de estágio “participa na gestão dos cuidados, otimizando o trabalho da equipa e os recursos existentes, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, permitindo o desenvolvimento da competência comum C1 — Gere os cuidados de enfermagem,

otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Como pontos a melhorar, identifico a importância de uma avaliação mais pormenorizada das necessidades de autocuidado da pessoa, considerando o seu grau de dependência, permitindo-me concretizar o objetivo estabelecido no meu projeto “Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outras alterações a nível sensoriomotor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”, possibilitando o desenvolvimento da Competência Específica J1 do EEER: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

De modo a concluir este jornal de aprendizagem, ressalvo a ideia de que o mesmo resulta uma reflexão aprofundada sobre o início meu percurso enquanto futura EEER e na preocupação e determinação em desenvolver competências comuns e específicas, procurando deste modo adequar a minha intervenção, na busca na melhoria dos cuidados que presto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, K., Aito, S., Atkins, M., Biering-Sørensen, F., Charlifue, S., Curt, A., Ditunno, J., Glass, C., Marino, R., Marshall, R., Mulcahey, M. J., Post, M., Savic, G., Scivoletto, G., & Catz, A. (2008). From the 2006 NIDRR SCI measures meeting functional recovery measures for spinal cord injury: An evidence-based review for clinical practice and research. *Journal of Spinal Cord Medicine, 31*(2), 133–144. <https://doi.org/10.1080/10790268.2008.11760704>
- DGS. (2004). Lisboa 2004. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 238*.
- Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, n.º 26, 4744–4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2a Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.
- Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.3-14) Loures: Lusodidacta.

Apêndice VI: Jornal de Aprendizagem II

O presente jornal de aprendizagem refere-se aos primeiros dias de contacto com o local de estágio a nível comunitário, a ECCI S., e objetiva dois pontos: 1) refletir sobre a dinâmica e estruturação do local, 2) conhecer a constituição da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC), bem como a legislação onde a mesma se alicerça.

Nos primeiros dias, em que se inicia o meu segundo estágio, tive a oportunidade de conhecer a enfermeira coordenadora, a Enfermeira C., Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER), bem como a minha orientadora, a Enf. EER M. Estes momentos permitiram-me conhecer a dinâmica, a organização da equipa, os recursos humanos existentes, bem como a articulação com os outros serviços.

Destes primeiros turnos de observação, surgiu a necessidade de compreender melhor o funcionamento da rede, através de uma pesquisa mais aprofundada e baseada na legislação em vigor.

O Decreto-Lei n.º 28/2008 reconhece os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. O presente decreto-lei cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que consistem em serviços públicos com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, que têm por missão assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica.

De modo a cumprir esta missão, os ACES desenvolvem atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação de resultados, participam na formação de grupos profissionais, desenvolvem atividades de promoção de saúde, prevenção da doença, prestam cuidados na doença e articulam com outros serviços para garantir a continuidade de cuidados.

Os ACES podem compreender várias unidades funcionais, nomeadamente:

- Unidade de saúde familiar (USF);
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP)

- Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP)
- Outras unidades ou serviços propostos pela respetiva ARS, I.P. e aprovados pelo despacho do ministro da saúde que sejam considerados necessários.

Importa ainda referir, que em cada centro de saúde integrante de um ACES opera, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

Existem, no entanto, características comuns às unidades funcionais. Isto é, cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, que atua em parceria com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Em todo o mundo, não sendo diferente em Portugal, deparamo-nos com transformações sociais e económicas que resultam do envelhecimento demográfico, modificações no padrão epidemiológico e sociais das comunidades. Destas transformações é expectável a conceção de respostas adequadas às necessidades em saúde da população, nomeadamente no acompanhamento em situações de incapacidade e dependência. Seguindo esta linha de pensamento, em 2006 assistimos à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Decreto-Lei n. º101/2006, de 6 de junho, sendo constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social e de cuidados e ações paliativas. Tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da sua idade. Os cuidados centram-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia, melhorando a sua funcionalidade, considerando a situação de dependência em que se encontra.

O modelo conceptual da RNCCI centra-se na pessoa e nas suas necessidades, operacionalizando-se através da realização de um Plano Individual de Intervenção (PII), criado multidisciplinarmente e que permite o estabelecimento dos objetivos da intervenção na pessoa (M. A. R. Pereira, 2018).

Para aceder à RNCCI, no caso de uma pessoa que se encontre internada, os profissionais de saúde e de apoio social estabelecem o contacto com a Equipa de

Gestão de Altas (EGA) do respetivo hospital. A EGA analisa a situação da pessoa e, reunidas as condições necessárias para ser encaminhado para a RNCCI, responsabiliza-se por enviar uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência da pessoa/família (Instituto da Segurança Social, 2018).

Se a pessoa se encontrar em casa, deverá ser contactado um elemento da equipa de saúde familiar que integre a unidade de saúde da área de residência, que irá avaliar a situação e, mediante os critérios definidos pela RNCCI, envia uma proposta de admissão à ECL dessa área. Assim que os utentes são admitidos numa ECCI, a equipa inicia a sua intervenção nas primeiras 48 horas. No primeiro contacto, ocorre uma avaliação das necessidades do utente e a equipa informa sobre o seu funcionamento e organização. Ainda face à pandemia que atualmente vivenciamos, é necessário que a pessoa realize um teste PCR de pesquisa do vírus SARS-CoV-2.

A prestação de cuidados e a avaliação das necessidades identificadas no PII devem ser registadas mensalmente pela equipa multidisciplinar na GestCare® CCI e no SCLINICO. Importa referir que a avaliação recorre a escalas apropriadas que diagnosticam e fundamentam as intervenções. Por sua vez, o registo permite que a informação seja partilhada por todos os profissionais que acompanham o utente e a família. Ainda relativamente à GestCare® CCI são obrigatórios os registos no momento da admissão em ECCI (nas primeiras 48 horas) e mensalmente após início da prestação dos cuidados (M. A. R. Pereira, 2018).

Existem três tipos de resposta disponibilizados pela RNCCI: unidades de internamento, unidades de ambulatório e equipas domiciliárias. Nos últimos anos, a RNCCI assistiu às suas áreas de intervenção serem alargadas à área da saúde mental e aos cuidados pediátricos.

Ao nível do domicílio, onde atuam as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), estas são constituídas por uma equipa multidisciplinar que assegura cuidados de enfermagem e médicos de carácter preventivo, curativo, reabilitador e paliativo. As visitas domiciliárias são programadas pelos profissionais de forma regular, tendo em conta as necessidades detetadas pela equipa.

De uma forma geral, os cuidados prestados pela ECCI, destinam-se a utentes em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados. Estas equipas caracterizam-se pela personalização dos cuidados prestados, identificando um profissional designado como “gestor de caso”, responsável pelo acompanhamento do processo individual da pessoa, garantindo a comunicação com os restantes intervenientes na prestação de cuidados à pessoa.

Atualmente, o meu estágio encontra-se a decorrer na ECCI S., que realiza cuidados a 21 pessoas. Esta equipa contempla utentes com uma grande panóplia de patologias, nomeadamente: problemas do foro traumático e ortopédico, paliativo, respiratório e neurológico. Por sua vez, importa ainda referir que, nesta equipa, os cuidados são assegurados por:

- 3 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EER) -um dos quais exerce concomitantemente funções de coordenador e outro enfermeiro que para além de EER, detém de competências acrescidas em neurodesenvolvimento pediátrico;
- 1 enfermeiro especialista saúde infantil e pediátrica, cuidados em cuidados paliativos;
- 1 médico de medicina geral e familiar, com horas alocadas à ECCI.
- 2 assistentes sociais, com horas alocadas à ECCI;
- 1 psicóloga, com horas alocadas à ECCI.

Quando iniciei o estágio em contexto comunitário nunca tinha tido a oportunidade de estabelecer um contacto com a tipologia de cuidados assegurados e prestados por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). De facto, a partir desse ponto desconhecia como efetivamente os cuidados são assegurados após a referenciação.

Nos primeiros dias de estágio tive a oportunidade de conhecer as pessoas que são alvo de cuidados de reabilitação, bem como os seus contextos sociais e habitacionais. Inicialmente sentia-me bastante ansiosa, sem saber o que me esperava nas casas que ia sucessivamente entrando, como ia ser recebida e como deveria intervir. Confesso que cuidar no domicílio constitui um grande desafio, o ambiente não é de certa forma “controlado” como no hospital, não dispomos dos recursos materiais e humanos como no meio hospitalar. As nossas “ferramentas” têm que se encontrar no ambiente ao nosso redor. Neste sentido, questionei-me várias vezes “como prestaria cuidados na própria casa de alguém?”, “Levo um plano de cuidados com intervenções estruturadas? E se as intervenções determinadas não forem passíveis de ser implementadas naquele dia? E se necessitar de um material que não se encontra naquele espaço?”. De facto, não me sentia confortável por entrar no lar de alguém, por entrar nas suas rotinas diárias, sentia-me apreensiva por trabalhar num ambiente para mim desconhecido e contrastante com o ambiente hospitalar.

Assim, em primeira instância foi necessário conhecer a legislação, normas, como se processa a referenciação, tipologia de unidades e equipas. Tal facto revelou-se essencial para a minha integração na equipa. De facto, antes de deter estes conhecimentos confesso que me sentia insegura e ansiosa perante o desconhecido, pois não estava familiarizada com os cuidados realizados em contexto comunitário. Ao iniciar este estágio foi essencial o apoio que senti por todos os elementos da equipa, em especial pela Sr^a Enfermeira Coordenadora e pela minha orientadora, a Sr^a Enfermeira Especialista em Reabilitação M. De facto, programaram como atividades do primeiro dia de estágio conhecer todos os profissionais que integram a UCC, as responsabilidades de atuação dos mesmos, os programas que desenvolvem, bem como as infraestruturas onde estão inseridos. Este planeamento, realizado pela equipa, possibilitou minimizar o meu desconforto inicial face ao desconhecido.

Avaliando este primeiro contacto com a ECCL, identifiquei inúmeros contributos significativos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Foi possível

observar as respostas que a ECCI oferece e ter uma noção de todo o caminho que tem de ser construído para que o PII possa ser implementado com objetivos atingidos. Também foi possível refletir os cuidados que atualmente presto enquanto enfermeira generalista e futuramente os cuidados que quero prestar enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, bem como a minha responsabilidade na referenciação de uma pessoa à EGA para que possa integrar a RNCCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1ª série n.º 38, 1182-1189.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1ª série-A, 3856-3865.

Instituto da Segurança Social, I.P (2018). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em: <http://rotass.cnis.pt/wp-content/uploads/2017/03/Guia-Pr%C3%A1tico-RNCCI.pdf>

Pereira, M. (2018). *Caracterização das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*: Dissertação de Mestrado). Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/18475/1/master_monica_ribeiro_pereira.pdf

Apêndice VII: Jornal de Aprendizagem III

Passaram-se três semanas desde o início do meu estágio no serviço de otorrinolaringologia do hospital [REDACTED] e sinto limitações em adquirir e desenvolver competências na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória, sendo este o título do projeto em desenvolvimento. Este facto advém de, atualmente, encontrarem-se pessoas internadas de outras especialidades médicas e de não existirem pessoas portadoras de uma Ostomia Respiratória (OR).

Até ao momento, tivemos a oportunidade de contactar com duas pessoas com OR. Um senhor internado no serviço de medicina e que veio à consulta trocar a cânula de OR para uma cânula fenestrada, permitindo-lhe assim comunicar verbalmente e, outro senhor, laringectomizado e em cuidados paliativos, que veio do seu domicílio à consulta colocar uma prótese traqueoesofágica, por ter manifestado fortemente a vontade de comunicar verbalmente.

Considerando o tema do projeto de estágio sentimos a necessidade de realizar e participar no maior número possível de cuidados às pessoas com OR, mesmo que em ambulatório e durante breves minutos, facto esse que provoca bastante frustração e preocupação, dada a limitação no contacto com a pessoa e que me impossibilita de implementar intervenções no âmbito da Reabilitação.

Posto isto, voltando para o tema deste jornal de aprendizagem e considerando que os dois procedimentos isolados que tive oportunidade de assistir terem por objetivo proporcionar formas de estabelecer a comunicação verbal, senti necessidade de refletir sobre a importância da comunicação da pessoa com OR.

O ser humano é na sua essência um ser vocal, apresentando, desde que nasce, manifestações vocais de intenção de comunicar. É uma necessidade humana básica, um processo contínuo que torna a existência do ser humano um ser social, sendo a voz o nosso meio de comunicação mais eficaz, tendo muita importância na expressão da personalidade do indivíduo (Almeida & Cardoso, 2014).

No que respeita à pessoa submetida à colocação de uma OR, esta experiencia profundas alterações a nível da comunicação (Principles, 2014). Considerando o tipo de cirurgia realizada e o tipo de OR, existem algumas hipóteses de reabilitação vocal.

Numa pessoa submetida a uma laringectomia total vê-se desprovida das suas cordas vocais e, por isso, apresenta afonia. Algumas opções de fonação passam pela emissão da voz esofágica, o uso da laringe eletrónica, a construção cirúrgica de uma fístula traqueoesofágica na qual é inserida uma prótese fonatória, e os meios de menor qualidade como a voz bucal ou faríngea e a mímica labial (J. Santos & Faria, 2009).

As pessoas submetidas a uma laringectomia experienciam profundas alterações ao nível da comunicação. Vários estudos demonstraram que pelo menos 40% das pessoas laringectomizadas usam a escrita como seu principal método de comunicação e manifestam dificuldades de comunicação significativas e socialmente limitantes. A reabilitação da pessoa laringectomizada depende da atuação da equipa multidisciplinar para ensinar, instruir e treinar a pessoa e o cuidador informal, incluindo-os como elementos fundamentais no decorrer de todo o processo. Deste modo, será possível minimizar o aparecimento das complicações, permitindo uma melhor qualidade de vida (Almeida & Cardoso, 2014)

Outras cirurgias, como por exemplo a pelviglossectomia, a mandibulectomia, e o esvaziamento cervical, muitas vezes requerem a confeção de uma traqueotomia temporária. Nestas situações, é muitas vezes realizada a exérese parcial de órgãos, como a língua e mandíbula, assim como a excisão e manipulação de músculos e nervos relacionados com a articulação das palavras, facto que dificulta a fonação, apesar de serem preservadas as cordas vocais. Neste caso, apesar de ser permitido o uso de uma cânula fenestrada, a pessoa muitas vezes não consegue articular mais do que uns sons específicos (J. Santos & Faria, 2009).

Desta forma, a pessoa poderá sentir-se limitada em comunicar as suas dúvidas, as suas dificuldades, principalmente se se tratar de uma pessoa analfabeto. É

importante que o enfermeiro seja imaginativo e criativo, além de paciente, descobrindo alternativas à comunicação oral (J. Santos & Faria, 2009).

Independentemente de ser detentora de uma cânula permanente ou temporária, é fundamental que a pessoa seja informada, previamente à cirurgia, sobre estas mudanças, para que se possa identificar e combinar alternativas à comunicação verbal, a utilizar após o procedimento cirúrgico (Frade et al., 2017).

No processo de reabilitação da pessoa com OR, é importante que seja realizada uma avaliação objetiva e eficiente da comunicação. Esta avaliação deve contemplar: a) estado de alerta, b) aspetos cognitivos, c) linguagem compreensiva e expressiva, d) qual meio de comunicação é o mais efetivo, e) integridade sensorial e motora dos órgãos fonatórios, f) quantidade e características de secreções orotraqueais e g) frequência respiratória, cardíaca e saturação do oxigênio em diferentes situações – cânula aberta e durante a oclusão digital (Barros et al., 2009).

Na situação vivenciada acredito que, apesar de não conseguir alterar as condições envolventes que me permitam intervir mais tempo junto das pessoas que são submetidas a procedimentos em ambulatório, foi possível aprofundar o conhecimento sobre a comunicação e a importância da mesma na pessoa com Ostomia Respiratória. De facto, os distúrbios de comunicação podem resultar numa sensação de perda do self, de relações interpessoais e frequentemente a pessoa experiencia frustração, motivada pela sua incapacidade de comunicar tal como anteriormente. No pós-operatório as pessoas recorrem a formas alternativas para comunicar, como os gestos, a escrita, o aceno da cabeça e a mímica labial. Existem também dispositivos eletrónicos portáteis (telemóveis, tablets, computadores portáteis) que permitem aceder a software para a comunicação (ex: google tradutor, Vox4all, PTMagic contact) e que podem otimizar a comunicação da pessoa sem voz, onde se incluem as pessoas com uma OR. O uso destes métodos permite facilitar a sua adaptação, exaltar a sua sensação de independência e promover a melhoria dos cuidados (Frade et al., 2017).

Através desta pesquisa, refleti como poderei futuramente intervir em situações semelhantes. Neste sentido, foi criado um quadro de letras para que possa ser

disponibilizado a pessoas que apresentem a comunicação verbal comprometida. Atualmente no local de estágio não existem estas estratégias desenvolvidas para comunicar com a pessoa com alterações da comunicação verbal, sendo identificado como um aspeto no qual posso intervir e sensibilizar a equipa multidisciplinar. Este quadro será plastificado, permitindo que seja desinfetado. No seu verso a página encontra-se em branco, permitindo que com uma caneta de acetato seja possível a escrita livre. Este quadro em cabeçalho também é disponibilizado o nome dos softwares/aplicações que a pessoa poderá instalar no seu telemóvel como alternativa para comunicar de forma artificial.

Esta intervenção permitirá desenvolver as competências específicas do EEER J1, J2 e J3 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), bem como as competências comuns do Enfermeiro Especialista A1, A2, B1, C2 e D2 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), possibilitando também a concretização dos objetivos estabelecidos no projeto de estágio: a) Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outras alterações a nível sensoriomotor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, b) elaborar e implementar programas de treino de atividades de autocuidado com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado, c) realizar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório na pessoa com Ostomia Respiratória ou com outros défices no autocuidado, d) realizar o processo de tomada de decisão e as intervenções com base em conhecimento válido, atual e pertinente e e) realizar o processo de tomada de decisão e as intervenções com base em conhecimento válido, atual e pertinente



Em alternativa a este quadro poderá também instalar no seu telemóvel os seguintes softwares: google tradutor; PTmagic contact; Vox4all e/ou Grid Player;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., & Cardoso, A. (2014). Complicações da prótese fonatória: Como intervir. *ONCO.NEWS*, 26, 16–20. <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/81-art.pdf>
- Barros, A., Portas, J., & Queija, D. (2009). *Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição Tracheotomy implication upon communication and swallowing*. 202–207. http://www.sbccp.org.br/wpcontent/uploads/2014/11/art_172.pdf
- Frade, A., Miguel, S., & Ferreira, Ó. (2017). Uso Da Tecnologia Na Comunicação Da Pessoa Laringectomizada Boas Práticas De Cuidados. *Onco.News*, 35, 18–23. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131144229&site=ehost-live>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n. °140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, n o26, 4744–4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.o 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário Da República, 2a Série - n.o 85 - 3 de maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Principles, R. A. (2014). *Modifiable Parameters and Their Default Values for Voice Activity Detection Decision Tree for Real-Time Voice Activity Detection*. 2012, 1929–1939.
- Santos, J., & Faria, C. (2009). Optimização de Ostomias de Ventilação. *Onco News*, Ano III(11), 14–24. <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/29-art.pdf>

Apêndice VIII: Poster “A Promoção do Autocuidado à Pessoa com Ostomia Respiratória”

A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO À PESSOA COM OSTOMIA RESPIRATÓRIA

Liliana Castanheira Rebelo ¹, Maria do Céu Sá ²
¹ Mestranda em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, liliana.c.rebelo@gmail.com
² PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, UMDE, ceu_sa@esel.pt

INTRODUÇÃO

A crescente incidência do Cancro da Cabeça e Pescoço tem contribuído para o aumento significativo do número de pessoas com uma ostomia respiratória, tanto em ambiente hospitalar como na comunidade, sendo fulcral a capacitação da pessoa¹². Este constitui o 8º cancro mais prevalente a nível mundial, com 9,2% dos casos, sendo responsável por 4,6% das mortes por cancro. O autocuidado assume-se como um foco da atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), uma vez que este, no seu exercício profissional, cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, promove a qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas⁸.

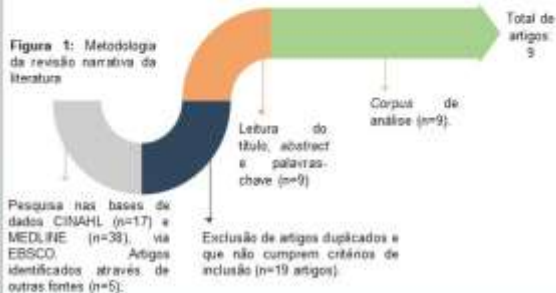
OBJETIVO

Identificar na literatura os cuidados à pessoa com OR, a serem implementados pelo EEER, com vista à promoção do autocuidado.

METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura, 2000-2021, usando a mnemónica PCC para a questão de investigação "Quais as intervenções do EEER que promovem o autocuidado na pessoa com ostomia respiratória?"

Termos de pesquisa: "Tracheostomy", "Tracheotomy", "Rehabilitation", "Rehabilitation Nursing", "Nursing Interventions", "Nursing", "Self Care", "Self care promoter".



RESULTADOS

Da revisão narrativa realizada foram identificadas as alterações na pessoa com OR e intervenções para vários requisitos universais de autocuidado (figura 2) delineados por Drem et al. (2001)¹⁰



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários desafios são colocados à pessoa com OR, à sua família e aos profissionais de saúde com quem esta se cruza, sendo que cada um deles ocupa um papel determinante na sua capacitação para uma vida com OR, onde a coesão e interajuda são indispensáveis¹¹. A enfermagem de reabilitação visa maximizar a funcionalidade e o bem-estar, através do trabalho multidisciplinar, envolvendo a pessoa e a família no planeamento dos cuidados⁹. No sentido do desenvolvimento do autocuidado, é importante que a pessoa demonstre determinação e vontade de realizá-lo. Nesse cenário, os ensinamentos efetuados pelo enfermeiro revelam-se fundamentais para incentivar, estimular e aperfeiçoar as habilidades da pessoa com OR no alcance da sua autonomia⁷.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**Apêndice IX: Poster “Como Promovem os Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem de Reabilitação o Autocuidado da Pessoa com Ostomia
Respiratória”**

COMO PROMOVEM OS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM OSTOMIA RESPIRATÓRIA

Liliana Castanheira Rebelo¹; Maria do Céu Sá²

¹ Mestranda em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, liliana.c.rebelo@gmail.com
² PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, UI&DE, ceu.sa@esel.pt

INTRODUÇÃO

A crescente incidência do Cancro da Cabeça e Pescoço tem contribuído para o aumento significativo do número de pessoas com uma Ostomia Respiratória (OR), sendo fulcral a capacitação da pessoa². A OR constitui um evento crítico que provoca mudanças significativas na vida da pessoa, principalmente ao nível da respiração, comunicação, deglutição, autoimagem e autocuidado. Considerando o enunciado das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o autocuidado assume-se como um conceito central da prática da enfermagem de reabilitação.

OBJETIVO

Identificar na literatura os cuidados à pessoa com OR, a serem implementados pelo EEER, com vista à promoção do autocuidado.

RESULTADOS

Foram identificadas intervenções, resultados e condicionantes das intervenções, que se encontram-se esquematizadas na figura 2.

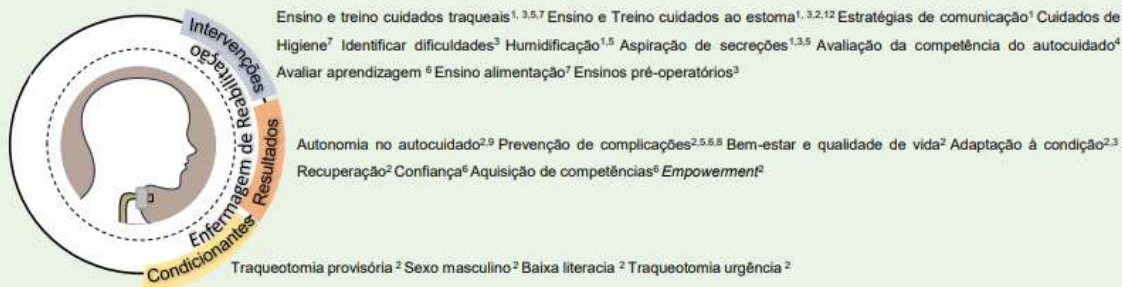


Figura 2: Esquema Síntese

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários desafios são colocados à pessoa com OR, à sua família e aos profissionais de saúde com quem esta se cruza, sendo que cada um deles ocupa um papel determinante na sua capacitação para uma vida com OR, onde a coesão e interajuda são indispensáveis¹⁰. Esta revisão da literatura permitiu identificar várias intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado da pessoa com OR. Vários autores reforçam a importância da avaliação dos resultados das intervenções. A identificação dos fatores condicionantes permitirá que os enfermeiros implementem suas intervenções de forma mais eficaz². A promoção do autocuidado da pessoa com OR para gerir a sua saúde/doença e cuidar da sua OR é reconhecida como uma estratégia promotora de benefícios a vários níveis¹².

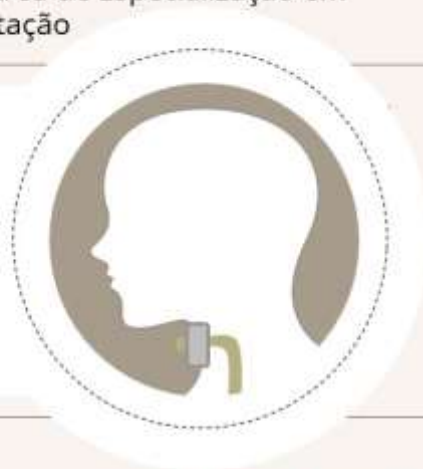
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rigau, E. N., & Dalachiosa, L. (2009). How to care for a patient with a tracheostomy. *Nursing*, 39(8), 34–39. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000358572.79112.b1>
- Querois, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2017). Conditioning factors for the development of the self-care competence in the person with a tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº14), 57–68. <https://doi.org/10.12707/rev17010>
- Oliveira, N. R., Correia, Nogueira, M., & Almeida, Pereira, A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *Revista Estima*, 18, 1–8. <https://doi.org/10.30896/estima.v18.n14.n1>
- Querois, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2015). Development of a Form to Assess the Self-Care Competence of the Person with a Tracheostomy. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(7), 51–60. <https://doi.org/10.12707/rev15010>
- Webster-Jones, J. (2010). Obstructed tracheostomy tubes: clearing the air. *Nursing*, 40(1), 49–50. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000365019.86135.a0>
- Spito, A., & Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent an temporary tracheostomy and total laryngectomy: leading to improved the "Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path". *Acta Bio-Medica: Ateneo Parmensis*, 90(11–S), 38–52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8849>
- Mehta, A. B., Wiener, R. S., & Reardon, C. C. (2018). Living with a Tracheostomy. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198(2), P5–P6. <https://doi.org/10.1164/rccm.198333>
- Mormina, M., Balzano, B., Maniscalco, M., Ispapanelli, G., Sanduzzi, A., Leone, C. A., & Sofia, M. (2003). Recurrent foreign body aspiration in the airways in a laryngectomized patient. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 129(1), 152–153. <https://doi.org/10.1199/S0194415903000365>
- Cini, E. M., Cristofari, E., Dagli, Antori, F., Baravelli, C., Trianni, L., Gatti, S., Fabbri, L. M., & Nava, S. (2011). Functional Recovery Following Physical Training in Tracheostomized and Chronically Ventilated Patients. *Respiratory Care*, 56(3), 306–313. <https://doi.org/10.4187/respcare.00958>
- Pereira, B. M. B. (2019). Validação do formulário de avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31299>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação & <https://www.ordemfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/POCEEReabilitacao.pdf>
- Querois, S., Pinto, I., Brito, M., & Santos, C. (2021). Nursing Interventions for the Promotion of Tracheostomy Self-care: A Scoping Review Protocol. *ORL-Head & Neck Nursing*, 39(1), 12–15. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=com&AN=149205915&lang=pt&label=host-iv>

**Apêndice X: Sessão de Formação “A Promoção do Autocuidado da Pessoa
com Ostomia Respiratória”**

12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

Promoção do Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória



Liliana Castanheira Rebelo

Prof. Drª Maria do Céu Sá;



01 REVISÃO DE CONCEITOS

02 PRÉ-OPERATÓRIO

03 PÓS-OPERATÓRIO

04 PREPARAÇÃO PARA ALTA

05 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Revisão Conceitos



Justificação do Tema

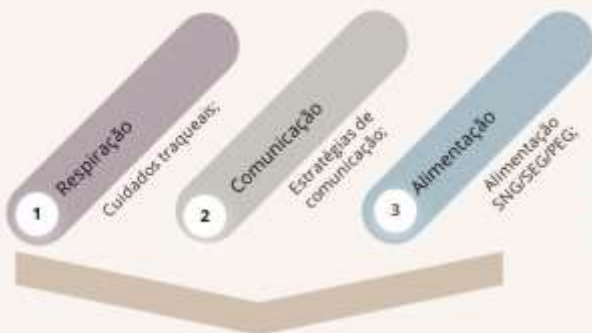


(Ferlay, J., et al. 2020; Queirós, S., et al. 2017; McGrath et al., 2020; Spito, A. & Cavaliere, B., 2019; Otoni, R., Corrêa, M., & Jimenez, A., 2020)

02

Pré-Operatório

Intervenção no Pré-operatório



As pessoas com Ostomia Respiratória necessitam de adquirir competências para serem capazes de lidar com as alterações

ARTIGO ORIGINAL

https://doi.org/10.20898/revista.176.914_01

Consulta pré-operatória de enfermagem e o autocuidado do paciente oncológico com estomia respiratória

Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy

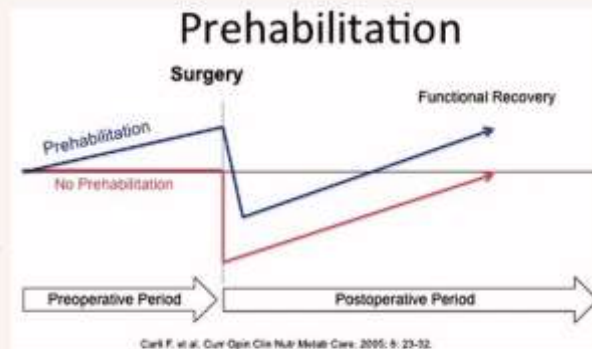
Consulta de enfermería preoperatoria y autocuidado de pacientes oncológicos con estoma respiratoria

*Revista Otoni Neiva*¹, *Mércia Corrêa Nogueira*², *Adriana Jéssica Pereira*³

Otoni Neiva, R., Corrêa Nogueira, M., & Jímenez Pereira, A. (2020).

Prehabilitation

- As abordagens tradicionais: pós-operatório;
 - Pré-operatório: peças mais recetivas a direcionar sua condição fisiológica para se preparar para cirurgia;
-
- Efeito positivo na capacidade funcional pós-operatória e retorno às atividades diárias:
 - ↑ Recuperação mais rápida
 - ↓ Complicações
 - ↓ Tempo internamento
 - Complementar: aconselhamento nutricional, estilo de vida e hábitos;



(Molenaar et al., 2019)

Sclínico: Proposta de registos

Tipo de Atividade	Inicio		Termino	
	Data	Hora	Data	Hora
Conhecimento	06-11-2021	08:30		

Conhecimento

Ajudar conhecimento sobre a doença

Ajudar conhecimento sobre exerce

Ajudar conhecimento sobre pós-operatório

Ajudar conhecimento sobre pré-operatório

Ajudar conhecimento sobre acompanhamento

Ajudar potencial para melhorar o conhecimento

Condição de dependência

Questão

Preferido incluir novo registo da intervenção Ajudar conhecimento sobre pré-operatório ?

Conhecimento sobre a doença

Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença

Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença

Scínico:
Proposta de
registos

Avaliar conhecimento sobre pré-operatório

Data	Hora	Score
06/11/2021	08:38	

Grupos da escala / Itens

- Conhecimento sobre:
 - Cirurgia
 - não demonstra
 - demonstra
 - Preparação pré-operatória
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
 - Jejum
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável

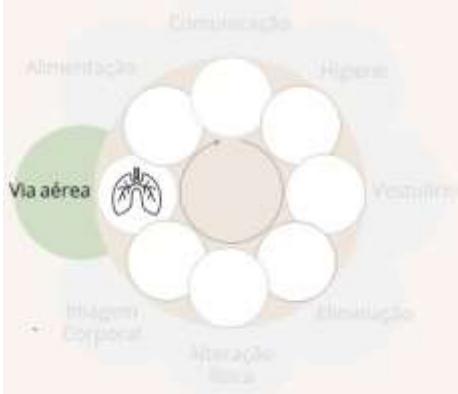
- Intervenções sugeridas face ao diagnóstico**
- Avaliar conhecimento sobre pré-operatório
 - Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
 - Encorajar tomada de decisão
 - Ensinar sobre comportamento de procura de saúde
 - Ensinar sobre pré-operatório
 - Incentivar tomada de decisão
 - Providenciar material de leitura

02

Pós-Operatório

Intervenção no Pós-Operatório

Via aérea



- Ensino e Treino dos CT;
- Ensino e treino cuidados à pele periférica;
- **Reeducação Funcional Respiratória:**
 - Prevenir e corrigir a postura corporal (correção espelho quadriculado; exercícios bola suíça);
 - Reduzir tensão psíquica e muscular;
 - Melhorar a reexpansão e a ventilação pulmonar (Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; Respiração abdomino-diafragmática; Reeducação diafragmática com ou sem resistência; Reeducação costal, global e seletiva);
 - Limpeza das V.A (Tosse; Drenagem postural; Técnica expiração forçada; Ciclo ativo da respiração, ...);
 - Melhorar a conservação de energia (Treino AVD, Gestão de energia);

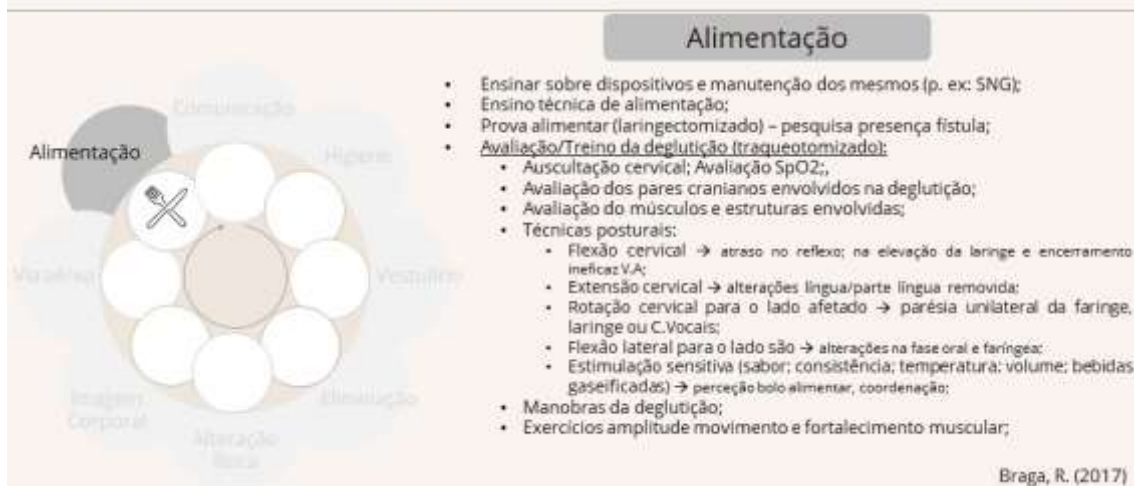


Proposta de vídeo para complementar o ensino CT na pessoa submetida a Laringectomia Total

Intervenção no Pós-Operatório



Intervenção no Pós-Operatório



Intervenção no Pós-Operatório

Comunicação



- Ensino estratégias compensatórias para comunicar:
 - Mimica labial, gestual, expressões faciais
 - Dispositivos de baixa tecnologia
 - Quadro de letras
 - Livro de símbolos
 - Dispositivos de alta tecnologia (uso telemóvel e tablets)
 - Grid Player (PT, gratuito, IOS)
 - PT Magic contact (PT, gratuito, Android)
 - Google tradutor
 - Reabilitação vocal
 - Voz esofágica
 - Laringe eletrónica
 - Voz Traqueo-Esofágica

(Frade et al., 2017)



Proposta de Quadro de Letras

Em alternativa a este quadro poderá também instalar no seu telemóvel os seguintes softwares: google tradutor; PTmagic contact; Vocal e/ou Grid Player;

Escrita livre



Proposta de Quadro de Letras

Intervenção no Pós-Operatório

Higiene



- Ensinar a técnica de lavagem da cabeça;
- Informar sobre produtos de apoio;
- Ter atenção quando vai cortar cabelo ou barba para evitar a entrada de cabelos na traqueia;
- Higiene oral → LT não deglutir saliva.



Neves, S. (2016);
Morais, I., & Seíça, A. (2012)

Intervenção no Pós-Operatório



Vestuário

- Adaptada à OR.



Neves, S. (2016);
Morais, I., & Seíça, A. (2012)

Intervenção no Pós-Operatório



Eliminação

- Incapacidade de realização da Manobra de Valsava;
- Treino eliminação intestinal;
- Promover dieta rica em fibras;
- Incentivar reforço hídrico;
- Incentivar a deambulação.

Neves, S. (2016);
Morais, I., & Seíça, A. (2012)

Intervenção no Pós-Operatório



Alteração física

- Controlo da dor;
- Reabilitação motora:
 - Correção postural em frente ao espelho quadriculado e exercícios na bola suíça;
 - Exercícios membros superiores com ou sem dispositivos (ex: bastão);
 - Avaliação e treino de equilíbrio.

Neves, S. (2016);
Morais, I., & Seíça, A. (2012)

Intervenção no Pós-Operatório

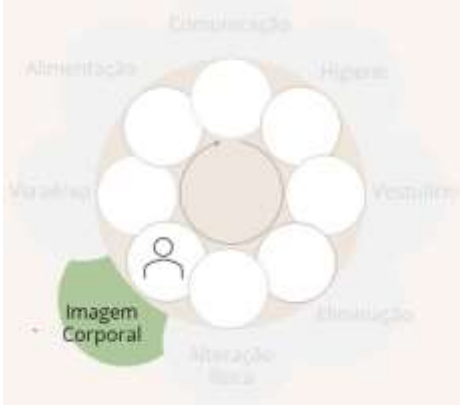


Imagem Corporal

- Suporte emocional;
- Informar sobre grupos de apoio;
- Colocar ao espelho.

Neves, S. (2016);
Morais, I., & Seíça, A. (2012)

Em suma...



O que é pretendido?

Profissionais enquanto agentes ativos no processo de reabilitação e reintegração da pessoa com OR promovendo a sua autonomia, em todas as fases do seu percurso;

Melhoria da qualidade de vida da pessoa com OR e dos seus cuidadores.

03

Preparação para a Alta

Intervenção na Preparação para a Alta



Segurança

Cartão SOS pessoa
Laringectomizada



Contacto de
emergência
961010200



Se morar sozinho:
verificação diária
por contacto de
referência



Integrar cuidador
nos cuidados

Intervenção na Preparação para a Alta



Prevenção Infeção

Sinais de alerta a
indicar aos
profissionais de
saúde

Vigiar pele
periférica

Sensibilizar para o
uso de filtro

Intervenção na Preparação para a Alta



Legislação

Diário da República, 1.ª série—N.º 212—4 de novembro de 2016

SAÚDE

Portaria n.º 284/2016

de 4 de novembro

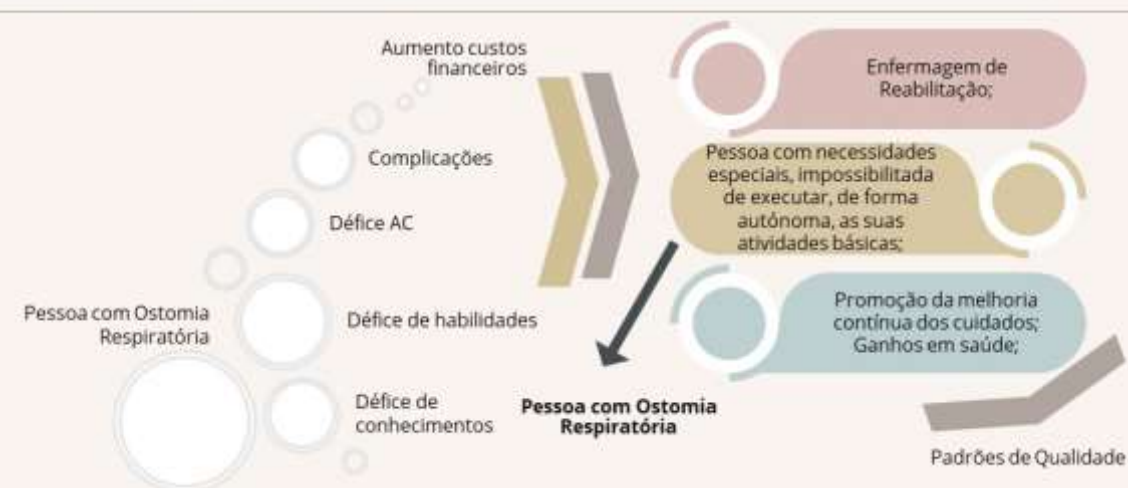
"...accessórios de Ostomia, melhorando assim a sua qualidade de vida e integração social"

Portaria n.º 92-F/2017

de 3 de março

A Portaria n.º 284/2016, de 4 de novembro, estabelece o regime de comparticipação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados, destinados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde.

Considerações Finais

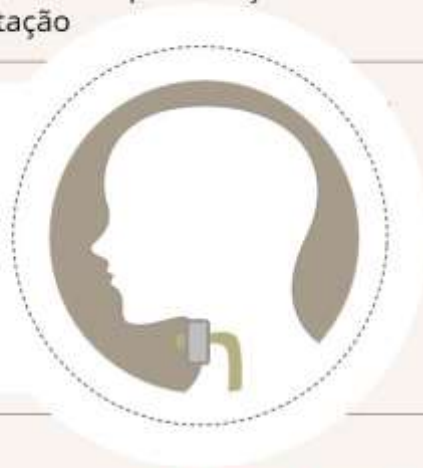


Referências Bibliográficas

- Frade, A., Miguel, S., & Ferreira, Ó. (2017). Uso Da Tecnologia Na Comunicação Da Pessoa Laringectomizada Boas Práticas De Cuidados. *OncoNews*, 35, 18-23. <http://search.ebscohost.com/login.a.spx?direct=true&db=rzh&AN=131144279&site=ehost-live>
- Gomes, B. & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.253-262). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017). Reeducação da Deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.263-270). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.181-188). Loures: Lusodidacta.
- Neves, S. (2016). Cuidados à pessoa com estoma respiratório, de eliminação intestinal e vesical em cuidados paliativos. In Barbosa, A. Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (Eds.) (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ªed). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Morais, I. & Seixá, A. (2012). A pessoa submetida a ostomia respiratória. In Santos, I., Seixá, A., Santos, A., Marques, G., Domingos, J., Ramos, L., ... Pereira, M. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp.5-16). Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, Lisboa: LIDEL.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, n.º26, 4744-4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565-13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

Promoção do Autocuidado da Pessoa com Ostomia Respiratória



Liliana Castanheira Rebelo

Prof. Drª Maria do Céu Sá;



**Apêndice XI: Sessão de Formação “Avaliação e Reeducação da Função da
Deglutição”**

Avaliação & Reeducação da Função da Deglutição



Liliana Castanheira Rebelo

Prof. Drª Maria do Céu Sá



Sumário

01 Considerações
Iniciais

02 Pertinência do
Tema

03 Consequências
Disfagia

04 Sinais de Alerta

05 Programa de
Reabilitação

06 Registos *SClinico*

07 Considerações
Finais

08 Referências
Bibliográficas



Considerações Iniciais

Deglutição

- Transporte de alimentos da cavidade oral para estômago;
- Processo complexo, dinâmico e automático, envolve movimentos voluntários e involuntários;

- Fase Oral
- Fase Faríngea
- Fase Esofágica

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., Galante, S. (2021)



Fonte do vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=Hkw8cryqU>

Considerações Iniciais

Deglutição

Transporte de alimentos da cavidade oral para estômago; Processo complexo, dinâmico e automático, envolve movimentos voluntários e involuntários;

- Fase Oral
- Fase Faríngea
- Fase Esofágica

Disfagia

Compromisso no processo de deglutição, que interrompe o fluxo do bolo alimentar;

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., Galante, S. (2021)

Pertinência do tema

Silva (2020), na sua dissertação de mestrado, analisa os custos por um dia de internamento de 57 pessoas com disfagia orofaríngea, obteve um acréscimo de:

418,99 € com acompanhamento de profissionais;

292 € em material para alimentação entérica;

202,38 € com alimentação entérica;

74 € com reabilitação para a DO;

28,80 € com espessante;

Pertinência do tema



Idosos + 65 anos



AVC fase crónica



Idosos que vivem independentemente



Demência estado avançado



Pessoas com AVC fase aguda



Cancro cabeça e pescoço após QRT

Silva (2020)

Em Portugal

No 1º Congresso sobre Disfagia em Portugal (Porto), Silva e Ferreira (2018) demonstraram que:

193 indivíduos internados em duas UCCMDR, por motivos de reabilitação:

- **37,30%** tinham diagnóstico de DO associado;
- maioritariamente idosos (com média de idades de 76 anos);
- 55,5% género masculino;
- diagnóstico principal o AVC;
- referenciados pelo hospital.

(Silva, 2020)

Consequências da Disfagia

Alteração numa das fases da deglutição pode implicar:



Desidratação



Desnutrição



Depressão



Pneumonia aspiração



Asfixia



Isolamento Social

Loureiro, S. (2018)

Sinais de Alerta

Infeções respiratórias recorrentes;

Tosse durante ou após deglutição;

Voz rouca ou "molhada";

Regurgitação oral ou nasal de alimentos;

Mastigação fraca;

Perda olfato e/ou paladar;

Perda de peso;

Lacrimejo;

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

Informação clínica;

Estado mental/funções cognitivas;

Linguagem e compreensão;

Peças dentárias (ausentes, presentes);

Estado nutricional;

Aparência mucosa oral (coloração, estado de hidratação);

Braga, R. (2017)

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

V Par
Craniano

Avaliar força masséteres e pterigoideus: Encerrar mandíbula; Abrir e fechar boca;
Protração e retração da mandíbula;
Avaliar sensibilidade face: "beliscos" na face; compressa e tubo de água quente/frio;

VII Par
Craniano

Avaliar motricidade ms. expressão facial e a simetria: sorrir, encher bochechas,
enrugar a testa e encerrar lábios;
Sensibilidade 2/3 anteriores: identificação ácido, doce e salgado;

IX e X Par
Craniano

Observar posição úvula e palato mole (durante respiração e fonação);
Avaliar reflexo vômito (tocando com espátula na farínge ou palato mole);
Avaliar Reflexo tosse;

XII Par
Craniano

Protusão e movimentos da língua.

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição: Teste de Guss

AMBIENTE

Privacidade da pessoa;
Diminuir fatores de distração;
Ambiente calmo;
Sem Ruídos;
Iluminada;

MATERIAL

Duas cadeiras;
Mesa;
Água;
Pão;
Colher de chá;
Espessante alimentar;
Copo (200ml);
Oxímetro;
Estetoscópio;
Máscara com viseira e luvas;

TESTE GUSS

Teste indireto;
Teste direto;

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

Teste de Guss: Indireto

- **O estado de consciência:** verificar se a pessoa está acordada 15 minutos antes da realização do teste;
- **A tosse:** testar tosse voluntária ou pigarrear;
- **A deglutição da saliva:** verificar se a deglutição da saliva é efetuada com sucesso; observar presença de sialorreia; e/ou alteração da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca).

Teste indireto	Sim	Não
Vigil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva:		
Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Alteração da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Pontuação:		

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

Teste Indireto: Pontuação

Pontuação 5:

- Indicação para progredir para o teste direto;

Pontuação ≤4:

- Sem indicação para avançar para teste direto;
- Repetir a avaliação posteriormente;



Intervenções específicas

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

Teste de Guss: Direto

Deglutição:

- 0: não deglute ou o conteúdo administrado tem de ser removido;
- 1: bólus alimentar permanecer na cavidade oral > 2 segundos nos semissólidos e líquidos; 23 segundos alimentos sólidos;
- 2: deglutição com sucesso;

Tosse:

- 0: tosse involuntária antes, durante e/ou após a deglutição (até 3 min. após);
- 1: ausência tosse involuntária após ingestão de 3-5 porções de conteúdo;

Sialorreia:

- 0: alimentos exteriorizam-se da boca de forma não intencional;
- 1: ausência alimentos após deglutição de 3-5 porções de conteúdo;

Alterações da voz: pronunciar "ahhhh" antes e após a deglutição

- 0: se apresentar "molhada" ou rouca;
- 1: não exista alteração da voz após ingestão de 3-5 porções;

Teste direto	1→	2→	3
	Semissólido	Líquido	Sólido
Deglutição			
• Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Demorada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Tosse (involuntária)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sialorreia			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Alteração da voz			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Total			

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

Teste Direto: Pontuação

Pontuação igual 5:

- Continuar avaliação;
- Indicação para progredir na consistência;

Pontuação inferior 5:

- Interromper avaliação;
- Sem indicação para progredir na consistência;



Estratégias Compensatórias e
Terapêuticas

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

Teste Direto

Estetoscópio: a pessoa não consegue verbalizar;

Oxímetro durante todo o teste
(2% a 4% - sugere aspiração);

Semissólidos: Misturar espessante até
consistência "pudim" → "mel" → "néctar";

Líquidos: Administrar 1 colher de chá ou copo
sem hiperextensão do pescoço;

Explicar à pessoa o procedimento;

Verificar a cavidade oral.

Programa de Intervenção

1 Avaliação da Deglutição

2 Intervenções Compensatórias e Terapêuticas

Compensatórias:

Visam minimizar a ocorrência de complicações;

Técnicas Posturais

Estimulação Sensorial

Alteração da Consistência dos alimentos

Apresentação dos alimentos

Terapêuticas:

Finalidade melhorar funções residuais, manter ou recuperar a independência da pessoa;

Manobras de deglutição;

Exercícios neuromusculares;

Programa de Intervenção

2 Intervenções Compensatórias

Técnicas Posturais



Flexão Cervical



Extensão e hiperextensão cervical



Rotação cervical lado afetado



Flexão cervical lado não afetado



Decúbito lateral lado não afetado com cabeça >30°

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Compensatórias

Técnicas Posturais



Flexão Cervical

Indicações:

Atraso reflexo deglutição; défice na elevação da laringe;

Objetivos

- Evita que os elementos progridam rapidamente;
- Protege a via aérea;
- Promove a mobilidade da epiglote;

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Compensatórias

Técnicas Posturais



Extensão e hiperextensão cervical

Indicações:

Trânsito oral ineficiente; défice de propulsão da língua;

Objetivos

- Conduz o bolo alimentar;

→ Só em pessoas sem défices de compreensão, coordenação motora e sem alterações na proteção da via aérea;

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Compensatórias

Técnicas Posturais



Rotação cervical lado afetado

Indicações:

Disfunção unilateral da faringe e laringe; paresia unilateral das cordas vocais;

Objetivos

- Promove adução das cordas vocais;
- Promove a condução do bolo alimentar pelo lado mais funcional da laringe;
- Promove o encerramento da faringe do lado para o qual a cabeça está rodada;
- Protege a VA;

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Compensatórias

Técnicas Posturais



Flexão cervical lado não afetado

Indicações:

Fraqueza muscular unilateral oral; fraqueza muscular unilateral faringe;

Objetivos

- Conduz bolo alimentar para o lado não afetado (pessoas com disartria ou hemiparesia da língua);

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Compensatórias

Técnicas Posturais



Decúbito lateral lado não afetado com cabeceira >30°

Indicações:

Lesão faríngea; redução da elevação da laringe;

Objetivos

- Evita acumulação de alimentos VA superiores após deglutição;
- Promove a mobilização eficaz dos alimentos;
- Evita o desvio para as VA.

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Compensatórias

Estimulação sensorial

Mudança no sabor

Amargo: Estimula o V par; ↑ força de contração e a pressão exercida pela língua; ↓ tempo oral e faríngeo; ↓ o risco de aspiração;

Mudança no volume

↑ Percepção do bolo alimentar na cavidade oral;
Deglutição mais rápida ao aumentar a estimulação sensorial;

Temperatura

Frio ↑ estimulação sensorial (ex: pressão na língua com a colher quando se administra comida);

Bebidas gaseificadas

Moléculas de ácido carbônico estimulam o reflexo da deglutição;

Estimular

Programa de Intervenção

Alteração Consistência da Dieta

Intervenções Compensatórias

Pontuação Teste Guss		Diagnóstico	Dieta
20	Semissólido, líquido e sólido eficaz	Sem disfagia; Risco mínimo de aspiração	Dieta Geral
15-19	Sólido ineficaz	Disfagia ligeira; Risco de aspiração baixo;	Dieta passada Líquidos forma lenta
10-14	Líquido ineficaz	Disfagia moderada; Risco de aspiração;	Dieta passada; Líquidos espessados (medicação triturada)
0-9	Av. Indireta sem sucesso ou semissólido ineficaz	Disfagia grave; Risco de aspiração grave;	Alimentação via oral contraindicada

Programa de Intervenção

Manobras de Deglutição

Intervenções Terapêuticas

As manobras de deglutição englobam um conjunto de intervenções terapêuticas denominadas:

Manobra Supraglótica

Deglutição Forçada

Manobra de Mendelson;

Manobra de Masako;

Manobra dupla deglutição;

Lip pursing;

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Manobras de Deglutição



Manobra Supraglótica

Inspirar, sustentar a respiração, deglutir e tossir imediatamente após a deglutição;

Indicações:

Compromisso na fase faríngea ou no encerramento das cordas vocais.

Objetivos

- Proteger a VA;
- Promover o encerramento das pregas vocais antes e durante a deglutição.

Fonte do vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=xy8KFuL9RYA>

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Manobras de Deglutição



Deglutição forçada

Contrair os músculos enquanto deglute com força para aumentar a pressão criada durante a deglutição;

Indicações:

Sialorreia e hipocinesia posterior da língua;

Objetivos

- Proteger a VA;
- Diminuir a debilidade da base da língua.

Fonte do vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=nfW3iQXBfU>

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas



Manobras de Deglutição

Manobra de Mendelson

Elevar a laringe e segurar com o polegar e indicador na posição mais elevada. Manter por três segundos e depois deixá-la regressar à posição inicial;

Indicações:

↓ elevação da laringe e distúrbios na abertura do esfíncter cricofaríngeo

Objetivos

- Promover a abertura do esfíncter esofágico superior, favorecendo a elevação laríngea durante a deglutição e prolongando o encerramento da passagem do ar.

Fonte do vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=pQukilGltQ8>

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas



Manobras de Deglutição

Manobra de Masako

Puxar a base da língua para a frente, prender a língua entre os dentes e deglutir;

Indicações:

Diminuição da contração faríngea

Objetivos

- Melhorar a força dos músculos glossofaríngeos e aumentar a sua contração, exercitando a mobilidade faríngea

Fonte vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=rP1OpWxqLU>

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Manobras de Deglutição

Manobra dupla deglutição

Realizar dupla deglutição. Ou seja, deglutir uma vez e passado 1 segundo deglutir novamente;

Indicações:

Alteração do controle do bolo alimentar dentro da cavidade oral;

Objetivos:

- Prevenir permanência de resíduos alimentares na cavidade oral;

Lip pursing

Encerrar os lábios e proceder à deglutição (pode usar as mãos);

Indicações:

Hipotonia labial;

Objetivos:

- Manter o bolo alimentar dentro da cavidade oral;

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Exercícios Neuromusculares

Objetivo de melhorar a força e a coordenação dos músculos usados na deglutição;

Realizar frente ao espelho;

Focar nas diferentes partes anatómicas;

3 séries de 10 repetições;

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Lábios



Protrair



Retrair



Lateralização



Sorrir



Abrir a boca



Segurar uma espátula entre os lábios

Exercícios Neuromusculares

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Língua



Protrair



Retrair



Pressionar bochechas com a língua



Empurrar a língua contra a espátula e manter alguns segundos



Tubular a língua

Exercícios Neuromusculares

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Mandíbula

Exercícios Neuromusculares



Abrir a boca



Movimentos
circulares

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Bochechas

Exercícios Neuromusculares



Insuflar bilateralmente



Movimentos de sucção



Insuflar unilateralmente



Soprar

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Úvula

Exercícios Neuromusculares



Bocejar



Soprar



Gargarejar



Sugar

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

2

Intervenções Terapêuticas

Mobilidade Laríngea

Exercícios Neuromusculares



Sugar palhinha com a ponta dobrada



Insuflar a bochecha e segurar



Bocejar



Elevar o dorso da língua



Protrair a língua



Emitir sons graves e agudos ex: "aaaá" ou "uuu") com língua retraída



Fletir o pescoço olhando para os pés

Fonte: Moreira, A, et al. (2021)

Programa de Intervenção

1

Avaliação da Deglutição

2

Intervenções Compensatórias e Terapêuticas

3

Registos *SClinico*

Programa de Intervenção

3

Registos *SClinico*

No item processo de enfermagem: foco DEGLUTIÇÃO, com o respetivo status do diagnóstico:



Em grau reduzido (deglute com dificuldade líquidos e sólidos)



Em grau moderado (não deglute líquidos)



Em grau elevado (não deglute líquidos e sólidos)

Considerações Finais

Programa de Reabilitação da Função da Deglutição:

Deteção precoce de distúrbios da deglutição;

Implementar atempadamente intervenções específicas que contribuam para a melhoria da função de deglutição;

Prevenção de complicações;

Garantir a segurança da pessoa;

Qualidade dos cuidados;

Padrões de qualidade

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., Galante, S. (2021)

Referências Bibliográficas

Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.181-188) Loures: Lusodidacta.

Braga, R. (2017). Reeducação da Função da Deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.263-270) Loures: Lusodidacta.

Loureiro, S. (2018). Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na reeducação do cliente com alteração da deglutição (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27926>

Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R., Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 550-563). Lisboa: Lidel.

Silva, M. (2020). Caracterização e análise de custos da disfagia orofaríngea numa unidade de cuidados continuados de média duração e reabilitação (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/17713/1/DM_MartaSilva.pdf

Referências Bibliográficas

Vídeos:

- <https://www.youtube.com/watch?v=Hl-kw8cryqU>, acessado a 13 fevereiro, 2022
- <https://www.youtube.com/watch?v=rP1OpWxqLUE>, acessado a 13 fevereiro, 2022
- <https://www.youtube.com/watch?v=pQukilGltQ8>, acessado a 13 fevereiro, 2022
- <https://www.youtube.com/watch?v=nfW3iQXBfUI>, acessado a 13 fevereiro, 2022
- <https://www.youtube.com/watch?v=xy8KFuL9RYA>, acessado a 13 fevereiro, 2022



12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Avaliação & Reeducação da Função da Deglutição



Liliana Castanheira Rebelo

Prof. Drª Maria do Céu Sá


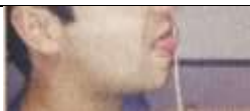



Apêndice XII: Exercícios para a Reabilitação da Função da Deglutição

Manobras da deglutição	
Manobra supraglótica	<p>A pessoa deve ser instruída a inspirar, sustentar a respiração, deglutir e tossir imediatamente após a deglutição. A tosse após a deglutição facilita a remoção de resíduos de alimentos que estejam nos seios piriformes.</p> <p>Indicações: compromisso na fase faríngea ou compromisso do encerramento das cordas vocais.</p> <p>Objetivos: Protege a via aérea, promovendo o encerramento das pregas vocais antes e durante a deglutição.</p>
Deglutição Forçada	<p>A pessoa deve contrair os músculos enquanto deglute com força para aumentar a pressão criada durante a deglutição.</p> <p>Indicações: Sialorreia e hipocinesia posterior da língua.</p> <p>Objetivos: Aumentar a propulsão oral, intensificando a deglutição funcional, protege a via aérea e diminui a debilidade da base da língua.</p>
Manobra de Mendelson	<p>A pessoa deve ser instruída a colocar os dedos, polegar e indicador, de forma a elevar a laringe e segurar no momento em que está a atingir a sua posição mais elevada. Deve manter esta posição por três segundos e depois deixá-la regressar à posição inicial.</p> <p>Indicações: Diminuição da elevação da laringe e distúrbios na abertura do esfíncter cricofaríngeo.</p> <p>Objetivos: Promove a abertura do esfíncter esofágico superior, favorecendo a elevação laríngea durante a deglutição e prolongando o encerramento da passagem do ar.</p>
Manobra de Masako	<p>A pessoa deve puxar a base da língua para a frente, prender a língua entre os dentes e deglutir.</p> <p>Indicações: Diminuição da contração faríngea</p> <p>Objetivos: Melhora a força dos músculos glossofaríngeos e aumenta a sua contração, exercitando a mobilidade da faringe.</p>

Adaptado de: Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R. A., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1ªed., pp. 550-563). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda

Exercícios Neuromusculares para a Reeducação da Função Alimentar








Lábios			
	Protrair (o máximo possível)		Sorrir (o máximo possível)
	Retrair (o máximo possível)		Abrir a boca (o máximo possível)
	Lateralização		Segurar uma espátula entre os lábios

Língua			
	Protrair (o máximo possível)		Empurrar a língua contra a espátula e manter alguns segundos
	Retrair (o máximo possível)		Tubular a língua
	Pressionar as bochechas com a língua		

Mandíbula			
	Abrir a boca (o máximo possível)		Movimentos circulares

Bochechas			
	Insuflar bilateralmente		Movimentos de sucção
	Insuflar unilateralmente		Soprar

Úvula			
	Bocejar		Soprar
	Gargarejar		Sugar

Mobilidade Laríngea			
	Sugar palhinha com a ponta dobrada		Insuflar a bochecha e segurar
	Bocejar		Colocar a ponta da língua nos dentes incisivos inferiores e elevar o dorso da língua anteriormente
	Protrair a língua (o máximo possível)		A pessoa deitada numa superfície plana, deve fletir o pescoço, sem realizar movimentos bruscos olhando para os dedos dos pés no final do movimento
	Emitir sons graves e agudos (ex: "aaa" ou "uuu") com a base da língua retraída.		

Apêndice XIII: Autorização divulgação de imagem

Autorização de Divulgação de Imagem

Eu, [REDACTED] autorizo a gravação, partilha e divulgação de imagem do vídeo inerente aos cuidados traqueais, realizado com a Enfermeira Liliana Rebelo. O vídeo servirá apenas para fins pedagógicos e terapêuticos, com o objetivo de promover o autocuidado de pessoas com Ostomia Respiratória.

09 de Novembro de 2021

Assinatura

[REDACTED]