

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Sara Filipa Ferreira Fernandes

**CAPACITAÇÃO DA PESSOA/FAMÍLIA COM
DOENÇA RESPIRATÓRIA OBSTRUTIVA
CRÓNICA: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO**

Setembro 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Sara Filipa Ferreira Fernandes

**CAPACITAÇÃO DA PESSOA/FAMÍLIA COM
DOENÇA RESPIRATÓRIA OBSTRUTIVA
CRÓNICA: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO**

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

Orientador: Professora Isabel Lucas

Setembro 2024

Agradecimento

À Professora Isabel Lucas pela orientação, motivação, disponibilidade e contributo das suas observações e sugestões inovadoras para a realização deste relatório.

A todos os Enfermeiros Especialista que me orientaram nos vários campos de estágios, partilhando a sua sabedoria e profissionalismo de forma altruísta e que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

Aos meus chefes e colegas de trabalho, que compreenderam, ajudaram e facilitaram a gestão do horário, mas sobretudo pela motivação e o reconhecimento da importância deste processo ao longo deste ano e meio.

À minha família e amigos pela compreensão da minha ausência, pelo apoio e o amor partilhado para suportar todo este percurso.

Aos meus pais e irmã que orgulhosamente me encorajaram, e se fizeram presentes com amor incondicional em forma de palavras, consolo, comida e boa energia.

A ele que é o meu núcleo duro, pelo amor, pela paciência, companheirismo e compreensão, que não me deixou desistir mesmo nos momentos que pareciam ser mais impossíveis de continuar.

Obrigada

Resumo

As doenças respiratórias obstrutivas crónicas, como a doença pulmonar obstrutiva crónica e a asma, são caracterizadas pela limitação do fluxo aéreo nos pulmões enquadrando-se no grupo de doenças pulmonares obstrutivas progressivas. Estas têm grande impacto na saúde mundial, pela sua elevada taxa de mortalidade e morbilidade que representa gastos em saúde e múltiplos internamentos.

Este relatório visa demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas, com base nas atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, pela prática baseada na evidência, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação. Saliento os cuidados à pessoa/família prestados pelo Enfermeiro Especialista em Reabilitação, dando ênfase ao desenvolvimento da reabilitação respiratória na pessoa com doença respiratória obstrutiva crónica em fase aguda.

Através da Teoria das Transições, demonstro a importância da intervenção no processo de transição de saúde/doença, capacitando a pessoa/família, tanto na prevenção como na agudização, através da Reeducação Funcional Respiratória, comprovada como benéfica quando realizada precocemente, para o controlo de sintomas agudos, com vantagens a nível clínico e económico.

O desenvolvimento e aquisição de competências especializadas de reabilitação mais relevantes foram conseguidas com a reflexão do contributo de cada contexto, e com o desenvolvimento de todos os instrumentos que foram decisivos para objetivar os ganhos efetivos e uma prática adaptada a cada situação de forma fundamentada.

Serve este contributo para uma área pouco explorada, mas com grande potencial para desenvolver e trazer ganhos na saúde e a gestão organizacional, com vantagens efetivas para qualidade dos cuidados e à pessoa.

Palavras Chaves: enfermagem de reabilitação, doença respiratória, doença crónica; pessoa.

Abstract

Chronic obstructive respiratory diseases, such as chronic obstructive pulmonary disease and asthma, are characterized by airflow limitation in the lungs, classifying them as part of the progressive obstructive pulmonary diseases group. These diseases have a significant global health impact due to their high mortality and morbidity rates, leading to increased healthcare costs and multiple hospital admissions.

This report aims to demonstrate the acquisition and development of specialized technical, scientific, human, and ethical competencies based on the activities carried out in different internship settings through evidence-based practice, as part of the Master's in Rehabilitation Nursing. I highlight the care provided to the individual/family by the Rehabilitation Nurse Specialist, emphasizing the development of respiratory rehabilitation in individuals with acute chronic obstructive respiratory disease.

Through the Theory of Transitions, I demonstrate the importance of the nurse's intervention in the health/disease transition process, empowering the individual and their family in both prevention and management of exacerbations. This is achieved through Functional Respiratory Reeducation, which has been proven to be beneficial when applied early in controlling acute symptoms, with both clinical and economic advantages.

The development and acquisition of the most relevant specialized rehabilitation competencies were achieved through reflection on the contribution of each context and the development of all necessary tools, which were essential to measure effective outcomes and adapt evidence-based practice to each situation.

This contribution targets an underexplored area with great potential to improve health outcomes and organizational management, offering effective advantages in care quality and for the individual.

Keywords: rehabilitation nursing, respiratory disease, chronic disease, person.

Abreviaturas e Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CINAHL - *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*

DeSH –Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DROC – Doença Respiratória Obstrutiva Crónica

EBSCO – *Elton Bryson Stephens Company*

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GINA – *Global Initiative for Asthma*

GOLD – *Global Initiative for Obstructive Lung Disease*

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISBAR – Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH - *Medical Subject Headings*

MIF – Medida de Independência Funcional

NIHSS – *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRISMA –*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

ScR – *Scoping Review*

SU – Serviço de Urgência

TPC – Tarefas Pós Cirurgia

UCC – Unidade Cuidados Comunidade

UCICCT – Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos Cardiorácicos

UCV – Unidade Cérebro-Vascular

Índice

I. Introdução.....	9
II. Enquadramento Teórico	11
II. 1. A Doença Respiratória	11
II.1.1 Gestão do Processo de Doença Respiratória Obstrutiva Crónica	12
II. 2. Teoria da Transição de Afaf Meleis na DROC	14
II. 3. Intervenção do EEER na capacitação da pessoa/família com DROC...16	
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre	18
III.1 Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica.....	21
III.2. Unidade de Cuidados Paliativos e Convalescença Média, Longa Duração.....	25
III.3. Unidade de Cuidados Pediátricos.....	27
III.4. Unidade Hospitalar de Ortopneumatologia.....	29
III.5. Unidade Hospitalar de Neurologia.....	34
III.6. Unidade de Cuidados na Comunidade.....	39
III.7. Competência de Mestre.....	44
IV. Considerações Finais.....	46
V. Referências Bibliográficas	48
Apêndices.....	55
Apêndice A – Cronograma de Atividades de Estágio	
Apêndice B – Projeto dos Estágios – Módulo I e Módulo II	
Apêndice C – Atividade Ensino Clínico na UCICCT - Folha de Plano de Cuidados de Reabilitação	
Apêndice D – Atividade Ensino Clínico na UCICCT - Folha de Plano de Cuidados de Reabilitação – Exemplo de Plano de cuidados realizado	

Apêndice E – Atividade Ensino Clínico na UCICCT – Brochura: Incentivo ao auto-controlo respiratório e auto-mobilização - TPC

Apêndice F – Atividade Ensino Clínico na Unidade de Cuidados Paliativos e Convalescença Média, Longa Duração - Reflexão segundo o Ciclo de *Gibbs*

Apêndice G – Atividade Ensino Clínico na Unidade de Cuidado Intensivos Neonatal e Pediátrica- Reflexão segundo o Ciclo de *Gibbs*

Apêndice H – Atividades Ensino Clínico na Unidade Hospitalar de Ortopneumologia - Folha de Consulta de Enfermagem de Reabilitação – Avaliação Inicial Pré-operatória Ortopneumológica

Apêndice I – Atividade Ensino Clínico na Unidade Hospitalar de Ortopneumologia – Norma de Consulta de Enfermagem Ortopneumologia

Apêndice J – Atividade Ensino Clínico na Unidade Cérebro-Vascular -Guia de Exercícios de Fortalecimento Muscular da Orofaringe – Mímica Facial

Apêndice K – Atividade Ensino Clínico na Unidade Cérebro-Vascular - Plano de Negócio para Aquisição do programa Anditec

Apêndice L – Atividades Ensino Clínico UCC – Folheto I Controlo Respiratório

Apêndice M – Atividade Ensino Clínico na UCC – Plano de Sessão da Atividade IPSS

Apêndice N – Atividade Ensino Clínico na UCC – Folhetos Dinâmicos com tema: Exercícios Respiratórios, Limpeza das Vias Aéreas e Inaloterapia

Apêndice O – Atividade Ensino Clínico na UCC – Página Digital dos Ensinos: Exercícios Respiratórios, Limpeza das Vias Aéreas e Inaloterapia

Apêndice P – Atividade Ensino Clínico na UCC – Grelha de Avaliação da Capacitação da Pessoa e da Família

Apêndice Q – Resumo da ScR– Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Obstipação na Pessoa Adulta Hospitalizada – Protocolo *Scoping Review*

I. Introdução

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a elaboração de um relatório, enquadrado no estágio de natureza profissional e nos seus diferentes contextos. Este tem como premissa, desenvolver uma problemática de interesse pessoal e com contributo para a prática de enfermagem dos cuidados de reabilitação especializados à pessoa/família.

O desenvolvimento deste relatório, visa demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências, durante os estágios propostos, para dar resposta ao preconizado no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 2006, artigo 20º, nº1 alínea b)¹, para a aquisição de grau de Mestre, e integrado no plano de estudos do despacho n.º 8641/2022 de 13 de julho 2022². Visa a aquisição de competências presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista³, bem como competências específicas presentes no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)⁴, e em particular o desenvolvimento da reeducação funcional respiratória (RFR) na pessoa com doença respiratória obstrutiva crónica (DROC).

As DROC são caracterizadas pela limitação do fluxo aéreo nos pulmões enquadrando-se no grupo de doenças pulmonares obstrutivas progressivas⁵. Estas englobam o grupo de patologias com maior taxa de mortalidade, sendo a 3º causa de morte⁶ e a 5ª causa de internamentos hospitalares em Portugal⁷. Nas pessoas com sintomas mais graves ou exacerbações, está comprovado o benefício da intervenção precoce do EEER com um programa de RFR⁸, de forma a reduzir os sintomas em situação aguda com inúmeras vantagens sobretudo a nível clínico, com a diminuição do número de dias de internamento em cerca de 50% das agudizações⁹.

Face a esses dados epidemiológicos, e refletindo também na minha prática laboral, emergiu a vontade de querer desenvolver o conhecimento, com ganhos em saúde possíveis numa intervenção precoce num contexto de urgência, e assim demonstrar o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, humanas e éticas, em particular de RFR, nos diferentes contextos de estágio, a fim de adaptar e melhorar as minhas competências especializadas nos cuidados à pessoa com DROC em fase agudizada e à sua família, com referência à teoria das transições.

A perspetiva de ter a possibilidade de conseguir fazer a diferença nas pessoas que recorrem ao serviço de urgência (SU) com agudização da sua patologia respiratória

crónica é de enorme importância e responsabilidade. Desta forma, pretendo demonstrar as competências adquiridas, para futuramente intervir na sua fase aguda, e ainda durante a permanência na área ambulatorial, de forma a reduzir internamentos, capacitando e otimizando as intervenções à pessoa e à sua família, e contribuir para os ganhos em saúde com a presença de um EEER no SU.

Deste modo, proponho como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Este trabalho está dividido cinco capítulos, em que no enquadramento teórico, defino o conceito de doença respiratória e a gestão do processo de DROC, recorrendo também à Teoria das Transições de Afaf Meleis para suportar a importância do cuidado à pessoa com DROC agudizada, assim como a intervenção do EEER na capacitação da pessoa/família nas manifestações agudas da DROC relacionando com a temática desenvolvida. No capítulo do percurso de desenvolvimento de competências especializadas e de mestre, descrevo o diagnóstico situacional da minha área de intervenção, com a apresentação dos diferentes contextos de estágio, bem com o planeamento das intervenções, estabelecendo metas e estratégias no decorrer destes, através das atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, definindo os objetivos a que me proponho atingir. Neste processo de aprendizagem descrevo também a aquisição de competências mais relevantes conseguidas em cada local de estágio, e segundo o regulamento de competências comuns e especializadas do EEER e de mestre, como norma orientadora, mobilizando conhecimento e habilidades para atuar de modo holístico. Nas considerações finais, reflito sobre o caminho percorrido para a aquisição de competências na área da especialidade e o contributo adquirido em cada contexto para dar resposta ao objetivo proposto. E por fim, surgem as referências bibliográficas que suportaram a minha prática, este relatório e todos os instrumentos desenvolvidos.

O relatório foi realizado de acordo com o guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, e segundo a norma Vancouver de referência bibliográfica e citação.

II. Enquadramento Teórico

De forma a fundamentar este relatório e dar resposta ao objetivo geral, com bases conceituais, teóricas e de evidência científica atual e relevante, tive necessidade de desenvolver pesquisa bibliográfica e de realizar uma revisão narrativa da literatura, para através dos resultados obtidos, demonstrar uma prática baseada na evidência. Após validação dos descritores no DeCS e MeSH, com a equação de pesquisa: [enfermagem de reabilitação] *and* [doença respiratória] *and* [doença crónica], em todo o texto, nas plataformas de pesquisa *PUBMED e EBSCO*, nas bases de dados da *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, estabelecendo como limite temporal os últimos 10 anos, com texto integral disponível, tendo obtido uma amostra de 113 artigos científicos. Foi também realizada pesquisa na RCAAP e no Repositorio en freab de forma a mapear a evidência portuguesa, onde foram obtidos mais 24 artigos e dissertações de mestrado relevantes evidenciados nas referências do relatório e respetivos apêndices.

II. 1. A Doença Respiratória

Nas doenças respiratórias existem alterações que afetam estruturas ou órgãos do sistema respiratório, podendo ser classificadas como agudas ou crónicas dependendo da sua origem. Segundo dados estatísticos portugueses⁶, são a terceira principal causa de morte em Portugal, registando um aumento da mortalidade nos últimos anos. É também a quinta causa de internamentos hospitalares por doença em Portugal, segundo dados do Observatório Nacional de Doença Respiratória⁷, sendo que na fase exacerbada recorre comumente ao SU. A Direção Geral da Saúde (DGS) mostra que o SU é cada vez mais a principal porta de entrada das pessoas com patologia respiratória, dando assistência à pessoa na fase de agravamento ou descompensação da doença crónica, estimando que no primeiro trimestre deste ano, diariamente em média, um quinto das pessoas triadas no SU são do foro respiratório¹⁰.

As doenças respiratórias têm um peso significativo na sociedade, do ponto de vista económico, tanto pela utilização dos serviços de saúde como pela redução de qualidade de vida sofrida pelas pessoas, com maior morbilidade e agudizações, que apontam para um gasto superior a três mil milhões de euros que representa 4,3% da despesa corrente de saúde em Portugal. Tendo as doenças respiratórias um custo tão elevado para a sociedade,

e para Portugal em particular, não é difícil concluir que investimentos na prevenção destas doenças, podem ter um enorme impacto socio-económico¹¹.

Estima-se que cerca 42,3% dos episódios de urgência do ano passado, foram causados por doenças respiratórias, sendo que destes, 51,1% das idas ao SU foram de pessoas com doença respiratória crónica pré-existent. Destes episódios, 70,5% terminam com alta, para o domicílio ou instituição, e 27,5% resultou em internamento¹².

Calcula-se também que as pessoas com doença respiratória crónica, recorrem ao SU, em média, 2,7 vezes por ano por agudizações, dando possibilidade para a implementação de estratégias que resultem na redução das idas ao SU atuando na prevenção, tal com preconizado segundo o indicador dos cuidados da comunidade que monitoriza a efetividade dos cuidados prestados pela taxa de internamento por agudização¹³.

II.1.1 Gestão do Processo de Doença Respiratória Obstrutiva Crónica

As doenças respiratórias crónicas são descritas como doenças de duração prolongada e progressão lenta, e estão divididas em duas categorias, as obstrutivas e as restritivas. Devido ao seu desenvolvimento, exigem tratamento contínuo ao longo do tempo, envolvendo por isso diversos grupos de profissionais de saúde no seu acompanhamento. Apesar de necessitarem de respostas complexas, a longo prazo, a prestação de cuidados de saúde está estruturada fundamentalmente para responder aos episódios agudos¹⁴.

De facto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece o enorme impacto destas doenças respiratórias na qualidade de vida, e dá especial prioridade à implementação de medidas de controlo e prevenção das doenças respiratórias, que em Portugal pode ser verificado através do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias¹⁵.

Considerando a categoria obstrutiva, as DROC resultam da alteração do estado normal das vias aéreas ou das restantes estruturas do pulmão, que se desenvolve e perdura ao longo do tempo. Por isso, existe a incapacidade/deficiências residuais, causadas por alterações patológicas irreversíveis, que exigem longos períodos de supervisão, observação ou cuidados¹⁶.

A pessoa com DROC tem a qualidade de vida afetada, com limitações consideráveis, tendo necessidade de adotar comportamentos terapêuticos crónicos, que exigem vigilância permanente¹⁷. Este grupo de doenças respiratórias pela sua fisiologia, são

predispostas a mais agudizações, como é exemplo a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e a Asma¹⁸.

A DPOC é uma das principais causas de morte a nível mundial com uma incidência em cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo com este diagnóstico, com um aumento significativo nos últimos anos. Por outro lado, a Asma é uma doença respiratória crónica, cuja prevalência em Portugal é cerca de 10%, e apresenta-se como uma das principais causas de internamentos hospitalares. Este é um problema em saúde que afeta pessoas das mais variadas idades e que, quando não controlada, pode tornar-se incapacitante ou até mesmo mortal¹⁰.

Em Portugal, o impacto das doenças respiratórias obstrutivas crónicas na qualidade de vida e na deficiência dos indivíduos afetados é de cerca de 40%, e tendo vindo a aumentar, sobretudo entre as crianças e os idosos¹⁹.

As DPOC necessitam de uma importante parceria de cuidados entre a pessoa e o profissional, a fim de minimizar a sua agudização. É fundamental a identificação e controlo da exposição a fatores de riscos, a realização de uma avaliação, capacitação e tratamento adequado, a fim de garantir a eficácia do tratamento farmacológico e a potenciar o maior benefício e segurança para a pessoa. É igualmente importante educar para os sinais e sintomas de alarme que possam desencadear agudizações ou exacerbações com necessidade de recorrer ao SU¹⁰.

De facto, a relevância dos cuidados de enfermagem para as pessoas com DPOC, mantêm-se sustentados na evidência científica mais recente, pois o enfermeiro deve recorrer a programas estruturados e adaptados às características de cada pessoa. A *Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD)*²⁰, a *Global Initiative for Asthma (GINA)*²¹ e a Direção-Geral da Saúde (DGS) referem três tipos de abordagens: programas educacionais, de autogestão e reabilitação respiratória. Os programas educacionais e de autogestão da doença devem capacitar a pessoa para a gestão da sua doença respiratória, através de uma abordagem personalizada de forma que seja possível motivar, envolver e apoiar a pessoa para a aquisição de habilidades face a sua condição de saúde. Por sua vez, a reabilitação funcional respiratória permite a capacitação pulmonar e o controlo respiratório da pessoa. Tudo isto, em conjunto com uma relação positiva e de proximidade com um profissional de saúde, favorece a diminuição do número de hospitalizações e idas ao SU²⁰.

Está recomendado dirigir-se ao SU quando existem exacerbações ou descompensações da doença, como dispneia grave, hipoxemia, sinais de insuficiência respiratória ou de alterações do estado de consciência que impossibilitem a otimização da terapêutica ou de controlo ventilatório, pelo aumento do volume de expectoração ou da sua coloração indicando um quadro de infeção⁶. No entanto existem outros fatores que desencadeiam este estado de agudização, como a não adesão terapêutica, o incorreto uso terapêutico ou o défice na autogestão da doença, que possibilita a intervenção do EEER em contexto de urgência.

II. 2. Teoria da Transição de Meleis na DROC

A percepção da importância da capacitação da pessoa/família, num momento de agudização e a incerteza da doença no SU, suporta a problemática de associar também a Teoria das Transições de Meleis²². Esta defende que o propósito da enfermagem no cuidado da pessoa em situação crítica, é apoiar nas situações de transição ou antecipar uma necessidade de transição, como é a doença crónica no momento de agudização com vista ao seu bem-estar. A transição é a passagem entre estados, de situações relativamente estáveis, resultante de eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente, e ocorre tanto a nível pessoal, como familiar.

A compreensão da pessoa como um ser sociável e inserida numa família, deve considerar a prestação de cuidados de enfermagem que fundamenta a prática clínica não só na interação entre o enfermeiro e a pessoa, mas também na interação entre o enfermeiro e a família que cuida. Este papel de cuidador informal é maioritariamente assumido por familiares, pelo que é compreensível designá-lo por cuidador familiar. Neste sentido, considero por família, o cuidador informal que presta de modo parcial ou integral, e de forma não remunerada, cuidados à pessoa com DROC, e que pode pertencer à rede familiar ou pode ser assumido por amigos, vizinhos ou pessoas significativas. O cuidador familiar é fundamental e de extrema importância na rede de apoio, e tem como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados ao seu familiar dependente. Ao iniciar o desempenho destas novas funções, ocorre uma transição para o novo papel de cuidador familiar que exige respostas em situações inesperadas e requerem uma redefinição dos seus papéis e/ou integração de novos. Deste modo, os enfermeiros fazem a preparação para esta nova etapa, promovendo e incentivando a aquisição de novos conhecimentos,

aprendizagem de habilidades, capacidades relacionadas com a situação vivenciada, para facilitarem todo o processo e facultarem uma melhor adaptação²³.

Na admissão ao SU, o enfermeiro é fundamental para orientação e desenvolvimento de cuidados, conseguindo estabelecer uma relação de interajuda e prestar cuidados de enfermagem humanizados, permitindo a estabilidade que a pessoa/família necessita no momento de agudização e aceitação da doença originando respostas adequadas à transição²⁴. O enfermeiro especialista tem uma importante intervenção, não só na fase imediata de estabilização da agudização da doença, como na capacitação à pessoa/família, da adaptação emocional, terapêutica e instrumental, para assumir a responsabilidade pelas suas necessidades individuais, e de promoção da sua autonomia.

Focados nas respostas humanas aos processos de vida e transições de saúde/doença, os EEER possuem um leque de competências clínicas especializadas para a realização de diagnósticos em saúde, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, e o posterior levantamento de estratégias de ação que deem resposta às necessidades identificadas, de forma a atingir e melhorar os objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde²⁵.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estabelecem uma relação única com a pessoa e a sua família, devido à sua presença constante, o que permite avaliar e intervir nas necessidades identificadas. Isto exige do enfermeiro, competências especializadas pelas singularidades do próprio contexto de urgência e emergência, para cuidar também da família da pessoa em situação aguda. Com esta problemática importa capacitar a família no processo de transição saúde-doença e o cuidado à pessoa com DROC²⁶, existindo a necessidade de compreender e reconhecer as necessidades da mesma pelo enfermeiro, considerando-a e integrando-a como sua parceira na prestação de cuidados para empoderar e desenvolver a sua capacitação e autonomia.

Os enfermeiros encontram-se no centro das mudanças e do processo de transição experienciado pela pessoa/família, como suporte que tem o objetivo facilitar esta transição, através da transmissão de informações, competências e recursos (inerentes à pessoa ou passíveis de atingir), continuando o processo de cura/recuperação com vista a aferir o seu bem-estar e qualidade de vida. Para facilitar o processo de transição, o enfermeiro deve ser claro na comunicação, dando continuidade aos cuidados, gestão do ambiente envolvente e ainda o planeamento e estratificação face ao envolvimento de profissionais ou pessoas significativas para apoiar o processo de transição vivenciado pela

pessoa com DROC. Nesta linha de pensamento, os enfermeiros do SU, agem principalmente na transição de saúde/doença, em que os cuidados de enfermagem devem abranger mais que o bem-estar físico ou psicológico da pessoa em situação crítica, mas contemplar a pessoa como um todo, englobando as necessidades de transição situacionais e organizacionais²⁷.

II. 3. Intervenção do EEER na capacitação da pessoa/família com DROC

A enfermagem de reabilitação enquanto especialidade, compreende um conjunto de conhecimentos, intervenções e procedimentos específicos que permite intervir nas pessoas com DROC, de forma a potenciar a funcionalidade da doença respiratória.

Assim, segundo a dimensão do exercício profissional, o EEER tem um conjunto de competências específicas, com objetivos terapêuticos específicos, com benefício quando incluído nos cuidados de saúde do SU, com contributo relevante para a qualidade e segurança dos cuidados neste contexto²⁸.

A *Association of Rehabilitation Nurses* defende que o enfermeiro de reabilitação pode atuar nos vários contextos clínicos, nomeadamente em contexto agudo, a fim de maximizar o processo de reabilitação e minimizar a deficiência²⁹. Os cuidados de enfermagem de reabilitação, com ênfase nas intervenções de RFR, são uma componente importante para uma redução de sintomatologia, como a dispneia, e para uma melhoria da funcionalidade e tolerância ao esforço nas pessoas internadas por situação de doença aguda³⁰.

A elevada afluência e rotatividade de pessoas num SU, onde a prestação de cuidados de enfermagem é pluridimensional, implica conhecimento técnico-científico abrangente sobre os processos de saúde-doença, em diferentes fases. Deste modo, as salas de observação no SU são equiparadas a um internamento de curta duração, declarando a necessidade de se incluir EEER, atuando em complementaridade e garantindo a prestação de cuidados, todos os dias³¹. Para além disso, a OMS alerta que a reabilitação é parte integral da resposta em contexto de cuidados agudos e reforça a importância da integração de profissionais da área da reabilitação em contextos de emergência³².

Está descrito que a reabilitação respiratória é uma das intervenções terapêuticas com melhor relação custo-efetividade, em pessoas com doença respiratória agudizada,

associando-se a redução das hospitalizações, da menor utilização dos serviços de urgência e diminuição dos custos dos cuidados de saúde³³.

O EEER possui competências para potenciar a capacidade funcional⁴, prevenindo complicações e incapacidades no âmbito da função respiratória, com a implementação de planos de RFR, através da avaliação de sinais e sintomas nas pessoas, com a identificação de alterações respiratórias, na frequência, amplitude, ritmo, simetria e padrão respiratório, com a auscultação, bem como observação da coloração da pele e identificação de secreções, tosse ou dor, além da avaliação complementar de gasimetrias, oximetrias e radiografias.

A RFR tem por base o movimento, atuando essencialmente nos fenómenos mecânicos da respiração, melhorando consequentemente a ventilação alveolar através dos exercícios respiratórios. Estes consistem em técnicas manuais, cinéticas ou posturais, e podem ser aplicados isoladamente ou em associação. A RFR tem como objetivos prevenir e corrigir as alterações músculo-esqueléticas, reduzir a tensão e sobrecarga psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios melhorando a distribuição e ventilação alveolar, de forma a melhorar a performance dos músculos respiratórios e reeducar no esforço³⁴. A reeducação respiratória em combinação com a ventilação não invasiva tem demonstrado um alívio da dispneia e um aumento da qualidade de vida, podendo melhorar a função respiratória com benefícios para as pessoas com DROC agudizada³⁵.

O EEER intervém junto do processo de prevenção, recuperação e de reabilitação das pessoas com doença aguda ou descompensação da doença crónica, permitindo maximizar a sua funcionalidade³². Ao capacitar a pessoa/família para adotar estratégias no âmbito da RFR, pode ajudar a ultrapassar a situação de crise/doença exacerbada com menor ansiedade e com uma atitude mais positiva, com tomadas de decisão mais conscientes e seguras, além de colaborar nas atividades de forma participativa, promovendo a diminuição de complicações e o consequentemente internamento³⁶.

Torna-se essencial para o EEER, incluir a família e a pessoa com DROC, no processo de transição saúde-doença e agudização, como parceiras no cuidado, capacitando de forma a ter o melhor resultado possível e o mínimo dano ou recidiva, minimizando idas ao SU.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

O relatório foi delineado de modo a demonstrar as competências especializadas de enfermeiro especialista, com o desenvolvimento de conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados³, no domínio da responsabilidade profissional, ético legal bem como na melhoria contínua da qualidade, na gestão e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Também pretendo demonstrar as competências específicas como EEER que concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas⁴, bem como o desenvolvimento da capacidade de reflexão, de forma a gerir e agir em contextos complexos e imprevisíveis que exigem identificar estratégias, com uma prática baseada na evidência para a aquisição do grau de mestre.

Desta forma, desenvolvi competências de enfermagem direcionadas à pessoa/família com doença respiratória obstrutiva crónica em fase aguda, com a descrição das atividades e as competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio de forma a contribuir para a melhoria dos meus cuidados na minha atividade laboral.

A problemática inicial emerge através da análise das estatísticas internas do serviço de urgência onde trabalho, que evidenciam que no ano de 2023, cerca de 37% das triagens foram realizadas pelo discriminador “dispneia”. Estas pessoas, estiveram um tempo de permanência médio em ambulatório de cerca de 17 horas, e desses, cerca de 58% dos casos ficaram internados. Isto é revelador da grande incidência de pessoas com patologia respiratória em fase aguda que recorre ao SU. Pela elevada taxa de incidência surge a vontade de querer adquirir conhecimentos e desenvolver competências que permitam ganhos em saúde numa possível intervenção precoce neste contexto de urgência, principalmente para as pessoas com DROC em fase aguda.

A carência e a necessidade de intervenções do EEER às pessoas com esta tipologia de doença, dão a possibilidade e abertura para potenciar uma melhoria de intervenção, demonstrando a importância dos cuidados especializados em reabilitação na área.

A escolha dos seis locais de estágio teve como princípio as prováveis oportunidades para desenvolver competências em cada contexto, respeitando as datas planeadas, como consta no cronograma (apêndice A), e foram desenvolvidas atividades e definidas estratégias para dar resposta aos objetivos definidos para cada contexto de

estágio, mencionando ainda os recursos humanos, físicos e materiais necessários à resposta dos mesmos e os indicadores de avaliação, presentes no Projeto dos Estágios – Módulo I e II (apêndice B).

Neste relatório integro principalmente as intervenções nas áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, definindo como área de foco nos processos adaptativos o Autocontrolo do Padrão Respiratório; e nos processos corporais a Limpeza das vias aéreas, Expetorar e Ventilação como prevenção de complicações³⁷. Como indicadores de qualidade as categorias dos enunciados: Readaptação Funcional com foco na Ventilação; e Reeducação Funcional com foco: Expetorar, limpeza das vias aéreas³⁸. No entanto, tive a oportunidade de desenvolver também atividades no foco da reabilitação funcional motora com os focos de: andar com auxiliar de marcha, equilíbrio corporal e transferir-se.

Defini como objetivo geral deste relatório: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Defini os seguintes objetivos específicos do relatório:

- Fundamentar com base na evidência científica, a intervenção do enfermeiro de reabilitação na capacitação da pessoa/família com doença respiratória;
- Identificar as necessidades da pessoa/família portadora de doença respiratória;
- Desenvolver competências científicas, humana e éticas para o cuidado especializado de intervenções individualizadas em enfermagem de reabilitação no âmbito de reeducação funcional respiratória (RFR);
- Desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação com programas de intervenção de enfermagem especializada que possibilitem estabilizar ou reverter as manifestações respiratórias;
- Desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação com programas de intervenção de enfermagem especializada com programa de reabilitação funcional motora (RFM);
- Elaborar em grupo um Protocolo *Scoping Review* sobre o tema: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Obstipação na Pessoa Adulta Hospitalizada.

A prestação de cuidados especializados implica intervenções de enfermagem de qualidade, pelo que a OE definiu um Regulamento dos Padrões de Qualidade dos

cuidados especializados em enfermagem de reabilitação⁴². Neste regulamento estão enumerados os enunciados para serem implementados, executados e alcançados, de forma a possibilitar e dar visibilidade da função do enfermeiro, com uma prática refletida sobre o seu próprio exercício. Assim, disponibilizar à pessoa e família intervenções diferenciadas e de qualidade, com as especialidades em enfermagem, que têm por objetivo desenvolver o conhecimento aprofundado num domínio específico de acordo com o alvo de intervenção de cuidados e a um campo de intervenção especializado⁴.

Neste sentido, pretendo aqui descrever as atividades desenvolvidas, as estratégias utilizadas, e também as dificuldades encontradas ao longo do percurso para cada objetivo, de forma dar a conhecer o percurso formativo e avaliar as competências desenvolvidas nos vários campos de estágio, refletindo e mobilizando conhecimento científicos e técnicos, para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, alicerçando os saberes na experiência³⁹.

O conhecimento profundo sobre um dado domínio e a reflexão contínua sobre as práticas permite aos enfermeiros identificar competências e problemáticas, que visam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico⁴⁰.

No entanto, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, requerem o domínio de competências, de responsabilidade profissional, ética e legal, assim como a melhoria contínua da qualidade e a gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

Ao longo deste percurso desenvolvi conhecimentos e competências de acordo com a minha área de interesse, nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família com DROC, e desenvolvi as atividades estipuladas. No entanto, o tempo face à carga horaria de contacto de estágio, bem como a rotatividade de campos de estágio, não permitiu avaliar a eficácia e os ganhos dos trabalhos apresentados, desenvolvidos e implementados.

Na descrição dos seis contextos de estágio, descrevo sucintamente as atividades desenvolvidas a fim de dar resposta aos objetivos estabelecidos, bem como as competências comuns e específicas de EEER desenvolvidas no domínio da melhoria contínua da qualidade e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como desenvolver competências integradas na especialidade de reabilitação, como descrito, nomeadamente **J1**, **J2** e **J3**⁴, refletindo sobre o percurso de desenvolvimento das mesmas para a certificação no conjunto de competências clínicas especializadas e das competências de mestre.

III.1 Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrespiratória

No âmbito do desenvolvimento Enfermagem de Reabilitação na área Cardiorrespiratória escolhi realizar o estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrespiratória, com um total de 175h, no período compreendido entre 04 de dezembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024. Realizei os turnos das manhãs de dias de semana com a minha orientadora clínica, em que tive oportunidade de adquirir competências através da sua partilha de conhecimento e experiência na prática enquanto enfermeira de reabilitação à pessoa em situação crítica do foro cardíaco.

Nesta unidade prestam-se cuidados diferenciados à pessoa após cirurgia cardíaca, que necessitam de monitorização e suporte vital avançado típico do doente crítico, em que os enfermeiros de reabilitação intervêm e proporcionam a recuperação, e a readaptação da pessoa face à sua nova condição. Com uma capacidade habitual de 13 pessoas, a UCICCT divide-se em 10 unidades para adultos e 3 unidades pediátricas, com 24 enfermeiros generalistas e 16 especialistas em enfermagem nas diversas áreas de especialização, o que demonstra uma prática fundamentada e baseada na evidência à pessoa aí hospitalizada. Neste momento, existem três EEER, no entanto apenas uma enfermeira está dedicada à prática de reabilitação exclusiva, e dá resposta a toda a unidade incluindo a pediatria, tendo em conta as particularidades e as necessidades das pessoas na fase pós-cirúrgica.

Através das conversas informais com a minha orientadora, percebi que o tempo era o maior desafio para conseguir coordenar e intervir com todas as pessoas internadas na unidade, e que não era realizado um planeamento escrito individualizado, devido à desatualização da folha existente de registos do “plano de enfermagem de reabilitação”, face à prática atual.

Como objetivo geral do ensino clínico defini: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de Reabilitação na UCICCT. Como específicos:

- Diagnosticar as necessidades de Intervenção do EEER do Serviço de UCICCT;
- Intervir como EEER na pessoa, no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora, com base em evidência científica recente;
- Capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardiorrespiratória na área da reabilitação funcional respiratória, no contexto da UCICCT;
- Rever a folha de registos do EEER;

Este primeiro contexto revelou-se bastante interessante e recheado de um misto de emoções, uma vez que se por um lado estava ávida para colocar em prática os conhecimentos adquiridos e ter novas experiências, por outro o regresso à posição de estudante estagiário pode ter levado a uma sensação de insegurança. Além disso, tive o desafio de aprender a gerir a minha curiosidade inerente face ao doente crítico, e desenvolver um pensamento e um planeamento centrado na reabilitação. Isto permitiu aproveitar para melhorar a minha prática do cuidado especializado e aproveitar todas as oportunidades, como preconizado nas competências comuns do enfermeiro especialista.

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade³.

Nos primeiros dias alcancei o objetivo específico, de Diagnosticar as necessidades de Intervenção do EEER do Serviço de UCICCT, com vista à integração na dinâmica plena na UCICCT, que me levou a desenvolver e a perceber o serviço no seu espaço físico, as suas políticas e dinâmicas, recorrendo aos elementos da equipa multidisciplinar, bem como aos procedimentos e protocolos em vigor.

No decorrer da primeira semana, surpreendeu-me a evolução hemodinâmica favorável (entre 6/8h) da pessoa que é admitida na UCICCT após cirurgia, uma vez que existe protocolado a redução até à cessação das terapêuticas sedativas, de forma a recuperar o nível de consciência prévio, para se conseguir proceder a remoção do tubo endotraqueal o mais rapidamente possível. A equipa de enfermagem tem como premissa promover o levantar e a mobilização precoce após a estabilização hemodinâmica e respiratória, habitualmente entre as 24 a 48 horas após a admissão na unidade, a fim de prevenir complicações relacionadas com a imobilidade, principalmente na prevenção do desenvolvimento de fraqueza muscular generalizada. Portanto, a reabilitação da pessoa em situação crítica iniciada na unidade é parte importante do plano de cuidados, sendo sugerida como uma terapêutica relevante na modificação do risco de desenvolvimento de sequelas ao nível da morbilidade física e funcional, promovendo a autonomia e a independência da pessoa para a melhoria da sua qualidade de vida. Apesar da sua fragilidade no momento pós-cirúrgico, as pessoas são parte ativa e percebem a importância dos ganhos da sua capacidade funcional, o que as torna muito colaborantes nas intervenções e no seu processo de reabilitação⁴¹.

Neste novo e complexo contexto e de toda a exigência envolvente, senti necessidade de mobilizar conhecimentos e habilidades enquanto enfermeira especialista em reabilitação, e Intervir como EEER na pessoa, no âmbito de reeducação funcional respiratória e

motora, com base em evidência científica recente, o que exigiu uma pesquisa permanente do estado da arte face à prática e conhecimentos, para que com base na evidência, conseguir adaptar-me à nova realidade, fazendo pensar e refletir sobre a prática diariamente, analisando e planeando os cuidados individualizados a cada pessoa, segundo a sua cirurgia e o seu estado atual.

Um dos maiores desafios que senti durante a minha prestação de cuidados foi sem dúvida a dor, sendo esta o maior foco de desconforto após uma cirurgia cardiotorácica, tanto pela presença de tubo endotraqueal ou pela sua remoção, pelos dispositivos invasivos de monitorização ou pelos drenos torácicos. Foi então fundamental ter passado um dia no Bloco Operatório, em que tive oportunidade de assistir a uma cirurgia de duplo *by-pass* cardíaco com safanectomia e uma valvuloplastia. Percebi efetivamente todas as estruturas envolvidas na cirurgia, que sofrem uma evasão e o dano nos tecidos e nas estruturas pelos cortes profundos para conseguir chegar ao miocárdio, sendo que a aplicação de todos os selos, clips e pontos que são usados para encerrar o tórax, o torna frágil e doloroso. Fiquei mais consciente e sensível à dor referida pela pessoa, e assim previamente a cada intervenção, avaliava o grau de dor, recorrendo à versão portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS)⁴² ou à escala numérica conforme o estado de consciência da pessoa, para percecionar a dor como problema ativo. Na planificação das intervenções foram contempladas atitudes não farmacológicas, como a consciencialização dos tempos respiratórios e o correto posicionamento durante a intervenção, que permitiu à pessoa mudar de foco, e executar o plano de reabilitação sem referência a queixas álgicas. No entanto, é importante avaliar a eficácia das intervenções para garantir um controlo efetivo da dor, sendo imperativo reavaliá-la no final, previsto em **J1.1** — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades⁴.

A fim realizar uma intervenção individualizada, e planear os cuidados de enfermagem de reabilitação, senti necessidade de elaborar uma folha de registos, com os parâmetros de avaliação e intervenção face à prática atual do EEER, com base na folha existente no serviço, datada da origem do mesmo, e que não era usada devido à sua desatualização. Desta forma, atualizei a folha de registos de enfermagem de reabilitação (apêndice C), de forma a planear, registar, e estabelecer objetivos individualizado a cada pessoa e a sua evolução, tendo como base dados anamnésicos bem como consulta dos registos de colegas, análises, gasometrias, observação imagiológica, usando as escalas que pautam a

prática dos cuidados de reabilitação. Assim, consegui Rever a folha de registos do EEER, com elaboração desta folha de registo, que teve em conta os princípios da comunicação ISBAR (identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações) na sua construção, para elaborar e planear planos de cuidados de forma individualizada, refletida segundo **J1.4** — Avalia os resultados das intervenções implementadas, **J3.1.1** — Demonstra conhecimento com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora⁴.

A folha foi testada durante as passagens de turno, por mim, pela minha orientadora e por duas enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, que realizam *roulement* e que conforme a disponibilidade, dão continuidade ao programa de reabilitação estabelecido nos restantes turnos, demonstrando os benefícios e a evolução clínica favorável com a prática de intervenções estabelecidas de reabilitação. Esta foi aperfeiçoada segundo as necessidades que foram sentidas, como a comparação pré e pós intervenção, e a inclusão dos resultados de exames, chegando a uma versão final, (apêndice D), que foi aprovada pelas EEER, sendo enviada para aprovação da chefe de enfermagem da unidade com vista ser implementada no serviço.

Para a transição da pessoa para o seu processo de saúde/doença, é necessário Capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica na área da reabilitação funcional respiratória, no contexto da UCICCT, e permitir a continuidade de cuidados, de forma a que esta tenha um papel ativo no seu processo de reabilitação, e neste caso, no final de cada intervenção relembra sempre as três recomendações essenciais após cirurgia cardiotorácica: consciencialização da respiração, mobilização dos quatro membros, e contenção torácica quando tosse⁴³. No entanto, muitas vezes a pessoa estava-se sob o efeito de sedoanalgesia, avaliada segundo a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), o que promovia a lentificação de raciocínio e de amnésia, limitando a capacidade de reter as recomendações que lhes fazia, e então, pediam para as escrever num papel para não se esquecerem. Surge então a necessidade de deixar um memorando com as orientações à pessoa após ser submetida a cirurgia cardíaca, em que desenvolvi um marcador, com o nome de “Tarefas Pós Cirurgia- TPC’s” (apêndice E), com as recomendações básicas e possíveis para a pessoa fazer ao longo do dia, em ambiente de unidade, deitada ou sentada no cadeirão. Este marcador é de fácil consulta, de forma a capacitar e consciencializar para pequenos gestos que permitem uma melhor e mais rápida reabilitação, de forma que a pessoa assuma a responsabilidade de fazer parte integrante da sua reabilitação,

cumprindo a competências: **J2.1.1.**—Ensina a pessoa/cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado e **J3.1.2.** – 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 saúde⁴.

Deste modo, este primeiro contacto com a prática, foi apropriado para o desenvolvimento das minhas competências ético-deontológicas, relacionais e técnico-científicas, no cuidado especializado de enfermagem de reabilitação à pessoa. Aqui foi possível perceber o quão importante e reconhecida é a reabilitação, não só pelas pessoas nesta fase pós-operatória imediata, mas pelos pares, o que possibilitou a partilha de cuidados, criando uma dinâmica de coordenação importante para benefício da pessoa. Foi possível realizar a preparação para a extubação orotraqueal, *toilete* brônquica ou aspiração de secreções na pessoa ventilada, bem como fazer a avaliação neurológica e deteção de déficits e intervir na mobilização precoce e no levante da pessoa pós-cirurgia, em que reabilitação é reconhecida como uma peça importante na diminuição de riscos associados à imobilidade e na prevenção de complicações pós-cirúrgicas.

III.2. Unidade de Cuidados Paliativos e de Convalescença Média e Longa Duração

O contexto de estágio inserido no âmbito de cuidados em enfermagem de reabilitação numa unidade de internamento de cuidados paliativos e de convalescença de média e longa duração, que decorreu no período de 13 a 16 de fevereiro de 2024, com a duração 35 horas em quatro turnos, em que tive oportunidade de integrar a equipa de enfermagem de reabilitação, de uma unidade hospitalar privada destinada a cuidados a pessoas com necessidade de convalescença, manutenção ou cuidados paliativos na gestão da doença.

Nesta instituição, existem quartos duplos e individuais distribuídos por três pisos de internamento, com uma equipa multidisciplinar que avalia as necessidades funcionais, psicológicas e sociais, e que estabelece um plano de intervenção e de reabilitação individualizado de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa.

Esta possibilita a convalescença e reabilitação de pessoas em situações pós-operatórias ou pós acidente, com programas individualizados para a promoção da autonomia e de estratégias compensatórias e/ou de adaptação. Também possibilita cuidados paliativos, em situações de doença terminal para cuidados de conforto e suporte, de forma a possibilitar o descanso dos cuidadores, além do acompanhamento de doenças crónicas e

cuidados geriátricos em regime de internamento após agudizações ou em fases avançadas da doença.

É evidente a importância do EEER nas unidades de cuidados paliativos e de convalescença, pois permitem a preservação da capacidade de realizar as atividades de vida que resulta num aumento da qualidade de vida. Com este princípio, foi constituída a equipa de enfermagem de reabilitação, composta por duas enfermeiras que têm como objetivo dar continuidade ao trabalho realizado pela restante equipa multidisciplinar, no âmbito da reabilitação, estando ainda numa fase de afirmação, e dividem-se entre os cuidados gerais e a identificação de oportunidades de intervenção do EEER com ganhos para a pessoa, que evidenciam a importância do enfermeiro de reabilitação na unidade.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação, ainda estão centrados no cuidado às pessoas que permanecem no quarto, incapazes de frequentar o ginásio ou sala de atividades, permitindo que todos os pessoas tenham um programa ativo de reabilitação com benefício da intervenção do EEER.

Dado o contexto e as manifestações respiratórias e alterações motoras das pessoas que se encontravam internadas, foi estabelecido o objetivo geral de Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado de enfermagem de reabilitação no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora numa unidade de cuidados paliativos e convalescença, e como específico:

- Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre o “Reabilitar Sem Medo”
- Desenvolver intervenções de Enfermagem de RFR e RFM adequado à pessoa

A metodologia utilizada para atingir os objetivos específicos delineados para este contexto e para adquirir as competências planeadas, foi a descritiva, reflexiva e analítica, através do ciclo reflexivo de *Gibbs*, que permite uma abordagem sistematizada para analisar experiências, tendo em consideração a aprendizagem das situações passadas e forma a melhorar ações futuras, útil para a autorreflexão e autoconsciência de forma a melhorar pensamentos, emoções e ações da minha prática.

Ao Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre o “Reabilitar Sem Medo” (apêndice F), pretendo demonstrar a importância da presença do EEER numa unidade de cuidados paliativos e convalescença média e longa duração. Neste contexto consegui Desenvolver intervenções de Enfermagem de RFR e RFM adequado à pessoa, tanto em pessoas doença respiratória crónicas sem reflexo de tosse ou de deglutição presente, através da limpeza das vias aéreas, como também em pessoas com

manifestações respiratórias agudas motivadas pela estação do ano, através de intervenções de RFR como a consciencialização da respiração e técnica de drenagem postural, aliando as intervenções de RFM para otimização das atividades de vida, como prevê a competência **J1.1- Avalia a funcionalidade diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades**⁴.

III.3. Unidade de Cuidados Pediátricos

No contexto de estágio, inserido no âmbito dos cuidados em enfermagem de reabilitação pediátricos, optei por o realizar numa unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, no período de 19 a 22 de fevereiro com duração de 35 horas.

Por ser um período de apenas de quatro turnos torna-se muito redutor para conseguir adaptar-me a uma nova realidade, no entanto, foi possível perceber qual a abordagem e a importância de um enfermeiro de reabilitação neste contexto, com uma intervenção que se destaca na prevenção da agudização, dada a vulnerabilidade das crianças internadas.

O serviço é composto por 12 unidades de berçário, 8 unidades neonatais, 4 unidades de especiais para tratamento programado de doenças crónicas e 8 unidades pediátricas, com um quarto para isolamento. Esta unidade é um centro de referência de adaptação pulmonar e ventilação não invasiva para neonatos e crianças com patologia respiratória na região de Lisboa. Denotou-se nesta unidade um forte investimento em tecnologia respiratória como ventiladores e oxigenoterapia de alto-fluxo, sendo pautada por uma filosofia de otimização da ventilação e não de substituição.

Sendo as doenças respiratórias, o principal motivo de admissão na unidade de cuidados intensivos pediátricos portugueses, devido à rápida deterioração da função respiratória, por elevada vulnerabilidade, que progride facilmente para a falência respiratória, torna-se crucial atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce⁴⁴.

Existe por isso uma grande preocupação com o desenvolvimento e qualidade de vida destas crianças, devido à sua fragilidade para perturbações do neurodesenvolvimento consequentes dos efeitos nocivos da hiperóxia como as lesões do sistema nervoso central e a displasia broncopulmonar ou atelectasias⁴⁵.

Neste sentido, intervenção do EEER é preponderante na implementação de programas de reabilitação respiratória, a fim de minimizar a dispneia e a fadiga na criança, com particular enfoque na gestão da oxigenoterapia e suporte ventilatório, na otimização do

posicionamento e na implementação de técnicas de limpeza da via aérea (drenagem postural, manobras acessórias e aspiração de secreções), prevenindo complicações e evitando futuras incapacidade⁴⁶.

Deste modo, rapidamente percebi a necessidade da presença do EEER 24 horas por dia, nesta unidade. Esta é uma unidade ampla, que recebe recém-nascidos prematuros e crianças até aos 18 anos, com a necessidade da adaptação de cuidados à fase desenvolvimento e maturidade pulmonar, bem como à fase psicomotora da criança e da sua família, sendo que existe o enfoque no habilitar antes de reabilitar, ou seja, apoiar a criança a desenvolver novas capacidades que iriam surgir naturalmente durante o seu desenvolvimento, na ausência de doença ou incapacidade⁴⁷. Esta foi uma nova premissa, sobre a qual ainda não tinha refletido, tomei consciência da importância de habilitar as crianças, nomeadamente os recém-nascidos, seja a respirar, seja a alimentar-se ou a adaptar-se paulatinamente a um ambiente extrauterino. Ao longo das nossas práticas somos responsáveis por capacitá-los da forma mais adequada, e de orientar a sua aprendizagem corretamente. Nesse processo, existe uma responsabilidade acrescida no processo evoluir, de formar e de capacitar a família para que estes sejam também capazes de aprender a adaptar-se à nova realidade⁴⁸.

Defini como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado de enfermagem de reabilitação no âmbito de reeducação funcional respiratória na criança portadora de doença respiratória; e como específico:

- Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre “(Re)habilitar;
- Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada Criança;

De forma a demonstrar as competências adquiridas neste contexto e desenvolver os objetivos específicos, utilizei novamente o ciclo reflexivo de *Gibbs* a fim de ponderar e tomar consciência das experiências e aprendizagens para consolidar competências e melhorar a prática futura com crianças, e Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre “(Re)habilitar (apêndice G). Este contexto contribuiu para Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada Criança, através da observação, fazendo-me refletir sobre a potencialidade e a responsabilidade do EEER no contributo ao desenvolvimento de aprendizagens e na capacitação da criança a ser habilitada e reabilitada para o seu correto desenvolvimento, segundo a

competência **J1.1.8.** – Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensível cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's⁴.

III.4. Unidade Hospitalar de Ortopneumatologia

No decorrer do estágio no âmbito de Enfermagem de Reabilitação Ortopneumatológica, integrei o serviço de internamento de um Hospital da grande Lisboa no período de 4 de março a 14 de abril de 2024 no total de 144 horas.

Este serviço é composto por duas alas, sendo que cada uma delas integra 32 pessoas, que inclui 6 unidades de intermédios e 2 unidades duplas para isolamento, com 42 enfermeiros, sendo apenas um EEER. No serviço existe um ginásio, que é usado tanto pelos fisioterapeutas, como pela enfermeira de reabilitação, com a perspetiva de maximizar os ganhos das pessoas internadas, complementando com o ginásio principal do hospital, que possibilita e facilita a intervenção de reabilitação às pessoas no serviço.

Este serviço dá resposta a pessoas com patologia ortopédica, tanto do foro traumatológico agudo com fraturas, que são encaminhadas na sua maioria do serviço de urgência ou do bloco operatório de urgência, mas também a pessoas com patologia ortopédica crónica que são encaminhadas da consulta com cirurgia programada/eletiva.

Considerei desenvolver a minha intervenção e estabeleci como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de Reabilitação Ortopneumatológica. Como específicos:

- Diagnosticar as necessidades de Intervenção do EEER à pessoa Ortopneumatológica;
- Intervir como EEER na pessoa, no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora, com base em evidência científica recente;
- Elaborar um programa de reabilitação e de transição segura para a alta da pessoa após cirurgia ortopneumatológica;
- Reconhecer as áreas de intervenção do Enfermeiro Gestor do Serviço;

Foi possível desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação ortopneumatológica, uma vez que tive oportunidade integrar

todo o circuito de cirurgia programada e de urgência, percebendo a importância da intervenção do enfermeiro no acolhimento ao serviço no processo de transição de saúde/doença.

A grande maioria das cirurgias programadas são para colocação de Prótese Total do Joelho e Prótese Total da Anca, em pessoas que são acompanhadas e avaliadas em consulta, no entanto é um processo moroso, face às necessidades de resposta da população total referenciada. Acompanhei este o circuito de cirurgia programada, percebendo a importância da intervenção do enfermeiro no acolhimento ao serviço, e na ministração dos primeiros ensinamentos, de forma a gerir expectativas com a explicação de todo o processo, garantindo toda a documentação e exames pré-operatórios. Esta fase pré-operatória, torna-se crucial para o sucesso da intervenção cirúrgica, pois aqui começa a capacitação e a transição de saúde-doença. A esperança de retirar a dor já crónica, o desgaste de lidar com a limitação e o potencial para aumentar a qualidade de vida, permite que as pessoas que se envolvam e sejam mais colaborantes e mais proativas no seu processo de reabilitação.

O EEER nesta fase, intervém na capacitação dos movimentos permitidos de executar, com tomada de consciência dos movimentos a eliminar, bem como treinar exercícios de fortalecimento muscular, mostrar quais as melhores ajudas técnicas, que tipo de adaptações pode fazer para minimizar os acidentes e favorecer a recuperação. Também é fundamental demonstrar à pessoa, que como um ser biopsicossocial, necessita de suporte da família, com necessidade também de a capacitar e a incluir no processo de reabilitação, ou na ausência, transmitir quais são as opções disponíveis⁴⁹.

Os ensinamentos relativos ao processo de transição saúde/doença, adaptação e esclarecimento de dúvidas está planeado para serem abordados na consulta pré-operatória, no entanto devido à limitação dos recursos humanos, foi suspensa a atividade nesta unidade hospitalar. Deste modo, a preparação pré-operatória e a colheita de dados, bem como a realização dos ensinamentos, é feita apenas no momento do acolhimento da pessoa ao serviço, sendo esta muito célere, e não havendo oportunidade de avaliar os ensinamentos efetuados.

Neste estágio, foi necessário um estudo permanente dos protocolos e das melhores práticas de intervenção na pessoa submetida a intervenção cirúrgica ortopédica de forma a Intervir como enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa, no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora, com base em evidência científica recente, sendo que é no período pós-operatório imediato, onde é balanceado a intervenção precoce

de mobilização/levante segundo o protocolado, com o controlo álgico e o controlo analítico. É crucial olhar para a pessoa, e adaptar conforme a situação aos protocolos instituídos, com a avaliação e identificação da resposta da pessoa à situação pós-operatória. Foram várias as situações em que a dor imperava, com necessidade de administrar terapêutica e contactar anestesia para conseguir que a pessoa ficasse confortável durante a intervenção.

O facto de me ter sido dada a oportunidade de ir ao bloco operatório e assistir a uma cirurgia de substituição de Prótese da Anca, deu-me outra perceção dos cuidados necessários no pós-operatório. Esta foi uma cirurgia complexa que exigiu a extração de material antigo, com necessidade de milimetricamente escolher as peças de substituição, para não haver desnivelamento entre os membros após a colocação da nova prótese, de forma a garantir que o membro tenha a mesma capacidade funcional. A posição do membro adotada durante a cirurgia, fez-me ficar mais sensível aos movimentos limitadores do pós-operatório, bem como a dor manifestada, e seguir os protocolos instituídos no serviço, mas com a sensibilidade para adaptar conforme tolerância da pessoa, como previsto em **J1.1** — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades⁴.

No entanto, e mais uma vez, o controlo ventilatório, tornou-se num importante aliado para o controlo álgico durante as sessões de RFM, conseguindo iniciar e manter as intervenções de mobilização, aproveitando muitas vezes o leito e os autocuidados para capacitar e dar estratégias para concretizar de forma mais eficiente sem prejudicar a cirurgia. Durante as intervenções foi importante, Diagnosticar as necessidades de Intervenção do EER à pessoa Ortotraumatologica, sendo visível a importância da consciencialização da respiração e dos tempos respiratórios pelas pessoas. O movimento de respirar apesar de ser automático e natural, quando é consciente, coordenado e regular, permite que a pessoa mantenha o foco, a calma e o controlo sobre si mesmo, ajudando o corpo a ficar mais tranquilo, favorecendo a oxigenação dos tecidos. Respirar corretamente diminui a ansiedade, melhora a postura e a concentração, reduzindo a tensão muscular, favorecendo a circulação sanguínea, o controlo do ritmo cardíaco e a manutenção da tensão arterial⁵⁰.

Torna-se fundamental para o EEER planear, consultar e observar a pessoa, para conseguir intervir, aliando técnicas de relaxamento, num balanço entre a intervenção autónoma e a intervenção prescrita. Ao planear e estabelecer programas de reabilitação

individualizados, foi identificada também a necessidade de intervir não só com programas de reabilitação funcional motora, mas também estabelecer práticas de reabilitação funcional respiratória, no controlo algico, relaxamento no pós-operatório imediato⁵¹ como previsto na competência **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; **J3.2.** Avalia e reformula programas de treino motor e cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados⁴.

A minha orientadora clínica integra a prática de especialista de reabilitação, cumulativamente com o fato de ser responsável de serviço da Ala B, o que permitiu ter uma visão mais ampla da vertente de gestão que ainda não tinha tido oportunidade de desenvolver, permitindo, Reconhecer as áreas de intervenção do Enfermeiro Gestor do Serviço. Percebi que enfermeiro gestor tem uma importância, não só na gestão de equipa, de conflitos, de camas/vagas, relação com os médicos e com a restante equipa multidisciplinar, produtos e materiais, medicação, como ação nos bastidores do serviço, muitas vezes não valorizado.

Tive oportunidade de assistir às reuniões semanais multidisciplinares para a gestão de casos das pessoas internadas. Analisando individualmente no âmbito médico/cirúrgico, de enfermagem, gestão de altas, social, fisioterapia conjuntamente com o diretor clínico bem como o gestor do hospital. Estas reuniões revelaram-se ser de extrema importância, pois eram muitas vezes detetados problemas e em conjunto havia uma procura de estratégias de resolução. Ao assistir a estas reuniões, percebi que cerca de 60% das unidades deste serviço ficavam ocupadas durante muito tempo pela mesma pessoa, por situações que se arrastavam no tempo a aguardar resolução social, por ausência ou incapacidade de a família cuidar da pessoa após cirurgia. Foi então que percebi, que todos tinham uma coisa em comum, eram todos casos do foro traumatológico consequente por fraturas com necessidade cirúrgica.

Às pessoas que entram pelo circuito da urgência ou do bloco de urgência, devido à inevitabilidade de ter acontecido um episódio agudo traumatológico, prioriza-se a rapidez em operar e estabilizar, penalizando o acolhimento e os ensinamentos pré-operatórios à pessoa e à família. Existe uma lacuna na perspetiva da capacitação e planeamento de alta, o que muitas vezes motiva maior tempo de internamento.

O processo de transição de saúde/doença aliado a um episódio agudo, não planeado, colocava estas pessoas e família numa situação de vulnerabilidade. Foi então que tentei

perceber qual o grande motivo para a retenção destas pessoas, falando com estas e com os seus familiares de forma informal, mas com o objetivo de identificar possíveis intervenções e incluí-las no processo de transição. Percebi que a dificuldade estava na família e na gestão da doença aguda, e do medo de não ser capaz de cuidar do seu familiar. Tornou-se então importante a convocatória da família para momentos de esclarecimento de dúvidas e realização de ensinios individualizados⁵², demonstrando a aquisição de competência comum de especialista **A1.2** – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de intervenção de especialidade; e da competência de especialista de **J1.1** Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades⁴.

Desta forma, e identificando o problema anterior dei resposta ao objetivo; Elaborar um programa de reabilitação e de transição segura para a alta da pessoa após cirurgia ortotraumatologica, em que elaborei uma folha de colheita de dados para realizar a “consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória ortotraumatologica” para a capacitação da pessoa/família no pré-operatório, à semelhança do idealizado para a consulta pré-operatória eletiva, mas para a doença aguda onde existe menos informação e oportunidade de ensinios (apêndice H).

De forma a potenciar readaptações nos cuidados de enfermagem, originando alterações significativas na prestação e prática dos cuidados e implementar programas de ensino à pessoa, em períodos mais curtos e em locais alternativos como o serviço de urgência ou o quarto do internamento⁵³.

Esta consulta tem como objetivo a avaliação da pessoa, identificando aspetos positivos e limitações potenciais, realizar os ensinios e antever um planeamento de alta bem como as verdadeiras necessidades da pessoa/família ainda na fase do pré-operatório, de forma a gerir expectativas, desmistificar os medos e fazer da família parceira no cuidar, realizando intervenções efetivas e apropriadas para promover o funcionamento e prevenir a incapacidade e dependência. Ao realizar-se nesta fase pré-operatória, promove um acompanhamento à pessoa e família no processo cirúrgico, identificando e intervindo precocemente nas necessidades biopsicossociais da pessoa, bem como a capacitação da pessoa/família, identificando eventuais necessidade de apoio domiciliário e de ajudas técnicas futuras, promovendo uma resposta ativa por parte da família e ativar componente social se houver necessidade.

Portanto, pretende-se fornecer informação que vão de encontro às necessidades individualizadas de aprendizagem de forma a promover a segurança e o conforto envolvendo a família, a fim de otimizar a recuperação no pós-operatório e desta forma contribuir para minimizar a permanência das pessoas com alta médica, e a aguardar resolução social, permitindo uma maior rotatividade cirúrgica a fim de diminuir o tempo de espera para as pessoas que aguardam cirurgia eletiva, aumentando os ganhos em saúde e o reconhecimento hospitalar.

Esta proposta foi apresentada numa reunião multidisciplinar ao diretor clínico bem como ao gestor hospitalar, que demonstraram interesse em implementar a mesma, incentivando a realização de uma norma orientadora para a sua implementação (apêndice I). Além disso, com a identificação deste problema foi relembrada a importância de reabertura da consulta pré-operatória eletiva para conseguirem alcançar mais resultados na resposta cirúrgica pendente. Consegui alcançar as competências comuns **B1.1** – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; **B1.2.3** – Colabora na realização de atividades na área de qualidade e em protocolos de qualidade com outras instituições³; e as competências específicas **J1.1** Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; **J2.1.1**. Ensina à pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado⁴.

III.5. Unidade Hospitalar de Neurologia

O estágio no âmbito de Enfermagem de Reabilitação em Neurologia, foi realizado numa Unidade Cerebro-Vascular (UCV) num hospital da grande Lisboa, tendo realizado 144 horas, em 17 turnos diurnos no período compreendido entre 15 de abril a 19 de maio.

A UCV é constituída por 9 unidades, sendo a equipa multidisciplinar composta por uma equipa de enfermagem com 13 enfermeiros generalistas e 4 especialistas em enfermagem de reabilitação, e um corpo clínico de médicos neurologia e de medicina interna, além de técnicos auxiliares de saúde, assistente social, neuropsicóloga, técnicos de cardiopneumologia, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala. O espaço físico contempla um ginásio de neuro-desenvolvimento, e está equipado de forma a promover o levante, treino de Atividade de Vida Diárias (AVD'S), com dispositivos de apoio e material para reabilitação.

O grande foco é o cuidado à pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC), que é um evento que ocorre de forma súbita pela interrupção da circulação sanguínea ao cérebro

levando a uma disfunção neurológica que apresenta habitualmente sinais e sintomas como a diminuição da força muscular, alterações na linguagem, compreensão e percepção, défice na visão a nível campimétrico ou olhar conjugado, alterações na deglutição, comprometimento do equilíbrio corporal, podendo em casos mais graves, apresentar depressão do estado de consciência⁵⁴. Na Europa, as doenças cerebrovasculares são a causa de morte de um milhão de pessoas por ano. Em Portugal, o AVC é um desafio de saúde pública, sendo a principal causa de morte, com uma elevada taxa na classificação mundial, constituindo-se como a primeira causa de incapacidade permanente⁵⁵. Nesta unidade, após a estabilidade clínica, a reabilitação é centrada na pessoa e guiada por objetivos individualizados, devendo iniciar-se no dia seguinte ao episódio de AVC, com o intuito de melhorar a funcionalidade e estimular a autonomia, quer a nível físico, psicológico e social⁵⁴.

Estabeleci como objetivo geral nesta área de intervenção: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação neurológica. Como específicos:

- Intervir de forma fundamentada na evidência científica, a intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com alterações neurológica;
- Prevenir complicações respiratórias na Pessoa com AVC, no âmbito da EEER;
- Promover estratégias de comunicação para a pessoa com disartria pós- AVC;

De forma a desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação neurológica, foi importante reconhecer o funcionamento da unidade, bem como fazer uma pesquisa permanente sobre a área, de forma a perceber as particularidades de cada pessoa individualmente.

Neste hospital, a pessoa com suspeita de AVC é recebida pela equipa intra-hospitalar da “Via Verde AVC” que está integrada no serviço da UCV, é composta por um enfermeiro e um neurologista, que quando é ativada, se desloca até à pessoa para avaliação neurológica. Esta equipa realiza um exame objetivo geral, no qual é avaliada a componente neurológica através da escala de *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS)⁵⁷, que engloba a análise do estado mental (estado de consciência e orientação, atenção, memória, capacidades práticas, presença ou não de negligência hemi-espacial e linguagem), pares cranianos, motricidade (força muscular, tônus muscular e coordenação

motora), sensibilidade, equilíbrio e marcha⁵⁸. Para um diagnóstico clínico diferencial eficaz, são realizados meios complementares de diagnóstico como a tomografia computadorizada crânio-encefálica, ressonância magnética crânio-encefálica e estudos analíticos. Todas estas medidas, para identificar e atuar precocemente na pessoa com episódio de AVC em curso, minimizando as consequências e défices, com o tratamento de fibrinólise ou encaminhamento para o tratamento de trombectomia. Após o tratamento agudo da doença, a pessoa é internada na Unidade de UCV ou Unidade de Cuidados Intensivos conforme o grau de severidade.

O tratamento de trombectomia é realizado no serviço de Neurorradiologia de Intervenção, sendo que no último ano, esta deu resposta a cerca de 430 casos de sucesso no tratamento de AVC, segundo dados internos. Esta equipa está presente 24 horas, todos os dias da semana, e abrange a região da grande Lisboa, e também casos identificados no sul dos país que estejam dentro do intervalo preconizado das 24h após início de défices. Tive oportunidade passar um dia neste serviço e foi notória a rapidez com que se atua a fim de minimizar os danos cerebrais e as sequelas, com a premissa de que “tempo é cérebro”.

Nesta unidade, o EEER assume um papel preponderante no processo de reabilitação, com uma avaliação contínua segundo a escala NIHSS, para identificar rapidamente complicações, bem como as necessidades de intervenção, comparando a evolução e reversão dos défices. Progressivamente, a intervenção de reabilitação torna-se facilitadora no processo de transição, de forma a instruir, educar e treinar a pessoa e a família, para uma adaptação à situação de doença e dependência, segundo as sequelas, para promover e incentivar a autonomia e o retorno ao estado mais ativo possível⁵⁹, previsto na competência **J1.1** — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades⁴.

A constante necessidade de ir à procura de informação, estudar para adquirir competências, e sistematizar o conhecimento para rapidamente fazer a avaliação neurológica de forma célere permitiu, Intervir de forma fundamentada na evidência científica, a intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com alterações neurológica. Uma correta neuro-avaliação ou possíveis alterações do estado neurológico é fundamental no processo de reabilitação para a individualização dos cuidados de enfermagem, e assim tornou-se essencial o domínio Escala de NIHSS, do estudo dos défices e pares cranianos, bem como a anatomofisiologia do cérebro, para planear e intervir segundo as alterações identificadas individualmente a cada pessoa todos os dias⁶⁰.

Através desta escala foi possível quantificar e comparar a evolução de cada pessoa, permitindo intervir enquanto EEER e planear intervenções de forma a aumentar o grau de dificuldade conforme a resposta à reabilitação e à reversão de défices e recuperação de capacidades perdidas, principalmente na fase pós AVC imediato, adquirindo a competência **J1.1** Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; **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 sexualidade⁴.

Ao identificar as alterações permite prever eventuais dificuldades, de forma a Prevenir complicações respiratórias na Pessoa com AVC, no âmbito da EEER. A disfagia é uma das sequelas mais comuns, com a disfunção da capacidade de deglutir líquidos e/ou sólidos, de forma segura, e que tem como consequência o risco aumentado de pneumonia por aspiração. É por isso de extrema importância a avaliação das estruturas da orofaringe, bem como a realização do teste de deglutição pela escala de *Gugging Swallowing Test* (GUSS), de forma a adaptar a dieta e alimentar a pessoa de forma segura⁶¹.

Foi importante desenvolver estratégias compensatórias para a prevenção de complicações de disfunção do sistema respiratório, de forma a melhorar a funcionalidade de deglutição da pessoa com AVC. Esta medida é fundamental pois nestes casos existe uma grande probabilidade de aspiração de conteúdo gástrico, pela disfagia.

Ao identificar esta problemática, foi proposto pela minha orientadora clínica, o desenvolvimento de um guia para o fortalecimento da musculatura oral, com “Exercícios de fortalecimento muscular da orofaringe - Mímica Facial” (apêndice J), com imagens e descrição das instruções para a realização dos exercícios, de forma a promover e melhorar a tonicidade da cavidade oral, para minimizar a errada deglutição com a aspiração de conteúdo oral, reduzindo o risco de pneumonia de aspiração em pessoas após AVC. Este guia foi elaborado para ser usado no processo de reabilitação, pelos enfermeiros especialistas e generalistas, mas essencialmente pela pessoa/família, para promover a autonomia no seu processo de reabilitação, demonstrando a competência **J1.2**. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidades; e **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 vida⁴.

De forma a Promover estratégias de comunicação para a pessoa com disartria pós- AVC, foi essencial perceber que durante as primeiras 24 horas, após a estabilização do quadro clínico, existe necessidade de reavaliar a existência de alterações neurológicas, percecionando os défices existentes. Uma das sequelas mais comuns, é a perturbação da expressão e compreensão oral, bem como a leitura e da escrita, que se manifesta pela disartria ou afasia. A comunicação eficaz torna-se uma preocupação premente no processo de reabilitação, existindo formas de comunicação aumentativa que permitem estabelecer um melhor processo de comunicação, de desenvolvimento e reaprendizagem desta competência.

É fundamental estabelecer estratégias que deem proporcionem uma comunicação eficaz, que resulta de uma transmissão de mensagens, em que ocorre a emissão, receção e compreensão das mesmas. Estas podem ser verbais (linguagem escrita e falada) e não-verbais (gestos e símbolos gráficos), mas nestes casos pode estar afetada, sendo por isso importante o desenvolvimento de competências e a implementação de estratégias, como é a comunicação aumentativa e alternativa, que é mencionada como sendo uma das melhores estratégias de comunicação em meio hospitalar⁶².

Assim, dei a conhecer um programa de reabilitação português, que tem por objetivo desenvolver a comunicação de pessoas com défices da linguagem, por meio tecnológico, com recurso a comunicação aumentativa⁶³. Esta ferramenta estabelece um sistema de comunicação por meio de um *software*, com recurso ao desenvolvimento de quadros de comunicação informáticos, estabelecendo uma comunicação eficaz em situações de incapacidades temporárias ou permanentes, na produção e/ou compreensão da linguagem como diferenças linguísticas e/ou culturais. Para apresentação da ideia ao enfermeiro chefe de serviço e aos restantes enfermeiros, realizei a apresentação do mesmo numa reunião de trabalho e desenvolvi um plano de negócios (apêndice K), de forma demonstrar os benefícios da aquisição do *software* para a facilitar a intervenção e a reabilitação na comunicação das pessoas com a comunicação comprometida. Desta forma, adquirindo as competências comuns: **B2.2.** Planeia programas de melhoria contínua; **D2.1** Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contextos de trabalho³; e a competência específica **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 sexualidade⁴.

III.6. Unidade de Cuidados na Comunidade

No contexto de estágio inserido na comunidade, tive dois momentos de contato, sendo o primeiro mais curto com 87h em 11 turnos, que decorreu de 29 de janeiro a 12 de fevereiro, e um segundo período de 20 de maio a 25 de julho perfazendo mais 275 horas de estágio, em 31 turnos. Foram realizadas manhãs de segunda a sábado, numa Unidade de Cuidados na Comunidade integradas no Agrupamento de Centros de Saúde que dão resposta à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Constituída apenas por seis enfermeiras, dos quais duas especialistas em saúde infantil, uma especialista em saúde comunitária, um especialista em reabilitação, uma especialista em saúde mental e uma generalista, com apoio de uma psicóloga e uma assistente social, e atualmente sem médico associado. Esta unidade tem a missão de dar continuidade aos cuidados à pessoa numa área com cerca de setenta mil inscritos, com cerca de 67.6% de índice de dependência. A referência na vertente da enfermagem de reabilitação é realizada à RNCCI, após um período de agudização de doença crónica, ou após episódio de dependência decorrente de doença aguda, para realizar programa de reabilitação adaptado às atividades de vida diárias em contexto de domicílio.

Devido à falta de recursos humanos, atualmente dá resposta a 5 pessoas com necessidade de intervenção de enfermagem de reabilitação e 12 pessoas com necessidades de enfermagem de cuidados gerais, e é evidente o esforço para obter ganhos, e conseguir a melhor resposta comunitária. Através de conversas informais com as enfermeiras percebi que os ganhos em saúde são obtidos através da promoção da literacia, capacitação e empoderamento da população, com a prestação de cuidados de saúde de qualidade no âmbito preventivo, diagnóstico, curativo, de reabilitação e paliativo a grupos específicos, integrando a rede social de apoio à pessoa/família no âmbito domiciliário e comunitário.

Foram partilhados projetos desenvolvidos pela equipa de enfermagem, e em particular, destaco a dinâmica com a comunidade, onde surgiu o interesse em realizar documentos criativos, de forma a suportar e dar continuidade aos ensinamentos e planos estabelecidos à pessoa/família. Neste sentido, considerei pertinente desenvolver como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas dirigidas à pessoa com necessidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na comunidade. Como específicos:

- Intervir como enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa/família, no âmbito de RFR e RFM no domicílio;

- Capacitar a pessoa/família no âmbito de RFR no domicílio;
- Elaborar programa de reabilitação respiratória para o domicílio em formato de folheto dinâmico;
- Desenvolver um programa de RFR e RFM na comunidade;

A experiência neste campo de estágio, foi obtida por dois momentos distintos de contato, que permitiu o desenvolvimento do objetivo geral estabelecido, e permitiu compreender o quão vulnerável a pessoa fica no regresso a casa, onde esta percebe e toma consciência da sua nova condição, das necessidades e das suas limitações, em que é fundamental haver um processo de transição²². Aqui é essencial avaliar as condições para haver esta transição segura e de identificar os intervenientes, bem como as necessidades da pessoa e família, de forma realizar um plano de cuidados adequado e adaptado à pessoa/família, ao seu contexto e ao seu ambiente real. As pessoas integradas nesta UCC, são referenciadas pela RNCCI, de forma a potencializar as competências e adaptar estratégias possíveis para maximizar os ganhos em saúde, a desenvolver e replicar pela pessoa/família.

Um dos maiores desafios dos cuidados no domicílio, foi o facto entrar em casa das pessoas, pois mais do que os cheiros e imagens vislumbradas, entrar na casa do outro significava entrar na sua intimidade e invadir o seu espaço que lhe confere proteção e sentimento de segurança, diferente do contexto hospitalar em que são as pessoas que se encontram no espaço de prestação de cuidados de saúde. No entanto, esta realidade abre espaço para os enfermeiros intervirem de forma diferente, com a adaptação real às necessidades em contexto de domicílio, com a promoção da autonomia e o bem-estar, quando se atinge o limite da intervenção dos outros prestadores⁶⁴.

Nos cuidados especializados na comunidade é necessário, Capacitar a pessoa/família no âmbito de RFR no domicílio, e isso torna-nos criativos nas soluções que temos de encontrar para conseguir estabelecer a nossa intervenção, usando o material disponível, de forma a permitir que a pessoa dê continuidade ao plano de intervenção. Uma das pessoas, que tive oportunidade de planear cuidados, tinha diagnóstico de DPOC, com necessidade de oxigenoterapia permanente no domicílio, foi notório o empenho e a dedicação da mesma no seu processo de reabilitação e otimização da sua capacidade pulmonar, mostrando o quão cooperante e responsáveis podem ser as pessoas no seu processo de reabilitação, se forem capacitadas nesse sentido⁶⁵. Assim, desenvolvi o folheto de Controlo Respiratório (apêndice L), para partilhar os exercícios

adequados de forma que a pessoa conseguisse consultar e cumprir a sequência, usando o folheto como memorando para realizar a sessão ao longo do dia.

No entanto os cuidados na comunidade, exigem uma preparação para a continuidade do compromisso de reabilitação, com o envolvimento da pessoa, a fim de estabelecer um plano de reabilitação possível de ser cumprido, e que vá de encontro aos gostos individuais de cada pessoa, o que permite ao EEER despertar e ser criativo para encontrar a solução mais adequada. Neste mesmo caso, esta pessoa refugiava no domicílio e tinha deixado de fazer natação, que era o que mais gostava de fazer. Foi então que após uma intensa procura de piscinas adaptadas, bem como opções de oxigénio para meio aquático com autonomia, que consegui propor uma solução que foi de encontro tanto à vontade como às necessidades, elaborando um programa de treino visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e de qualidade de vida como previsto em **J1.1** Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; **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 vida⁴.

No objetivo de Intervir como enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa/família, no âmbito de RFR e RFM no domicílio, foi importante perceber que existe uma necessidade de diagnóstico rigoroso e atempado da doença, em simultâneo com o suporte de uma rede pós-hospitalar⁶⁶. O apoio técnico dos profissionais de saúde no domicílio, torna-se parco na medida em que nos dirigimos sozinhos ao domicílio, e em que sobressai o facto da articulação com os outros serviços de saúde, ser lenta, deficitária e presa a burocracias. Assim, numa das visitas domiciliárias a uma senhora de 90 anos, em programa de reabilitação para otimização da ventilação por dependência de oxigenoterapia no domicílio, após infeção por Covid, em que a identifiquei com cianose labial, polipneia, pieira dificuldade em articular palavras e saturação baixa. A primeira hipótese, e devido à incapacidade de resposta, foi propor ligar para o serviço de emergência, mas foi negado pela mesma. Esta senhora não queria recorrer ao hospital com medo de não voltar ao domicílio, sendo que pediu para a ajudar a respirar⁶⁷. Foi através da RFR, e maximizando o uso do seu oxigénio, com uma apertada vigilância de oximetria, realizei um plano adaptado, com enfoque na mobilização de secreções, permitindo a permeabilização das vias aéreas, com técnicas de drenagem postural, a drenagem autogénica, utilizando sistemas substituto de pressão positiva na via aérea,

como uso de palhinhas, balões como espirometria de incentivo. Foi também realizada a terapêutica SOS de broncodilatadores, para conseguir evitar uma ida ao SU, melhorando o seu desconforto e a sua ventilação. Consegui otimizar e reeducar a função respiratória de forma a compensar como contemplado **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 sexualidade⁴.

Para Desenvolver um programa de RFR e RFM na comunidade, tive a oportunidade de realizar uma sessão de auto-mobilização com enfoque na respiração (apêndice M) para integrar no projeto de intervenção em saúde da UCC, o “Movimento para Todos”, inserido no programa de Saúde do Idoso e Geriatria numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) - Centro de Dia do concelho, e que neste está a concurso para o Prémio de Boas Práticas em Saúde⁶⁸.

Esta sessão foi elaborada para pessoas idosas, que frequentam o centro de dia, e que são autónomas ou que deambulam com auxiliar de marcha, para se dirigirem até ao ginásio. Cada sessão com 10 participantes, foi delineada com cerca de 40 minutos dividida em 3 partes: movimentos músculo-articulares, movimentos respiratórios e relaxamento. Todos os exercícios planeados foram adaptados a cada participante segundo as suas limitações físicas e cognitivas, através do uso visual e de material apelativo acompanhado por música, estimulando a mobilização de todos os segmentos articulares com consciencialização da respiração e relaxamento de todos os participantes e promovendo a importância do envelhecimento ativo através do hábito e prática de atividade física, promovendo o bem-estar. Este plano de sessão, ficou disponível para replicação pelas enfermeiras da unidade, com o intuito de posteriormente ser partilhado e alargado por outras IPSS. Desta maneira, cumpro a competência **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 social⁴.

O processo de ensino e de educação para a saúde pretende promover, capacitar e reforçar aprendizagens da pessoa/família estabelecendo uma melhor adaptação ao processo de transição de saúde/doença numa perspetiva de ganhos em saúde. Promover e reforçar a capacidade e o conhecimento, permite às pessoas satisfazer e as suas próprias necessidades, bem como deter controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde, de forma a construir uma consciência crítica sobre a sua condição e facilitar no controlo e resolução

de descompensações, permitindo um sentimento de controlo da sua situação, e consequente redução do stress⁶⁹.

As estratégias de promoção de saúde devem ser orientadas para o processo de capacitação, tal como previsto pela OE no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde se salienta a importância do desempenho do enfermeiro como agente de educação para a saúde, de forma a que a pessoa/família alcancem o máximo potencial de saúde através da identificação correta da situação de saúde; da criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades.

Com esta premissa, desenvolvi durante o estágio, competências Elaborar programa de reabilitação respiratória para o domicílio em formato de folheto dinâmico com a realização de “Folhetos Dinâmicos” na área da RFR com três temas distintos, segundo as necessidades identificadas pelas pessoas: Inaloterapia, Exercícios Respiratórios de Controlo Ventilatório e Exercícios para Eliminação de Secreções (apêndice N). Estes folhetos foram planeados na perspetiva da transformação digital e da sustentabilidade em saúde, e apesar de numa primeira fase terem sido distribuídos em formato físico, têm a possibilidade de serem visualizados em formato digital, como a associação de um filme exemplificativo do mesmo tema, que pode ser acedido através da leitura de um código presente no folheto ou por um *link* - <https://reabilitaenfermagem.my.canva.site/>, que direciona para um site que criei para o propósito (apêndice O). Apesar da elevada média de idades das pessoas, a era digital foi adotada por esta geração o que permite a implementação e a adesão dos mesmos como facilitador de continuidade de cuidados pela própria pessoa e da sua família. Estes foram impressos e entregues na unidade de forma a facilitar a sua divulgação e a sua distribuição segundo a avaliação da EEER, com possibilidade de adequar a frequência e as repetições dos exercícios, conforme a situação da pessoa. Foi também criada uma ferramenta de avaliação da efetividade dos ensinamentos (apêndice P), para comparar o grau de conhecimento da pessoa e do seu familiar em três fases distintas para compreensão dos ganhos em saúde, tendo a perspetiva de no futuro integrar o projeto de “Desenvolvimento da sustentabilidade e transformação digital” que está a ser elaborado na unidade. Consegui adquirir a competência específica **J1.2.** Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidades; **J3.1.** Concebe e implementa programa de treino motor cardíaco e respiratório⁴.

III.7. Competência de Mestre

Para o processo de aquisição de competências de EEER e obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, foi necessário o desenvolvimento da competência para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde baseados na evidência. Desta forma, tive sempre o cuidado de realizar pesquisas com rigor científico, através da utilização de metodologias de investigação. De forma a fundamentar a prática com a evidência mais recente ao longo do percurso formativo, nos vários campos de estágio, e na elaboração deste relatório. Para a aquisição do grau de mestre deve-se assegurar conhecimentos especializados, que suportam a reflexão e a gestão de contexto complexos e imprevisíveis de forma proativa recorrendo a investigação e/ou inovação⁷⁰.

Ao longo dos estágios realizados, e segundo as suas especificidades, foram elaboradas pesquisas de forma a realizar os trabalhos já referidos. No entanto houve a vontade de desenvolver um *Scoping Review* (ScR), sobre um tema de interesse comum a mais duas mestrandas, a fim de consolidar uma metodologia de pesquisa, e desenvolver competências científicas e técnicas, para dar resposta ao objetivo estabelecido de Elaborar em grupo um Protocolo *Scoping Review* sobre o tema: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Obstipação na Pessoa Adulta Hospitalizada, e conseguir relacionar com as necessidades da pessoa com DROC.

A obstipação é uma condição que pode aumentar a pressão intra-abdominal, dificultando a expansão pulmonar e agravando sintomas respiratórios, com agudizações desnecessárias com um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas. Assim, torna-se importante a vigilância e a monitorização da eliminação intestinal na pessoa com doença respiratória obstrutiva crónica.

O EEER, através da sua avaliação e intervenção pode prevenir complicações como a obstipação, de forma que esta não tenha um impacto negativo na função respiratória com consequente melhoria da qualidade de vida, através de técnicas não farmacológicas, como massagens abdominais e exercícios respiratórios, que ajudam a estimular o peristaltismo intestinal e a prevenir a obstipação, com estratégias para aquisição de rotinas intestinais, através da reeducação da função da eliminação intestinal. Apesar da atuação do EEER assentar em competências adquiridas e aprimoradas com a experiência nomeadamente nos locais de estágio, assume relevância para a uniformização da prática de reabilitação, com bases conceituais, teóricas e de evidência científica atual e relevante, para através dos resultados obtidos, demonstrar uma prática baseada na evidência.

O objetivo da ScR consiste em mapear e analisar a melhor evidência científica disponível sobre a intervenção do EEER na prevenção da obstipação na pessoa adulta hospitalizada, com recurso à metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute - JBI®*⁷¹.

Numa primeira fase, o protocolo ScR, foi desenvolvido para dar resposta à questão de investigação: Qual o conhecimento científico produzido sobre as intervenções do EEER na prevenção da obstipação à pessoa adulta hospitalizada. Foram identificados os termos dos descritores MeSH e DeCS, formulando a equação de pesquisa: “Adulto Hospitalizado”, “Obstipação”, “Intervenção de Enfermagem Reabilitação”, recorrendo à plataforma *EBSCO e PUBMED* nomeadamente nas bases de dados *CINAHL, MEDLINE e Scielo*. Definiu-se os critérios de inclusão e através do recurso ao diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*, e posteriormente pelo *Screening*, obteve-se 3 artigos que permitiram a realização da extração de dados. Foi realizada a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, bem como, uma pesquisa via plataforma Google Académico e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), tendo-se obtido uma amostra final de sete artigos científicos, onde se identificaram intervenções relevantes de intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação. Considerou-se pertinente realizar mais estudos debruçados sobre esta problemática, de forma a construir um protocolo de intervenção, realçando a atuação de EEER. A fim de demonstrar e contribuir para a evidência científica na área do EEER, a ScR foi submetida a uma revista de relevo para a área científica, neste momento a aguardar validação para a sua publicação (apêndice Q).

As competências de mestre desenvolvidas vão dar a possibilidade enquanto futura Mestre de Enfermagem em Reabilitação, de agir e gerir contextos imprevisíveis e que exigem novas abordagens estratégicas, para a promoção e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, e com uma prática baseada na evidência de forma a contribuir para o conhecimento e práticas profissionais, tendo alcançado a competência descrita de **2 b)** Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos; **2 d)** Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada⁷⁰.

V. Considerações Finais

O interesse pela pessoa com doença respiratória obstrutiva crônica, nos diferentes contextos de estágio traz a vontade de desenvolver uma área pouco desenvolvida, mas com grande potencial de melhorar e trazer ganhos, tanto em saúde como de gestão, demonstrando a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação tanto na prevenção como em situações de agudização.

Com este relatório demonstrei o meu percurso académico no desenvolvimento de aquisição de competências adquiridas de Especialista em Enfermagem de Reabilitação durante os seis contextos de estágio, e com o desenvolvimento de competências comuns e específicas de especialista, não constituindo apenas um elemento de avaliação, mas uma oportunidade para refletir sobre a especificidade da problemática que desenvolvi.

Dado à diversidade de contextos e situações de estágio que este mestrado proporciona, torna-se importante o exercício reflexivo permanente e a avaliação das intervenções, da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação e sobre as competências de enfermeiro especialista e de mestre que foram desenvolvidas e adquiridas durante este percurso académico, permitindo uma autoconsciência aprimorada das aprendizagens contínuas. Desta forma, tive uma prática baseada na evidência, tendo oportunidade de desenvolver várias ferramentas como folha de colheitas de dados, folhetos, guias, manuais e o site, para uso pelos enfermeiros especialistas, generalistas e pela pessoa/família, além de ter tido a oportunidade de desenvolver competências na área de gestão com o desenvolvimento de normas e o plano de negócio.

Apesar de privilegiar uma intervenção em enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional respiratória, nas pessoas com alteração da função respiratória e da funcionalidade, tive oportunidade de desenvolver também uma prática no âmbito de reabilitação funcional motora, adequando uma prática integrada segundo a necessidades identificadas e os objetivos estabelecidos. Isto foi conseguido através do diagnóstico de situação nos vários contextos com a avaliação e identificação das problemáticas, com planeamento das intervenções e cuidados de enfermagem, de forma a permitir a aquisição de competências enfermeiro especialista, as comuns e as específicas de enfermagem de reabilitação, bem como as competências de mestre.

É importante referir que os conhecimentos teóricos que orientaram e fundamentaram a tomada de decisão foram suportados por evidência científica recente, que permitiu

também desenvolver o meu pensamento crítico, na procura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Desenvolvi os objetivos estabelecidos com intervenções individualizadas e adaptadas a cada fase e contexto, pela capacitação à pessoa/família para a prevenção de agudizações da DROC, com de estratégias simples, mas exequíveis adaptadas a cada realidade; com intervenções de enfermagem especializada no momento de agudização da pessoa de forma a reverter manifestações respiratórias exacerbadas pela RFR; e através da capacitação e autonomia na transição saúde/doença e no desenvolvimento da parceria de cuidados com a pessoa e a sua família.

Durante este processo de elaboração deste relatório identifiquei como pontos fortes a diversidade de contextos de estágio o que me permitiu ter uma ampla visão do trabalho desenvolvido por um EEER, desenvolvendo competências não só na minha área de interesse a RFR, mas também complementar com o conhecimento nas diferentes áreas de especialidade em reabilitação, dando a possibilidade favorecer o crescimento pessoal e profissional, podendo acrescentar teor prático que poderá ser desenvolvido segundo a realidade do serviço onde exerço funções.

Como limitações tenho a evidenciar a diminuição de estudos e evidência encontrada sobre a temática da RFR por enfermeiros em situação agudizada, bem como a parca referência aos serviços de urgência. E assim pretendo promover o interesse para desenvolver novos estudos sobre a temática, e que relatório contribua para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de reabilitação, nomeadamente na área da Pessoa com DROC.

Considero ter conseguido cumprir o estipulado inicialmente no cronograma, e alcançar os objetivos de estágio, melhorando a minha prática e competência enquanto EEER e de Mestre de Enfermagem de Reabilitação.

VI. Referências Bibliográficas

1. Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. [Internet]. Diário da República: Série I-A, nº60, artigo 20º, nº1 alínea b). 2006 [cited 2023 Dez 16]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
2. Despacho n.º 8641/2022 da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa. [Internet]. Diário da República: 2ª Série, nº 134. 2002 [cited 2023 Dez 16]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26827/despacho_86412022.pdf
3. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. Diário da República: 2ª Série, nº 26. 2019. [cited 2023 Dez 16]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
4. Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Diário da República: 2ª Série, nº 85. 2019 [cited 2023 Dez 16]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
5. Silva Junior JL, Souza-Machado A. ACO: sobreposição de asma e DPOC ou uma forma intermediária. Revista Pulmão RJ [Internet]. 2017 [cited 2024 Mai 22]; volume: 26 – nº 1: 45-50. Available from: https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2017/n_01/10-artigo.pdf
6. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Pordata [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2021. [cited 2023 Dez 16]. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)
7. Fundação Portuguesa do Pulmão. Observatório Nacional de Doença Respiratória 2023 [Internet]. Lisboa: Fundação Portuguesa do Pulmão. 2023 [cited 2023 Dez 16]. Available from: https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR_2023.pdf
8. Spruit MA, Singh SJ, Rochester CL, Wouters EFM, Troosters T, Collin R, et al. Pulmonary rehabilitation for adults with chronic respiratory disease: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2024 Jan [cited 2024 Jul 22]; 209(1). Available from: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.202306-1066ST>
9. Santos TV. Benefícios da Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. [Internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2019 [cited 2024 Jan 21]. Available from: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8785/1/6965_14774.pdf
10. Administração Regional de Saúde do Centro. Plano de Contingência Regional para Resposta Sazonal em Saúde (outono- inverno) 2023/2024 [Internet]. Lisboa: ARS Centro; 2023. [cited 2024 Jan 21]. Available from: <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp->

content/uploads/sites/6/2023/11/Plano-Regional-de-Saude-Sazonal-Modulo-Inverno-2023-2024.pdf

11. Fundação Portuguesa do Pulmão. Observatório Nacional de Doença Respiratória. [Internet]. Lisboa: Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020. [cited 2024 Jan 21]. Available from: <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
12. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, Pneumologia. Ministério da Saúde. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016 [cited 2024 Jan 21]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-pneumologia.pdf>
13. Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos com essas patologias. Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização [Internet]. 2023 Mai [cited 2024 Jul 22];374. Available from: <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=374&clusters=S>
14. World Health Organization. Chronic respiratory diseases. [Internet]. Switzerland: WHO, 2024. [cited 2024 Jan 21]. Available from: https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1
15. Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias. O Impacto Global da Doença Respiratória [Internet]. Sheffield, European Respiratory Society, 2017 [cited 2024 Jan 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29645402/>
16. Direção Geral da Saúde. Doença Crónica. [Internet]. Lisboa, 2010. [cited 2023 Dez 21]. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>
17. Matarese M, Lommi M, Marinis MG, Riegel B. A systematic review and integration of concept analyses of self-care and related concepts. [Internet]. Journal of Nursing Scholarship, 2018. [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29645402/>. doi: 10.1111/jnu.12385
18. Centr(ar). Laboratório de Investigação e Reabilitação Respiratória - Lab3R [Internet]. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. [cited 2023 out 4] Available from: [https://CENTR\(AR\) – Projeto de inovação social que oferece uma resposta comunitária, inovadora e sustentável, através de uma parceria entre a academia, os serviços de saúde e os municípios \(projetocentrar.pt\)](https://CENTR(AR) – Projeto de inovação social que oferece uma resposta comunitária, inovadora e sustentável, através de uma parceria entre a academia, os serviços de saúde e os municípios (projetocentrar.pt))
19. Organização Mundial de Saúde. Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2007 [cited 2024 Jan 21]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43776/9789726751830_por.pdf
20. Global Initiative for chronic obstructive lung disease. GOLD. [Internet]. IL,USA, 2024. [cited 2024 Feb 19]. Available from: [https://2024 GOLD Report - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD \(goldcopd.org\)](https://2024 GOLD Report - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD (goldcopd.org))

21. Global Initiative for Asthma. GINA. [Internet]. WI.USA, 2024. [cited 2024 Feb 19]. Available from: [https://Global Initiative for Asthma - Global Initiative for Asthma - GINA \(ginasthma.org\)](https://Global Initiative for Asthma - Global Initiative for Asthma - GINA (ginasthma.org))
22. Tomey A, Alligood M. Teóricas de Enfermagem e sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência. 2004
23. Sá F, Botelho M, Henriques M. Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. [Internet]. Lisboa: Repositório Comum. 2015. [cited 2023 Jun 2] Available from: Repositório Comum: Cuidar da família da pessoa em situação crítica: (rcaap.pt)
24. Lei n.º 156/2015. Código Deontológico dos Enfermeiros. [Internet]. Lisboa, Diário da República: 1ª Série, nº 181, artigo 110º. 2015. [cited 2023 Jun 2] Available from: [https://Lei nº 156/2015 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://Lei nº 156/2015 | DR (diariodarepublica.pt))
25. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022. [cited 2023 Jun 2] Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-Versao-Resumo-Set-2023.pdf>
26. Antunes S. Capacitar a Pessoa em Situação Crítica no Processo de Transição Saúde-Doença [Internet]. Lisboa: Repositório Comum. 2022. [cited 2023 Dez 22] Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43577>
27. Pereira M, Rocha M, Alves T. A pessoa em situação crítica em contexto de urgência: dos cuidados de enfermagem prestados aos cuidados de enfermagem documentados [Internet]. Porto: Repositório Comum. 2015. [cited 2024 Feb 12] Available from: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1342>
28. Varão S, Saraiva C. Impacto da Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Revisão sistemática [Internet]. Lisboa: Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2019. [cited 2023 Dez 21] Available from: <https://core.ac.uk/download/493140092.pdf>. doi 10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4572
29. Association of Rehabilitation Nurses. [Internet]. Chicago [cited 2023 out 21] Available from: <https://rehabnurse.org/>.
30. Ribeiro O, Néné M, Sequeira C. Enfermagem de Reabilitação – conceções e práticas – Porto. Setembro 2021 Lidel – Edições Técnicas, Lda
31. Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. 2014. [cited 2023 Dez 16]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfarmagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
32. Perez M, Rodrigues T, Botelho M. A relevância da enfermagem de reabilitação no serviço de urgência: focus group [Internet]. Porto: Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

2021. [cited 2024 Fev 12] Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/183/428>. doi: 10.33194/rper.2021.183
33. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012. [cited 2023 Dez 21] Available from: https://www.efanet.org/images/2013/03/doenca_respiratorias_op_programa_saude_2012.pdf
34. Cordeiro M, Menoita E. Reeducação Funcional Respiratória. Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. 2012. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
35. Cui L, Liu H, Sun L. Multidisciplinary respiratory rehabilitation in combination with non-invasive positive pressure ventilation in the treatment of elderly patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. [Internet]. 2019 [cited 2023 Dez 21] Available from: <https://doi.org/10.12669/pjms.35.2.459>. doi: 10.12669/pjms.35.2.459
36. Holland A, Cox N, Wolloff L et al. Defining modern pulmonary rehabilitation. An official American Thoracic Society. [Internet]. New York. Annals of the American Thoracic Society 2021. [cited 2024 Fev 12] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929307/>. doi: 10.1513/AnnalsATS.202102-146ST
37. Regulamento n.º 350/2015. Ordem dos Enfermeiros [Internet]. Diário da República: 2ª Série, nº 119. 2015. [cited 2023 Dez 16]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
38. Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Porto, 2014. [cited 2023 Dez 16]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
39. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2011. [cited 2023 Dez 16]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
40. Leite, L. O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros - Um Novo Paradigma de Desenvolvimento Profissional: Curso e Competências. [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2011. [cited 2024 Jan 21]. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf

41. Perkins C. (2008). What are the experiences of patients waking from fast-track. [Internet]. British Journal of Cardiac Nursing. 2008. [cited 20243 Fev 12]. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjca.2008.3.8.30724>
42. Plano Nacional de Avaliação da Dor. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [Internet]. Lisboa, 2011. [cited 2024 Fev 12]. Available from: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
43. Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia. Núcleo de Enfermagem em Cardiologia. [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2022. [cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>
44. Martins H. Prevenção da falência respiratória em pediatria: a intervenção especializada em enfermagem de reabilitação. [Internet]. Repositório Comum. Lisboa, 2018. [cited 2024 Fev 21]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27929>
45. Santos, A. NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. [Internet]. Nascer e Crescer: revista do hospital de crianças maria pia, 2011. [cited 2024 Fev 21]. Available from: [https://0_NeC_20-1.indb\(chporto.pt\)](https://0_NeC_20-1.indb(chporto.pt))
46. Souto N. Enfermagem de Reabilitação em Neonatologia. - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 297-305). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
47. Board R, Ryan-Wenger N. Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. [Internet]. Heart & Lung, 2002. [cited 2024 Fev 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11805751/>. DOI: 10.1067/mhl.2002.121246
48. Guia Orientador de boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica volume III.[Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2011. [cited 2024 Fev 21]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_vol_iii.pdf
49. Coimbra CDL. Capacitar para o cuidado: perceção do cuidador informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral [Internet]. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém; 2015 Maio [cited 2024 Jun 2]. Available from: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1243/1/Capacitar%20a%20familia....pdf>
50. Payne RA. Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. Lisboa: Lusodidacta; 2009. p. 37-58.
51. Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2018. [cited 2024 Jan 14]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

52. Fernandes J. Cuidar no domicílio, a sobrecarga do cuidador familiar [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina; 2009. [citado 2024 Mai 3]. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/1088>
53. Petronilho F. Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau; 2007. 216 p. ISBN: 978-972-8485-91-7.
54. Organização Mundial de Saúde. Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais [manual na Internet]. Genebra: OMS; 2009. [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
55. Serviço Nacional de Saúde. Dia Mundial do AVC [Internet]. Lisboa: SNS; 2022 Out [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/10/29/dia-mundial-do-avc-5/>
56. Portugal. Ministério da Saúde. Vias Verdes Coronária e do AVC – Relatório de Atividades 2011 [Internet]. Lisboa: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2012. [cited 2024 jun 15]. Available from: <http://dgs.pt>
57. Universidade Federal de Santa Catarina. National Institutes of Health Stroke Scale [Internet]. Santa Catarina: UFSC; 2019 Set [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://neurologiahu.paginas.ufsc.br/files/2012/09/NIH-Stroke-Scale.pdf>
58. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto [norma na Internet]. Lisboa: DGS; 2017 Jul [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
59. Petronilho F, Margato C, Mendes L, Areias S, Margato R, Machado M. O Autocuidado como Dimensão Relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In: Ribeiro O, editor. Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas. Lisboa: Lidel; 2021. p. 67-75.
60. Menoita EC, Sousa LM, Pão, Alvo I, Marques-Vieira C. Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Lisboa: Lusodidacta; 2012. p. 119.143
61. Ferreira AMS. Avaliação da deglutição com a aplicação da Escala GUSS: contribuição da Enfermagem de Reabilitação [dissertação na Internet]. Évora: Instituto Politécnico de Beja; 2017. [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://repositorio.ipbeja.pt/entities/publication/2f4051e0-c35c-42f6-a6b2-e4cca17a7d22>
62. American Speech-Language-Hearing Association. [Internet]. Rockville (MD): ASHA; [citad 2024 Jun 07]. Available from: <https://www.asha.org/>
63. Anditec. Tecnologias de Reabilitação [Internet]. Lisboa: Anditec; [cited 2024 Jun 07]. Available from: <https://anditec.pt/categoria/comunicacao-aumentativa/>
64. Hesbeen W. A Reabilitação – Criar novos caminhos. Loures: Lusociência, 2003, p.35-48
65. Ordem dos Enfermeiros. Unidades de Cuidados na Comunidade: presente com futuro [Internet]. Lisboa: OE, 2014 [cited 2024 Jun 22]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/EstudoUCC_assinado.pdf

66. Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica no adulto [norma na Internet]. Lisboa: DGS; 2019 Ago [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/08/26/diagnostico-e-tratamento-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-no-adulto/>
67. Marquês DF. Internamentos evitáveis múltiplos por doença pulmonar obstrutiva crónica ou asma: um estudo transversal nas Unidades Locais de Saúde [Internet]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2021 [cited 2024 jun 22]. Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/92752>
68. Boas Práticas em Saúde. Avaliação [Internet]. [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.boaspraticasemsaude.com/avaliacao/21>
69. Sousa L, Martins M, Novo A. A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. RPER [Internet]. 2020 Set [cited 2024 jun 22]; Vol.3, Nº1, p. 64-69. Available from: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
70. Regulamento n.º 705/2021, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa. [Internet]. Diário da República: 2ª Série, nº 144. artigo 7º. 2001 [cited 2024 jun 16]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
71. Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 3.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2020. 509 p.

APÊNDICE

Apêndice A – Cronograma de atividades de Estágio

ESS+
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Anos				2023				2024															
Meses				dezembro				janeiro				fevereiro											
Dias				4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19								
				10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25								
Tipologia EC	Locais Propostos	Data EC	Horas EC					FÉRIAS NATAL															
Hospital/centro de Reabilitação	UCI CTT Sta Cruz	4 dez a 26 jan	175h (22t)																				
UCC/ECCI	ECCI Queijas	29 jan a 12 fev	87h (11t)																				
U: Conv/Média e Longa/ Paliativos	Hospital do Mar	13 a 16 Fev	32h (4t)																				
Lar/Pediatria	HFF - UPED	19 a 22Fev	35h (4t)																				
Elaboração do relatório final								Realização do reatório															
Reuniões com o orientador																							
Revisão da Literatura				Pesquisa		Análise da Pesq.																	
Entrega Pré - Relatório																							
Apresentação Relatório																							

				2024																				
				março				abril				maio				junho				julho				
				4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22
				10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28
				Férias Pásc																				
Tipologia EC	Locais Proposto	Data EC	Horas EC																					
Ortotraumatologia	ULSASI	4/03 a 8/04	144h (17t)																					
Neurologia - UCV	ULSSI	15/04 a 19/05	144h (17t)																					
UCC/ECCI	UCC Queijas - C	20/05 a 25/07	275h (35t)																					
Elaboração do relatoório final																								
Reuniões com o orientador																								
Entrega Relatório Final																								
Apresentação Relatório																								

Apêndice B – Projeto dos Estágios – Módulo I e Módulo II

Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica				
Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na UCICCT				
Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas	Recursos	Cronograma	Indicadores de resultado
1. <u>Diagnosticar as necessidades de Intervenção do EEER do Serviço de UCICCT</u>	- Observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar; - Integração na equipa multidisciplinar; - Consulta de protocolos existente nos locais de estágio	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER UCICCT); Materiais: Protocolos e procedimentos dos serviços Físicos: UCICCT	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Expor o projeto de intervenção no local de estágio;
2. <u>Intervir como EEER na pessoa, no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora, com base em evidência científica recente;</u>	- Realização de pesquisa bibliográfica; - Discussão com orientador clínico sobre a pesquisa realizada e conclusões obtidas; - Desenvolvimento de planeamento de intervenções do EEER, de acordo com o estado clínico da pessoa;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER UCICCT); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: UCICCT	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Realização de intervenções do EEER, de acordo com o estado clínico da pessoa
3. <u>Capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardiorádica na área da reabilitação funcional respiratória, no contexto da UCICCT;</u>	- Consulta de protocolos existente nos locais de estágio e forma de atuação na problemática; - Desenvolver Brochura de Incentivo ao auto-controlo respiratório e auto-mobilização;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER UCICCT); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: UCICCT	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Produção de uma lista de intervenções realizadas na unidade para a capacitação da pessoa/família
4. <u>Rever a folha de registos do EEER;</u>	- Realização de pesquisa bibliográfica; - Discussão com orientador clínico sobre a pesquisa realizada e conclusões obtidas; - Desenvolvimento da folha individual de registos e planeamento de intervenções do EEER	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER UCICCT); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: UCICCT	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Aceitação pela chefia e implementação no serviço da folha individual de registo e planeamento de intervenções do EEER

Contexto: Unidade de Cuidados Paliativos e de Convalescença Média e Longa duração

Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado de enfermagem de reabilitação no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora numa unidade de cuidados paliativos e convalescença

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Cronograma	Indicadores de resultado
1. <u>Desenvolver intervenções de Enfermagem de RFR e RFM adequado à pessoa</u>	- Integração na equipa multidisciplinar; - Consulta de protocolos existente nos locais de estágio e forma de atuação na problemática; - Discussão com orientador pedagógico da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação; - Identificação intervenções de enfermagem que possibilitem estabilizar ou reverter as manifestações no âmbito da RFR numa unidade de convalescença;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Unidade de cuidados Paliativos e de Convalescença de Média e Longa duração	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Planear cuidados de intervenção de enfermagem especializada de reabilitação individualizados em contextos de cuidados Paliativos e de Convalescença de Média e Longa duração
2. <u>Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre o “Reabilitar Sem Medo”</u>	- Discussão com orientador pedagógico da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação; - Realização de uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Unidade de cuidados Paliativos e de Convalescença de Média e Longa duração	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Realização de uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs.

Contexto: Unidade de Cuidados Pediátricos				
Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado de enfermagem de reabilitação no âmbito de reeducação funcional respiratória na criança portadora de doença respiratória.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Cronograma	Indicadores de resultado
1. <u>Desenvolver um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação adaptado a cada Criança</u>	- Integração na equipa multidisciplinar; - Consulta de protocolos existente nos locais de estágio e forma de atuação na problemática; - Identificação das intervenções de enfermagem que possibilitem estabilizar ou reverter as manifestações no âmbito da RFR à criança portadora de doença respiratória - Discussão com orientador clínico da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Unidade de cuidados Intensivos de neonatologia e pediatria	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Planear cuidados de intervenção de enfermagem especializada de reabilitação individualizados em contextos de neonatologia e Pediatria
2. <u>Elaborar uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs sobre “(Re)habilitar</u>	- Discussão com orientador clínico da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação; - Realização de uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Unidade de cuidados Intensivos de neonatologia e pediatria	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Realização de uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs.

Contexto: Hospitalar/Centro de Reabilitação Ortotraumatológica

Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de Reabilitação Ortotraumatológica

Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas	Recursos	Cronograma	Indicadores de resultado
1. <u>Diagnosticar as necessidades de Intervenção do EEER à pessoa Ortotraumatológica</u>	- Exposição do projeto de intervenção ao Orientador pedagógico e à equipa; - Observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar; - Integração na equipa multidisciplinar;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER serviço); Materiais: livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Serviço de Ortotraumatologia	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Expor o projeto de intervenção no local de estágio;
2. <u>Intervir como EEER na pessoa, no âmbito de reeducação funcional respiratória e motora, com base em evidência científica recente</u>	- Realização de pesquisa bibliográfica; - Discussão com orientador clínico sobre a pesquisa realizada e conclusões obtidas; - Desenvolvimento e planeamento de intervenções do EEER, de acordo com o estado clínico da pessoa;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER serviço); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Serviço de Ortotraumatologia	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Realização de intervenções do EEER individualizadas, de acordo com o estado clínico da pessoa
3. <u>Elaborar um programa de reabilitação de e transição segura para a alta da pessoa após cirurgia ortotraumatológica;</u>	- Consulta de protocolos existente nos locais de estágio e forma de atuação na problemática; - Consulta de folhetos do serviço adequado; - Capacitar a pessoa/família do programa de reabilitação;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER serviço); Materiais: livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Serviço de Ortotraumatologia	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Planeamento de intervenções individualizadas de capacitação da pessoa/família;
4. <u>Reconhecer as áreas de intervenção do Enfermeiro Gestor do Serviço.</u>	- Assistir a reuniões multidisciplinares do serviço; - Identificar estratégias resolução de problemáticas de gestão de serviço;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER serviço); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Serviço de Ortotraumatologia	Desenvolver durante o Ensino Clínico	- Aceitação pela chefia e implementação no serviço da norma da consulta pré-operatória de ortotraumatologia - Aceitação da folha individual de registo e planeamento de intervenções do EEER

Contexto: Hospitalar/Centro de Reabilitação Neurológica

Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas para o cuidado especializado dirigido à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação neurológica

Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas	Recursos	Cronograma	Indicadores de resultado
1. <u>Intervir de forma fundamentada na evidência científica, a intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com alterações neurológica</u>	- Exposição do projeto de intervenção ao Orientador pedagógico e à equipa; - Observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar; - Realização de pesquisa bibliográfica; - Discussão com orientador clínico sobre a pesquisa realizada e conclusões obtidas; - Desenvolvimento e planeamento de intervenções do EEER na pessoa com AVC;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER serviço); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Serviço de UCV	Desenvolver durante o Ensino Clínico	- Expor o projeto de intervenção no local de estágio; - Realização de intervenções do EEER individualizadas, de acordo com o estado clínico da pessoa
2. <u>Prevenir complicações respiratórias na Pessoa com AVC, no âmbito da EEER”;</u>	- Realização de pesquisa bibliográfica; - Discussão com orientador clínico sobre a pesquisa realizada e conclusões obtidas; - Desenvolvimento de um guia de exercícios de fortalecimento muscular da orofaringe para a prevenção de complicações;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER serviço); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Serviço de UCV	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Aceitação pela chefia e implementação do “Guia de exercícios de fortalecimento muscular da orofaringe”;
3. <u>Promover estratégias de comunicação para a pessoa com disartria pós- AVC.</u>	- Consulta de protocolos existente nos locais de estágio e forma de atuação na problemática; - Realização de pesquisa de métodos e estratégias facilitadores e de reabilitação da comunicação; - Desenvolver Plano de negócios para a aquisição de sistema informático de reabilitação de comunicação;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER serviço); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; Protocolos e procedimentos do serviço; Físicos: Serviço de UCV	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Apresentação do plano de negócios para a aquisição de sistema informático à chefia e equipa de enfermagem

Contexto: Unidade de Cuidados na Comunidade e Cuidados Continuados

Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas, humanas e éticas dirigidas à pessoa com necessidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na comunidade

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Cronograma	Indicadores de resultado
<u>Intervir como enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa, no âmbito de RFR e RFM no Domicílio</u>	- Realização de pesquisa bibliográfica nas bases de dados disponíveis, - Discussão com orientador pedagógico e clínico sobre a pesquisa realizada e conclusões obtidas; - Desenvolvimento e planeamento de intervenções do EEER na pessoa em contexto de domicílio	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; protocolos e procedimentos dos serviços sobre o tema. Físicos: UCC	Desenvolver durante o Ensino Clínico	- Expor o projeto de intervenção na UCC; - Realização de intervenções do EEER individualizadas, de acordo com o estado clínico da pessoa - Elaboração de entrevistas informais à equipa multidisciplinar sobre o impacto desta problemática na comunidade;
<u>Capacitar a pessoa/família no âmbito de RFR no Domicílio;</u>	- Elaboração de folhetos de ensinos à pessoa/família para promotoras de capacitação da pessoa com patologia respiratória; - Desenvolver folheto de exercício respiratório com controlo ventilatório; - Desenvolver folheto de exercício de limpeza das vias aéreas; - Desenvolver folheto do uso de Inaloterapia;	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; protocolos e procedimentos dos serviços sobre o tema. Físicos: UCC	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Elaboração de intervenções de enfermagem promotoras de capacitação da pessoa com patologia respiratória.
<u>Elaborar programa de reabilitação respiratória para a pessoa/família o domicílio em formato de folheto dinâmico</u>	- Elaboração de Filme exemplificativos dos ensinos dos folhetos realizados; - Elaboração de site para consulta de filmes e folhetos promotores de capacitação da pessoa com patologia respiratória em contexto de domicílio.	Humanos: Orientadora pedagógica (professora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; protocolos e procedimentos dos serviços sobre o tema. Físicos: UCC	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Produção de uma lista de intervenções para a promoção da capacitação da pessoa/família no domicílio
<u>Desenvolver um programa de RFR e RFM na comunidade</u>	Elaboração de programa de reabilitação com exercícios RFR e RFM para pessoas na comunidade	Humanos: Orientadora pedagógica (professora orientadora da ESSCVP); Orientadora Clínica (EEER estágio); Materiais: Computador, bases de dados, livros, artigos científicos; protocolos e procedimentos dos serviços sobre o tema. Físicos: UCC	Desenvolver durante o Ensino Clínico	Realização de sessão de promoção da saúde na comunidade, “Movimento para Todos”, num Centro de Dia IPSS

Apêndice C – Atividades Ensino Clínico na UCICCT - Folha de Plano de Cuidados de Reabilitação

Data. __/__/__

Cama: _____

UCICCT - Plano de Cuidados Enfermagem Reabilitação

Nome:		DN:		AP:	
Intervenção Cirúrgica:				Data Intervenção:	
Oxigenoterapia:		Suporte/Modalidade Ventilatória:		Data Extubação:	
Perfusões:		Suporte de órgão:		Intercorrências:	
Exames Complementares Diagnóstico					
Gasometria		RX Tórax	Balanço Hídrico	ECG	SV
Pré: HB ____; PH ____; PO2 ____; PCO2 ____; HCO3 ____; SAT ____;	Pós: HB ____; PH ____; PO2 ____; PCO2 ____; HCO3 ____; SAT ____;				TA: ____/____ FC: ____; Tº ____ FR: ____; SPO2: ____
Avaliação Enfermagem:					
Estado Consciência: (Escala de Glasgow)	Grau de sedação: (Escala de RASS)	Dor (Escala Numérica ou BPS)	Av. Funcional Respiratória (escala de Borg)	Av Força Muscular (MRC)	Tosse / Secreções/ Auscultação
Intervenção de Enfermagem de Reabilitação					
Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Avaliação	Resultados Esperados	
Ventilação					
Limpeza das vias aéreas					
Movimento Muscular					

Escala de Glasgow		
Parâmetro	Resposta	Pontos
Abertura ocular	Esponaneamente	4
	Ao estímulo verbal	3
	À dor	2
	Sem resposta	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Resposta Inapropriada	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retira à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Sem resposta	1

Escala de Agitação-sedação de Richmond (RASS)		
Classificação	Termo	Descrição
+4	Combativo	Excessivamente combativo ou violento; perigo imediato para a equipe
+3	Muito agitado	Puxa ou remove o(s) tubo (s) ou cateter(es) ou tem comportamento agressivo em relação à equipe
+2	Agitado	Movimento frequente não intencional ou dissincronia pessoa-ventilador
+1	Inquieto	Ansioso ou apreensivo, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Atento e calmo—	—
-1	Sonolento	Não totalmente alerta, mas apresenta despertares constantes (mais de 10 segundos), com contato visual, para se expressar
-2	Sedação leve	Desperta brevemente (menos de 10 segundos) com contato visual para se expressar
-3	Sedação moderada	Algum movimento (mas nenhum contato visual) para se expressar
-4	Sedação profunda	Nenhuma resposta à voz, mas algum movimento à estimulação física
-5	Não despertável	Nenhuma resposta à voz ou estimulação física

Escala Numérica da Dor												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima

Behavioral Pain Scale (BPS-Br)			
Item	Descrição	Pontuação	
Expressão Facial	Relaxada	1	
	Parcialmente Contraída (ex: sobrançelas franzidas)	2	
	Careta (ex: esgar facial)	3	
	Completamente contraída (ex: pálpebras fechadas)	4	
Movimentos dos Membros Superiores	Sem movimento	1	
	Parcialmente fletidos	2	
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3	
	Retraídos, resistência aos cuidados	4	
Adaptação Ventilador	Tolerante à ventilação;	1	
	Tosse, mas tolerante a ventilação mecânica a maior parte do tempo	2	
	Incapaz de controlar a ventilação	3	
	Luta com o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	4	

Escala de Borg Modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5/6	Intensa
7/8	Muito intensa
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Escala de Avaliação da força Muscular (MRC)	
0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Escalas retiradas e adaptadas de Guia da Ordem dos Enfermeiros: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em

Enfermagem de Reabilitação 2016 - https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Apêndice D – Atividades Ensino Clínico na UCICCT - Folha de Plano de Cuidados de Reabilitação - Exemplo de Plano de cuidados realizado

Plano de Cuidados Enfermagem Reabilitação

Data: __/__/__

Cama: _____

Nome: XXX		DN: DD-MM-AA		AP: Asma, CI, DLP		
Intervenção Cirúrgica: Bypass x2			Data Intervenção: 07-01-24			
Oxigenoterapia: 4l/min		Suporte/Modalidade Ventilatória: 0		Data Extubação: 08-01-24		
Perfusões: Furosemida,		Suporte de órgão: 0		Intercorrências: 0		
Exames Complementares Diagnóstico						
Gasometria		RX Tórax	Balanço Hídrico	ECG	SV	Drenos
Pré: HB <u>9,1</u> ; PH <u>7,4</u> ; PO2 <u>78</u> ; PCO2 <u>47</u> ; HCO3 <u>28,3</u> ; SAT <u>91</u> ;	Pós: HB <u>9,1</u> ; PH <u>7,3</u> ; PO2 <u>81</u> ; PCO2 <u>42</u> ; HCO3 <u>25,3</u> ; SAT <u>94</u> ;	Derrame pleural bilateral	-885,98 ml	Ritmo Sinusal	TA: 100/60 FC: 70 FR: 20 Tº 36,6 SPO2: 92%	2 Torácicos- funcionantes sero- hemáticos
Avaliação Enfermagem:						
Estado Consciência: (Escala de Glasgow)	Grau de sedação: (Escala de RASS)	Dor (escala numérica da dor ou BPS)	Av. Funcional Respiratória (escala de Borg)	Av Força Muscular (MRC)	Tosse / Secreções/ Auscultação	
15		4	3	4	Murmúrio vesicular diminuído com sibilos presentes. Tosse ineficaz	
Intervenção de Enfermagem de Reabilitação						
Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções		Avaliação	Resultados Esperados	
Ventilação	Ventilação comprometida [associado a dor nível 4] e nível de esforço 3 segundo Escala de Borg Modificada.	- Monitorizar frequências respiratória e SPO2; - Observar o tórax. [expansibilidade e simetria] e auscultar; - Monitorizar Ventilação [aplicar Escala de Borg modificada] - Executar técnica de posicionamento [correção postural – alinhamento cabeça/tronco/membros; posição de maior conforto para o doente]; - Executar reeducação funcional respiratória [abertura costal unilateral – seletiva à dta e à esquerda, reeducação abdomino-diafragmática com assistência na expiração; - Executar técnicas respiratórias [técnica de vibração torácica]. - Utilizar o inspirometro de incentivo invertido dando ênfase à expiração; - Executar terapêutica de posição com alternância de decúbito;		- FR que variaram entre os 14 – 16 por minuto em repouso e entre os 16 e os 20 ciclos respiratórios ao esforço físico leve. - SPO2 periférico que variou entre os 92%- 95%. - Apresenta murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, com sibilos; - Apresenta simetria torácica, ventilação com tempo expiratório curto. - Avaliada Escala de Borg modificada-moderado nível 3 – moderada ao esforço	- Diminuir grau de dor associada à mobilização torácica durante a ventilação. - Diminuir o esforço respiratório	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias	- Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; - Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória o para otimizar a ventilação [dissociação dos tempos respiratórios]; - Ensinar sobre o autocontrolo do padrão respiratório; - Ensinar sobre técnicas de posicionamento para otimizar a ventilação; - Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação;		- Avaliada capacidade da dissociação tempos respiratórios (inspiração e expiração) - Avaliar conhecimento sobre controlo respiratório	- Estimular a correta posição corporal bem como alinhamento do tronco - Melhorar o padrão respiratório	

Limpeza das vias aéreas	Limpeza das vias aéreas ineficaz	- Avaliar o reflexo de tosse; - Assistir a tosse [ensinar tossir através da técnica de “abraçar o tórax” para contenção de sutura, tosse profunda] - Estimular o reflexo de tosse; - Executar técnicas respiratórias; - Incentivar o reflexo de tosse; - Incentivar a ingestão de líquidos – de forma a fluidificar as secreções; - Incentivar a expetorar; - Vigiar a expetoração; - Executar cinesioterapia respiratória [abertura costal seletiva à direita e à esquerda; exercícios de rotação escapulo umeral; técnica de vibração torácica direita e esquerda] - Executar técnica de posicionamento	- Apresenta dificuldade em realizar tosse eficaz [condicionada pela dor pós-operatória] - Realizou tosse assistida [com alguma eficácia, consegue expetorar] - Apresenta expetoração consistente e muco-purulenta.	Promover a tosse eficaz
Movimento Muscular	Mobilidade comprometida [resultante de repouso no leito e do pós cirúrgico de cirurgia cardíaca; escala de MRC]	- Monitorizar Força Muscular [utilizar a escala MRC] a nível motor. - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido [Ombro: Rotação; cotovelo: extensão/flexão; Punho: supinação e pronação; Joelho: flexão e extensão; tibiotársica: flexão, dorsiflexão; eversão, inversão; circundução - 2 séries, 10 repetições] - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido [Joelho: flexão e extensão; tibiotársica: flexão, extensão; eversão, inversão-2 séries, 10 repetições] - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos; - Executar exercícios isométricos [abdominais, glúteos, quadricipite e isquiotibiais]	- Avaliada Escala MRC – 4 - Realizados exercícios musculares e articulares ativos-assistidos de acordo com a tolerância do doente. - Realizados exercícios musculares e articulares ativos-resistidos de acordo com a tolerância do doente. - Cumpriu exercícios isométrico com eficácia. - Boa receptividade ao aconselhamento de fazer exercícios isométricos e isotónicos ativos autonomamente	- Promover a mobilização precoce; - Prevenir úlceras

Apêndice E – Atividade Ensino Clínico na UCICCT –

Brochura de Incentivo ao auto-controlo respiratório e auto-mobilização - TPC

TPC

Trabalho Pós Cirurgia Cardíaca

A sua rápida recuperação também depende de si!
Promova a correta respiração, movimente-se e elimine a
expetoração ao longo do dia.



1. Controle a respiração (10x):
Inspire pelo nariz,
Expire pela boca



2. Movimente as mãos, os
braços, as pernas e os pés
(10x de hora a hora)



3. Promova a tosse
Abraçando-se!
(sempre que necessário)

Realizado por Sara Fernandes no âmbito Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa
Orientação: Enft Especialista Berta Andrade, I. Ribeiro O. Néné M. Sequeira C. Enfermagem de Reabilitação – conceções e práticas – Porto, Setembro 2021 Lidel – Edições Técnicas, Lda

Apêndice F – Atividade Ensino Clínico na Unidade de Cuidados Paliativos e Convalescença
Média, Longa Duração - Reflexão segundo o Ciclo de *Gibbs*

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO –
MÓDULO I**

Reflexão

**UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS E DE
CONVALESCENÇA DE MÉDIA E LONGA DURAÇÃO**

Reabilitar “Sem Medo”

Sara Fernandes, nº 8736

Docente: Professora Isabel Lucas

Lisboa, 2022/2023

O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO CONTEXTO DE UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS E DE CONVALESCENÇA DE MÉDIA E LONGA DURAÇÃO

Reabilitar “Sem Medo”

Durante o terceiro contexto de estágio inserido no âmbito de cuidados de enfermagem de reabilitação numa unidade de internamento de cuidados paliativos e de convalescença de média e longa duração, que decorreu no período de 13 a 16 de fevereiro de 2024, com a duração de 4 turnos, em que tive oportunidade de integrar a equipa de enfermagem de reabilitação, de uma Unidade Hospitalar privada destinada a cuidados a pessoas com necessidade de convalescença, necessidade de manutenção ou necessidade de cuidados paliativos na gestão da sua doença.

Descrição

Após a passagem de turno, era estabelecido o plano de intervenção diário, às pessoas que teriam maior benefício de cuidados de EEER. Uma das situações que mais marcou foi a intervenção a uma senhora, médica de profissão, com fibrose quística que estava em programa de reabilitação há 3 semanas após adquirir COVID há 3 meses, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e consequente deterioração do seu estado físico e aumento da dependência nas AVD's.

Esta encontrava-se num quarto individual, e apesar de ter à sua disposição material de apoio de marcha, cadeirão, cadeira de rodas, e casa de banho no quarto, esta permanecia o seu dia deitada na cama, a ler.

No entanto, por ser conhecedora do seu estado de saúde, esta era bastante responsável e colaborante por perceber a necessidade de reabilitação. Além disso, demonstrou conhecimento sobre a vigilância dos sinais de alerta de descompensação e desconforto da sua condição, que referia estar bem melhor. Não obstante, havia uma palavra que era sempre proferida por ela, Medo. Referia que tinha medo de fazer x exercício, que tinha medo de ir até ao WC, de andar ou de adormecer se esquecer de respirar, ficando inquieta e ansiosa, o que pautava toda a potencial intervenção.

Como não conhecia previamente, e com esta premissa que tentei negociar uma pequena caminhada até à janela grande do corredor para ir ver o pôr do sol no rio, mostrando que naquele dia tinha duas enfermeiras ao seu dispor, que estariam sempre ao seu lado garantindo qualquer necessidade manifestadas, bem como nos iríamos fazer acompanhar um banco caso houvesse necessidade de fazer pausa, e do oxigénio portátil se fosse necessário colocar.

Sentimentos

O medo é uma emoção básica, associada ao perigo, controlada por um circuito neuronal específico, caracterizado pela ativação do sistema nervoso autónomo com respostas fisiológicas como aumento da frequência cardíaca e associada a sentimentos como a ansiedade, apreensão, nervosismo e preocupação¹.

Esta situação fez-me refletir sobre a importância que a nossa mente tem sobre a nossa vontade e o quão pode ser limitador. Percebi então que conhecimento traz medo, por sermos conscientes do que nos pode esperar, e por isso mesmo, aumento a responsabilidade daquela intervenção. Foi então necessário estabelecer uma relação terapêutica de confiança estreita de forma a conseguir desenvolver as intervenções planeadas de forma a tentar chegar à raiz da questão, pois percebi que havia algo que estava realmente a bloquear a realização da RFR, que estava a comprometer a sua reabilitação.

Avaliação

Com esta manifestação tão forte de sensação de medo, até me questioneei o quanto estaria certo insistir; se seria considerado falta de respeito tentar dar alternativas para ultrapassar este sentimento; se seria eu própria capaz de dar as condições e alternativas seguras para que deixasse de sentir medo.

Já havia sido feito muito trabalho ao nível da reabilitação, e na otimização da ventilação e no controlo da gestão do cansaço e da dissociação dos tempos respiratórios, bem como um fortalecimento muscular de suporte a otimizar não só a respiração com o no tónus perdido enquanto esteve hospitalizada.

Foi então fácil adaptar uma intervenção de RFR, segundo o planeado previamente, havendo espaço criativo para aumentar a sessão pela boa resposta. No entanto vinha sempre a palavra medo, quando se tentava aliciar a sair do quarto. Quando aflorado o tema, foi perceptível que advinha de uma experiência traumática, em que durante um exame respiratório, prova de marcha 6 minutos, que desencadeou uma dispneia que não conseguiu dominar, mas que o facto de querer acabar a prova, lhe tinha provocado sensação de asfixia e de morte iminente².

O EEER deve apoiar as tomadas de decisão da pessoa e coordenar cuidados interdisciplinares, trabalhando no sentido de esclarecer objetivos e delinear um planeamento avançado de cuidados, tentando satisfazer as escolhas das pessoas atenuando os medos expressados³.

Deste modo, a Enfermagem de Reabilitação é catalisadora na capacitação da pessoa para a melhoria da funcionalidade, sendo o enfermeiro o principal gestor emocional, adotando estratégias de confortantes, positivas, empáticas e compreensivas.

Análise

A fibrose quística é uma doença genética crónica com agravamento progressivo, com envolvimento das vias respiratórias que causam um maior morbilidade e mortalidade. No entanto com o avanço científico no diagnóstico e tratamento reflete-se no aumento significativo da sobrevivência, com implementação de atitudes terapêuticas como a reeducação funcional respiratória, de forma continuada ao longo da vida, quer em estabilidade clínica, quer em situação de exacerbação⁴.

Per si, a fibrose quística já exige um programa de reabilitação permanente, tanto pela necessidade da limpeza das vias aéreas pela acumulação de secreções, que originam atelectasias, que causam a hiperinsuflação pulmonar, quer pelas alterações ventilatórias com diminuição de volumes⁵.

Aumenta quando existem complicações devido a infeção e neste caso à covid 19, da qual ainda se tem poucos estudos a correlacionar o agravamento da morbilidade⁶.

Não sei se foi pela confiança que tentei transmitir, ou se pelas soluções demonstradas, ou simplesmente pela motivação de ver o pôr do sol, a verdade é que esta surpreendentemente aceitou. Juntamente com a minha orientadora, acompanhamos então

esta caminhada que se mostrou bastante leve, com medo inicial, mas sem intercorrências e com uma felicidade nos olhos, por ter ultrapassado uma porta que a encerrava para o mundo.

Conclusão

Apesar de me ter questionado da minha habilidade em conseguir estabelecer uma relação empática, e encontrar soluções suficientemente seguras para que ela se sentisse capaz de ultrapassar os seus medos, creio ter conseguido encontrar estratégias e desenvolver e promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado naquela pessoa no seu processo de transição saúde/doença e ou incapacidade.

E esta é a essência do EEER, ao implementar estratégias na reabilitação respiratória, bem como a qualquer área do cuidar, de forma holística, cujo objetivo principal é que a pessoa recupere o estado físico, mental, emocional, social.

Nos dias seguintes, foi a própria que solicitou ir andar e caminhar pelo corredor, mostrando entusiasmada com a sua progressão e capacidade de ultrapassar uma agudização da doença que achou ser incapaz.

Planeamento da Ação

Esta foi uma experiência enriquecedora que me fez refletir sobre o poder que a nossa mente tem sobre as nossas ações, travando e impossibilitando de progredir e maximizar a reabilitação. Considerando que nesta situação tive cooperação por parte da pessoa, mas que em situações idênticas e futuras, posso necessitar de mais tempo para estabelecer uma relação empática, e de negociação de cuidados. Este medo em se reabilitar, é sem dúvida um bloqueio que pode vir a surgir noutras situações e que é necessário estar disponível para ouvir e respeitar os sentimentos que pautam os traumas de cada pessoa, no entanto, podemos arranjar estratégias para conseguir alcançar os nossos planos de intervenção, adaptando estratégias conforme as necessidades identificadas, permitindo “Reabilitar sem Medo”.

Referências Bibliográficas

- 1- Ferreira C, Souto J. Análise simultânea dos conceitos de ansiedade e medo: contribuições para os diagnósticos de enfermagem - Revisão [Internet]. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, 2021 [cited 2024 Feb 16]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750893027.pdf>
- 2- Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra. Stress pós-traumático: lidar com a perturbação depois do trauma [Internet]. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, 2018 [cited 2024 Feb 16]. Available from: <https://hff.min-saude.pt/stress-pos-traumatico-lidar-com-a-perturbacao-depois-do-trauma/>.
- 3- Guimarães T, Magni, C. Reflexões sobre a humanização do cuidado na presença de uma doença ameaçadora da vida. [Internet]. Mudanças, Vol. 28. São Paulo, 2020 [cited 2024 Feb 16]. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692020000100006. *On-line* ISSN 2176-1019
- 4- Despacho, nº1818/2017. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. [Internet]. Diário da República: 2ª Série, nº 42. 2017. [cited 2024 Feb 16]. Available from: https://www.iasaude.pt/attachments/article/2200/despacho_1818_2017_comissao_doenca_fibrose_quistica.pdf
- 5- Lumbamba B. Cystic Fibrosis: Insight into CFTR Pathophysiology and Pharmacotherapy. [Internet]. Clin Biochem. 2012 [cited 2024 Feb 16]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22698459/>.
Doi: 10.1016/j.clinbiochem.2012.05.034
- 6- Leonor M, Teixeira M. Reabilitar em contexto de pandemia pela COVID-19: um relato de experiência [Internet]. RPER, nº5. Porto, 2022 [cited 2024 Feb 16]. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/194/474>. Doi: 10.33194/rper.2022.194

**Apêndice G – Atividade Ensino Clínico na Unidade de Cuidado Intensivos Neonatal e
Pediátrica- Reflexão segundo o Ciclo de *Gibbs***

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO –
MÓDULO I**

Reflexão

**UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL E
PEDIÁTRICA
(Re)Habilitar**

Sara Fernandes, nº 8736

Docente: Professora Isabel Lucas

Lisboa, 2022/2023

O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO CONTEXTO DE UNIDADE NEONATAL PEDIÁTRICA

(Re)Habilitar

No quarto contexto de estágio, inserido no âmbito da EEER em pediatria, optei por o realizar num ambiente desconhecido por mim, numa unidade de cuidados intensivos neonatal pediátrica.

Foi evidente, desde o primeiro segundo, onde de facto intervêm e se destacam os cuidados de reabilitação. Sendo o serviço centro de referência de adaptação pulmonar e ventilação não invasiva a neonatos e crianças com patologia respiratória na região de Lisboa, sendo pautada por uma filosofia de otimização da ventilação e não de substituição. A intervenção do EEER é preponderante na implementação de programas de reabilitação respiratória, a fim de minimizar a dispneia e a fadiga na criança, prevenindo complicações e evitando incapacidade de forma a melhorar a qualidade de vida para o seu desenvolvimento¹.

Além disso, existe uma grande preocupação com o desenvolvimento e qualidade de vida destas crianças, devido à sua vulnerabilidade em apresentar perturbações do neurodesenvolvimento consequentes dos efeitos nocivos da hiperóxia como as lesões do sistema nervoso central e a displasia broncopulmonar ou atelectasias, havendo uma necessidade importante na gestão de oxigenoterapia².

Neste sentido, a abordagem do EEER, deve ser na promoção das boas práticas dos cuidados respiratórios à criança, com a cooperação da restante equipa multidisciplinar, com particular enfoque em 3 áreas de intervenção: na gestão da oxigenoterapia e suporte ventilatório, na otimização do posicionamento e na implementação de técnicas de limpeza da via aérea (drenagem postural, manobras acessórias e aspiração de secreções)³.

Descrição

Sendo que o EEER integra nos cuidados gerais em horário rotativo, percebi rapidamente a importância da existência do enfermeiro de reabilitação no serviço, 24h por dia, nesta unidade. Após recebermos o turno, foi-nos atribuída uma lactente, gemelar, com 1 mês de vida, internada há 3 dias com bronquiolite por infeção de vírus sincicial respiratório.

Sendo que esta estava adaptada a alto fluxo, mas sem se conseguir diminuir o nível de oxigénio, porém em passagem de turno descrevem como “sem secreções”. Alimentada por sonda nasogástrica com leite materno.

Após a avaliação hemodinâmica da latente observou-se que estava irrequieta, taquicardia e polipneica, inconsolável pela mãe, que se encontrava também muito ansiosa. A hospitalização da criança é, indubitavelmente, um evento traumático quer para a criança, quer para a sua família que constitui uma situação geradora de stress, e de sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza, capaz de afetar o desempenho do papel parental⁴.

Tornou-se fundamental a identificação precoce do desconforto da criança, não só pelo conforto desta, mas também para o consolo da mãe, que implorava para tratarmos dela. Olhando para a latente, a meu primeiro pensamento foi que teria dor, que me fez avaliar os sinais que indicam a presença de dor, pois estes devem ser avaliados numa fase precoce da prestação de cuidados, sendo que até aos 6 meses esta é manifestada por choro violento e agitação, com o rosto hiperemiado e expressão “franzida”, com gestos e adoção de posição de defesa, podendo afastar as mãos do enfermeiro. Deste modo, recorremos a escalas de avaliação sistemática da dor, a *Echelle de Douleur et D’Inconfort du Nouveut Né* (EDIN)⁵, para tentar agir e controlar a dor antes de iniciar os cuidados de Reabilitação Respiratória para facilitar a adesão ao tratamento e manter a qualidade dos cuidados prestados na área de enfermagem de reabilitação respiratória, administrando terapêutica⁶.

Sentimentos

Para o enfermeiro que trabalha em pediatria, é fundamental conhecer as particularidades anatómicas e fisiológicas das crianças, permitindo avaliar criteriosamente a criança⁷. Estas muitas vezes não consegue exprimir o seu real desconforto e torna-se importante estar alerta e avaliar tendo em conta os sinais e sintomas observados. Sendo esta uma realidade nova, despertou em mim alguma ansiedade, ao perceber que esta mãe depositava no enfermeiro toda a confiança para reverter a situação do seu filho, no entanto enquanto profissionais devemos transparecer calma e confiança de forma a tranquilizar os pais. A latente encontrava-se respiratória e hemodinamicamente estável à avaliação dos parâmetros vitais, sendo necessária uma avaliação mais pormenorizada, através da auscultação, avaliação da simetria torácica, tempos respiratórios, e ruídos onde detetamos presença de secreções e de atelectasia à direita.

Por ser essencial este conhecimento, senti que de facto trabalhar naquele serviço acarreta uma enorme responsabilidade, não só pelas crianças a quem prestamos cuidados que têm características próprias, mas também a capacidade de ter a confiança dos pais durante todo o processo, sentindo-me então vulnerável e imatura nesta gestão, muito pelo sentimento de não domínio da área, e que havia muito para estudar.

Avaliação

A partilha do meu orientador demonstrou a importância da reabilitação respiratória e da limpeza das vias aéreas para contribuir e melhorar o estado clínico, permitir aumentar a permeabilidade das vias aéreas, corrigir os defeitos ventilatórios e melhorar a distribuição e ventilação alveolar, ajudando e habilitando as crianças para respirar corretamente.

Os lactentes precisam de tempo para se habituarem a novas pessoas ou a novos ambientes, sendo importante a relação que se estabelece com os pais destas crianças porque elas estabelecem a sua confiança observando as reações dos pais com os enfermeiros e analisando as suas intervenções⁸. Foi então, na presença da mãe, iniciamos a RFR que apesar de inicialmente provocar choro e desconforto, foi compreendida como um bem maior para a mobilização de secreções de forma a conseguir eliminá-las. O facto de a lactente estar a ser alimentada por sonda, permitiu com facilidade eliminar o conteúdo gástrico, para prevenir eventuais aspirações. Posteriormente iniciamos a lavagem nasal, dissociação dos tempos respiratórios que se mostrou ser mais complexo e desafiante que nos adultos, pois entre choro e respiração superficial, temos de perceber os sinais que a criança nos dá. Além disso usamos a vibro-compressão e percussões associadas a drenagem postural, a expiração lenta prolongada, são úteis na desobstrução das vias aéreas. Por fim a promoção da tosse produtiva, que arrastar as secreções, com a aspiração traqueal a fim de ajudar a eliminá-las, reduzindo o desconforto respiratório, com diminuição da obstrução brônquica e da resistência das vias aéreas, minimizando e reduzindo o trabalho respiratório, corrigindo os defeitos da ventilação e que permite uma melhor ventilação, com menor necessidade de aporte de oxigénio⁹.

Análise

A bronquiolite é uma infeção viral respiratória aguda das vias aéreas inferiores, comum nas crianças nos dois primeiros anos de vida, sendo causada por um vírus que infeta as células dos brônquios mais pequenos, categorizada como uma doença respiratória

obstrutiva, sendo que os seus principais sintomas a dispneia, a rinorreia, tosse, sibilância e pieira¹⁰.

Apesar de a lactente ter apenas um mês, foi bastante colaborante, mostrando no fim da intervenção que estava mais calma, com melhor saturação de oxigénio, melhor adaptada ao alto-fluxo, relaxando, premindo que eliminar, ser alimentada e por fim adormecer, tranquilizando a mãe.

Aqui foi visível a diferença do enfermeiro especialista face ao enfermeiro generalista dos cuidados pediátricos, com o diagnóstico e implementação de intervenções independentes para a otimização da ventilação e na limpeza das vias aéreas. A otimização da ventilação é muitas vezes um processo complexo, exigindo por um lado uma correta desobstrução das vias aéreas e, por outro, na otimização do posicionamento das crianças por forma a facilitar a respiração. Neste sentido, o EEER tem um elevado potencial de intervenção autónoma neste contexto pelo seu conhecimento técnico-científico, que lhe permite conceber e implementar estratégias para reabilitar habilitando¹.

Ao conhecer diferentes técnicas de limpeza das vias aéreas, consegui minimizar a experiência traumática da criança, sendo importante conhecer a mecânica corporal e dinâmica de sistemas, para associar diferentes técnicas potenciando o efeito terapêutico das intervenções, para uma recuperação mais rápida e evitando complicações futuras como a necessidade de internamento prolongado em contexto hospitalar¹¹.

Conclusão

Sendo que existe o enfoque no habilitar antes de reabilitar, ou seja, auxiliar a criança a desenvolver novas capacidades que iriam surgir naturalmente durante o seu desenvolvimento, na ausência de doença ou incapacidade. Esta foi uma nova premissa com a qual nunca tinha pensado ou contactado. A importância de habilitar as crianças, nomeadamente os recém-nascidos, seja a respirar, seja a alimentar-se ou a adaptar-se paulatinamente a um ambiente extrauterino, pois tudo é desconhecido, e nós somos responsáveis por capacitá-los da forma mais correta e orientar na sua aprendizagem. Nesse processo, existe uma responsabilidade acrescida também no processo evoluir, de formar e de capacitar a família neste processo para que estes sejam também capazes de aprender a adaptar-se a uma nova realidade.

Foi notória a importância e a diferença na lactente após os cuidados da intervenção EEER, que se torna complementar aos cuidados gerais mas que tem um papel ativo na

implementação de medidas de melhoria contínua dos cuidados, a fim de prevenir complicações, e neste caso em habilitar a criança a respirar melhor por si.

Planeamento da Ação

De facto, concluo que o tempo de contacto neste campo de estágio se mostrou demasiado curto dada a oportunidade de aprendizagens que percebi que podia nutrir. Foi sem dúvida um momento muito rico, onde tive oportunidade de observar, aprender e atuar nos cuidados à criança, que até aqui achava que não conseguiria, desmistificando a sensação de medo e incapacidade que tinha antes deste contacto.

Senti que se houver uma nova oportunidade de estar com esta realidade que primeiramente iria necessitar de me preparar e estudar, fazendo pesquisa direcionada para os cuidados de reabilitação pediátricos, para me sentir confiante na intervenção a realizar. No entanto foi bastante enriquecedor desenvolver competências direcionadas à criança. Levo sem dúvida uma reflexão importante, que o EEER é responsável por (Re)Habilitar.

Referências Bibliográficas

- 1- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. [Internet]. Diário da República: 2ª Série, nº 85. 2019. [cited 2023 Dez 16]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- 2- Santos, A. NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. [Internet]. Nascer e Crescer: revista do hospital de crianças maria pia, 2011. [cited 2024 Fev 21]. Available from: [https://0_NeC_20-1.indb \(chporto.pt\)](https://0_NeC_20-1.indb (chporto.pt))
- 3- Souto, N. Enfermagem de Reabilitação em Neonatologia. - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 297-305). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda
- 4- Dionisio R, Escobar E. Importância da presença e participação dos pais durante a hospitalização da criança. Revista de Enfermagem UNISA. 2002. Nº 3, p. 23-26
- 5- Orientação DGS nº 14/2010 , Orientação técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, [Internet]. [cited 2024 Fev 21]. Available from: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- 6- Batalha L, Santos L. Avaliação da Dor no Período Neonatal [Internet]. Acta Pediátrica Portuguesa, nº4. Porto, 2015. [cited 2024 Fev 21] Available from: https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_201.pdf
- 7- Cordeiro M, Menoita E. Reeducação Funcional Respiratória. Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. 2012. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- 8- Cassandra, O. (1998). Enfermagem Pediátrica contemporânea. Lusociência. Lisboa
- 9- Board R, Ryan-Wenger N. Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. [Internet]. Heart & Lung, 2002. [cited 2024 Fev 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11805751/>. DOI: 10.1067/mhl.2002.121246
- 10- Direção Geral da Saúde. Saúde da Criança. [Internet]. Lisboa, 2010. [cited 2024 Fev 21] Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-crianca/bronquiolite/>
- 11- Guia Orientador de boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica volume III.[Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2011. [cited 2024 Fev 21].

Available

from:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vol_iii.pdf

**Apêndice H – Atividade Ensino Clínico na Unidade Hospitalar de Ortopedia e Traumatologia –
Folha de Consulta de Enfermagem de Reabilitação – Avaliação Inicial Pré-operatória
Ortopedia e Traumatologia**

Data: __/__/__

Cama: _____

Consulta Enfermagem Reabilitação

Avaliação Inicial Pré-Operatória Ortopedia

Nome:		DN:	Idade:		
Contacto:	Localidade:		Data admissão:		
Diagnóstico Cirúrgico:		Lateralidade: ESQUERDO / DIREITO			
Antecedentes Pessoais e Cirúrgicos:					
Medicação habitual:					
Dependência prévia AVD's:			Fraturas prévias:		
Peso: ____kg	Altura: ____cm	IMC:	Alergias:		
Avaliações Complementares Pré-Operatórias					
Analises	Tipagem	ECG	RX Tórax	Consentimento	Sinais Vitais
Pré: HB ____; leu ____; plaq ____; NA ____; K+ ____; C ____; U ____; INR ____; PCR ____;				☐ Assinado ☐ Explicado procedimento ☐ Dúvidas Esclarecidas	TA: ____/____ FC: ____; Tº ____ FR: ____; SPO2: ____ Dor: ____
Avaliação Enfermagem:					
Estado Consciência: (Escala de Glasgow)	Avaliação Dor (Escala Numérica)	Av. Funcional Respiratória (escala de Borg)	Avaliação da Funcionalidade: (Índice de Barthel)	Avaliação Medida Independência Funcional: (MIF)	
Autonomia AVDI (Escala de Lowton)	Av Força Muscular (MRC)	Avaliação da Marcha: (Holden)	Risco de Queda: (Escala Morse)	Risco Úlcera: (Escala Braden)	
Avaliação Funcionalidade					
Mobilidade prévia					
Marcha: ☐ Independente ☐ Dependente	Uso de ajudas técnicas: ☐ Não ☐ Sim: ☐ Bengala, ☐ Canadianas, ☐ Andarilho, ☐ Cadeira de rodas		Mobilidade na rua: SAI? ☐ Não ☐ Sim ☐ Sozinho ☐ Acompanhado ☐ Frequência: ____		

Avaliação Estrutural Biopsicossocial e Sociodemográfica

Ocupação Profissional: _____ ☐ Trabalhador ☐ Reformado	Estado Civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Solteiro Filhos: ☐ Não ☐ Sim; _____	Vive: ☐ Sozinho ☐ Familiar ☐ Institucionalizado Tipo Habitação: _____	Ajuda domiciliaria: ☐ Familiar/cuidador ☐ centro dia ☐ teleassistência ☐ outros ☐ dias _____ — ☐ horas _____	Condições habitacionais: ☐ acessível ☐ com elevador ☐ escadas _____ Casa de Banho: ☐ Base duche ☐ Banheira Permite deslocação em Cadeira de Rodas: S/N
--	--	---	--	---

Pessoa/Cuidador de Referência

Nome:		Idade:
Contato:	Parentesco:	Ocupação:
Estado de Saúde:	Limitações:	Disponibilidade para Cuidar: ☐ Habitação do cuidador ☐ Habitação pessoa cuidada
Tipos de Cuidados (capaz): ☐ Higiene e conforto ☐ Vestir e despir ☐ Mobilizações ☐ Levante e Transferências ☐ Gestão de Terapêutica	Alteração de Rotinas (dificuldade): ☐ Laboral e Familiar ☐ Flexibilidade de Horários ☐ Partilha da responsabilidade ☐ Apoio de instituição	Disponibilidade para sessões de Capacitação (reforço): DATA 1: Dia _____, Hora _____ DATA 2: Dia _____, Hora _____ DATA 3: Dia _____, Hora _____ (Realizar a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit)

Programa Capacitação (Sessões de Educação) (entrega de folheto e demonstração de vídeo)

		Ensino	Pessoa		Cuidador	
			Capaz	Não Capaz	Capaz	Não Capaz
Conceitos Gerais	Fisiopatologia e Tratamento Cirúrgico da Doença					
	Sensações sensitivas no decurso do internamento					
	Movimentos incapacitantes e ajudas técnicas previstas					
	Aceitação doença/Estado psicológico					
	Cuidados no Pós-operatório (planear sessão reabilitação)					
	Saber Avaliar a Dor (escala numérica)					
	Saber Avaliar complicações (sinais e sintomas de alerta)					
Preparação Pré-operatória:	Jejum (reforçar a importância)					
	Remoção de próteses, maquilhagem, Verniz, Adornos					
	Higiene Corporal / oral					
	Informar o Horário previsto de cirurgia (tempo operatório)					
	Informar o Horário de Visitas (guia de acolhimento do serviço)					
	Reforçar Indicações dadas pelo Anestesiista relacionadas com terapêutica					
	Alertar a necessidade de um cuidador após o regresso a casa					
Necessidade de referenciação Social:						
U. Convalescença	U. Média Duração	U. Longa Duração	Equipa Domiciliaria	Outro:		

Escala de Glasgow		
Parâmetro	Resposta	Pontos
Abertura ocular	Espontaneamente	4
	Ao estímulo verbal	3
	À dor	2
	Sem resposta	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Resposta Inapropriada	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Retira à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Sem resposta	1
		TOTAL

Escala Numérica da Dor												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima

Escala de Borg Modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5/6	Intensa
7/8	Muito intensa
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Escala de Barthel	
Função	Descrição
Alimentação	0 - Dependente: não é capaz de se alimentar sozinho 5 - Necessita de ajuda para cortar, barrar o pão, etc. 10 - Independente: alimenta-se sozinho
Vestir	0 Dependente: não é capaz de se vestir, mesmo com ajuda 5 Necessita de alguma ajuda (faz mais de metade das tarefas) 10 Independente: veste-se e calça-se completamente sozinho
Tomar banho (chuveiro)	0 - Dependente: não é capaz de tomar banho 5 - Independente: toma banho completo, sozinho
Higiene pessoal	0 - Dependente: incapaz 5 - Independente: lava a cara e os dentes e faz a barba, sem ajuda
Utilizar a sanita	0 Dependente: incapaz de se instalar e de usar a sanita 5 - Necessita de alguma ajuda 10 - Independente: instala-se e usa a sanita, veste-se, limpa-se, sozinho
Continência intestinal	0 - Dependente: tem incontinência fecal 5 - Tem perda fecal ocasional (uma vez por semana); necessita de ajuda para aplicar enemas ou supositórios 10 - Independente: não tem perdas; é capaz de aplicar enemas ou supositórios
Continência vesical	0 - Dependente: tem incontinência; é incapaz de lidar com a algália 5 - Perda ocasional (uma vez por dia); necessita de ajuda com a algália 10 - Independente: não tem perdas; é capaz de lidar com a algália
Transferir-se (cama / cadeira/ cama)	0 - Dependente: é incapaz de se transferir; não se equilibra sentado 5 - Necessita de ajuda de uma ou duas pessoas. Equilibra-se sentado 10 - Consegue transferir-se com ajuda ligeira 15 - Independente: transfere-se sozinho; manobra sozinho a cadeira de rodas
Mobilizar-se	0 - Dependente: não caminha nem manobra a cadeira de rodas 5 - Desloca-se sozinho em cadeira de roda até 50 metros 10 - Pode caminhar 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão 15 - Independente: caminha sozinho (pode usar qualquer auxiliar de marcha)
Subir e descer escadas	0 - Dependente: incapaz de subir ou descer 5 - Necessita de ajuda física ou de supervisão para subir ou descer 10 - Independente: sobe e desce sozinho (pode usar qualquer apoio ou auxiliar de marcha)
TOTAL	100 pontos: Independente 76-99 pontos: Dependência Ligeira 51-75 pontos: Dependência Moderada 26-50 pontos: Dependência Grave 0-25 pontos: Dependência Total

Escala Medida de Independência Funcional (MIF)			
Função		Previamente	No momento
Autocuidados	A. Alimentação		
	B. Higiene Pessoal		
	C. Banho		
	D. Vestir metade superior		
	E. Vestir metade inferior		
	F. Utilização da Sanita		
Controlo dos esfínteres	G. Bexiga		
	H. Intestino		
Mobilidade Transferências	I. Leito, cadeira, Cadeira de Rodas		
	J. Sanita		
	K. Banheira/Duche		
Locomoção	L. Marcha, Cadeira de Rodas		
	M. Escadas		
Comunicação	N. Compreensão		
	O. Expressão		
Consciência do Mundo Exterior	P. Interação Social		
	Q. Resolução dos Problemas		
	R. Memória		
Total (max126-min 18) Dependência completa 18 pontos; Dependência modificada (assistência até 50% da tarefa) 19-60 pontos; Dependência modificada (assistência até 75% da tarefa) 61-103 pontos; Independência completa 104-126 pontos			
Níveis	Sem Ajuda		7- Independência Completamente Segura em tempo normal 6 - Independência modificada {
	Ajuda	Dependência Modificada	5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 - Ajuda moderada (indivíduo >= 50%)
		Dependência Completa	2 - Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 - Ajuda Total (indivíduo < 75%)

Escala de Lawton		
Função		Descrição
Utilização do telefone	1	Utiliza o telefone por iniciativa própria
	1	É capaz de marcar bem alguns números familiares
	1	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
	0	Não é capaz de usar o telefone
	0	
Fazer compras	1	Realiza todas as compras necessárias independentemente
	0	Realiza independentemente pequenas compras
	0	Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
	0	É totalmente incapaz de comprar
Preparação das refeições	1	Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
	0	Prepara adequadamente as refeições quando se fornecem os alimentos
	0	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
	0	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições
Tarefas domésticas	1	Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
	1	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
	1	Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
	0	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
	0	Não participa em nenhuma tarefa doméstica
Lavagem da roupa	1	Lava sozinho toda a sua roupa
	1	Lava sozinho pequenas peças de roupa
	0	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros
Utilização de meios de transporte	1	Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
	1	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
	1	Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
	0	Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
	0	Não viaja
Tomar a medicação	1	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
	0	Toma a medicação se a dose é preparada previamente
	0	Não é capaz de administrar a sua medicação
Responsabilidade de assuntos financeiros	1	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
	1	Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
	0	Incapaz de manusear o dinheiro
TOTAL		Interpretação dos resultados: Mulher: 8 Independente; 6-7 Dependência Ligeira; 4-5 Dependência Moderada; 2-3 Dependência Grave; 0-1 Dependência Total Homem: 5 Independente; 4 Dependência Ligeira; 2-3 Dependência Moderada; 1 Dependência Grave; 0 Dependência Total
Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC)		
	0	Não se percebe nenhuma contração
	1	Traço de contração, sem produção de movimento
	2	Contração fraca, produzindo movimento com eliminação da gravidade
	3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
	4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
	5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Classificação Funcional da Marcha de Holen		
Categoria	Descrição	
0 - Marcha Ineficaz	Não é capaz de caminhar; caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura	
1 – Marcha Dependente nível II	Necessita de grande ajuda constante de uma pessoa para andar e evitar quedas	
2 - Marcha Dependente nível I	Requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair em superfície plana; ajuda consistente em toque suave para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação	
3 - Marcha Dependente com supervisão	É capaz de andar de forma independente em superfície planas sem ajuda, mas para sua segurança requer supervisão de uma pessoa	
4 - Marcha Independente (superfície plana)	É capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer ajuda ou supervisão para superar escadas ou superfícies inclinadas	
5 - Marcha Independente	É capaz de andar independentemente do tipo de superfície	

Escala de Quedas de Morse		
Item		Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa	Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental	Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Escala de Risco de Úlcera de Braden		
Item	Classificação	Avaliação
Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	Completamente limitado Muito limitado Ligeiramente limitado Nenhuma limitação	1 2 3 4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	Constantemente húmida Muito húmida Ocasionalmente húmida Raramente húmida	1 2 3 4
Atividade Nível de atividade física	Acamado Sentado Anda ocasionalmente Anda frequentemente	1 2 3 4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Completamente imobilizado Muito limitado ligeiramente limitado Nenhuma limitação	1 2 3 4
Nutrição Alimentação habitual	Muito pobre Provavelmente inadequada Adequada Excelente	1 2 3 4
Fricção e Forças de Deslizamento Tensão exercida sobre a pele	Problema Problema potencial Nenhum Problema	1 2 3

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? 7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?

Escalas retiradas e adaptadas de Guia da Ordem dos Enfermeiros: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação 2016

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstruerecolhadadosenfereabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

**Apêndice I – Atividade Ensino Clínico na Unidade Hospitalar de Ortopedia –
Norma de Consulta de Enfermagem – Avaliação Inicial Pré-operatória de Ortopedia**



Serviço de Urgência Geral e Ortopedia

Consulta de Enfermagem – Avaliação Inicial Pré-operatória de Ortopneumatologia

Palavras Chave: Ortopneumatologia,

1. OBJETIVOS

- 1.1.** Padronizar a avaliação inicial do doente do foro Ortopneumatológico com a metodologia ISBAR;
- 1.2.** Padronizar Cuidados de enfermagem pré-operatória;
- 1.3.** Padronizar os Cuidados Pós-operatórios;
- 1.4.** Promover a Alta segura e precoce;
- 1.5.** Integrar a família/cuidador no processo de transição saúde/doença

2. ÂMBITO

- 2.1.** Enfermeiros EER do Serviço de Ortopedia
- 2.2.** Enfermeiros EER do serviço de Urgência Geral

3. TERMOS E SIGLAS

- a) RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- b) PCE Processo clínico eletrónico.
- c) DI – Documento de Identificação

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1.** Este procedimento aplica-se a todos os doentes que:
 - 4.1.1.** Estejam área ambulatória/SO de Ortopedia com indicação cirúrgica após episódio de trauma;
 - 4.1.2.** Sejam internados e/ou transferidos para o serviço de Ortopedia a aguardar cirurgia;
- 4.2.** Melhoria continua da qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas com Fratura;
- 4.3.** Promover a autonomia e a transição segura dos cuidados para o domicílio das pessoas com Fratura visando;
- 4.4.** Padronizar a avaliação inicial do doente do foro Ortopédico;
- 4.5.** Padronizar Cuidados de enfermagem pré-operatória;
- 4.6.** Padronizar os Cuidados Pós-operatórios;
- 4.7.** Promover a alta segura e precoce.
- 4.8.** Transição segura de cuidados para o domicílio;
- 4.9.** Capacitação da pessoa/família sobre o saúde/doença;
- 4.10.** Detecção precoce de situações com necessidade de referenciação para a RNCCI ou/e Risco Social;

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DO PROCEDIMENTO

- 5.1.** Triagem da Urgência com encaminhamento para o Balcão de Ortopedia;
- 5.2.** Diagnóstico de Fratura com indicação cirúrgica;
- 5.3.** Acolhimento do doente (entrega de folheto DI 0062);
 - 5.3.1.** Realizar Acolhimento no Serviço de Urgência/ Serviço de Internamento Ortopedia;
 - 5.3.2.** Identificar utente com pulseira;
 - 5.3.3.** Avaliação inicial de enfermagem de acordo com o PR.025/T.DE
 - a) Realizar colheita de dados, nomeadamente terapêutica de ambulatório; antecedentes pessoais;



- b) Verificar alergias e confirmar a presença da pulseira vermelha com indicação das mesmas;
- c) Registo de contato de familiar/cuidador de Referência;
- d) Preencher a Avaliação Inicial de Enfermagem e Avaliação Pré-operatória Ortotraumatológica.
 - d.1) Avaliação das escalas: (Morse, Braden, Barthel e Índice de Lawton-Brody);
- e) Efetuar a prescrição das intervenções e vigilâncias de enfermagem;
- g) Explicar procedimento operatório;
- h) Identificar pessoas com necessidade permanência hospitalar após alta clínica, a aguardar vaga em unidades de RNCCI com o intuito de reabilitação;
- i) Explicar intervenção da Enfermagem de Reabilitação com programa de RFM;
- h) Gerir com o Serviço Social necessidades identificadas;
- i) Notificar a Equipa de Gestão de Altas.

5.4. Preparação Pré-Operatória

- a) Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico pré-operatório (ECG, Raio-X e análises);
- b) Confirmar existência de consentimento informado assinado;
- c) Explicar Procedimentos pré-operatório;
- d) Informar e garantir jejum de 6-8 horas;
- e) Explicar a importância dos cuidados de higiene e conforto de acordo com o procedimento;
- f) Facultar folhetos informativos e facilitar a visualização de vídeos sobre a cirurgia proposta e o processo de reabilitação;
- g) Verificar a necessidade de sangue para tipagem se indicado;
- h) Disponibilizar para esclarecimento de dúvidas;
- j) Concluir a avaliação pré-operatória.

5.5. Antecipar cuidados pós-operatórios

- a) Realizar ensino sobre a importância do primeiro levante com supervisão do enfermeiro/a;
- b) Realizar ensinos sobre vestir e despir;
- c) Mobilização e posicionamentos no leito e técnicas de transferência
- d) Ensinar para prevenção de quedas (entrega de folheto DI 0361);
- e) Avaliar equilíbrio corporal, sentado e ortostático (enfermeiro de reabilitação);
- f) Executar técnicas de treino de equilíbrio (enfermeiro de reabilitação);
- g) Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha (enfermeiro de reabilitação);
- h) Treinar e andar com auxiliar de marcha (enfermeiro de reabilitação) (folheto DI 0051 ou DI 0048);
- i) Articulação com serviço Social para provimento de produtos de apoio e ajudas formais.
- j) Intervir no doente/familiar com vista ao melhor planeamento e preparação para a alta, realizando intervenções em áreas instrumentais;
- k) Reforçar e validar ensinos realizados ao utente;

5.6. Preparação Alta

Áreas de preparação e capacitação do cuidador:

- a) Higiene e Conforto;
- b) Vestir e Despir;



- c) Mobilizações;
- d) Levante e Transferências;
- e) Produtos de Apoio;
- f) Terapêutica (entrega de folheto DI 0070);
- g) Continuidade de Cuidados;
- h) Apoios Formais.

5.7. A capacitação do cuidador

- a) Avaliação do cuidador (aceitação, disponibilidade e capacidade);
- b) Informar a pessoa e família/cuidador sobre a situação após diagnóstico médico, explicando as situações previstas e os cuidados necessários no pós-operatório
- b) Implementação de intervenções educativas de enfermagem nas áreas acima identificadas em, pelo menos, três sessões de contacto (acolhimento e pós-operatório e alta);
- c) Identificar em caso de necessidade as opções de apoio na comunidade para dar a melhor resposta;
- d) Validação das intervenções educativas.

6. INDICADORES

Pessoas com Alta médica a aguardar resolução para integração em RNCCI ou Resposta Social;

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) BAEK, G. - Are We Prepared for Geriatric Orthopedics?. In Clinics in Orthopedic
- b) CUNHA, E. L. (2008). Enfermagem em Ortopedia. Lisboa: Lidel.
- c) Hertz K, Santy-Tomlinson J, editors. Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient [Internet]. Cham (CH): Springer; 2018. PMID: 31314236. Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto
- d) PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendação para Intervenção Terapêutica. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003.
- e) DI.0045/E.SCEXT/versão 02/22-02-2023/Cuidados a ter com Aparelhos Gessados/Talas
- f) H.F.F./Mod. 49/Serviço de Consulta Externa/fevereiro 2023
- g) PO.0076/E.ORTO - Atuação do serviço de Ortopedia do Hospital Fernando Fonseca
- h) PR.1169/E.ORTO - Preparação pré-operatória
- i) IMP.0478/T.SQS – Avaliação de Satisfação dos Utentes em Internamento
- j) Lei 35/2023, de 21 de julho- A nova Lei de Saúde Mental
- k) Folheto DI0051 – Fratura dos Membros Inferiores
- l) Folheto DI0041 – Guia de Acolhimento Serviço Ortopedia
- m) Folheto DI0361 – Prevenção de Quedas de Idosos no Domicílio
- n) Folheto DI0070 – Guia de administração de heparina baixo peso molecular
- o) Folheto DI 0048 – Prótese Total da Anca

8. ASSINATURAS

8.1. Aprovação

Enfermeira Chefe Ortopedia

Enfermeira Chefe Urgência

Diretor Clínico Ortopedia

8.2. Elaboração

Enfermeira Especialista em Reabilitação

Estudante Mestrado Enfermagem Reabilitação

Apêndice J – Atividades Ensino Clínico na Unidade Cérebro-Vascular -
Guia de Exercícios de Fortalecimento Muscular da Orofaringe – Mímica Facial

Guia de Exercícios de Fortalecimento Muscular da Orofaringe

Mímica Facial

Lisboa, 2024

Exercícios de Lábios

Junta os lábios para dar beijinhos e relaxa



Instrução:
• Junta os lábios como se fosse dar beijinhos;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Sorria, mostre os dentes e relaxa



Instrução:
• Sorria mostrando os dentes;
• Sinta o alongamento;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Abra a boca e relaxa



Instrução:
• Abra a boca
• Mantenha a boca aberta durante 3 segundos;
• Sinta o alongamento;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Exercícios de Lábios

Pressione os lábios com força e relaxa



Instrução:
• Coloque a boca;
• Pressione os lábios durante 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Sorria com os lábios juntos e relaxa



Instrução:
• Sorria com os lábios juntos;
• Sinta o alongamento;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Enrole o lábio superior, por cima do lábio inferior e relaxa



Instrução:
• Enrole o lábio superior por cima do lábio inferior;
• Pressione na direção do queixo;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Exercícios de Lábios

Enrole o lábio inferior por cima do lábio superior e relaxa



Instrução:
• Coloque o lábio inferior sobre o lábio superior;
• Pressione na direção do nariz;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Enrole o lábio inferior sobre o queixo e relaxa



Instrução:
• Enrole o lábio inferior na direção do queixo;
• Sinta o alongamento;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Sorria as bochechas com ar e relaxa



Instrução:
• Feche a boca e faça pressão nos lábios;
• Enche as bochechas com ar;
• Sinta o alongamento;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Exercícios de Língua

Reproduza o som "B" e "C" e relaxa



Instrução:
• Alternadamente combine dois movimentos;
• Coloque a ponta da língua atrás dos dentes de frente e faça o som "B";
• A coloque a ponta posterior da língua, a bochecha e palato e faça o som "C";
• Repita o movimento combinado 3 vezes e relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Ponta da língua junto aos dentes e relaxa



Instrução:
• Abra a boca;
• Coloque a ponta da língua junto aos dentes;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Língua para fora e para baixo e depois relaxa



Instrução:
• Abra boca;
• Coloque a língua para fora e para baixo na direção do queixo;
• Sinta o alongamento;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Exercícios de Língua

Língua para cima, para baixo e relaxa



Instrução:
• Alternadamente combine dois movimentos;
• Coloque a língua para fora e para cima na direção do nariz;
• Coloque a língua para fora e para baixo na direção do queixo;
• Repita o movimento combinado 3 vezes e relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Mova a língua para a esquerda, para a direita e relaxa



Instrução:
• Alternadamente, vai combinar dois movimentos;
• Coloque a língua para fora e deslize até ao canto da boca à direita;
• Deslize a língua até ao canto da boca à esquerda;
• Mantenha por 3 segundos;
• Repetir o movimento combinado 3 vezes e relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Toque com a língua na bochecha esquerda, direita e relaxa



Instrução:
• Alternadamente, vai combinar dois movimentos;
• Com a língua dentro da boca tocar na bochecha esquerda;
• Mantenha por 3 segundos;
• Com a língua dentro da boca tocar na bochecha direita;
• Mantenha por 3 segundos;
• Repetir o movimento combinado 3 vezes e relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Exercícios de Língua

Toque com a língua nas bochechas, pressione com o dedo e relaxa



Instrução:
• Alternadamente combine dois movimentos;
• Toque com a ponta da língua na bochecha esquerda e pressionar com o dedo durante 3 segundos;
• Toque com a ponta da língua na bochecha direita e pressionar com o dedo durante 3 segundos;
• Repita o movimento combinado 3 vezes e relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Movimente a língua em círculo na parte interior dos lábios e relaxa



Instrução:
• Com a boca fechada, movimente a língua em círculo na porção interior dos lábios;
• Repita o movimento na direção inversa;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Movimente a língua em círculo na parte exterior dos lábios e relaxa



Instrução:
• Com a boca aberta, movimente a língua em círculo na porção exterior dos lábios;
• Repita o movimento na direção inversa;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Exercícios de Bochechas

Encha as bochechas com ar e relaxa



Instrução:
• Encha as bochechas com ar;
• Sinta o alongamento;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Encha a bochecha direita com ar, movimente e ar para a bochecha esquerda e relaxa



Instrução:
• Alternadamente, vai combinar dois movimentos;
• Encha a bochecha direita com ar;
• Sem abrir a boca, movimente o ar para a bochecha esquerda;
• Repita o movimento combinado 3 vezes;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Toque a bochecha para dentro e relaxa



Instrução:
• Sugue as bochechas para dentro;
• Mantenha por 3 segundos;
• Sorria;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Exercícios do Palato Mole

Bocexe e relaxa



Instrução:
• Faça um bocexe exagerado;
• Mantenha por 3 segundos;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Reproduza o som "Ca" e relaxa



Instrução:
• Coloque a parte posterior da língua junto ao palato;
• Reproduza o som "Ca" repetido 3 vezes;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

Engula rapidamente com a boca aberta e relaxa



Instrução:
• Faça uma deglutição exagerada/forçada com a boca aberta;
• Repita 3 vezes;
• Relaxa
A Repetir entre 5 a 10 vezes.

**Apêndice K – Atividade Ensino Clínico na Unidade Cérebro-Vascular - Plano de Negócio
para Aquisição do programa Anditec**

PLANO DE NEGÓCIO PARA AQUISIÇÃO DO PROGRAMA ANDITEC				
<u>Parcerias Chave</u> Pessoa com AVC; Pessoa com comunicação comprometida	<u>Atividades Chave</u> Fazer uma formação de utilização do programa	<u>Proposta de Valor</u> Estabelecer comunicação e relações interpessoais eficazes ao longo da prestação de cuidados de saúde; Cuidados personalizados e face às necessidades de cada pessoa/família	<u>Relacionamento</u> Demonstração do programa durante o turno	<u>Segmento de Clientes</u> Enfermeiros da UCV, pessoas com AVC e sua família, outros serviços da ULS e comunidade
	<u>Recursos Chave</u> - Recurso humanos; - Recursos tecnológicos ✓ Sistema operativo Windows 10/11; ✓ Ecrã tátil; ✓ Processador 1.4 GHz dual- core ✓ Memória RAM: 4 GB (mínimo)		<u>Canais</u> Internet PC ou Tablet	
<u>Estrutura de Custos</u> Programa com funções disponíveis gratuitas, e com opção premium com anuidade de 180€			<u>Fontes de receita</u> Fornecedores, SNS, Protocolo com Altice, Protocolo da ULS	

Apêndice L – Atividades Ensino Clínico UCC – Folheto I Controle Respiratório – Exercícios

O controlo respiratório pode ajudá-lo a conseguir uma respiração eficaz e a aliviar os sintomas de falta de ar.

Recomendações:

- ✓ Beber 1,5l de água por dia;
- ✓ Fazer os exercícios todos os dias mesmo que se sinta melhor;
- ✓ Cumprir a terapêutica

Sinais de Alerta:

- Sensação de falta de ar / cansaço que não diminui com posições de relaxamento nem com controlo respiratório;
- Tosse e Expetoração com alteração da cor;

Se sentir alterações, deve:

- Colocar-se em posição de "cocheiro" (sentado com o tronco inclinado para a frente);
- Utilizar a medicação SOS;
- Utilizar os serviços de saúde ou 112

Realizado por: Sara Fernandes
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação,
Escola Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa

Orientação: EnFP Especialista Sissi Martins

1. Ribeiro, H. M. A. (2011). *Exercícios de Respiração*. Lisboa: Cruz Vermelha Portuguesa, Lda.



Controlo Respiratório



Controle a sua
Respiração,
e controlará tudo
o resto na vida!

Queijas, 2024

Exercícios de Controlo Respiratório¹

Antes de realizar os exercícios de controlo respiratório deve avaliar o seu cansaço.

Não esquecer as pausas durante os exercícios.

Assuma uma posição de conforto e faça intervalos de relaxamento.

1. Respiração abdomino-diafragmática



2. Respiração controlada



3. Rotação da cabeça



4. Rotação dos ombros



5. Espirometria de Incentivo



Apêndice M – Atividade Ensino Clínico na UCC – Plano de Sessão da Atividade na IPSS

Plano de Sessão

”Movimento para Todos”



Projeto de Intervenção Social - IPSS

Participantes: Pessoas inscritas no Centro de dia: que sejam capazes de se mobilizar até à sala multifuncional (a pé, com material de apoio: andarilho, bengala, tripe ou canadiana; cadeira de rodas)					
Formadores: Enfermeiras da UCC Cuidar +					
Local: Sala Multifuncional do Centro de Dia			Data/Hora: Manhã de Terças-Feiras de Junho		
Material: Cadeiras, Palhinhas com fitinhas, dispositivo de música			Metodologia: Expositiva/Demonstrativa		
Objetivo Geral: Estimular a mobilização de todos os segmentos articulares com consciencialização da respiração e relaxamento.					
Objetivo Específico: Desenvolver uma sessão de educação para a saúde para a promoção do envelhecimento ativo; Implementar a sessão desenvolvida.					
Descrição: Realizar 2 sessões com cerca de 40 minutos (dividido em 3 partes: movimento musculo-articulares, movimentos respiratórios, relaxamento), com 10 participante cada. Os exercícios planeados serão adaptados a cada participante segundo as suas limitações físicas e cognitivas, estimulando a participação de todos.					
Etapas/fases	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentar formadores, projeto e objetivos da sessão	• Tema da sessão • Materiais a usar • Objetivos e adaptações	Expositivo	Apresentação Expositiva Oral	2 min
Desenvolvimento	Realizar Aquecimento, Movimentos e Relaxamento	Seguir <u>Descrição de Sessão</u> em Anexo	Expositivo Demonstrativo	Apresentação Expositiva Oral e Demonstrativa	30 min
Conclusão	Concluir a sessão	Finalizar a sessão do movimento	Expositivo	Apresentação Expositiva Oral	3 min
Avaliação	Partilha de sentimentos e sugestões de melhoria	• Questões; • Sugestões de melhoria; • Momento de partilha	Expositivo	Apresentação Expositiva Oral	5 min

Descrição da Sessão

Desenvolvimento	Duração	Global	Exercícios		Material
	5 min	Aquecimento	Sentar confortavelmente na cadeira de forma a ver o formador e a demonstração dos exercícios; respirar e ter consciência do corpo e dos limites, esticando os braços para o lado e para a frente.		Cadeiras, dispositivo de música
	20 min	Parte Principal	Movimento Musculo-articulares:	1. Mobilização dos segmentos dedos, mão e punho (contar dedos, abrir e fechar mãos, fazer adeus e comer sopa) 2. Mobilização cotovelo e braços (esticar dobrar, pentear o cabelo) 3. Mobilização cabeça (fazer sim/não) 4. Mobilização da anca (rodar sentado no próprio eixo, nos dois sentidos) 5. Mobilização membros inferiores (posição de sentado levantar os joelhos alternados, apertar os joelhos, afastar alternadamente as pernas para o lado e voltar ao centro) 6. Mobilização dos Pés (virar dentro/fora, pontinhas dos pés, marchar sentado) 7. Mobilização Global (posição de Pé apoiando as mãos na cadeira: desviar membro alternadamente esquerda/direita; ficar em pontinhas dos pés, alongar colocado membro para trás)	Cadeiras, Palhinhas com fitinhas, dispositivo de música
			Movimentos Respiratórios	8. Consciencialização dos tempos respiratórios (inspirar pelo nariz e expirar pela boca) 9. Dissociação da Respiração (inspirar 1seg e expirar 3seg, com a palhinha com fitinhas garantir a expiração e coordenação de movimentos respiratórios) 10. Reeducação costal inferior seletiva (inspirar 1seg levantando o membro superior com a palhinha, expirar em 3seg baixando em 3seg o membro até posição de conforto) 11. Exercícios de reeducação diafragmática (inspirar 1seg levando abrindo o membro superior com a palhinha, expirar em 3seg e fechando o braço para dar um auto-abraço)	
			Técnica de Relaxamento	12. Fechar os olhos e ouvir a música 13. Respirar e ouvir a respiração do próprio, sentir os pulmões a encher 14. Sentir a música e imaginar o sítio onde gostaria de estar (recordação ou desejo) 15. Sentir os cheiros/o sabor, sentir a sensação térmica, 16. Ficar a viver aquele momento 30seg 17. Voltar ao agora e sentir 1 de cada vez: os dedos, as mãos, os braços, as pernas, os pés, a cabeça, a respiração) 18. Lentamente abrir os olhos.	
	5 min	Alongamento e Relaxamento	Após o momento de relaxamento, dar tempo às pessoas para voltarem a abrir os olhos, localizar-se e respirar. Abrir os braços e esticar (espreguiçar) e por fim abanar o corpo para relaxar.		Cadeiras, dispositivo de música

Referência Bibliográficas:

- Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória [Internet]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2018.
- IEPF – Instituto de Emprego e Formação Profissional. Planificação da Formação -Manual de Formação – Um guia para formadores iniciantes e experientes, 1.ª ed. Lisboa: Editor Formação; 2021. 54p

**Apêndice N – Atividade Ensino Clínico na UCC – Folhetos Dinâmicos com tema:
(Exercícios Respiratórios, Limpeza das Vias Aéreas e Inaloterapia)**

O controlo respiratório pode ajudá-lo a conseguir uma respiração eficaz e a aliviar os sintomas de falta de ar:

Recomendações:

- Beber 1,5l de água por dia;
- Cumprir a terapêutica;
- Fazer os exercícios todos os dias (mesmo que se sinta melhor);

Deve parar se sentir:

- Sensação de falta de ar/cansaço que não diminui com posições de relaxamento nem controlo ventilatório;
- Tosse e expectoração com alteração da cor.

Se sentir alterações deve:

- ⇒ Colocar-se em posição de "cocheiro" (sentado com o tronco inclinado para a frente);
- ⇒ Fazer a medicação SOS;
- ⇒ Utilizar os serviços de saúde ou 112

Unidade de Farmácia de Referência
Estágio de Farmácia de Referência no Galardo de Qualidade
L2C Galard

Realizado Por: Sora Fernandes
Sub-Coordenação
EER São Martinho (ALSLD - Galard)
Professora Isabel Lages (ESSOP)

Referência Bibliográfica: Ribeiro, C. (2019). Manual de Exercícios de Respiração. Lisboa: Cuidar+.



Exercícios Respiratórios

Controlo Ventilatório

Queijas, 2024

Exercícios Respiratórios com Controlo Ventilatório

Antes de realizar os exercícios de controlo respiratório deve avaliar o seu cansaço.

Não esquecer as pausas durante os exercícios.

Assuma uma posição de conforto e faça intervalos de relaxamento.

Controle a sua Respiração, e controlará tudo o resto na vida!

1. Consciencialização da Respiração



2. Respiração Controlada



3. Controlo Ventilatório como rotação



4. Relaxamento



5. Reeducação Costal Global



3. Espirometria de Incentivo



O controlo respiratório pode ajudá-lo a conseguir uma respiração eficaz e a aliviar os sintomas de falta de ar.

Recomendações:

- Beber 1,5L de água por dia;
- Cumprir a terapêutica;
- Fazer os exercícios todos os dias (mesmo que se sinta melhor);

Deve parar se sentir:

- Sensação de falta de ar/cansaço que não diminui com posições de relaxamento nem controlo ventilatório;
- Tosse e expectoração com alteração da cor.

Se sentir alterações deve:

- ⇒ Colocar-se em posição de "cocheiro" (sentado com o tronco inclinado para a frente);
- ⇒ Fazer a medicação SOS;
- ⇒ Utilizar os serviços de saúde ou 112

Metodologia em Parceria com a Fundação
da Qualidade em Saúde e Qualidade em Saúde
LTC+Care

Realizado por: Sara Fernandes
Sara Fernandes
OEF (OEF) - Cuidar+
Professora Isabel Lucas (OEF/COP)

Resumo de Atividades: Atividades de Saúde e Qualidade em Saúde
Resumo de Atividades: Atividades de Saúde e Qualidade em Saúde

ESS
LIBROA

ESS
LIBROA

ESS
LIBROA

ESS
LIBROA



ESS
LIBROA

ESS
LIBROA

ESS
LIBROA

Limpeza das Vias Aéreas

Mobilização de Secreções

Queijas, 2024

Exercícios para Limpeza das Vias Aéreas

Antes de realizar os exercícios de controlo respiratório deve avaliar o seu cansaço.

Não esquecer as pausas durante os exercícios.

Assuma uma posição de conforto e faça intervalos de relaxamento.

1. Reeducação Diafragmática



2. Reeducação Costal Global e Diafragmática



3. Expansão Torácica Global



4. Abertura Costal Global



5. Tosse Dirigida



6. Espirometria de Incentivo



Elimine as Secreções e Respire Livremente!

O controle respiratório pode ajudá-lo a conseguir uma respiração eficaz e a aliviar os sintomas de falta de ar.

Recomendações:

- Beber 1,5l de água por dia;
- Cumprir a terapêutica

Deve parar se sentir:

- Sensação de falta de ar/cansaço que não diminui com posições de relaxamento nem controlo ventilatório;
- Tosse e expectoração com alteração da cor.

Se sentir alterações deve:

- ⇒ Colocar-se em posição de "cocheiro" (sentado com o tronco inclinado para a frente);
- ⇒ Fazer a medicação SOS;
- ⇒ Utilizar os serviços de saúde ou 112

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)

Intervenção em Emergência Respiratória

Terça-feira, 20 de Maio de 2024, às 10h00

Realizado por: Sónia Fernandes

Téc. Orientação

2024, 10h00 - 10h15 (15min)

Profissionais: Sónia Fernandes (2024007)



Inaloterapia

Inalador Pressurizado
Câmara Expansora
com Bocal/Máscara

Queijas, 2024

Inaloterapia

Inalador Pressurizado



Coloque-se numa posição de conforto e retire a tampa do inalador.



Segure com o dedo polegar e indicador em posição de "L" e agite.



Expire pela boca lentamente o máximo que consiga (soprar).



Coloque o inalador na boca, pressione e inspire pela boca suavemente (3 a 5 segundos).



Retire o inalador da boca sustentando a respiração durante 10 segundos.



Expire lentamente pela boca (sopre).

Elimine os Secreções e Respire Lamentavelmente

Se tiver de fazer mais inalações, deve esperar 30 a 60 segundos e repetir os mesmos passos.

Inaloterapia

Câmara Expansora com Máscara



Retire a tampa do inalador e da câmara expansora e encaixe máscara.



Encaixe o inalador na câmara em posição de "L".



Expire pela boca lentamente o máximo que consiga (soprar).



Pressione o inalador e inspire pela boca profundamente através da máscara.



Mantenha a máscara nesta posição e faça 5/6 ciclos respiratórios (inspirar e expirar pela boca).



Expire lentamente pela boca (sopre).

Se tiver de fazer mais inalações, deve esperar 30 a 60 segundos e repetir os mesmos passos.

Inaloterapia

Câmara Expansora com Bocal

Faça o ponto 1 e 2 do inalador pressurizado.



Retire a tampa do inalador e da câmara expansora.



Encaixe o inalador na câmara em posição de "L".



Expire pela boca lentamente o máximo que consiga (soprar).



Pressione o inalador e inspire pela boca profundamente através do bocal da câmara.



Mantenha a câmara nesta posição fazendo 5/6 ciclos respiratórios (inspirar e expirar pela boca).



Expire lentamente pela boca (sopre).

Se tiver de fazer mais inalações, deve esperar 30 a 60 segundos e repetir os mesmos passos.

Inaloterapia

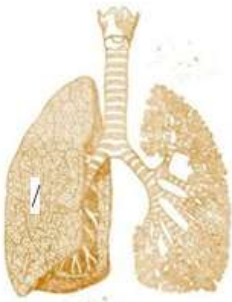
Recomendações:

- Limpar o bocal da câmara expansora e/ou Inalador após utilização.
- Enxague a sua boca com água depois de ter utilizado Inaladores, não engolir.
- A câmara expansora é uma de extensão do inalador, permitindo a administração de fármacos diretamente nas vias aéreas. A sua eficácia no tratamento depende da correta utilização.

Semanalmente deve:

- Desmontar todas as peças da câmara expansora;
- Colocá-las num recipiente com água morna e detergente líquido da loiça, durante 15 minutos;
- Passá-las por água limpa fria;
- Agitar para remover o excesso de água sem esfregar;
- Deixar secar em ar ambiente, em posição vertical;
- Juntar as peças quando estiverem completamente secas. Substituir a câmara anualmente ou sempre que necessário.

Apêndice O – Atividade Ensino Clínico na UCC – Página Digital dos Ensinos: Exercícios Respiratórios, Limpeza das Vias Aéreas e Inaloterapia



REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Respire melhor para viver melhor!

Faça da Respiração um movimento consciente, com exercícios curtos e fáceis na sua rotina diária



A importância de Respirar

A reabilitação respiratória está indicada para o tratamento de doenças pulmonares crônicas ou após eventos agudos, que comprometam a sua função pulmonar. Contribui para melhorar o padrão respiratório e aumentar a capacidade de executar exercícios, de forma a melhorar a autonomia e a qualidade de vida, o que permite que regresse à sua capacidade pulmonar funcional mais elevada possível. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação realizam intervenções de forma a melhorar o padrão respiratório e aumentar a tolerância ao esforço para a realização das atividades de vida diária, de forma a diminuir as agudizações e melhorar a tolerância ao esforço.



Temas

- Exercícios Respiratórios
- Exercícios para Eliminação de Secreções
- Inaloterapia

Fulltime Print
Video Intercaptação
Fulltime Digital



Exercícios Respiratórios

Controlo Ventilatório

Nas doenças respiratórias existe uma alteração muscular-esquelética que diminui a capacidade de realizar respirações profundas e com menor capacidade para suportar esforços. Estes exercícios permitem melhorar a expandibilidade torácica, e o controlo da sua respiração.

Fulltime Print
Video Intercaptação
Fulltime Digital



Exercícios para Eliminação de Secreções

Estes exercícios permitem melhorar a sua higiene brônquica, principalmente se sentir que tem dificuldade respiratória por presença de secreções, mas com dificuldade em expectorar.

Fulltime Print
Video Intercaptação
Fulltime Digital



Inaloterapia

O tratamento pela inaloterapia está indicado a prevenção, e demonstra-se eficaz no tratamento de doenças respiratórias, uma vez que atua rapidamente no local da origem do problema, as pulmões. Neste sentido, é necessário executar a técnica da inalação dos dispositivos corretamente para que o tratamento seja eficaz. Neste apartado fica exemplificado o uso de inalador pressurizado, o uso de câmara expiratória pelo bucal e pela máscara facial.

Fulltime Print
Video Intercaptação
Fulltime Digital

Cuidados

Antes de realizar os exercícios deve avaliar o seu cansaço. Não esquecer as pausas durante os exercícios. Assuma uma posição de conforto e faça intervalos de relaxamento.

Deve parar se sentir:

- *Sensação de falta de ar/cansaço que não diminui com posições de relaxamento nem controlo ventilatório;
- *Tosse e expectoração com alteração da cor.

Se sentir alterações deve:

- Colocar-se em posição de "cocheteiro" (sentado com o tronco inclinado para a frente);
- Fazer a medicação SOS;
- Utilizar os serviços de saúde ou 112

Realizado

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CAPACITAÇÃO DA PESSOA/FAMÍLIA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA OBSTRUTIVA CRÓNICA: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

Instituto de Saúde
Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados na Comunidade
ISEC-Gulmar

Realizado por: Inês Fernandes
Téc. Supervisionada
EEN São Martinho (ISEC-Gulmar)
Professora Isabel Lucas (ISEC-VCP)

SSS
Cuidar+

E-mail: reabilita.enfermagem@gmail.com

Código de Leitura:



Apêndice P – Atividade Ensino Clínico na UCC – Grelha de Avaliação da Capacitação da Pessoa e da Família

Programa de reabilitação respiratória para o domicílio

Objetivo Geral:

- Compreender se os ensinamentos realizados pelo EEER contribuem, na perspetiva da pessoa e/ou família, para a sua capacitação no cuidado à pessoa com DROC.

Objetivos Específicos:

- Descrever a perceção da pessoa com DROC e da sua família sobre os ensinamentos realizados pelo EEER;
- Analisar as dificuldades sentidas pela pessoa/família em realizar o cuidado alvo de ensino do programa RFR;
- Analisar o contributo dos ensinamentos à pessoa e família.

Identificação	
Pessoa:	Familiar:

Grelha de Observação - Avaliar														
Folheto	Avaliação	Técnica	1º Avaliação						2º Avaliação					
			Pessoa			Familiar			Pessoa			Familiar		
			CD	NR	CND	CD	NR	CND	CD	NR	CND	CD	NR	CND
Técnica Inaloterapia	Avaliar aprendizagem de habilidade técnica de Inaloterapia	Preparação do medicamento												
		Expiração antes da inalação												
		Inspiração profunda para inalação												
		Apneia após inalação												
Exercícios de Expansão Pulmonar	Avaliar aprendizagem de habilidade técnicas Respiratórias	Posição de descanso e relaxamento												
		Dissociação tempos respiratórios												
		Controle tempo expiratório												
		Exercícios de respiração abdominal												
Exercícios para Eliminação de Secreções	Avaliar aprendizagem de habilidade técnica de Mobilização Secreções/Tosse	Tosse Controlada												
		Tosse eficaz												
		Mobiliza Secreções (expelir/ engolir)												

Legenda:

CD – Conhecimento Demonstrado; **NR** – Necessita de Reforço; **CND** – Conhecimento não Demonstrado

Questionário de Dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)		
Assinale com X o que descreve a sensação de falta de ar		
Grau 1	Sem problemas de falta de ar expeto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício intenso".	
Grau 2	Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado"	
Grau 3	Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal"	
Grau 4	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos"	
Grau 5	Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. "Estou sem fôlego para sair de casa"	

Apêndice Q – Resumo da ScR – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção da Obstipação na Pessoa Adulta Hospitalizada – Protocolo *Scoping Review*

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

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

Scoping Review Protocol

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

RESUMO

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

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

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

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

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

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

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