



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

Relatório de Estágio

**Enfermagem de Reabilitação na promoção
do processo de descanulação à pessoa com
ostomia respiratória**

Inês Margarida Oliveira Agostinho



**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**Enfermagem de Reabilitação na promoção
do processo de descanulação à pessoa com
ostomia respiratória**

Inês Margarida Oliveira Agostinho

Orientador: Professora Cristina Maria da Silva Saraiva

Lisboa

2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”

Fernando Pessoa (1946)

Agradecimentos

A todos os que caminharam ao meu lado permitindo alcançar esta etapa na minha
jornada de busca pelo conhecimento.

Um obrigada a TODOS!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AP – Auscultação Pulmonar

APELA – Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica

ARN – *Association of Rehabilitation Nurses*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DD – Descritores de Dublin

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

OAF – Oxigenoterapia de Alto Fluxo

OC – Orientadora Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TQT – Traqueostomia

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UMD – Unidade Médica Diferenciada

VD – Visita Domiciliária

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

Cada vez mais é importante melhorar o conhecimento com base na evidência e desenvolver competências no cuidar em enfermagem. Assim, partindo desta crescente necessidade é fundamental o enfermeiro especializar-se e diferenciar-se de modo a alcançar a excelência de cuidados em diferentes áreas do saber. No âmbito da especialização de Enfermagem de Reabilitação, indo de encontro a uma das áreas de investigação prioritárias, surge a problemática da promoção da descanulação da pessoa com ostomia respiratória.

Ainda existem poucos dados relativamente à prevalência de realização de ostomias respiratórias a nível mundial e nacional. Com o decorrer desta pandemia mundial, COVID-19, o número de utentes críticos aumentou, havendo uma sobrecarga a nível de internamento hospitalar devido ao uso prolongado da ventilação mecânica. Estima-se um aumento na realização de traqueostomias para promover a recuperação dos utentes e transferi-los para fora das Unidades de Cuidados Intensivos. Assim, para se efetivar altas precoces é necessário a presença de uma equipa multidisciplinar que contemple um Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação de forma a implementar um programa de reeducação funcional respiratória que promova o processo de descanulação de ostomias respiratórias.

Da metodologia utilizada, revisão narrativa da literatura, partiu a questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que promovem o processo de descanulação de ostomias respiratórias? Para nortear este trabalho foi escolhido o Modelo Teórico de Virgínia Henderson, na medida em que a pessoa com ostomia respiratória é um todo com necessidades fundamentais, a enfermagem de reabilitação visa restaurar a sua saúde, proporcionando uma descanulação mais célere, recuperando a sua independência, o mais rápido possível.

Este relatório tem como objetivo analisar criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e que contribuíram para concretizar os objetivos previamente propostos, através da descrição e análise do percurso desenvolvido com a finalidade de desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e de grau de Mestre.

Palavras-chave: descanulação, ostomia respiratória, traqueostomia, Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

It is increasingly important to improve evidence-based knowledge and develop skills in nursing care. Thus, based on this growing need, it is essential for nurses to specialise and differentiate so as to achieve excellence of care in different areas of knowledge. Within the scope of the Rehabilitation Nursing specialisation, and in line with one of the priority areas of research, the issue of promoting resting in patients with respiratory ostomy emerges.

There is still little data on the prevalence of respiratory ostomies worldwide and nationally. With the global pandemic, COVID-19, the number of critically ill patients has increased, leading to an overload of hospital stays due to the prolonged use of mechanical ventilation. An increase is estimated in the performance of tracheostomies to promote the recovery of patients and transfer them out of Intensive Care Units. Thus, early discharge requires the presence of a multidisciplinary team including a Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in order to implement a respiratory functional rehabilitation programme that promotes the decannulation process of respiratory ostomies.

The methodology used, a narrative literature review, was based on the following research question: Which rehabilitation nursing interventions promote the decannulation process of respiratory ostomies? Virginia Henderson's Theoretical Model was chosen to guide this work. Since the person with a respiratory ostomy is a whole person with basic needs, rehabilitation nursing aims at restoring health, providing a faster decannulation, recovering his/her independence as quickly as possible.

This report aims to critically analyse the activities developed throughout the internship and which contributed to achieving the previously proposed objectives, through the description and analysis of the course developed with the purpose of developing common and specific skills of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and the Master's degree.

Keywords: decannulation, weaning, tracheostomy, pulmonary rehabilitation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: MOBILIZAÇÃO DE SABERES	21
1. Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, baseada nos princípios éticos e deontológicos	23
2. Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar, conhecer a dinâmica, funcionamento e organização dos locais de estágio, de forma a conseguir contributos para a prática profissional	25
3. Identificar as competências e intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da equipa multidisciplinar, otimizando as capacidades funcionais da pessoa com necessidades especiais a nível cardiorrespiratório, sensoriomotor cognitivo, motor, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e no processo para a descanulação da pessoa com ostomia respiratória	28
4. Colaborar na conceção, operacionalização, estruturação e avaliação de projetos institucionais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, na área da Enfermagem de Reabilitação, nos diferentes contextos	32
5. Desenvolver programas de intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, de acordo com as necessidades existentes, na área da reabilitação respiratória, promovendo a descanulação da pessoa com ostomia respiratória	37
6. Identificar as necessidades da pessoa com necessidades especiais, para a maximização da sua funcionalidade a nível cardiorrespiratório, sensoriomotor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	40
7. Elaborar planos de cuidados especializados, de acordo com as necessidades de reabilitação identificadas, junto da pessoa com necessidades especiais a nível sensoriomotor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	42
8. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação na promoção da maximização da capacidade funcional e da independência da pessoa com necessidades especiais, de forma a satisfazer as suas necessidades humanas básicas diárias	44
9. Avaliar os resultados das intervenções implementadas, junto da pessoa com necessidades especiais, nos diferentes contextos, de forma a contribuir para a continuidade aos cuidados prestados	47

10. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos, na área da Enfermagem de Reabilitação, que visem a promoção da independência da pessoa com necessidades especiais, nos diferentes contextos e em particular, relacionados com a descanulação da pessoa com ostomia respiratória	49
11. Desenvolver uma prática reflexiva no âmbito da Enfermagem de Reabilitação visando o autoconhecimento, assertividade e segurança na prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais e perante a equipa multidisciplinar	51
CAPÍTULO II. AVALIAÇÃO DA TRAJETÓRIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	53
CAPÍTULO III. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Trabalho de Projeto	
Apêndice 2 – Caracterização da Equipa de Cuidados Continuados Integrados	
Apêndice 3 – Caracterização do Serviço de Medicina-COVID – uma realidade atual	
Apêndice 4 – Exercícios de Estimulação Cognitiva	
Apêndice 5 – Início da Elaboração do Protocolo de descanulação de ostomia respiratória	
Apêndice 6 – Apresentação do “Protocolo de descanulação de ostomias respiratórias – Aplicação do pré-teste”	

INTRODUÇÃO

A profissão de Enfermagem está diretamente relacionada com o conceito de “**cuidar**”. Coliére (1989) define cuidar como “*garantir a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis ao dia, mas que são diversificadas na sua manifestação*” (p. 28). Devido à constante mudança das necessidades de cuidados de saúde da população, “o processo de cuidar, (...) coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p. 16). Assim, é essencial os enfermeiros desenvolverem competências na arte do cuidar, o que se traduz numa necessidade de formação atualizada e contínua para uma maior profissionalização dos cuidados em enfermagem.

Perante maior importância e exigência técnica e científica, os enfermeiros especializam-se e diferenciam-se, desenvolvendo um elevado nível de competências. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019) define que o “(...) *enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)*” (Regulamento nº140/2019, p.4744).

A especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ER) é uma especialidade multidisciplinar que “*cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.*” (Regulamento nº392/2019, p. 8658). Assim, de acordo com o regulamento supracitado, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) “*visa o diagnóstico precoce (...) proporciona intervenções terapêuticas*” que proporcionam “*manter e recuperar a independência nas atividades de vida*”. Para isso, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais ou potenciais das pessoas. (...) no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade” (p. 8658), promovendo qualidade de vida.

De acordo com Freitas (2017) “*a Enfermagem de Reabilitação constitui uma forma particular de cuidar em enfermagem.*” (p.1). Para Hoeman (2011), o EEER tem como função “gerir situações de saúde complexas, intervir ao longo do ciclo de vida, aperfeiçoar as competências para melhorar os resultados do utente, estabelecer

parcerias com utentes e comunidades, coordenar planos de cuidados interdisciplinares e ir ao encontro dos desafios globais de saúde” (p.12) Assim, o EEER é um pilar estruturante no seio da equipa multidisciplinar inserindo-se “numa cultura comum à missão de reabilitação e à ação de cuidar, cuja constante é a preocupação em respeitar as identidades específicas.” (Hesbeen, 2001, p. 71).

De acordo com a *Association of Rehabilitation Nurses* (ARN, s.d.) o EEER baseia a sua prática de cuidados, através de uma abordagem holística, gerindo situações complexas, colaborando com outros especialistas, educando e empoderando continuamente utentes/familiares, definindo objetivos com vista à sua máxima independência e elaborando planos de cuidados de forma a manter o máximo bem-estar. Perante o anteriormente exposto, pode-se afirmar que “a Enfermagem de Reabilitação é uma filosofia de cuidados, não um contexto de cuidados ou uma fase de tratamentos.” (ARN, s.d., p.2)

Este relatório surge inserido no plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no sentido de preencher as minhas necessidades crescentes de conhecimento, desenvolvimento de competências e de especialização no cuidar em Enfermagem. A escolha de concretizar um percurso de aquisição de competências em enfermagem de Reabilitação residiu na minha observação diária relativamente a todo o trabalho desempenhado e dedicação dos EEER do serviço em que desempenho funções.

Inicialmente, a escolha do projeto teve em consideração as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória” (OE, 2015, p.4), identificadas como uma das áreas de investigação prioritárias para a especialidade de ER. Assim, considerando as competências do EEER, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos nesta área específica também pelo impacto positivo que experiencio, diariamente, da presença do EEER e por instigar o meu interesse pessoal, desafiando-me ao sair da minha zona de conforto, utente do foro neurológico, e estudar esta temática no utente do foro respiratório. Frequentemente na minha prática diária observo os ganhos dos utentes com ostomias respiratórias na presença de um EEER, pois a ostomia respiratória acarreta limitações à pessoa/família não só a nível fisiológico como social e conseqüentemente a menor grau de independência.

Tendo como ponto de partida o anteriormente exposto e também devido a ser uma temática pouco estudada, elaborei no 2º semestre, da Unidade Curricular Opção II – Projeto, um projeto intitulado “**Enfermagem de Reabilitação na promoção do**

processo de descanulação à pessoa com ostomia respiratória”, na procura de novos conhecimentos para a prática clínica. Após a realização deste projeto tive a oportunidade de implementá-lo, nos dois contextos de estágio, no terceiro semestre.

Este relatório tem como objetivo analisar criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e que contribuíram para concretizar os objetivos previamente propostos no projeto. Através da descrição e análise do percurso prático desenvolvido tem, assim, como finalidade adquirir competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER, definidas pela OE, bem como obter competências para o grau de Mestre, através dos Descritores de Dublin (DD) para o segundo ciclo de Ensino.

Embora ainda existam poucos dados disponíveis sobre o tema escolhido, tal como é corroborado por Abel et al. (2018), sabe-se que em 2010, nos Estados Unidos da América o número de traqueostomias realizadas eram de 100.000 por ano (Bonvento et al., 2017). Em 2015, em Inglaterra, realizavam 15.000 traqueostomias anuais, já *The Global Tracheostomy Collaborative* refere que em 2018 cerca de 20.000 utentes por ano eram traqueostomizados (“78% colocadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), 80% devido a desmame ventilatório e 22% com patologia respiratória” (p.1.), perfazendo 10-15% dos pacientes em UCI. Já os autores Brenner et al. (2020) estimam que cerca de 250.000 traqueostomias são realizadas anualmente, em países com maior poder económico.

McGrath et al. (2020) referem que “a traqueostomia foi uma estratégia clínica essencial para gerir as epidemias associadas à insuficiência respiratória durante o século XX” (p. 717). De acordo com os mesmos autores, o surgimento da pandemia do COVID 19 levou a que houvesse um crescimento mundial de utentes ventilados mecanicamente que com a sobrelotação de utentes na UCI conduziu a um aumento da realização de traqueostomias para promover a recuperação dos utentes e transferi-los para fora dessas unidades. A par de não existirem dados recentes a nível mundial sobre esta temática, a realidade portuguesa também é desconhecida, tal como é corroborado pela Direcção Geral de Saúde (DGS, 2017) onde afirmam que não existem dados nacionais relativamente ao número de pessoas traqueostomizadas.

Posto isto, importa explicar que uma ostomia respiratória (ou traqueostomia, TQT) permite manter a permeabilidade das vias aéreas através de “uma abertura na parede anterior da traqueia” (Medeiros et al., 2019, p.2) e é um procedimento comum nas UCI em utentes que requerem uma ventilação mecânica prolongada. De acordo

com os mesmos autores, a prevalência de realização de TQT nos utentes com doenças pulmonares é cerca de 13,6%. Durbin (2010) afirma que a colocação de ostomias respiratórias é o procedimento eletivo mais realizado em UCI, cerca de 10%. Os autores Brenner et al. (2020), afirmam que atualmente a indicação mais comum para colocação de TQT “é facilitar a ventilação em utentes críticos (70%), em contraste com a indicação clássica de obstrução das vias respiratórias ameaçada ou real, que persiste para a minoria.” (p. 105). Os autores Durbin (2010), Abe et al. (2018) e Medeiros et al. (2019) referem que a média de realização de TQT é cerca de 14 dias após a entubação orotraqueal, contudo existe controvérsia na literatura, podendo ocorrer entre os 14 e os 21 dias.

Este procedimento de colocação de TQT traz inúmeros benefícios para o utente, tais como: “menos necessidade de sedação mais profunda, mais curta, tempo de desmame, e menor permanência na UCI e no hospital.” (Durbin, 2010, p. 1067). Todavia, a presença da TQT tem desvantagens não só a nível da imagem corporal, como fisiológicas devido às estruturas em que está inserida, como a deglutição e a comunicação. Para Pasqua et al. (2015) e Bonvento et al. (2017) esta situação gera ansiedade, medo e insegurança ao utente/família podendo levar a uma diminuição da adesão do mesmo ao tratamento e, conseqüentemente, um atraso no regresso a casa.

“O processo de desmame da traqueostomia à manutenção da respiração espontânea e/ou protecção das vias respiratórias é denominado "descanulação". Este passo aparentemente simples requer uma coordenação quase perfeita do cérebro, engolir, tossir, fonação e músculos respiratórios.” (Singh & Baronia, 2017, p. 1). Assim, a descanulação da TQT “é uma etapa essencial na reabilitação de pacientes em recuperação de doenças críticas” (Pasqua et al., 2015, p. 2). Cabe ao EEER proporcionar programas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) com o objetivo de “retornar gradulamente o fluxo de ar para as vias aéreas superiores e restaurar as funções fisiológicas normais”. (Everitt, 2016, p. 17)

De acordo com a OE (2018), a implementação de um programa de RFR “na fase aguda da doença conserva e potencia as capacidades existentes para a indepêndencia funcional e a promoção da autonomia” (p. 229), devendo incluir exercícios respiratórios e a mobilização precoce. O EEER através da RFR promove “o relaxamento, treino e fortalecimento muscular, melhora a mobilidade torácica, a desobstrução pulmonar e a expansão pulmonar, reeduca o diafragma, ensina e treina

tosse assistida e dirigida e outras técnicas de limpeza das vias aéreas” (Marcelino, 2008, p.134). Bonvento et al. (2017) referem que as intervenções dos terapeutas respiratórios são “técnicas do ciclo ativo da respiração com expiração forçada, pode ser necessária a insuflação manual para uma melhor limpeza das vias aéreas, tosse assistida, uso de dispositivos de respiração intermitente por pressão” (p. 393), associado ao levante precoce.

Pasqua et al. (2015) após a implementação do protocolo de descanulação de TQT obtiveram uma taxa de sucesso de 63%, sendo que 86% dos utentes conseguiram ser independentes no respirar. Medeiros et al. (2019) referem que vários estudos apresentam as etapas do processo descanulação de traqueostomia como a desinsuflação do *cuff*, treino de oclusão, permeabilidade das vias aéreas, avaliação da deglutição e mobilização das secreções essenciais para o êxito deste processo. Assim, “(...) o desempenho suficiente da musculatura respiratória e a consequente eficácia da tosse, a permeabilidade normal das vias aéreas e a ausência de disfagia facilitam o processo de remoção da cânula na maioria dos casos” (Medeiros et al., 2019, p.8).

Os autores Cunha et al. (2012), Mendes, Ranea & Tomazetti de Oliveira (2013) e Hausberguer et al. (2016) nos seus protocolos definiram critérios para o início da descanulação da ostomia respiratória, como:

- não deve ter oxigenoterapia ou se tiver, deve ser de baixo débito, por óculos nasais (valores de SpO₂ devem permanecer estáveis durante 24h para uma SpO₂ >95%);
- deve ter o *cuff* da TQT desinsuflado há mais de 48h;
- deve ter a cânula fenestrada há mais de 48h;
- deve apresentar capacidade de expetorar e tosse eficaz;
- não deve apresentar alterações na auscultação pulmonar nem radiológicas;
- deve estar hemodinamicamente estável;
- deve ter valores gasométricos estáveis.

Os resultados das intervenções referidas pelos autores Pasqua et al. (2015), Bonvento et al. (2017) e Abe et al. (2018), relativamente à descanulação são a melhoria do conforto, autonomia precoce, melhor qualidade de vida, redução do tempo de internamento e consequentemente a redução dos custos associados ao mesmo.

Após contextualizado o tema, procurou-se dar resposta à questão de investigação: **“Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que promovem o processo de descanulação de ostomias respiratórias?”**. A

metodologia de pesquisa utilizada foi uma revisão narrativa da literatura, recorrendo ao método PICO. Primeiramente, realizei uma pesquisa limitada, através da plataforma EBSCOhost Web®, em duas bases de dados *on-line* sugeridas, MEDLINE® e CINAHL® para uma primeira contextualização do tema. Devido à escassez de informação sobre esta temática, também foi utilizada literatura cinzenta. Como critérios de inclusão foram definidos: texto integral; idioma – português, inglês, francês e espanhol; com ênfase em programas de reabilitação e/ou descanulação; pessoa adulta com ostomia respiratória; em contexto hospitalar, privilegiando o desmame ventilatório; nos últimos cinco anos (2015-2020). Após a pesquisa encontrei cinco artigos que me permitiram explorar este tema. Esta metodologia de pesquisa permitiu-me perceber que a temática é pouco estudada e tem muitas limitações.

Assim, tracei dois objetivos gerais que puderam ser operacionalizados com o decorrer do estágio:

- Desenvolver competências, na área de ER, para o exercício profissional, nas diferentes áreas de atuação do EEER;
- Desenvolver competências especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação Respiratória, que promovam o processo de descanulação da pessoa com ostomia respiratória.

Para nortear este trabalho escolhi o **Modelo Teórico de Virgínia Henderson**. De acordo com esta teórica, a saúde é equiparada à independência e define-a como a capacidade para realizar sem ajuda as catorze necessidades humanas fundamentais (NHF), pois as pessoas possuem potencial necessário para resolver os seus problemas. Assim sendo, “a enfermeira ajuda o utente a manter ou criar um projeto de saúde que, fosse ele forte, conhecedor e cheio de amor pela vida, levaria a cabo sem ajuda.” (Henderson, 2017, p. 6). A pessoa com ostomia respiratória é, então, um todo com necessidades fundamentais, figura central nos cuidados da equipa multidisciplinar, e quando uma necessidade não está satisfeita, a pessoa não está completa nem é independente.

O EEER visa promover a saúde da pessoa com ostomia respiratória, adquirindo ou recuperando a sua independência o mais rápido possível. Para Virgínia Henderson (2007), o grau de dependência da pessoa pode ser avaliado consoante a sua relação com a enfermeira. Concretamente, pode-se afirmar que quando é colocada a ostomia respiratória, a enfermeira comporta-se como uma substituta nas dificuldades da mesma para que seja completa, íntegra ou independente, gradualmente ao promover

a descanulação e tornando-a mais independente, vai sendo auxiliar da pessoa com a finalidade de se tornar parceira da mesma. Em conjunto com a pessoa, o EEER assume um papel essencial no processo de descanulação, pelas competências que detém a nível da RFR. O objetivo dos cuidados de ER é atingir a independência da pessoa, nomeadamente na satisfação das NHF, mais especificamente na NHF de respirar normalmente.

De forma a desenvolver um maior conhecimento e competências como futura EEER, foi realizado um **estágio**, em contexto comunitário e hospitalar, onde pude articular a teoria apreendida, ao longo do meu percurso académico, e a prática clínica desenvolvida nos contextos clínicos. Os locais de estágio foram um campo rico em experiências e aprendizagens onde elaborei estudos de casos, análises críticas e reflexivas, jornais de aprendizagem semanais, nestes documentos procurei compilar as aprendizagens realizadas, fundamentadas pela evidência científica mais atual. A seleção dos locais de estágio foi feita tendo em vista os objetivos inicialmente propostos no projeto (Apêndice 1), que decorreram durante 18 semanas, com uma duração de 500h.

O primeiro local de estágio foi numa Unidade de Cuidados na Comunidade, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Estuário do Tejo, onde tive a oportunidade de integrar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de 24 de Novembro 2020 a 5 de Fevereiro de 2021. Neste campo de estágio pude adquirir conhecimentos relativamente à estrutura e organização, tanto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, como do ACES, pois possibilitou-me adquirir subsídios relativamente às estruturas do Sistema Nacional de Saúde que desconhecia. Pude, também, observar e identificar as intervenções do EEER em meio comunitário.

A comunidade é o local mais privilegiado e mais próximo do utente/família, pois o EEER capacita, maximiza a funcionalidade do utente/família de uma forma holística, onde não só interage com o utente, mas também com a sua família/cuidador e com o seu meio envolvente (habitação/acessibilidade/disposição do domicílio, entre outros). Assim, o EEER promove cuidados de excelência, obtendo mais ganhos em saúde para o utente através da relação terapêutica enfermeira-utente baseada na confiança e compreensão mútua. Neste ensino clínico tive a possibilidade de desenvolver, essencialmente, competências e intervenções à pessoa com necessidades a nível motor, cardiorrespiratório e cognitivo.

O segundo local de estágio, em contexto hospitalar, decorreu de 17 Fevereiro a 16 Abril 2021, num serviço de medicina com valência de Unidade Médica Diferenciada (UMD) integrada. Inicialmente, devido à Pandemia, o serviço foi transformado em Medicina-COVID, tendo as suas infraestruturas sido adaptadas, bem como a alteração da tipologia de utentes recebidos, dando resposta a situações de insuficiência respiratória parcial, insuficiência respiratória global e sub-infecção bacteriana de utentes COVID positivos. Nesta altura, tive a possibilidade de verificar uma constante flexibilidade e criatividade por parte do EEER na adaptação das suas intervenções a este contexto pandémico ainda desconhecido.

Após três semanas de estágio, o serviço foi reorganizado novamente em serviço de Medicina com UMD, tendo a possibilidade de poder adquirir mais competências a outros níveis, tendo como população alvo o utente do foro da medicina interna, onde as patologias mais recorrentes eram acidentes vasculares cerebrais, derrames pleurais, empiema pulmonar, esclerose lateral amiotrófica e utentes pós-COVID.

Neste ensino clínico, também pude intervir junto da pessoa com ostomia respiratória e aplicar o projeto inicialmente proposto por mim. Dos três utentes traqueostomizados, que estiveram internados no serviço, dois deles eram utentes do foro respiratório, sendo que obtivemos uma taxa de sucesso de 100% de eficácia na descanulação da TQT. Assim, pude constatar a intervenção do EEER na promoção do processo de descanulação do utente com TQT onde verifiquei ser uma mais-valia, porque não só permitiu um ganho maior de independência do utente como também agilizou todo o seu processo de recuperação, bem como o retorno ao domicílio com a maior brevidade possível.

Em conjunto com a equipa multidisciplinar e tendo como base a revisão narrativa da literatura previamente realizada, delineei um fluxograma, onde sistematiza a intervenção do EEER no processo de descanulação. Neste momento, encontra-se em fase de pré-teste com o intuito de futuramente se puder implementar um protocolo de descanulação de TQT trazendo ganhos tanto para o serviço, como para os EEER, mas sobretudo para o utente/família. Neste estágio também verifiquei que esta temática, apesar de ser pouco explorada, é cada vez mais constante no meio hospitalar, pois devido a esta pandemia verifica-se um aumento de utentes com ostomias respiratórias provenientes da UCI tendo como diagnóstico inicial infeção por SARS-COV2.

Posso afirmar que, os dois contextos de estágio foram ricos em termos de aprendizagem, onde pude adquirir competências essenciais, como futura EEER, e permitiram responder aos objetivos anteriormente delineados. Verifiquei ainda que, o contexto hospitalar é um meio mais “descentralizado” para o utente, contudo é o local com intervenções mais específicas, em situações agudas. Assim, o EEER maximiza a funcionalidade do utente em fase aguda a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, de forma holística, tornando-o mais capacitado, permitindo o seu retorno, o mais precoce possível, à comunidade, ao seu meio envolvente/domicílio.

Este relatório está estruturado em quatro partes. Na primeira parte, já apresentada, introdução, defino os objetivos deste relatório, justifico a pertinência do tema escolhido, tipo de metodologia utilizada, o Modelo Teórico de Virgínia Henderson e descrevo os locais de estágio. Na segunda parte, descrevo, analiso e reflito sobre o percurso percorrido no desenvolvimento das competências de ER ao longo do estágio em função dos objetivos específicos; na terceira parte avalio o meu percurso formativo, aspectos positivos, negativos, dificuldades e limitações que fui apresentando ao longo do ensino clínico; e, por fim, as considerações finais onde sintetizo e analiso globalmente este meu percurso de aprendizagem.

Ressalvo, que este relatório foi elaborado com a Norma da *American Psychological Association* sustentado pelo Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Novembro 2020 e pelo Regulamento do Mestrado.

CAPÍTULO I. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: MOBILIZAÇÃO DE SABERES

Atualmente, o cuidar em enfermagem detém, cada vez mais, uma maior importância e exigência técnica e científica. A OE acompanha tal exigência tendo criado “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (p. 4744), estabelecidas no Regulamento nº140/2019, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Estas competências encontram-se definidas em torno de quatro domínios: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (p. 4745).

Para cada área de especialidade em enfermagem foram definidas competências específicas, assim a área de ER “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento nº 392/2019, p. 13565). Conforme o Regulamento nº 392/2019, as Competências Específicas do EEER são:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (p. 13566)

Posto isto, aquando da realização do trabalho de projeto, no segundo semestre, fez-me sentido categorizar os objetivos específicos tendo por base os quatro domínios definidos no Regulamento nº 140/2019, integrando em cada um deles as competências específicas do EEER.

No “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” incluí a competência específica EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº 392/2019, p. 13566). O exercício profissional de enfermagem pressupõe, um agir baseado na ética e na deontologia onde as suas intervenções baseiam-se no respeito pela pessoa e pela sua dignidade, assim o EEER quando cuida de pessoas com incapacidades “procura uma igualdade nas suas vivências diárias face às outras pessoas” (Deodato, 2016, p. 39) promovendo a sua dignidade através de um agir

ético. Assim, para a aquisição das Competências A1, A2 e J1 fazem parte os objetivos 1,2 e 3.

No “Domínio da melhoria contínua da qualidade” o enfermeiro especialista dinamiza e desenvolve práticas melhorando a qualidade dos cuidados prestados de forma a “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento nº 392/2019, p. 13566), assim para atingir as Competências B1, B2, B3 e J2 integram os objetivos 4 e 5.

Já no “Domínio da gestão dos cuidados”, o enfermeiro especialista vai otimizar os cuidados prestados gerindo os recursos adequados de forma a “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, p. 13566), fazendo parte deste domínio os objetivos 6, 7, 8 e 9 de forma a adquirir as Competências C1, C2 e J3.

O “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” visa uma prática baseada na evidência, sendo que neste domínio não acopolei nenhuma competência específica, pois só podemos prestar cuidados de qualidade se tivermos uma prática alicerçada à melhor evidência científica possível, assim para sustentação deste meu percurso académico foi imperativo a aquisição de Competências D1 e D2 através dos objetivos 10 e 11.

Procurando dar resposta às necessidades formativas e à aquisição das competências previamente referidas, os locais de estágio foram direccionados para dar resposta aos objetivos gerais previamente delineados. Primeiramente, no contexto comunitário, ao integrar a ECCI pude intervir no processo de reabilitação da pessoa com necessidades especiais, podendo colocar em prática o meu objetivo geral: “Desenvolver competências, na área da ER, para o exercício profissional, nas diferentes áreas de atuação do EEER”.

Seguidamente, em contexto hospitalar, num serviço de Medicina com valência de UMD, para além de também poder pôr em prática o objetivo anterior, tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa com ostomia respiratória, com patologia do foro respiratório, podendo atingir o meu objetivo geral: “Desenvolver competências especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação Respiratória que promovam o processo de descanulação da pessoa com ostomia respiratória.”

De forma a uma melhor compreensão do meu percurso de desenvolvimento de competências na área da ER, optei por descrever e operacionalizar as experiências

vividas e as atividades realizadas ao longo do estágio sustentando-as através dos objetivos específicos. Assim, as atividades serão descritas de forma transversal aos dois contextos de estágio, salientando apenas as que se revelaram fundamentais para a concretização de cada objetivo. O presente capítulo pretende descrever, analisar e refletir sobre as competências desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem norteado pelo modelo teórico de Virgínia Henderson, que fundamenta esta temática, tendo por base os objetivos específicos.

1. Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de Enfermagem de Reabilitação, baseada nos princípios éticos e deontológicos

Diariamente o cuidar em Enfermagem confronta situações complexas, surgindo dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada. As dúvidas sobre a melhor decisão a tomar surgem frequentemente. Assim, a Ética “convida a uma reflexão constante sobre o modo de assistir a pessoa que se encontra ao seu cuidado, no respeito integral por si, pela sua dignidade e pelos seus direitos.” (Deodato, 2016, p. 35). De acordo com Smurl, citado por Deodato (2014), a tomada de decisão ética “é um processo de envolve competência e arte” (p. 144), que surge na prestação de cuidados para dar resposta aos problemas identificados, baseando-se nos princípios e valores da pessoa/família. Vários são os princípios éticos em enfermagem (autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência), bem como valores profissionais (igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional) que são enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei nº156/2015).

Relativamente às Competências Específicas do EEER, este presta cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo da vida, proporcionando a sua recuperação e a aquisição da sua independência, promovendo o respeito e a dignidade pela pessoa cuidada. Perante esta conjunção, posso afirmar que o meu estágio, em ambos os contextos, baseou-se no respeito pela pessoa e os cuidados prestados tiveram por base a deontologia profissional, refletindo o conjunto de deveres que contempla o código deontológico, através da realização de jornais de aprendizagem semanais.

Neste objetivo relato o caso, em contexto comunitário, de um dos utentes/família em que fui confrontada com um problema ético relativamente às decisões de cuidados ER/multidisciplinar a prestar, futuramente, mantendo o respeito pela vontade do utente/família.

A utente G.M., leucodérmica de 69 anos, com diagnóstico recente de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), foi internada em ECCI para reabilitação funcional motora. Eu e a enfermeira OC, “gestoras de caso”, verificámos que a utente e família não estavam esclarecidas sobre a patologia, a sua progressão e os apoios da comunidade que poderiam beneficiá-las e ajudá-las nos cuidados diários. Tanto que a G.M. passava maioritariamente sozinha durante o dia, no sofá, e os principais cuidadores eram os seus netos de 10 anos de idade.

Ao verificar esta situação disfuncional, prontifiquei-me logo a recolher informação sobre a patologia e os apoios presentes na comunidade, de forma a colmatar esta lacuna existente nesta utente/família. Fui à Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (APELA) e muni-me de conhecimentos não só para a utente/família como para a ECCI sobre o funcionamento da associação, aluguer e prescrição de equipamentos técnicos, parcerias hospitalares, bem como de documentação. Contactei a Câmara Municipal onde a utente residia para atribuírem, gratuitamente, dispositivos de teleassistência a idosos, proporcionando uma maior segurança à utente/família.

Contudo, em conjunto com a enfermeira OC e equipa multidisciplinar, verificámos que a cuidadora mostrava uma atitude passiva e de inércia não tomando atitudes e/ou resolvendo problemas apresentados diariamente, passando as responsabilidades para a equipa da ECCI. Assim, a equipa da ECCI, na reunião mensal multidisciplinar, precisou de tomar uma decisão complexa relativamente a este caso, uma vez que a cuidadora dizia que precisava de ajuda, mas não se deixava ajudar e não esclarecia a equipa sobre a sua intencionalidade relativamente aos cuidados futuros da G.M.

Em equipa multidisciplinar decidiu-se referenciar a G.M. para a equipa de cuidados paliativos, indo de encontro às reais necessidades, não da utente que queria ficar no domicílio junto dos netos, mas da sua cuidadora/família propondo a utente para uma unidade de internamento de cuidados paliativos. Esta situação fez-me refletir sobre algumas questões éticas subjacentes à intervenção da equipa EEER/multidisciplinar no seio desta família, emergindo questões como: Que

legitimidade tem a cuidadora/família para decidir os cuidados futuros da utente indo contra o seu desejo? Que estratégias posso adotar para prevalecer o desejo da utente? A G. M. possui capacidade para tomar decisões, assim esta decisão da sua cuidadora/família viola a sua vontade de querer permanecer no domicílio junto dos netos. Esta situação

constitui um problema ético em enfermagem, a existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, (...) da sua vontade (...) suscitando dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adotar como fundamentação (...) perante uma decisão de cuidado em concreto (Deodato, 2014, p. 41)

Perante esta situação vivenciada e baseando-me nos DD (Decreto-Lei nº 74/2006), posso afirmar que demonstrei “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos” (p. 2246).

2. Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar, conhecer a dinâmica, funcionamento e organização dos locais de estágio, de forma a conseguir contributos para a prática profissional

Inicialmente, quando defini o projeto, no segundo semestre, pretendia realizar entrevistas informais, antes do início do estágio, aos enfermeiros chefes dos locais do ensino clínico e/ou ao EEER orientador, de forma a permitir uma integração mais célere em cada local. Contudo devido à pandemia COVID-19, não foi possível obter previamente o parecer positivo dos locais de estágio escolhidos, como também ambos os locais de estágio foram modificados perante esta conjuntura. Assim, no projeto elaborei guiões de entrevistas semiestruturadas (Apêndice 1), de forma a otimizar a obtenção da informação necessária aquando inicia-se a prática clínica.

Ao ingressar em cada contexto de estágio, tive a possibilidade de aplicar o guião anteriormente exposto e proceder à elaboração de Jornais de Aprendizagem (JA) que espelhassem a caracterização dos locais de estágio, dos recursos humanos, da população assistida e da dinâmica de prestação de cuidados. (Apêndice 2 e 3).

Tanto em contexto comunitário como hospitalar, fui bem recebida, viabilizando oportunidades para adquirir competências e tanto as enfermeiras orientadoras clínicas

(OC) como as equipas multidisciplinares estiveram sempre disponíveis para me esclarecerem dúvidas e inquietações gerando uma sensação de acolhimento e de pertença. A integração em cada equipa multidisciplinar foi gradual ao longo de todo o estágio, sendo mais intensa nas duas a três semanas em cada contexto. Este processo em ambas as equipas multidisciplinares, foram distintos, o meu primeiro contacto enquanto aluna de Mestrado foi o estágio em contexto comunitário.

Este contexto era desconhecido totalmente e foi o que mais me trouxe inquietações. A integração em ECCI permitiu-me adquirir conhecimentos relativamente à estrutura e organização, tanto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como do ACES, pois possibilitou-me adquirir subsídios relativamente às estruturas do Sistema Nacional de Saúde que desconhecia. A enfermeira OC possibilitou-me conhecer esta estrutura fornecendo-me manuais e a consulta de processos institucionais, de forma a integrar mais facilmente este campo de estágio. A ECCI que integrei possui uma vasta área de abrangência, sendo que pertencem a esta equipa duas EEER, cada uma tem uma dotação máxima de 20 utentes em que é “Gestora de Caso”. A enfermeira OC planeava semanalmente as visitas domiciliárias em conjunto comigo e diariamente saíamos da UCC para prestar cuidados de ER.

No início deste estágio, o facto de entrar no domicílio dos utentes fazia com que me sentisse constrangida, porque já existia uma relação terapêutica e de confiança entre a Enfermeira OC e o utente/cuidador e eu era uma “pessoa estranha” neste meio. Além disso, a minha perceção de entrar em casa de um utente pressupunha uma entrada inoportuna no seu espaço de conforto. Contudo, ao longo das primeiras semanas este sentimento foi-se dissipando, pois verifiquei que os utentes/família encaravam a minha presença na equipa de uma forma natural e para muitos deles era a única visita que detinham, sendo maioritariamente agraciada pelo utente/família. Durante este ensino clínico o que mais me fez sentir parte da equipa multidisciplinar foi a minha participação ativa nas reuniões multidisciplinares mensais do Plano de Intervenção Individual (PII), em que fazem parte enfermeiros generalistas, EEER, psicóloga, assistente social, médica e coordenadora da UCC. Na primeira reunião mensal de PII em que estive presente pude expor, perante toda a equipa, a história dos utentes que era responsável, bem como os objetivos da intervenção de ER e o estado atual dos mesmos, permitindo, posteriormente, o debate dos objetivos de intervenção e projetos de melhoria apresentados pela equipa multidisciplinar.

Nesta reunião senti-me um pouco constrangida perante toda a equipa, pois muitos dos seus participantes não eram por mim conhecidos fisicamente, devido à pandemia, apenas comunicávamos com os mesmos por via telefónica e também por ser uma nova experiência por mim vivida, pois nunca tinha visualizado e/ou participado numa reunião multidisciplinar. Na segunda reunião mensal de PII, a coordenadora da ECCI não pode estar presente e a enfermeira OC pediu-me para moderar a reunião, bem como para expor os PII dos utentes que era responsável. Nesta reunião já me senti mais confiante e mais à vontade, pois já conhecia todos os seus intervenientes e já tinha uma experiência anterior, o que facilitou a minha interação e confiança durante a reunião multidisciplinar.

A integração na equipa multidisciplinar em contexto hospitalar, foi mais facilitada não só pela experiência já vivenciada no contexto anterior, mas também pelo facto de ser o hospital onde trabalho e já conhecer a sua dinâmica, funcionamento e organização. Nas primeiras três semanas, face à Pandemia, o serviço foi transformado em Medicina-COVID, tendo as suas infraestruturas sido adaptadas a esta nova realidade. O serviço dava resposta a situações de insuficiência respiratória parcial, insuficiência respiratória global e sub-infeção bacteriana. Assim sendo, a maioria dos utentes internados necessitava de oxigenoterapia contínua através de sistemas de baixo fluxo/débito variável (óculos nasais, máscara facial), sistemas de alto fluxo/débito constante (máscara de Venturi ou máscara com reservatório) e ventilação não invasiva.

Fui exposta a uma nova realidade, prestar cuidados ER a utentes COVID-19 devidamente equipados e dentro de quartos, o que por vezes era deveras extenuante. Verifiquei que o EEER prioriza a reabilitação respiratória proporcionando “alívio da sintomatologia respiratória, diminuir as complicações resultantes da imobilidade e gerir a ansiedade.” (Rocha, 2020, p. 2). Os EEER efetuam as suas intervenções indo de encontro às orientações “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com COVID-19” onde referem que os cuidados de reabilitação devem ser iniciados quando o utente apresenta um $FiO_2 < 60\%$ e uma $SpO_2 > 90\%$. De acordo com as orientações anteriores, deve-se privilegiar as manobras de vibração, elevação da cabeceira, mobilização articular e fortalecimento muscular pelo que se preconiza a utilização da técnica de ciclo ativo da respiração.

O EEER também deve realizar reabilitação funcional motora, de forma a fortalecer a musculatura dos membros, bem como o treino de esforço. Ao fim das três

semanas, o serviço foi reestruturado novamente em Medicina e pude realizar cuidados de ER a um leque mais diversificado de patologias. Também tive a possibilidade de prestar cuidados à pessoa com ostomia respiratória, aplicando o meu projeto. Tanto na minha integração inicial, como na transição do serviço COVID para não COVID, a equipa multidisciplinar fez-me sentir como parte integrante, sentindo-me acolhida.

Posso afirmar, que em ambos os contextos clínicos senti-me cada vez mais confiante e parte integrante de uma equipa multidisciplinar, em que inicialmente era vista como a aluna de mestrado e ao longo do estágio foi-se dissuadindo, passando a ser vista como pertença da equipa. Ao integrar ambas as equipas multidisciplinares, atingindo com sucesso este objetivo específico, demonstrei ser capaz de “comunicar as minhas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara sem ambiguidades” (Decreto-Lei nº 64/2006, p. 2246), criando uma sensação de pertença.

3. Identificar as competências e intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da equipa multidisciplinar, otimizando as capacidades funcionais da pessoa com necessidades especiais a nível cardiorrespiratório, sensoriomotor, cognitivo, motor, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e no processo para a descanulação da pessoa com ostomia respiratória

Em todo o meu percurso de estágio tive o privilégio de poder identificar as competências e as intervenções do EEER sempre numa perspetiva de otimizar as capacidades funcionais da pessoa com necessidades especiais aos diferentes níveis. De um modo geral, verifiquei que em contexto comunitário, quando são apresentadas novas situações ao EEER este “identifica as necessidades de intervenção (...) Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Regulamento nº 392/2019, p. 13566), o que exige, constantemente, uma flexibilidade por parte do EEER na adaptação das suas intervenções, construindo “estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4746)

Em cada visita domiciliária verifiquei o quão importante é adaptar os cuidados prestados de acordo com o existente no domicílio, puxando pela criatividade do EEER, de forma a não desmotivar o utente/cuidador, indo de encontro aos objetivos

inicialmente delineados e obtendo ganhos em saúde. Por isso “a relação terapêutica entre o enfermeiro de reabilitação e o cliente/pessoas significativas, surge num clima de confiança e de grande envolvimento.” (Mota, s.d., p.2). A participação do cuidador é uma mais-valia em cada visita domiciliária, pois o cuidador é um potencial parceiro de cuidados. O facto de irmos só uma a duas vezes por semana ao domicílio do utente, faz com que o cuidador que está com o utente 24 sobre 24 horas possa continuar a realizar com o utente as atividades apreendidas. Mota (s.d.) corrobora com o anteriormente exposto referindo que o “trabalho do enfermeiro de reabilitação desenvolve-se numa atitude de partilha de saberes e de intervenções, caracterizada pela complementaridade, negociação e trabalho mútuo, numa completa parceria com vista ao processo de recuperação.” (p.1)

Essencialmente, as intervenções do EEER na ECCI são direcionadas para a pessoa com necessidades a nível motor, cardiorrespiratório e cognitivo. A área mais trabalhada pelo EEER é a motora onde se realizam as mobilizações ativas, ativas-assistidas e as passivas; exercícios de fortalecimento muscular dos membros tanto no leito como na cadeira; exercícios isométricos, treino de marcha, aconselhamento e uso de equipamentos (por exemplo: auxiliares de marcha, adaptação da casa de banho, adaptar os talheres ao utente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outros). A área cardiorrespiratória é uma área sempre trabalhada pelo EEER, através da RFR, visto que a maioria dos utentes são idosos, o objetivo é prevenir as infeções respiratórias adquiridas na comunidade. As intervenções, que pude observar, ao longo deste estágio, em contexto comunitário, vão de encontro com o descrito pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010), que referem que as intervenções do EEER

contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização ambiental, utilização de ajudas técnicas. (p.1.)

Analogamente no estágio em contexto hospitalar, tive a oportunidade de identificar diversas competências e intervenções do EEER, no âmbito da equipa multidisciplinar, ressaltando a que me trouxe uma experiência única enquanto futura EEER, que foi o facto de ter utentes COVID-19 submetidos Oxigenoterapia de alto fluxo (OAF). Na minha prática profissional é comum a ventilação destes utentes com ventilação não invasiva (VNI), contudo neste contexto de estágio deparei-me com uma

nova realidade, a realização de (OAF), sendo uma prática clínica recente no meio hospitalar, visto que não era usual em utentes COVID positivos.

Esta nova abordagem despertou-me curiosidade, porque para além de ser totalmente desconhecida para mim, é uma forma de tratamento inovadora e recente no tratamento da insuficiência respiratória aguda em meio hospitalar. Tal como corroboram os autores Pires, Marques e Masip (2018), a OAF é a “novidade mais relevante no mundo do suporte respiratório não invasivo da última década” (p. 131). Assim, pude verificar não só o seu método de funcionamento, como também observar e constatar as intervenções realizadas pelo EEER ao utente sob alto fluxo, bem como aprofundar conhecimentos sobre esta prática.

Da minha observação em estágio o utente sob OAF é um utente mais jovem, sem défices motores e independente nas suas atividades de vida diária (AVD). Assim, OAF proporciona maior conforto e tolerabilidade ao utente, pode ainda facilitar a eliminação das secreções (caso apresentem), permite a alimentação e hidratação por via oral, otimiza a comunicação verbal e permite uma maior independência por parte do utente. Como desvantagens neste tipo de oxigenoterapia verifiquei a impossibilidade de realizar transporte do utente para realizar um exame devido a ausência de autonomia do aparelho, a elevada tolerabilidade por parte do utente que pode mascarar o seu agravamento clínico (utentes referem que se sentem muito bem), no entanto pode ocorrer secura das mucosas, cefaleias, desconforto torácico e tosse. A meu ver este tipo de oxigenoterapia facilita o ganho de independência nas AVD, conforto e bem-estar do utente.

Assim sendo, e segundo as práticas clínicas regidas pelas Orientações-COVID-19 (2020) da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) “o objetivo dos cuidados de reabilitação é reduzir a dificuldade respiratória, aliviar a sintomatologia, prevenir complicações e aliviar a ansiedade.” (p.2) Sendo que deve-se realizar “reabilitação respiratória especialmente centrada na cinesiterapia respiratória clássica, nos posicionamentos terapêuticos e exercícios/terapêuticas de fortalecimento muscular” (p.3). Tendo em conta que a grande maioria dos utentes no serviço se encontram a realizar oxigenoterapia tanto de baixo fluxo como de alto fluxo deve-se ter em consideração certos parâmetros do sistema respiratório (saturação periférica de oxigénio, frequência respiratória, sincronia utente/ventilador), sistema cardiovascular (tensão arterial, frequência cardíaca, presença ou não de arritmias...), presença de febre, entre outros, antes de se iniciarem os cuidados de reabilitação.

Indo ao encontro das orientações da MCEER e tendo em conta o utente sob OAF, os objetivos do programa de Reabilitação respiratória são: promover a maior independência possível do utente, contribuir para um desmame de oxigenoterapia o mais precoce possível. Assim, de acordo com Rocha (2020), “pretende-se com a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação ganhar dias de internamento em cada uma das unidades, para o recolocar o mais rapidamente possível em contexto domiciliário” (p. 3).

O programa de reabilitação que visa a reeducação da função respiratória, tem como objetivo major melhorar a distribuição e ventilação alveolar e a redução da dispneia através da dissociação dos tempos respiratórios (inspirar pelo nariz e expirar pela boca), exercícios de reeducação diafragmática, reeducação costal, global e seletiva, dependendo da condição do utente tanto são realizados na cama como na posição sentada, sendo que se prioriza a execução dos exercícios sentados em cadeirão. Tal como preconiza a OE (2019), O EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação” (p.13565) de reeducação funcional cardiorrespiratória. “A sua intervenção visa (...) assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam (...) recuperar a independência nas atividades de vida (...)” (OE, 2019, p.13565).

O EEER tem um papel preponderante na adesão e adaptação do utente à OAF contribuindo para sucesso deste tratamento e acarretando inúmeros benefícios para o mesmo. Assim, em consonância com a OAF deve ser estabelecido um programa de RFR. Conforme a tolerância do utente, é frequente realizar-se exercícios de fortalecimento dos músculos respiratórios através do treino de força com resistência.

Dado que me encontrava num serviço COVID, com limitações relativamente ao transporte de material para dentro dos quartos e assumindo-se o EEER como um profissional criativo e dinâmico, para colmatar esta “lacuna de material”, utiliza as garrafas de água do utente, nas suas várias capacidades, de forma poder otimizar os exercícios, por exemplo de reeducação costal seletiva. Em consonância também se realiza exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores através de exercícios ativos-assistidos e ativos no leito como na cadeira e exercícios isométricos. Não é frequente a realização do treino de marcha visto que o utente se encontra dentro de um espaço limitado, quarto, e não pode sair da sua unidade. Destaco que o

anteriormente exposto é sempre adaptado consoante à avaliação da capacidade funcional de cada utente e às suas necessidades de intervenção de ER.

Relativamente à experiência do utente com COVID-19 sob OAF ressalvo que todos os utentes que tive a realizar esta terapêutica referiram sentir-se mais confortáveis, não referiram secura das mucosas nasais e verifiquei que este tipo de oxigenoterapia permitia uma maior independência nas AVD. Também constatei uma maior adesão ao programa de RFR, por parte destes utentes, dado que estes executavam os exercícios várias vezes ao longo do dia e mostravam-se motivados para os realizarem, mesmo quando muitas vezes, pioravam a nível clínico. Num modo de partilha de ideias com um médico sénior, deste serviço, referiu que com este tipo de oxigenoterapia obteve bons resultados no tratamento dos utentes COVID-19, evitando a transferência de muitos utentes para as UCI.

De acordo com os DD (Decreto-Lei nº74/2006), nos casos anteriormente descritos demonstrei “possuir conhecimentos e capacidades de compreensão (...) sustentando-se nos conhecimentos de nível do primeiro ciclo, os desenvolva e aprofunda, permita, e constitua a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente no contexto de investigação” (p. 2246).

4. Colaborar na conceção, operacionalização, estruturação e avaliação de projetos institucionais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, na área da Enfermagem de Reabilitação, nos diferentes contextos

Ao longo do estágio, em ambos os contextos, pude colaborar em alguns projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Em contexto comunitário, após verificar que existia uma lacuna sobre os apoios comunitários relativamente à patologia de ELA elaborei um dossier com documentação pertinente sobre a ELA, onde reuni informação adquirida na visita à APELA (folhetos e documentos informativos), bem como da pesquisa realizada ficando tudo organizado para consulta posterior por parte da equipa EEER.

Neste contexto também verifiquei que a equipa de ER sentia a necessidade de ter um instrumento de trabalho relacionado com a estimulação cognitiva para aplicar aos utentes inseridos na ECCI, pois a grande maioria dos utentes são idosos e muitos deles necessitam de reabilitação cognitiva.

É fundamental intervir no desenvolvimento cognitivo do idoso de forma a melhorar a parte cognitiva a nível dos componentes funcionais da cognição que “(...) incluem atenção, memória, orientação, julgamento, raciocínio, resolução de problemas e função executiva” (Hoeman, 2011, p. 551). O que vai de acordo com o estabelecido pela Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 (2016) onde referem que devem ser implementadas intervenções “(...) que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia” (DGS, 2016, p.20).

Assim, proporciona-se o desenvolvimento de um envelhecimento ativo no seio da comunidade de forma que este seja mais independente, promovendo treino e estímulo mental de forma a potenciar um envelhecimento ativo e saudável. Tal é corroborado pelo estudo realizado por Apóstolo et. al. (2011) em que se verificou uma melhoria da autonomia e da independência nos idosos após a aplicação de um programa de estimulação cognitiva, “podendo atrasar a instalação do quadro demencial” (p. 199). Os mesmos autores referem que os programas de estimulação cognitiva devem ser incluídos em contexto comunitário “de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional” (p. 199) e conseqüentemente serem mais independentes.

Primeiramente tentei perceber junto da equipa de ER a finalidade e o objetivo do instrumento de trabalho. Após ter compreendido o pretendido comecei a aprofundar conhecimentos relativamente à reabilitação cognitiva. Indo de encontro às necessidades sentidas pela equipa de ER realizei um compêndio de exercícios de estimulação cognitiva (Anexo 4), tendo em conta o anteriormente exposto, que se encontra em modo de experimentação para se verificar na prática se se adequa aos utentes inseridos na ECCI. Com a aplicação destes exercícios pretende-se intervir nas áreas da compreensão, expressão, memória, leitura e escrita através dos dez exercícios que compreendem o manual. Os exercícios são os seguintes: rodear os triângulos, encontrar a palavra que não se relaciona com as outras, desenhar metade da figura, encontrar frutas na sopa de letras, ligar somas com resultados, ligar expressões ao seu significado, entre outros. Todos os exercícios têm letras grandes, facilita a leitura do utente/cuidador e estão adaptados à sabedoria popular e tradicional portuguesa permitindo chegar mais próximo do utente.

Este “pequeno manual” com exercícios de estimulação cognitiva será impresso, entregue aos cuidadores, para ser aplicado, ao longo dos dias. Em cada visita domiciliária (VD) será monitorizada a sua aplicabilidade por parte da equipa de ER, beneficiando do cuidador para um *continuum* de cuidados.

Com a aplicação destes exercícios em contexto domiciliário pretende-se obter ganhos em saúde relativamente a uma evolução do estado cognitivo dos utentes e consequentemente ganho de independência e funcionalidade nos autocuidados. Assim, com este instrumento de trabalho pretendi capacitar os utentes/cuidadores relativamente à estimulação cognitiva em contexto domiciliário/comunidade, maximizando as funcionalidades dos utentes inseridos na ECCI.

Relativamente ao estágio em contexto hospitalar, tive a oportunidade propor à equipa multidisciplinar a conceção, operacionalização e estruturação de um protocolo de descanulação de ostomias respiratórias, podendo aplicar e implementar o meu projeto. Assim, iniciei a elaboração de um protocolo de descanulação à pessoa com TQT. O objetivo do protocolo será promover um processo de descanulação mais célere e com êxito para que o utente possa voltar a ser independente nas suas AVD.

Inicialmente, já tinha o conhecimento prévio do estado da arte sobre a descanulação da ostomia respiratória quando da realização do meu projeto, no segundo semestre, porém achei necessário realizar uma revisão narrativa da literatura, novamente, mas relativamente a protocolos de descanulação de ostomia respiratória que já tenham sido testados e implementados nos últimos 10 anos (2011-2021). Aumentei o espaço temporal da pesquisa devido à escassez de evidência científica sobre esta temática. Encontrei três protocolos, sendo que nenhum foi realizado e/ou tiveram participação do EEER ou de enfermeiros peritos na área. Após esta pesquisa e com o conhecimento prévio comecei a definir estratégias que permitissem iniciar um “esboço” do protocolo que pretendo realizar.

Para iniciar a elaboração do protocolo achei necessário definir primeiramente os critérios que devem estar presentes para o início da realização da descanulação da TQT, bem como as funções do EEER neste processo.

De acordo com os autores Mendes, Ranea & Tomazetti de Oliveira (2013), Hausberguer et al. (2016) e Cunha et al. (2012) posso definir como **critérios para o início da descanulação o utente:**

- não deve ter oxigenoterapia ou se tiver, deve ser de baixo débito, por óculos nasais. (os valores de SpO₂ devem permanecer estáveis durante 24h para uma SpO₂ >95%);
- *cuff* da TQT deve estar desinsuflado há mais de 48h;
- a cânula fenestrada deve ter sido colocada há mais de 48h;
- deve apresentar tosse eficaz e capacidade para expetorar;
- não deve apresentar alterações na auscultação pulmonar nem radiológicas;
- deve estar hemodinamicamente estável;
- deve ter valores gasométricos estáveis, para o padrão do utente.

Se o utente apresentar os critérios anteriormente expostos deve-se iniciar o processo de descanulação da ostomia respiratória. Primeiramente, deve-se ocluir a saída da cânula interna fenestrada com um dedo e verificar a presença de sinais de dificuldade respiratória, caso não apresente, oclui-se totalmente a cânula. Se esta estiver totalmente ocluída durante 24-48h, o utente não apresentar desconforto respiratório e tem tosse eficaz, deve-se proceder à retirada da TQT e colocar um penso oclusivo sob o estoma (Cunha et al, 2012). Durante todo o processo de descanulação e até 24h após remoção da TQT, o utente deve estar sob vigilância e monitorizado.

Posto isto e tendo por base a bibliografia encontrada achei importante definir as **funções do EEER** ao longo de todo este processo. Assim as funções neste protocolo do EEER:

- colabora com o médico na remoção ou troca para cânula fenestrada;
- avalia a deglutição;
- avalia a tosse;
- verifica e otimiza a permeabilidade das vias aéreas;
- Institui um programa de RFR;
- monitoriza parâmetros como a SpO₂, presença de dispneia e secreções;
- confirma a presença dos critérios de descanulação para o início da aplicação do protocolo;
- agiliza com o médico o início do processo de descanulação da ostomia respiratória.

Depois de definidos os critérios de início do processo de descanulação de TQT, bem como das funções do EEER, realizei um fluxograma onde sistematiza a intervenção do EEER ao longo da descanulação da ostomia respiratória. De forma a poder avaliar os resultados das intervenções implementadas, decidi criar um método

de registo diário para poder registar os dados, de forma a poder verificar os itens anteriormente expostos (Apêndice 5).

A 17 de Maio de 2021 foi realizada uma apresentação deste início de elaboração do protocolo à equipa de EEER e multidisciplinar do serviço em que estive integrada em estágio, de forma a implementar o pré-teste do protocolo (Apêndice 6). Foi fornecido ao serviço e à equipa um *dossier* com as informações anteriormente expostas (critérios de descanulação e funções do EEER), fluxograma onde sistematiza a intervenção do EEER, bibliografia utilizada, bem como folhas de registos diários. Após a aplicação deste pré-teste serão retirados dados essenciais para validar o protocolo de descanulação de TQT pelo EEER ao utente do foro respiratório.

Espero que o pré-teste do protocolo de descanulação da ostomia respiratória seja testado, validado e implementado facilitando o EEER na capacitação e maximização do utente no processo de descanulação precoce da ostomia respiratória de forma a torná-lo independente o mais precocemente.

Perante o anteriormente exposto, posso dizer que pude atingir este objetivo específico tanto em contexto comunitário como hospitalar, permitindo uma melhoria continua na qualidade dos cuidados, assim “demonstrei possuir conhecimentos e capacidade de compreensão sustentando-se nos conhecimentos de nível do primeiro ciclo”, nomeadamente “em alguns domínios da área de estudo, se situe ao nível dos conhecimentos de ponta na área específica respetiva”. (Decreto-Lei nº74/2006, p. 2246).

5. Desenvolver programas de intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, de acordo com as necessidades existentes, na área da reabilitação respiratória, promovendo a descanulação da pessoa com ostomia respiratória

Este objetivo específico foi criado com o intuito de poder aplicar o projeto que foi inicialmente proposto por mim, contudo só poderia ser atingido em contexto hospitalar. Em março, quando o serviço passou a ser não COVID, começámos logo, no primeiro dia, a receber uma utente com TQT na UMD. Para mim foi um momento de grande satisfação, pois poderia implementar o meu projeto, realizar intervenções de ER com utentes com ostomia respiratória podendo promover um processo de descanulação mais célere, bem como no futuro poder dar um contributo ao serviço construindo um instrumento de trabalho para os EEER, Protocolo de Descanulação de TQT. Ao longo do estágio, ainda pude acompanhar mais dois utentes TQT. Todos estes utentes estiveram ventilados entre 31 a 36 dias, dois foram ventilados após terem contraído Covid-19, e traqueostomizados entre o 14-21º de entubação orotraqueal, apresentando miopatia dos cuidados intensivos.

Após o aprofundamento de conhecimentos teóricos já realizados previamente para o trabalho de projeto e constantemente em busca de uma melhoria e crescimento do conhecimento, fiquei responsável, em conjunto com a Enfermeira OC, por todos os utentes TQT do serviço, podendo assim melhorar a minha prática na área da reabilitação respiratória. Depois de realizar uma avaliação detalhada e precisa de cada utente, delineei planos de cuidados e intervenções de ER para cada um deles, promovendo a maximização das suas capacidades funcionais e a sua independência em todas as NHF, em particular na NHF respirar normalmente.

Irei relatar o caso de um dos utentes em que tive maior taxa de sucesso e que o pude acompanhar durante todo o seu internamento, desde o início do processo de descanulação até à alta clínica para o seu domicílio.

O Sr. M. P., leucodérmico de 58 anos internado em janeiro com diagnóstico de “Pneumonia SARS-COV2 a condicionar falência respiratória” (retirado de processo clínico), esteve 36 dias ventilado e foi transferido para a UMD em março. À chegada apresentava uma TQT nº 6 não fenestrada, com oxigenoterapia a 5L/min pela TQT. Durante dois dias realizei intervenções de RFR, como a posição de descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de

reeducação diafragmática (posterior, hemicúpula direita e esquerda), exercícios de reeducação costal (inferior unilateral e mobilização da escapulo-umeral), manobras de vibrocompressão e reabilitação funcional motora (mobilizações ativas-assistidas) e levante. O Sr. M. P. apresentava tosse eficaz e conseguia expelir através da TQT secreções.

Ao longo destes dois dias, reduziu-se a oxigenoterapia, ficando a 2L/min por óculos nasais, mantinha a eficácia da tosse e a permeabilidade das vias aéreas. No fim do segundo turno com o Sr. M. P., falei com o médico residente da UMD e em conjunto a equipa médica decidiu-se trocar a cânula de TQT para fenestrada sem *cuff*, nº 4. Após a troca da cânula, incentivamos o Sr. M. P. a falar connosco, este conseguiu emitir som, ao dizer “Boa tarde”. Imediatamente, após, começou a chorar, pois ao fim de 47 dias já se conseguia exprimir verbalmente e podia contactar telefonicamente com a sua família.

Foi extremamente gratificante esse dia para mim. Enquanto futura EEER, senti que fiz a diferença na vida desta pessoa e da sua família, permitindo que conseguisse aumentar o seu grau de independência. Vim para casa com o coração cheio e delinear o plano de cuidados Sr. M. P. de forma a poder agilizar o seu regresso a casa. Assim, quando voltei no dia seguinte, verifiquei que o Sr. M. P. se mantinha estável após 24h da troca de cânula.

Em conjunto com a equipa multidisciplinar decidiu-se iniciar a oclusão da mesma, primeiramente ocluindo com o dedo e vendo se haveria alterações na SpO₂, desconforto respiratório, manteve-se sem alterações. Com uma tampa fornecida com o *kit* da TQT procedeu-se ao seu encerramento ficando monitorizado e em vigilância nas próximas 24h na UMD. No dia seguinte, verifiquei que o utente mantinha a TQT ocluída, com estabilidade hemodinâmica. Avaliei o mesmo, realizei as intervenções de ER anteriormente descritas, o qual tolerou.

Após o parecer positivo do médico do Serviço de Otorrino, decidiu-se retirar a TQT, após 24h de oclusão, e realizar o encerramento do estoma. Apesar da remoção da TQT ser um ato médico, foi-me solicitada a sua remoção pelo médico responsável, de forma, a incentivar-me neste meu processo académico. Encerrei o estoma com *Steri-Strip*® para unir os bordos e posteriormente com um penso oclusivo. Manteve-se a vigilância e a monitorização nas 24h posteriores, não havendo alterações hemodinâmicas.

Este foi um exemplo dos dois casos de sucesso de descanulação de TQT que pude presenciar ao longo deste estágio, salientei este utente, porque pude acompanhá-lo em todo o seu processo de recuperação e da independência desde o primeiro dia. Destaco a importância da equipa multidisciplinar, pois em conjunto com a equipa médica pudemos agilizar não só a troca da cânula promovendo sempre a independência do utente no respirar. Enquanto intervenções do EEER saliento a importância da RFR, ensino da tosse e a permeabilidade das vias aéreas.

Quanto à única utente que ainda não foi possível descanular, foi retirada do leque de utentes preconizados no meu projeto, pois apresenta patologias do foro neurológico e psiquiátrico com inúmeras comorbilidades, sendo as intervenções adaptadas à mesma. Contudo, com a persistência e com uma envolvimento da equipa multidisciplinar está-se gradualmente a conseguir que a utente recupere a sua independência no respirar, tendo-se já progredido para a troca de TQT fenestrada mesmo contra todas as expectativas clínicas.

Em síntese, a intervenção do EEER perante um utente com ostomia respiratória com patologia respiratória, as intervenções realizadas foram de encontro com a revisão narrativa da literatura realizada anteriormente. Saliento as intervenções mencionadas pelos autores Pasqual et al. (2015), Bonvento et al. (2017) e Abe et al. (2018): tosse assistida, mobilização ativa dos membros, treino da musculatura respiratória, sendo essencial, a eficácia da tosse, permeabilidade das vias aéreas para se poder proceder à remoção da cânula de TQT. Ambos os utentes em que se procedeu à descanulação da TQT apresentavam tosse eficaz.

Para mim, enquanto futura EEER, os ganhos diários obtidos tornam-me mais motivada para criar programas de intervenção na agilização do processo de descanulação, trazendo ganhos tanto para o serviço, como para os EEER, mas sobretudo para o utente/família.

Face ao exposto e indo de encontro aos DD (Decreto-Lei nº 74/2006), “demonstrei possuir conhecimentos e capacidade de compreensão em alguns domínios da área de estudo (...) ao nível dos conhecimentos na área científica respetiva” (p. 2246).

6. Identificar as necessidades da pessoa com necessidades especiais, para a maximização da sua funcionalidade a nível cardiorrespiratório, sensoriomotor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade

Ao longo de todo o percurso de aprendizagem desenvolvido durante o estágio, pude identificar as necessidades da pessoa com necessidades especiais, bem como a intervenção dos EEER para maximizar a sua funcionalidade. Irei destacar neste objetivo a minha participação nas reuniões mensais do Plano de Intervenção Individual (PII), realizadas no estágio em contexto comunitário. Para além de observar a reunião, também pude participar ativamente identificando em cada utente, do qual sou responsável, as necessidades dos mesmos de forma a maximizar as suas funcionalidades.

De acordo com o Artigo 3º do Decreto de Lei nº101/2006, o PII define-se como “conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção tanto nos aspetos clínicos como sociais” (p. 3857). Sendo que deve ser atualizado permanentemente e todas as intervenções da equipa da ECCI devem-se basear no cumprimento do PII e nos objetivos delineados. Assim, posso dizer que o PII dá resposta às necessidades físicas, psicológicas e sociais do utente.

Previamente a enfermeira OC informou-me da existência da reunião e que eu iria intervir ativamente identificando em cada utente, que sou responsável, as necessidades dos mesmos de forma a maximizar as suas funcionalidades. Fiquei de imediato inquieta, pois teria que partilhar informações pertinentes sobre os meus utentes, bem como delinear o plano previsto da recuperação de cada um, verbalmente, perante toda a equipa multidisciplinar (enfermeiros de cuidados gerais, EEER, fisioterapeuta, médica, assistente social e psicóloga).

Nesse dia, em casa, realizei uma tabela, com o nome do utente, cuidador/contacto, diagnóstico, motivo de referenciação, plano de cuidados (diagnósticos e intervenções de ER) e a previsão de alta. Assim, com este documento de trabalho, no dia da primeira reunião, apesar de nervosa, pude sentir-me mais confiante, pois recolhi todos os dados para poder partilhar com a equipa multidisciplinar e em conjunto melhorar o plano delineado. Em cada um dos utentes que fui responsável realizei um breve resumo da história de saúde do utente a todos

os intervenientes, posteriormente identifiquei os objetivos da intervenção de ER, as necessidades e o estado atual dos utentes e as intervenções do EEER. Posteriormente, todos os participantes na reunião puderam-se pronunciar à cerca do PII apresentado.

Debateram-se aspetos como objetivos de intervenção e projetos de melhorias em equipa multidisciplinar de forma a tornar o processo em ECCL mais direcionado a cada utente/cuidador e a sua integração nesta equipa ser o mais célere possível. Verifiquei que existiam aspetos durante a reunião que eram debatidos pelos diferentes profissionais de saúde e que não eram do conhecimento geral da equipa, sendo, no fim, em concordância com os vários intervenientes, definiu-se um PII final, bem como as intervenções a realizar por cada profissional de saúde.

Na segunda reunião de PII que estive presente e fui elemento ativo, senti-me mais à vontade, pois também já tinha uma experiência anterior e conhecia todos os elementos intervenientes na reunião, partilhando não só informação dos meus utentes, como também intervindo ativamente relativamente aos outros utentes e a dar alguns pareceres.

Destas reuniões saliento a importância da comunicação, colaboração mútua e aprendizagem entre os diferentes profissionais presentes em cada PII apresentado. De acordo com as competências específicas, o EEER assume-se, dentro da equipa multidisciplinar, como uma área de intervenção especializada composta por um referencial teórico, conhecimentos e procedimentos específicos, constituída por profissionais de enfermagem com um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida. *Hesbeen* (2001), reforça esta ideia referindo que o processo de reabilitação recorre a inúmeros profissionais de saúde para além da pessoa/família que recebe os cuidados. Estes profissionais constituem uma equipa que dispõe de diversos recursos, articulam os meios ao seu dispor oferecendo uma combinação de competências. Assim, o trabalho em equipa multidisciplinar “inscreve-se numa cultura comum à missão de reabilitação e à ação de cuidar, cuja constante é a preocupação em respeitar as identidades específicas.” (p. 71).

As reuniões mensais de PII permitem ao EEER bem como toda a equipa multidisciplinar da ECCL, um conhecimento mais aprofundado de cada utente, tanto da parte física, social e psicológica, permitindo a adequação dos seus objetivos de intervenção mais específicos a cada utente de forma a maximizar a sua potencialidade junto da sua família/comunidade tornando-o mais dotado e capacitado para obter a

independência o mais precoce possível e conseqüentemente alta da ECCL. Posso dizer que o EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, é detentor de um conjunto de competências especializadas centradas na singularidade da pessoa que cuida valorizando-a como sendo mais que a soma das suas partes, detentora de um potencial próprio que precisa de ser capacitado e empoderado.

Assim, face à minha intervenção ativa nas reuniões multidisciplinares verifica-se que “apliquei os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” sendo fundamental a capacidade de “comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a ela subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambigüidades” (Decreto-Lei nº 74/2006, p. 2246)

7. Elaborar planos de cuidados especializados, de acordo com as necessidades de reabilitação identificadas, junto da pessoa com necessidades especiais a nível sensoriomotor, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade

O cuidado em Enfermagem supõe um “processo de cuidar” em que “os profissionais são convidados a dialogar, a refletir, a analisar, a identificar os elementos que constituem a situação de vida em que vão intervir” (Hesbeen, 2000, p. 103). De forma a poder manter a qualidade dos cuidados, é fundamental existirem enunciados orientadores das práticas de enfermagem escritos para cada utente, bem como as intervenções e respetivas avaliações das NHF (Henderson, 2000). Assim, torna-se fundamental documentar os cuidados, pois “um plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais” (Henderson, 2004, p.22).

O plano de cuidados é um instrumento de trabalho que permite ao enfermeiro identificar as necessidades da pessoa formulando um diagnóstico que por sua vez tem intervenções de ER relacionadas, bem como a sua avaliação, proporcionando a prestação de cuidados de qualidade por parte do EEER. De acordo com artigo 5º do REPE, os cuidados de enfermagem utilizam uma “metodologia científica” onde “elaboram e realizam planos de cuidados” (...) “avaliam os cuidados prestados e reformulam intervenções” (p. 2)

Desta forma, tornou-se fundamental elaborar planos de cuidados escritos ao longo do estágio. Primeiramente em contexto comunitário, elaborei um plano de cuidados a uma utente com diagnóstico de AVC, onde delineei intervenções de ER, tendo por base a teórica Virgínia Henderson. Contudo, a elaboração escrita de planos de cuidados necessita de alguma perícia e mestria o que com o passar dos anos se vai dissipando. Assim, consegui identificar os problemas e a recolha de dados, contudo foi mais difícil para mim a parte da formulação dos diagnósticos de ER, bem como as intervenções associadas. Com a ajuda da Professora Orientadora e da Enfermeira OC, pude perceber as lacunas e os pontos em que poderia melhorar. Também tive a possibilidade de poder apresentar este plano de cuidados aos colegas do mestrado, bem como aos professores orientadores num momento de orientação tutorial, em janeiro, de partilha e de aprendizagem. Assim, em conjunto com os presentes, pude perspetivar e verificar que teria um longo caminho a percorrer para poder atingir devidamente este objetivo.

No mesmo contexto pude realizar outro plano de cuidados escrito, mas desta vez de uma utente com ELA, de forma a evoluir neste campo. Neste plano de cuidados específico tive menos dificuldades em elaborar diagnósticos de ER, contudo ainda senti dificuldades na parte da organização do plano de cuidados, nomeadamente na parte dos instrumentos de avaliação.

Em contexto hospitalar elaborei um plano de cuidados direcionado ao tema do projeto proposto. Decidi que o primeiro utente com ostomia respiratória, internado no serviço em que me encontrava a estagiar, iria ser o utente elegido para a elaboração do plano de cuidados escrito. A utente em causa é uma utente complexa com inúmeros problemas, contudo tive facilidade em recolher os dados necessários. Os diagnósticos de ER eram inúmeros, por isso identifiquei os que eu podia ter ação direta e que poderia intervencionar ativamente. Neste caso, já senti maior facilidade na elaboração do plano de cuidados, contudo devido à complexidade da utente realizei um plano muito extenso, mas penso que fui de encontro ao preconizado, tendo de certa forma mostrado uma evolução crescente na elaboração dos planos de cuidados escritos.

De acordo com Goodrih citada por Henderson (2000), os cuidados de enfermagem desenvolvem-se em três fases ao longo da carreira. Inicialmente como jovem estudante “apenas pode responder emocionalmente aos utentes”, ao adquirir perícia esta satisfaz as NHF dos utentes através de técnicas apreendidas e numa fase

mais avançada combina as “respostas emocionais e as técnicas num trabalho criativo” (p. 18). Neste campo penso que já vou tendo alguma perícia, conseguindo satisfazer as NHF através de técnicas que fui apreendendo.

Refletindo sob a teoria de Benner (2001), penso que me situo no segundo estágio, iniciante avançada, porque já detenho maior experiência, tendo sido sujeita a situações semelhantes, adquirindo alguma capacidade para retirar aspetos situacionais para reproduzir os atos em situações análogas.

Posto isto, ao longo do estágio e ao elaborar os planos de cuidados demonstrei ter “conhecimentos e capacidades de compreensão sustentando-me nos conhecimentos de nível do primeiro ciclo, os desenvolvi e aprofundei e constituíram como base de desenvolvimento” (Decreto-Lei nº 74/2006, p. 2246)

8. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação na promoção da maximização da capacidade funcional e da independência da pessoa com necessidades especiais, de forma a satisfazer as suas necessidades humanas básicas diárias

O estágio em contexto hospitalar trouxe um contributo importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente na prestação de cuidados ao utente com patologia respiratória, COVID-19. Assim, durante este ensino clínico fiquei responsável por utentes pós-covid que tiveram uma ventilação mecânica prolongada (>30dias) apresentando miopatia dos cuidados intensivos.

Os autores Morgado & Moura (2010), referem que a miopatia é caracterizada por uma diminuição da força muscular sistémica associada ao uso prolongado da ventilação mecânica, causando uma perda da massa muscular e, conseqüente atrofia do diafragma levando a um comprometimento do mecanismo de limpeza das vias aéreas por tosse ineficaz. Uma das complicações mais frequentes da ventilação mecânica prolongada “é a diminuição da *performance* ou mesmo parésia muscular dos principais músculos respiratórios (diafragma)” (Cordeiro & Menoita, 2012, p. 198), levando frequentemente à atelectasia e retenção de secreções. Assim, pude debruçar-me sobre dois dos objetivos da RFR: manter a permeabilidade das vias aéreas e mobilizar e eliminar secreções, pois pude aprofundar não só conhecimentos teóricos no estágio como também pôr em prática a tosse manualmente assistida e o uso do *cough assist*.

A tosse é um “mecanismo complexo de proteção da árvore brônquica, tendo um importante papel na manutenção da via aérea livre de secreção e de corpos estranhos, podendo ser iniciada de forma reflexa ou voluntária” (Freitas, Parreira & Ibiapina, 2010, p. 496). Assim, uma tosse ineficaz, induz à acumulação de secreções, obstrução da via aérea, diminuição da capacidade vital e dos volumes respiratórios originando uma multiplicação bacteriana, infecções respiratórias, entre outras. Torna-se fundamental a intervenção do EEER através de técnicas de tosse manualmente assistida e, em casos específicos, técnicas mecânicas da tosse (*cough assist*).

De acordo com Branco et al. (2012) o *cough assist* é um aparelho mecânico não invasivo da estimulação da tosse, onde aplica ciclos alternados de insuflação (pressão positiva) e exsuflexão (pressão negativa) desencadeando a tosse e consequentemente eliminando as secreções. Assim, o *cough assist* auxilia na tosse, permitindo a remoção mais eficaz das secreções provendo a expansão pulmonar. Existem estudos que comprovam que a utilização deste aparelho mecânico associado a programas de RFR potencializam o aumento do pico de fluxo de tosse, produzindo uma tosse mais forte e eficaz na remoção das secreções.

Durante este estágio, pude experimentar e usar o *cough assist* numa utente com miopatia dos cuidados intensivos, portadora de ostomia respiratória e sob ventilação não invasiva (VNI). No meu estudo prévio e nas formações em que já participei sobre o *cough assist*, sempre achei que seria algo complexo e difícil de perceber o modo de aplicabilidade, não tendo ainda visualizado bem a sua exequibilidade. Assim, acompanhada pela Enfermeira OC, tive a possibilidade de poder observar e utilizar o *cough assist* numa utente, portadora de TQT e sob VNI. Primeiramente, avalei a função respiratória da utente (inspeção, palpação, percussão e auscultação pulmonar (AP), parâmetros vitais, resultados analíticos e gasimetria arterial, radiografia do tórax) e avalei (qualitativamente) a tosse. A utente apresentava-se hemodinamicamente estável, sem alterações na radiografia torácica, na auscultação do tórax verificou-se uma diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases pulmonares, reflexo de tosse mantido, mas ineficaz. Após a avaliação da utente e ainda com algum receio, adaptei a interface do *cough assist* à TQT, com os valores previamente definidos pelo médico e, como a utente tem inspiração espontânea, foi acionado o *cough assist* e realizei uma sequência de cinco ciclos de tosse, conseguindo mobilizar a estase de secreções e procedendo, posteriormente, à aspiração das secreções. No final da intervenção, verifiquei que o uso da técnica

mecânica de tosse é uma técnica simples e eficaz nos utentes que apresentam tosse ineficaz, contudo deve ser usada com moderação e em contextos específicos. De acordo com Gonçalves & Wink (2008) a aspiração de secreções através da ostomia respiratória aumenta o risco de infeções nosocomiais e têm acesso limitado ao brônquio principal esquerdo. Contudo, o uso do *cough assist* através da TQT é eficaz na eliminação de “rolhões” provenientes em ambos os brônquios principais, direito e esquerdo.

Relativamente a esta utente, devido a critérios médicos não foi possível continuar a utilizar o *cough assist*, tendo tido a possibilidade de poder aprofundar e realizar a tosse manualmente assistida. A tosse manualmente assistida é uma “manobra simultânea de compressão da base do tórax e/ou abdómen, de forma a acelerar o fluxo aéreo e torná-lo mais eficaz” (Branco, et. al, 2012, p. 48). Ou seja, é uma ajuda terapêutica não invasiva no ato de tossir, usada em pessoas com diminuição ou ausência da força dos músculos expiratórios. A utente em questão tinha reflexo de tosse, mas ineficaz, assim o EEER tem um papel fundamental na facilitação da progressão das secreções brônquicas distais até à traqueia, através da drenagem postural modificada em associação com as manobras acessórias (percussão, compressão, vibração e vibrocompressão) a uma hidratação adequada, exercícios de expansão pulmonar e de reeducação diafragmática.

Verifiquei, ao longo deste estágio a importância da intervenção do EEER junto dos utentes com sarcopénia e na manutenção da permeabilidade das vias aéreas através da tosse manualmente assistida e de técnicas mecânicas, proporcionando uma maior *clearance* brônquica maximizando a capacidade funcional da pessoa com necessidades especiais, promovendo a satisfação da NHF, nomeadamente a NHF respirar normalmente. Perante o descrito anteriormente, verifica-se que demonstrei “conhecimentos e capacidades de compreensão em alguns domínios da área de estudo, se situe ao nível dos conhecimentos de pontoa na área científica respetiva” (Decreto-Lei nº 74/2006, p. 2246).

9. Avaliar os resultados das intervenções implementadas, junto da pessoa com necessidades especiais, nos diferentes contextos, de forma a contribuir para a continuidade aos cuidados prestados

Em cada intervenção do EEER é comum realizar a avaliação dos resultados da sua intervenção, constituindo como indicadores da qualidade dos cuidados prestados. Na ECCI tive a possibilidade de implementar instrumentos de avaliação referentes à ER, para além dos preconizados pela ECCI, para enriquecer o meu trabalho e também como forma de aprendizagem e ganho de destreza na aplicabilidade dos instrumentos de recolha de dados. Assim, fui às aulas lecionadas ao longo deste percurso académico e ao documento da OE (2016) “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação”, criei um dossier com escalas e de acordo com os focos que pretendia avaliar iria aplicando-as no domicílio do utente.

Em cada visita domiciliária, em conjunto com a Enfermeira OC pude aplicar escalas, consoante o objetivo pretendido. Fui verificando diversas dificuldades em aplicar alguns instrumentos de recolha de dados no domicílio das pessoas devido à escassez de tempo, acessibilidade do domicílio, entre outros. Muitas escalas são extensas e necessitam de muito tempo para as aplicar, como por exemplo a escala de Equilíbrio de Berg, em contexto comunitário, o EEER possui pouco tempo para a aplicar. Apesar do equipamento necessário para a executar ser acessível, é preciso no mínimo 30 minutos para o fazer, pois avalia várias “atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação das transferências” (OE, 2016, p. 14) Também é necessário a presença de escadas nas habitações, para proporcionar a avaliação da subida e descida.

Constatei que o emprego da Escala de Borg Modificada a um utente idoso, necessitei de uma explicação mais demorada para que o utente perceba o objetivo, constatei assim, que para a exequibilidade desta escala o utente não pode apresentar défices cognitivos e tem que estar auto como alopsiquicamente orientado, o que por vezes não acontece. É importante salientar que para a aplicabilidade das escalas e a execução de alguns exercícios é necessário recetividade e autorização dos cuidadores/famílias.

Em muitas patologias específicas deve-se utilizar instrumentos de recolha de dados adaptados à patologia em questão, tal como a ELA, proporcionando a

“classificação e a avaliação da progressão da doença relativamente à funcionalidade” (Saavedra, 2020, p. 105). Assim, ao longo de todo o programa de ER a uma utente com ELA, recorri à *Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale-Revised*, testada e validada para a população portuguesa onde pude monitorizar a progressão da doença, bem como a funcionalidade do utente. Verifiquei que este instrumento é simples tanto de aplicação como de interpretação e fornece-nos uma avaliação precisa dos resultados das intervenções implementadas adaptada à patologia em si.

Após aplicar diversos instrumentos de recolha de dados durante as visitas domiciliárias (VD) verifiquei que apesar de algumas não serem exequíveis em contexto domiciliário, podemos sempre adequar e adaptar as escalas podendo efetuar os instrumentos ao longo de várias VD (o que não é muito viável, pois não permite obter uma cronologia na avaliação) ou optando por outras escalas, como por exemplo para avaliar o equilíbrio, pode-se utilizar a escala de Tinetti. Segundo a OE (2019), o EEER “avalia os resultados das intervenções implementadas.” (p. 13567) quantificando os ganhos em saúde ao longo do processo de reabilitação, monitorizando os progressos desde a avaliação inicial, durante o processo de ER e no momento da alta. Assim, é importante que as escalas sejam práticas, simples e concisas de forma a permitir reavaliar os progressos ao longo do tempo.

Tanto em contexto comunitário como hospitalar, de forma a uniformizar e a monitorizar as intervenções do EEER aplicam-se as escalas mais práticas e concisas como a de Morse, Braden e Barthel, que são indicadores obrigatórios para a medição da qualidade e eficácia dos cuidados prestados, bem como da segurança do utente. Relativamente às escalas direcionadas para a ER utilizam a Escala de *Medical Research Council (MRC)* para avaliar a força muscular e as atividades instrumentais da vida diária - Índice de Lawton. Todas estes instrumentos de recolha de dados são avaliados no primeiro contacto com o utente, atualizados periodicamente, reavaliados antes da alta e sempre que necessário.

Estes instrumentos de recolha de dados *standardizados* são colocados em plataformas (RNCCI® e Sclinico®), através uma linguagem padronizada e classificada, permitindo uma articulação entre as várias valências do Sistema Nacional de Saúde. Relativamente ao registo destas escalas em Sclinico® reparei que as escalas apresentadas não referem o seu nome e atribuem *scores* de forma a demonstrar ganhos obtidos e poderemos verificar a evolução dos utentes, que, posteriormente, são auditados periodicamente. A OE (2016) corrobora com o anterior

exposto referindo que as escalas caracterizam “a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida”. (p. 3)

Verifiquei assim, que nem todos os instrumentos de recolha de dados podem ser aplicados em contexto comunitário e/ou hospitalar. Contudo reconheço a necessidade de traduzir os ganhos em saúde obtidos pela intervenção do EEER através de escalas, preconizados pela OE e validados para a população portuguesa, obtendo a sua avaliação e monitorização. Assim, é importante que para além dos instrumentos de recolha de dados *standardizados*, possamos adequar a sua aplicabilidade em cada contexto, de acordo com a função a avaliar, de forma a permitir “quantificar e evidenciar os resultados obtidos” (OE, 2016, p. 3). Fazendo com que “se traduza em melhores práticas, unindo a clínica e a investigação e promovendo o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2016, p. 66).

Verifica-se assim, através dos DD (Decreto-Lei nº 74/2006) que ao conseguir alcançar este objetivo específico desenvolvi “competências que (...) permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo” (p. 2246).

10. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos, na área da Enfermagem de Reabilitação, que visem a promoção da independência da pessoa com necessidades especiais, nos diferentes contextos e em particular, relacionados com a descanulação da pessoa com ostomia respiratória

De acordo com o Regulamento nº140/2019, o Enfermeiro Especialista “leva a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (p. 4744), sendo que o EEER “incorpora continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência (...) desenvolvendo competências dentro da sua especialização” (Regulamento nº 392/2019, p. 13565). Assim, perante este objetivo inicialmente realizei uma revisão narrativa da literatura sobre a temática escolhida e também ao longo do estágio sempre numa perspetiva de poder sustentar a prática na melhor evidência científica possível, de forma a obter a excelência dos cuidados. Ao longo de todo o estágio, fui sempre consultando bibliografia pertinente (livros, artigos

científicos, trabalhos académicos e apontamentos das aulas). Diariamente, quando surgiam novas situações e/ou que não tinha conhecimentos teórico-práticos bem cimentados ia para casa pesquisar, de forma que no dia seguinte no estágio pudesse fundamentar e aplicar intervenções de ER alicerçadas na melhor evidência científica possível, tendo sempre em vista a promoção da independência dos utentes a que me foram atribuídos.

Relativamente à temática da descanulação da pessoa com ostomia respiratória, para além de ter realizado no início da realização do projeto uma revisão narrativa da literatura, pude também atualizar essa pesquisa recentemente, de forma a ter informações mais recentes. Para a elaboração do protocolo de descanulação também realizei uma revisão narrativa de literatura, mas desta vez relativamente a protocolos que existam sobre a temática, também para poder ter a melhor evidência científica possível, como para poder responder às questões que me colocavam ao longo do estágio hospitalar, visto que no serviço me tornei um “pilar” nas intervenções a realizar perante a pessoa com TQT perante não só a equipa de EEER, bem como a equipa multidisciplinar.

Evidencio assim que, “demonstrei possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que permita, e constitua a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação” (Decreto-Lei nº 74/2006, p. 2246), onde “incorporei continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência” (Regulamento nº 392/2919, p. 13566).

11. Desenvolver uma prática reflexiva no âmbito da Enfermagem de Reabilitação visando o autoconhecimento, assertividade e segurança na prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais e perante a equipa multidisciplinar

Refletir sobre as minhas práticas é algo que faço, quase automaticamente, no quotidiano, porém parar, pensar e refletir torna-se difícil, porque obriga-me a dominar, através da palavra, o que faço e, confesso, é necessário treino e habilidade para o conseguir com destreza. Contudo, sei que através da fundamentação das minhas ações, cresço e evoluo no conhecimento (tanto profissional como pessoal), enriquecendo-me e, por isso, aumentando o meu conhecimento para me tornar uma profissional de saúde melhor, mais competente, com maior qualidade no cuidar. Canário (2007) refere que “esta imersão na experiência profissional e a aprendizagem pela ação têm evidentemente que ser uma ação reflexiva, porque o homem por definição, o ser humano, não faz nada sem pensar, não há ação que não seja reflexiva” (p. 4). Hesbeen (2001) corrobora referindo que existe a “necessidade de proporcionar aos profissionais de enfermagem o exercício de uma profissão refletida” para ir ao encontro das pessoas através de uma “prática clínica, exercida na perspetiva do cuidar” (p. 126).

Assim, uma prática refletida é indispensável “na prática do cuidado, pois para cuidar é necessário possuir domínio de conhecimentos teóricos a fim de torná-lo seguro e alcançar os objetivos propostos” (Farias et al., 2019, p.2). De forma a desenvolver “competências que (...) permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo” (Decreto-Lei nº 74/2006, p. 2246) foi imprescindível refletir sobre a prática e as intervenções que realizei ao longo do estágio. Durante as 18 semanas pude elaborar JA semanais refletindo sobre as minhas ações e desenvolvendo competências de auto-aprendizagem de forma autónoma e orientada.

Ao longo de todo este percurso de aprendizagem ao indo adquirindo alguma destreza na prática refletida fui evoluindo, tornando a minha prática de cuidados mais segura e assertiva tanto na prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais como perante a equipa multidisciplinar em ambos os contextos de estágio.

Após descrever, analisar e refletir, através dos objetivos específicos, sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, verifico que é essencial incrementar

uma prática reflexiva, pois é uma “premissa para o desenvolvimento de profissionais autônomos e críticos” (Peixoto, 2016, p. 131) Assim, o culminar da prática refletida ao longo do estágio traduz-se na realização deste relatório.

CAPÍTULO II. AVALIAÇÃO DA TRAJETÓRIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A avaliação é uma etapa fundamental neste meu trajeto acadêmico, pois reconhece a aquisição de competências e as aprendizagens efetuadas, potenciando a mudança de atitudes. (Regulamento nº 140/2019)

Posso afirmar que o voltar a ser estudante num contexto clínico fez com que eu ficasse apreensiva, pois já terminei a licenciatura há alguns anos e ia encarar uma nova realidade, estágio, em que seria aluna do mestrado. Logo no primeiro contexto de estágio deparei-me para além de um contexto desconhecido, contexto comunitário, uma nova realidade, ER, e com isso trouxe-me diversos receios e algumas dificuldades que foram superadas ao longo do tempo. Inicialmente senti dificuldade em transpor/mobilizar a teoria, aprendida ao longo do meu percurso acadêmico para a prática.

Benner (2001) corrobora referindo que as enfermeiras iniciadas, numa dada situação, “têm dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com aquilo que vivem em situação real.” (p.50) Contudo, “com a experiência e o domínio, as competências transformam-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações” (Benner, 2001, p. 63) Ao longo do estágio veio-se a desvanecer essa dificuldade, tendo melhorado não só as minhas ações, como também pude crescer pessoal e profissionalmente.

Outra dificuldade sentida foi a realização de planos de cuidados escritos, nomeadamente a identificação dos diagnósticos relativamente à ER e às suas intervenções. Inicialmente, ao sentir esta dificuldade tive a necessidade de informar a Professora orientadora no sentido de conseguir colmatar esta minha lacuna e poder crescer nesta minha aprendizagem, pois esta situação para além de me criar desconforto, acarretava-me ansiedade, porque mesmo que me esforçasse não conseguia ir de encontro ao preconizado. Mas também ao longo de todo o estágio consegui adquirir conhecimentos e competências de forma a melhorar esta minha lacuna.

Relativamente ao projeto proposto por mim, não foi possível implementar em contexto comunitário, contudo tive a possibilidade de o poder apresentar à Enfermeira OC, bem como pela equipa de EEER.

Em contexto hospitalar, como já provinha de uma experiência anterior de estágio e o local de estágio era no mesmo hospital onde trabalho, senti-me mais confiante, segura e não tão apreensiva como no estágio anterior. Aqui não senti tantas dificuldades na transposição teoria/prática, bem como na execução de um plano de cuidados escrito. Inicialmente neste contexto fiquei um pouco apreensiva e desanimada por ser um local com utentes COVID-19 e não poder aplicar o meu projeto. Contudo, quando o serviço foi transformado novamente para medicina, começamos logo, no primeiro dia, a receber uma utente com TQT na UMD. Para mim este foi um momento de grande satisfação e de alento, pois poderia implementar o meu projeto, realizar intervenções de ER com utentes com ostomia respiratória podendo promover um processo de descanulação mais célere, bem como no futuro poder dar um contributo ao serviço construindo um instrumento de trabalho para os EEER (Protocolo de Descanulação de TQT).

Posso afirmar, que ao longo do estágio em contexto hospitalar fui sendo um “ pilar” essencial tanto para a equipa de EEER como multidisciplinar na prestação de utentes com TQT, pois em cada duvida surgida ou novas situações, a equipa de imediato contactava-me para saber o meu parecer e qual a fundamentação em que me baseava. Foi muito gratificante para mim sentir que para além de ter podido proporcionar um maior ganho de independência por parte do utente com TQT devido a uma descanulação mais célere, fui um elemento dinamizador da prática de excelência de cuidados à pessoa de ostomia respiratória, tanto que a equipa médica incentivou-me a realizar um protocolo de descanulação e a dar formação a toda a equipa, por sentirem uma lacuna nos cuidados prestados nesta área.

Saliento, ainda, como ponto positivo o facto de ter sido sempre bem recebida pelas equipas multidisciplinares de ambos os contextos e também os utentes/cuidadores se mostrarem recetivos à minha presença durante os cuidados de reabilitação, interagirem sempre cordialmente comigo proporcionando-me novas aprendizagens. Ao longo de todo o estágio a minha área de atuação baseou-se sempre na relação terapêutica enfermeira-utente sustentada na confiança e compreensão mútua.

De acordo com Benner (2001), “as práticas crescem através da aprendizagem experimental e da transmissão dessa operacionalizada nos contextos de cuidados (p. 12). Assim, ao longo de todo o meu percurso, considero que houve uma melhoria gradual e notória do meu desempenho, tendo melhorado as competências relacionais

e técnicas. Ressalvo ainda, a minha intervenção, sempre, pró-ativa e dinâmica em ambos os contextos, motivando não só o utente ao longo do seu processo de reabilitação como a equipa, em que me encontrava inserida, para a melhoria contínua dos cuidados.

CAPÍTULO III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Os cuidados de enfermagem são uma arte (...) porque o seu resultado para um beneficiário de cuidados provém sempre de um ato único de criação” (Hesbeen, 2000, p. 99). Assim, torna-se fundamental, devido às exigências técnicas e científicas atuais, a formação contínua, de forma a “prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida” (Hesbeen, 2000, p. 138) e poder especializar-me nesta arte complexa que é o “**cuidar**”.

Devido à minha vontade de obter conhecimento para poder prestar melhores cuidados no meu quotidiano, inscrevi-me neste mestrado para poder adquirir conhecimentos teóricos e práticos na área escolhida, ER. Esta trajetória de “mobilização e análise de saberes” (Hesbeen, 2001, p. 127) culmina neste relatório onde analiso criticamente através da reflexão o meu percurso de aprendizagem, que permitirá no futuro prestar cuidados de excelência.

Este capítulo foi denominado por considerações finais, pois este meu caminho em busca do conhecimento nunca se encontra terminado, mas sim em constante evolução e crescimento, ansiando sempre por querer saber e ser mais.

Este relatório iniciou-se pela elaboração do projeto intitulado por “**Enfermagem de Reabilitação na promoção do processo de descanulação à pessoa com ostomia respiratória**” onde me deparei com a escassez de evidência científica, o que fez com que me motivasse para avançar numa área pouco explorada. Posto isto, a teórica escolhida teria que ir de encontro com o pretendido, a independência do utente em voltar a respirar normalmente, promovendo um retorno ao domicílio mais célere, indo de encontro à **Teoria de Virgínia Henderson**. Esta teórica, influenciada por Florence Nightingale, remete-nos para a origem da prática dos cuidados de enfermagem: o cuidar. De forma a proporcionar o cuidar do utente com ostomia respiratória, bem como de desenvolver competências no âmbito de ER, nas diferentes áreas de atuação, foram desenvolvidos objetivos específicos possibilitando a aquisição de competências do Enfermeiro especialista, EEER, bem como para o grau de mestre.

Este relatório de estágio desenvolve-se em torno desses objetivos específicos delineados, onde faço uma breve descrição sobre as atividades mais relevantes para o meu percurso de aprendizagem, bem como a sua análise e reflexão sob a melhor

evidência científica. Posso afirmar os locais de estágio escolhidos permitiram atingir todos os objetivos inicialmente propostos.

Espero que esta minha trajetória de desenvolvimento de competências traga contributos não só para mim, mas em jeito de partilha com todos os que tiveram a possibilidade de me acompanhar neste percurso. Assim, espero que este projeto e relatório proporcionem a construção e implementação de um protocolo de descanulação de TQT, de forma a proporcionar uma melhoria dos cuidados prestados na área da ER, uma área, ainda, pouco explorada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abe, T., Madotto, F., Pham, T., Nagata, I., Uchida, M., Tamiya, N., Kurahashi, K., Bellani, G., Laffey, J. G., & LUNG-SAFE (2018). Epidemiology and patterns of tracheostomy practice in patients with acute respiratory distress syndrome in ICUs across 50 countries. *Critical care*, 22(1), 1-16. DOI: 10.1186/s13054-018-2126-6
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011) Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (5), 193-201. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII11104>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010) Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Disponível em: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Association of Rehabilitation Nurses (s.d.) *Rehabilitation Nurses – Make a real difference in their patient’s lives*. Disponível em: https://rehabnurse.org/uploads/membership/ARN17_Difference_Bro_web.pdf
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (2a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Bonvento, B., Wallace, S., Lynch, J., Coe, B., & McGrath, B. A. (2017). Role of the multidisciplinary team in the care of the tracheostomy patient. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 391–398. DOI: 10.2147/JMDH.S118419
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratórias*. Porto: Medesign.
- Brenner, M. J. et al. (2020) *Global Tracheostomy Collaborative: data-driven improvements in patient safety through multidisciplinary teamwork, standardisation, education, and patient partnership*. *British Journal of Anaesthesia*, 125, e104 - e118. Disponível em: <https://bjanaesthesia.org/retrieve/pii/S0007091220302695>
- Canário, R. (2007). Aprendizagens e quotidianos profissionais. In: Rodrigues, A. et al., *Processos de formação na e para a prática de cuidados (p. 175-185)*. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2012) Manual de boas práticas na reabilitação respiratória - conceito, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- Colière, M. (1989) *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Cunha, M., Barosa, J. Margalho, P., Tomé, P. & Laíns, J. (2012) Protocolo de Encerramento de Traqueotomia em Internamento em Reabilitação. In Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 22(2), 28-34). Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/10>
- Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13º a 15º da Lei nº 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no nº 4 do artigo 16º da Lei nº37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, Série I-A* (nº 60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Decreto de Lei nº 101/2006, de 06 de Junho. Assembleia da República. *Diário da República nº 109/2006, Série I-A* de 2006-06-06. 3856 - 3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto de Lei nº 156/2015, de 16 Setembro. Assembleia da República. *Diário da República nº 181/2015, Série I* de 2015-09-16. 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Deodato, S. (2014). Decisão ética em enfermagem. Coimbra: Edições Almedina.
- Deodato, S. (2016) Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- DGS (2016) Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Durbin C. G., Jr (2010). Tracheostomy: why, when, and how?. *Respiratory care*, 55(8), 1056–1068. Disponível em: <http://rc.rcjournal.com/content/55/8/1056/tab-pdf>
- Everitt E. (2016). Managing the weaning of a temporary tracheostomy. *Nursing times*, 112(20), 17–19. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory-clinical-archive/tracheostomy-2-managing-the-weaning-of-a-temporary-tracheostomy-16-05-2016/>
- Farias, M. S., Brito, L. L., Santos, A. S., Guedes, M. V., Silva, L. F. & Chaves, E. M. (2019) Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de

- Enfermeiros. REME: *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-5. DOI: 10.5935/1415-2762.20190055
- Freitas, F. S., Parreira, V. F. & Ibiapina, C. C. (2010) Aplicação clínica do pico de fluxo da tosse: uma revisão de literatura. *Fisioter.Mov.*, 23 (3), 495-502. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250021475_Aplicacao_clinica_do_pico_de_fluxo_da_tosse_uma_revisao_de_literatura
- Freitas, L. (2017). Reabilitação - A eficiência que faz a diferença, 1-2. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enfluis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf
- Gonçalves, M. R., and J. C. Winck (2008) Commentary: Exploring the potential of mechanical insufflation–exsufflation. *Breathe* 4.4: 326-329. Disponível em: <https://breathe.ersjournals.com/content/4/4/326>
- Hausberger, C., Gomes, R., Leonor, V., Gaspar, M, Júnior, C. & Santos, R. (2016). Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar. In *Ciência e Cultura*, 4 (52), 11-18. Disponível em: <https://seer.utp.br/index.php/h/article/view/884>
- Henderson, V. (2007) *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2001). A reabilitação - criar novos caminhos. Loures: Lusociência
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenções e resultados esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Marcelino, P. (2008) *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto, Abordagem ao Utente Crítico*. Lisboa: Lusociência.
- McGrath et al. (2020) Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance, *Lancet Respir Med*, 8, 717–25. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30230-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30230-7)
- Medeiros, G. S., Sassi, F. C., Lirani-Silva, C., & Furquim de Andrade, C. R. (2019). Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *CoDAS*, 31(6), 1-9. DOI: 10.1590/2317-1782/20192018228
- Mendes, F., Ranea, P. & Tomazetti de Oliveira, A. (2013) Protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia. In *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 10 (20), 5-12. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/viewFile/100/u2013v10n20e69>

- Morgado, S. & Moura, S. (2010) Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos: Sub ou sobreadiagnosticada. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 19 (2), p. 38-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.43>
- Mota, D. (s.d.) A Enfermagem de Reabilitação e a Família no Processo de Reabilitação.
- National Tracheostomy Safety Project (2018) Improving UK Tracheostomy Care. Disponível em: <http://tracheostomy.org.uk/storage/files/Interim%20ITC%20Results%20fact%20sheet.pdf>
- Norma Nº011/2016 (2017) Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção geral de Saúde, 1-44. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015) Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 1-7. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016) Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. 1-66. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boas Práticas – Reabilitação Respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com COVID-19. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17940/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19.pdf>

- Pasqua, F., Nardi, I., Provenzano, A. & Mari, A., (2015). Weaning from tracheostomy in subjects undergoing pulmonary rehabilitation. *Multidisciplinary respiratory medicine*, 10, 1-7. DOI: 10.1186/s40248-015-0032-1
- Peixoto, N. M. & Peixoto, T. A. (2016) Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (11), 121-132. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pires, P., Marques, C. & Masip, J. (2018) Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. *Medicina Interna*, 25(2), 123-133. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.24950/rspmi/revisao/240/2/2018>
- Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº26 de 6 de Fevereiro de 2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 392/2019 (2019) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº85 de Maio de 2019), 13565-13568.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (1988) – Decreto Lei nº 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril de 1988. Diário da República, I Série A (nº 93), 1729-1759.
- Rocha, B. (2020) O papel do Enfermeiro de Reabilitação e a Pandemia COVID-19. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/Covid19/O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20REABILITA%C3%87%C3%83O%20E%20A%20PANDEMIA%20COVID-19.pdf>
- Saavedra, M., Pereira, F., Moreno, B. & Azevedo, M. (2020) Recomendações na Abordagem da Esclerose Lateral Amiotrófica. *Revista SPMFR*, 3 (32), 101-119. DOI: <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.285>
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. *Revista Enfermagem de Referência*, 3, 15-23. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn3/serlIn3a02.pdf>.
- Singh, R.K., Saran, S. & Baronia, A.K. (2017) The practice of tracheostomy decannulation—a systematic review. *Journal intensive care*, 5 (38), 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40560-017-0234-z>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Trabalho de Projeto



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

Trabalho de Projeto

**Enfermagem de Reabilitação na promoção do
processo de descanulação à pessoa com ostomia
respiratória**

Inês Margarida Oliveira Agostinho



**Lisboa
2020**



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

Trabalho de Projeto

**Enfermagem de Reabilitação na promoção do
processo de descanulação à pessoa com ostomia
respiratória**



Regente: Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra

Orientador: Professora Cristina Maria da Silva Saraiva



Lisboa

2020

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	70
1. DA COLOCAÇÃO DA OSTOMIA RESPIRATÓRIA À SUA DESCANULAÇÃO	73
1.1 Plano de atividades	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES	90
Apêndice I – Fluxograma da metodologia de pesquisa	
Apêndice II – Artigos mobilizados na fundamentação do projeto	
Apêndice III – Guião de entrevistas – locais de estágio	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Competências A1, A2 e J1)	12
Tabela 2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (Competências B1, B2, B3 e J2)	13
Tabela 3. Domínio da Gestão dos Cuidados (Competências C1, C2 E J3)	15
Tabela 4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Competências D1 e D2)	17
Tabela 5. Cronograma para a concretização dos objetivos	18

INTRODUÇÃO

De acordo com o percurso académico estipulado no programa de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvi este projeto no decorrer do segundo semestre, inserido na Unidade Curricular Opção II – Projeto. Este projeto tem como finalidade problematizar uma área por mim escolhida e desenvolvê-la posteriormente, no terceiro semestre ao integrar uma equipa multidisciplinar, na prática de cuidados diários, enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER). O presente projeto de formação vai servir de guia orientador onde defino o seu objetivo, os objetivos dos estágios e o desenvolvimento para poder atingir os objetivos traçados. Para além disso, vai permitir organizar o estado do conhecimento relativamente à temática escolhida, os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso académico e a pesquisa bibliográfica efetuada, tendo como finalidade ser um instrumento de avaliação desta Unidade Curricular (UC).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2015) definiu áreas de investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025, tendo considerado uma das áreas emergentes as **“intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória”** (p. 4). Assim, o tema escolhido para este projeto foi a problemática da **descanulação da pessoa com ostomia respiratória**. A escolha deste tema reside, essencialmente, na minha prática (serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta), em que observo diariamente os ganhos dos utentes com ostomias respiratórias na presença de um EEER, pois a ostomia respiratória acarreta limitações à pessoa/família não só a nível fisiológico como social e conseqüentemente a menor grau de independência. A motivação pessoal deste projeto reside no facto de querer sempre aprender e saber mais. Assim sendo, também se tornou um desafio pessoal, pois propus-me a sair da minha zona de conforto (utente do foro neurológico) e estudar esta temática no utente com patologia respiratória.

Na revisão sistemática da literatura realizada por Medeiros, et al. (2019) referem que a prevalência de realização de traqueostomias nos utentes com doenças pulmonares é cerca de 13,6%, Durbin (2010) refere que é na Unidade de Cuidados

Intensivos (UCI) o local que mais se efetua a colocação destas ostomias respiratórias. McGrath et al. (2020) afirmam que no decorrer desta pandemia mundial, COVID-19, o número de utentes críticos aumentou, havendo uma sobrecarga a nível de internamento hospitalar devido ao uso prolongado da ventilação mecânica, tendo-se recorrido à realização de traqueostomias para promover a recuperação dos utentes e transferi-los para fora da UCI. Posteriormente, para se efetivar altas precoces é necessário a presença de uma equipa multidisciplinar que contemple um EEER de forma a implementar um **programa de reabilitação respiratória** promovendo o processo de descanulação das ostomias respiratórias. Não existem dados recentes a nível mundial sobre esta temática, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017) não há dados nacionais relativamente ao número de pessoas traqueostomizadas. Indo de encontro ao exposto anteriormente, o presente projeto tem como título: **Enfermagem de Reabilitação na promoção do processo de descanulação à pessoa com ostomia respiratória**. A metodologia de pesquisa utilizada, revisão narrativa da literatura, partiu da seguinte questão de investigação: **Quais as intervenções do EEER que promovem o processo de descanulação de ostomias respiratórias?**

Decorrente da questão de investigação formulei como objetivos gerais:

- Desenvolver competências, na área da Enfermagem de Reabilitação (ER), para o exercício profissional, nas diferentes áreas de atuação do EEER;
- Desenvolver competências especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação Respiratória, que promovam o processo de descanulação da pessoa com ostomia respiratória.

De acordo com as orientações e critérios de avaliação facultados no guia orientador desta UC, este projeto divide-se em três partes. Na primeira parte, já apresentada, introdução, identifico o tema e defino os objetivos do projeto, o âmbito do trabalho; na segunda parte, “Da colocação da ostomia respiratória à sua descanulação”, justifico a pertinência da escolha do tema, o Modelo Teórico de Virginia Henderson e a metodologia utilizada; na terceira parte, descrevo o plano de atividades (objetivos e recursos) e justifico os locais de estágio; e, por fim, as considerações finais onde sintetizo os principais pontos que tiveram impacto nesta minha aprendizagem, bem como as minhas expectativas. Assim, neste relatório serão abordados conceitos como: *weaning*, *decanulation*, *tracheostomy* e *pulmonary*

rehabilitation e o Modelo Teórico de Virigina Henderson. É de ressaltar que este projeto foi elaborado com a Norma da *American Psychological Association* sustentado pelo Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Junho 2018 e pelo Regulamento do Mestrado.

1. DA COLOCAÇÃO DA OSTOMIA RESPIRATÓRIA À SUA DESCANULAÇÃO

Ainda existem poucos dados disponíveis sobre a temática deste projeto, tal é corroborado por Abel et al. (2018). Contudo, sabe-se que em 2010, nos Estados Unidos da América o número de traqueostomias realizadas eram de 100.000 por ano (Bonvento et al., 2017). Em 2015, em Inglaterra, realizavam 15.000 traqueostomias anuais, já *The Global Tracheostomy Collaborative* refere que em 2018 cerca de 20.000 utentes por ano eram traqueostomizados (“78% colocadas em UCI, 80% devido a desmame ventilatório e 22% com patologia respiratória” (p.1.)), perfazendo 10-15% dos pacientes em UCI. McGrath et al. (2020) referem que “a traqueostomia foi uma estratégia clínica essencial para gerir as epidemias associadas à insuficiência respiratória durante o século XX” (p. 717). De acordo com os mesmos autores com o surgimento da pandemia do COVID 19 levou a que houvesse um crescimento mundial de utentes ventilados mecanicamente que com a sobrelotação de utentes na UCI conduziu a um aumento da realização de traqueostomias. O site *Markets and Markets* (2019) comprovam o anterior exposto fazendo referência que o mercado de produtos de traqueostomias está em crescimento até 2024 e que há uma previsão global de gastos que atingem os 220 milhões de dólares em material, sendo os países da América do Norte, seguidos da Europa os mais consumidores devido ao aparecimento crescente de doenças respiratórias crónicas.

Posto isto, importa explicar o conceito de ostomia respiratória. A ostomia respiratória permite manter a permeabilidade das vias aéreas através de “uma abertura na parede anterior da traqueia” (Medeiros et al., 2019, p. 2) permitindo que a respiração se efetue a partir do orifício da cânula. Este procedimento por ser um dos mais antigos realizados a utentes críticos, ao longo dos anos tem sofrido alterações e evoluído. Inicialmente era efetuado através de um procedimento cirúrgico, podendo, atualmente, ser realizado junto da cama do utente, através de uma dilatação percutânea, sob anestesia local. Durbin (2010) refere que a traqueostomia é o procedimento eletivo mais realizado em UCI, cerca de 10%, que tem como vantagens o conforto do utente, saída precoce da UCI e do Hospital. De acordo com o mesmo autor a traqueostomia tem como indicações: “desobstrução da via aérea superior devido a tumor, cirurgia, trauma, corpo estranho, ou infeção, evita danos laríngeos e

das vias respiratórias superiores devido a entubação translaríngea prolongada, permite o acesso fácil ou frequente à via aérea inferior para sucção e remoção de secreções e proporciona uma via aérea estável num paciente que necessita de ventilação mecânica prolongada ou suporte de oxigenação” (p. 1057). Os autores Durbin (2010), Abe et al. (2018) e Medeiros et al. (2019) referem que a média de realização de traqueostomia é cerca de 14 dias após a entubação orotraqueal, contudo existe controvérsia na literatura, podendo ocorrer entre os 14 e os 21 dias. Este procedimento traz inúmeros benefícios para o utente, tais como: “menos necessidade de sedação mais profunda, mais curta, tempo de desmame, e menor permanência na UCI e no hospital. Com poucas exceções, não há diferença na mortalidade com traqueostomia ou intubação translaríngea prolongada continuada” (Durbin, 2010, p. 1067). Todavia, a traqueostomia tem desvantagens não só a nível da imagem corporal, como fisiológicas devido às estruturas em que está inserida, como a deglutição e a comunicação. Para Pasqua et al. (2015) e Bonvento et al. (2017) esta situação gera ansiedade, medo e insegurança ao utente/família podendo levar a uma diminuição da adesão do mesmo ao tratamento e, conseqüentemente, um atraso no regresso a casa. Assim, a descanulação da traqueostomia “é uma etapa essencial na reabilitação de pacientes em recuperação de doenças críticas” (Pasqua et al., 2015, p. 2).

Face ao exposto anteriormente, é essencial iniciar um **programa de reabilitação respiratória**, o mais precocemente possível, realizando uma avaliação do utente antes de iniciar o programa de desmame, finalizando na descanulação da traqueostomia. *National Tracheostomy Safety Project*, citado por Everitt (2016), afirma que “o objetivo do programa de desmame é retornar gradualmente o fluxo de ar para as vias aéreas superiores e restaurar as funções fisiológicas normais” (p. 17). Contudo, iniciar um programa de desmame de traqueostomia, gera inúmeras reações por parte do utente, como “a ansiedade, preocupação de não conseguirem respirar sem o tubo” (Everitt, 2016, p. 19). O **EEER tem um papel preponderante na promoção da descanulação** através da implementação de protocolos ou da realização de programas de reabilitação, definindo e especificando cada etapa do seu programa em conjunto com o utente/família. Bonvento et al. (2017) referem que é essencial uma equipa multidisciplinar, de forma a prestar cuidados especializados à pessoa com ostomia respiratória, para tal é necessário que estes profissionais tenham

os atributos essenciais para favorecer a descanulação. As funções da equipa de enfermagem especializada em traqueostomia sobrepõe-se a outros profissionais de saúde, tais como os terapeutas respiratórios que executam “técnicas de ciclo ativo da respiração com expiração forçada, pode ser necessária a insuflação manual para uma melhor limpeza das vias aéreas, tosse assistida, o uso de dispositivos de respiração positiva intermitente por pressão, reduzindo também o risco de pneumonia associado ao ventilador (cerca de 9-27% dos pacientes)” (Bonvento et al., 2017, p. 393) em associação ao levante precoce. Segundo Medeiros et al. (2019), os fatores que levaram ao insucesso no processo de descanulação são “a dificuldade de expetoração ou o aumento da secreção, presença de estenose traqueal e infeção pulmonar” (p.4).

Pasqua et al. (2015) implementaram um protocolo de descanulação de traqueostomias onde obtiveram um sucesso de 63%. O programa de reabilitação deste estudo incluía: “mobilização ativa dos membros, electroestimulação do quadríceps, reforço muscular abdominal, treino muscular respiratório, treino da força via ciclo ergométrico para os membros inferiores e braço ergométrico para os membros superiores e técnicas de desobstrução brônquica” (p. 2). Este programa foi baseado na avaliação objetiva tendo sido concluído com êxito por 58%, em que 86% dos utentes foram capazes de respirar de forma autónoma. Na revisão sistemática da literatura realizada por Medeiros et al. (2019) referem que vários estudos apresentam as etapas do processo descanulação de traqueostomia como a desinsuflação do *cuff*, treino de oclusão, a permeabilidade das vias aéreas, avaliação da deglutição e mobilização das secreções essenciais para o êxito deste processo. Assim, “(...) o desempenho suficiente da musculatura respiratória e a consequente eficácia da tosse, a permeabilidade normal das vias aéreas e a ausência de disfagia facilitam o processo de remoção da cânula na maioria dos casos” (Medeiros et al., 2019, p.8) Os resultados das intervenções referidas pelos autores Pasqua et al. (2015), Bonvento et al. (2017) e Abe et al. (2018), relativamente à descanulação são a melhoria do conforto, autonomia precoce, aumento da qualidade de vida, redução do tempo de internamento e consequentemente a redução dos custos associados ao mesmo.

Para nortear este projeto escolhi o **Modelo Teórico de Virgina Henderson**, pois a pessoa com ostomia respiratória encontra-se numa condição de dependência das suas necessidades humanas básicas. De acordo com esta teórica, as pessoas

possuem um potencial necessário para resolver os seus problemas, pois a função da enfermeira

“(…) é ajudar o indivíduo utente ou saudável, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (…) que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse força, vontade e conhecimentos necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível” (Henderson, 2007, p.3).

A pessoa traqueostomizada é, então, um todo com necessidades fundamentais, figura central nos cuidados da equipa multidisciplinar, e quando uma necessidade não está satisfeita, a pessoa não está completa nem é independente. Torna-se fundamental esclarecer que para esta teórica, a **saúde é equiparada à independência** e define-a como a capacidade para realizar sem ajuda as catorze necessidades humanas básicas, que são divididas em fisiológicas, espirituais e sociológicas. Para Virginia Henderson (2007), a relação enfermeira/utente pode estabelecer-se em três níveis que abrangem o *continuum* dependência-independência. Concretamente, quando é colocada a ostomia respiratória, a enfermeira comporta-se como uma substituta nas dificuldades da mesma para que seja completa, íntegra ou independente, gradualmente ao promover a descanulação e tornando-a mais independente, vai sendo auxiliar da pessoa com a finalidade de se tornar companheira da mesma. Assim, torna-se essencial ao longo deste projeto perceber quais são as necessidades humanas básicas alteradas em cada uma das pessoas com ostomia respiratória e o grau de importância para os mesmos.

Esclarecidos os constructos teóricos que sustentam este projeto, tornou-se necessário saber qual o **estado da arte** sobre esta temática, assim sendo realizei uma revisão narrativa da literatura, recorrendo ao método PICO (Apêndice I). Primeiramente, realizei uma pesquisa limitada, através da plataforma EBSCOhost Web®, em duas bases de dados *on-line* sugeridas, MEDLINE® e CINAHL® para uma primeira contextualização do tema. Devido à escassez de informação sobre esta temática, também foi utilizada literatura de natureza cinzenta, através do motor de busca *Google Scholar*. Foram definidos como critérios de inclusão: texto integral; idioma – português, inglês, francês e espanhol; com ênfase em programas de reabilitação e/ou descanulação; pessoa adulta com ostomia respiratória; em contexto hospitalar, privilegiando o desmame ventilatório; nos últimos cinco anos (2015-2020). Após a pesquisa encontrei cinco artigos (Apêndice II) que me permitiram explorar este

tema. Todavia esta metodologia de pesquisa permitiu-me perceber que a temática é pouco estudada e tem muitas limitações. Assim, tracei dois objetivos gerais que proponho atingir, tanto na implementação deste projeto como ao longo dos estágios:

- Desenvolver competências, na área da ER, para o exercício profissional nas diferentes áreas de atuação do EEER;
- Desenvolver competências especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação Respiratória, que promovam o processo de descanulação da pessoa com ostomia respiratória.

1.1 Plano de atividades

O presente projeto de formação vai servir de guia orientador ao longo dos contextos de estágio (contexto comunitário e hospitalar), onde defino os objetivos e o seu desenvolvimento. Para além disso, vai permitir adquirir, sistematizar e consolidar o estado do conhecimento, em contexto prático, e desenvolver competências fundamentais para o exercício profissional.

Devido às circunstâncias atuais, pandemia COVID 19, ainda não foi possível obter parecer positivo dos locais de estágio escolhidos. Os estágios vão decorrer no terceiro semestre, durante 18 semanas, com uma duração de 500 horas, prevê-se que o primeiro estágio ocorrerá numa Unidade de Cuidados na Comunidade e o segundo estágio, em contexto Hospitalar. Devido às circunstâncias já mencionadas não foi possível realizar visitas e/ou contactos telefónicos aos locais de estágio, para a caracterização e conhecimento da sua dinâmica. Contudo, elaborei os guiões de entrevista semi-estruturados (Apêndice III), de forma a otimizar a obtenção da informação necessária, pelo que ao ingressar na prática clínica serão efetuados. Estes guiões de entrevista têm como objetivo a caracterização dos locais de estágio, dos recursos humanos, da população assistida e da dinâmica de prestação de cuidados.

Atualmente, os cuidados de enfermagem assumem, cada vez mais, uma maior importância e exigência técnica e científica. Assim, através do Regulamento nº140/2019, as **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, e o do Regulamento nº392/2019, as **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação**, defini um conjunto de objetivos específicos, tanto para o ensino clínico como para os estágios, categorizados nos

quatro domínios definidos no Regulamento nº140/2019, de forma a poder maximizar o conjunto de competências adquiridas e a integrar a prática de cuidados enquanto futura EEER. Para esses objetivos específicos foram desenvolvidas atividades estruturadas, critérios de avaliação e recursos humanos, materiais, físicos e temporais que são apresentados em forma de tabela (Tabela 1,2,3 e 4). Para poder concretizar os objetivos específicos anteriormente definidos e conseguir alcançar o máximo de competências, ao longo dos estágios, delineeii, temporalmente, a sua concretização num cronograma (Tabela 5) onde estabeleço os momentos da prática clínica em que serão alcançados.

Tabela 1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Competências A1, A2 e J1)

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de avaliação
<p>1. Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de ER, baseada nos princípios éticos e deontológicos;</p> <p>2. Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar, conhecer a dinâmica, funcionamento e organização dos locais de estágio, de forma a conseguir contributos para a prática profissional;</p> <p>3. Identificar as competências e intervenções do EEER, no âmbito da equipa multidisciplinar, otimizando as capacidades funcionais da pessoa com necessidades especiais a nível cardiorrespiratório, sensoriomotor cognitivo, motor, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e no processo para a descanulação da pessoa com ostomia respiratória.</p>	<p>- Realização de entrevistas informais, aos Enfermeiros chefes dos locais de estágio e/ou ao EEER orientador, se possível à equipa multidisciplinar;</p> <p>- Observação e identificação da estrutura funcional dos locais de estágio, recursos humanos e materiais, adequando-os aos cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>- Integração na dinâmica dos locais de estágio e na reflexão, participação e tomada de decisão em equipa multidisciplinar relativamente à prestação de cuidados, na área de ER;</p> <p>- Consulta de documentos dos serviços (protocolos, normas, programas e projetos existentes, entre outros) mobilizando conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico;</p> <p>- Observação e identificação das competências e intervenções do EEER, no seio da equipa multidisciplinar, articulando com os recursos disponíveis, ao utente com necessidades especiais a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da</p>	<p>-Ter caracterizado as unidades funcionais de estágio, bem como a sua dinâmica, funcionamento e organização;</p> <p>-Ter consultado os documentos dos serviços (protocolos, normas, programas e projetos existentes, ente outros), mobilizando conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, nomeadamente na área da ER;</p> <p>- Ter integrado a dinâmica dos locais de estágio tendo uma participação e tomada de decisão ativa nas decisões em equipa;</p> <p>-Ter observado e identificado as competências e intervenções do EEER que promovem a independência da pessoa com necessidades alteradas para maximizar a sua capacidade funcional.</p>

	sexualidade e no processo para a descanulação da pessoa com ostomia respiratória.	
<p><u>Recursos Humanos:</u> Enfermeiros chefes dos locais de estágio, EEER orientador, Equipa multidisciplinar, Docente orientadora da ESEL, Pessoa com ostomia respiratória/família, Pessoa com necessidades especiais/família.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Documentos dos serviços/percurso académico, Documentos reguladores da OE, Instrumentos de planeamento das intervenções implementadas.</p> <p><u>Recursos Físicos:</u> Locais de estágio <u>Temporal:</u> Ver cronograma</p>		

Fonte: adaptado do Regulamento nº140/2019 e do Regulamento nº392/2019 da OE

Tabela 2. Domínio da melhoria contínua da qualidade (Competências B1, B2, B3 e J2)

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Crítérios de avaliação
<p>4. Colaborar na conceção, operacionalização, estruturação e avaliação de projetos institucionais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, na área da ER, nos diferentes contextos;</p> <p>5. Desenvolver programas de intervenções do EEER, de acordo com as necessidades existentes, na área da reabilitação respiratória, promovendo a descanulação da pessoa com ostomia respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer, participar e colaborar nos projetos instituídos, nos locais de estágio, no âmbito da ER; - Realização de pesquisa bibliográfica para aceder à melhor evidência científica disponível; - Elaborar projetos institucionais inovadores (programas, folhetos, ações de formação...), na área da ER, nos diferentes contextos; - Identificar e analisar as necessidades da pessoa com ostomia respiratória e/ou com necessidades especiais, nos diferentes contextos; - Realizar jornais de aprendizagem, ao longo do ensino clínico, para promover uma prática de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecido, participado e colaborado nos projetos instituídos e suas respetivas atividades; - Ter realizado pesquisa bibliográfica para aceder à melhor evidência científica disponível; - Ter elaborado projetos inovadores, na área da reabilitação respiratória da pessoa com ostomia respiratória promovendo a descanulação e/ou com necessidades especiais; - Ter identificado e analisado as necessidades da pessoa com ostomia respiratória e/ou com necessidades especiais, em diferentes contextos;

<p>8. Prestar cuidados de ER na promoção da maximização da capacidade funcional e da independência da pessoa com necessidades especiais, de forma a satisfazer as suas necessidades humanas básicas diárias;</p> <p>9. Avaliar os resultados das intervenções implementadas, junto da pessoa com necessidades especiais, nos diferentes contextos, de forma a contribuir para a continuidade aos cuidados prestados.</p>	<p>pessoa com necessidades especiais, em diferentes contextos;</p> <p>- Documentar todos os planos de cuidados e as intervenções realizadas, assim como os seus resultados;</p> <p>- Avaliar os resultados obtidos em cada intervenção implementada à pessoa com necessidades especiais nos diferentes contextos.</p>	<p>- Ter documentado todos os resultados das intervenções obtidos pela pessoa com necessidades especiais;</p> <p>-Ter elaborado e implementado planos de cuidados para a pessoa com necessidades especiais nos diferentes contextos;</p> <p>- Ter documentado os planos de cuidados, as suas intervenções e a respetiva avaliação.</p>
<p><u>Recursos Humanos:</u> -Enfermeiros chefes dos locais de estágio, EEER orientador, Equipa multidisciplinar, Docente orientadora da ESEL, Pessoa com ostomia respiratória/família, Pessoa com necessidades especiais/família.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Documentos dos serviços/ percurso académico, Documentos reguladores da OE, Instrumentos de planeamento e avaliação das intervenções implementadas.</p> <p><u>Recursos Físicos:</u> Locais de estágio <u>Temporal:</u> Ver cronograma</p>		

Fonte: adaptado do Regulamento nº140/2019 e do Regulamento nº392/2019 da OE

Tabela 4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Competências D1 e D2)

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	CrITÉrios de avaliação
<p>10. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos, na área da ER, que visem a promoção da independência da pessoa</p>	<p>- Revisão de conhecimentos obtidos ao longo do percurso académico;</p>	<p>- Ter realizado uma revisão dos conhecimentos, bem como uma revisão narrativa da literatura;</p>

<p>com necessidades especiais, nos diferentes contextos e em particular, relacionados com a descanulação da pessoa com ostomia respiratória;</p> <p>11. Desenvolver uma prática reflexiva no âmbito da ER visando o autoconhecimento, assertividade e segurança na prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais e perante a equipa multidisciplinar.</p>	<p>- Realização de revisão narrativa da literatura sobre a temática, de forma a aprofundar conhecimentos na área da reabilitação respiratória, na promoção da descanulação da pessoa com ostomia respiratória;</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Refletir e analisar o conhecimento teórico obtido relacionando-o com a prática observada ao longo do estágio.</p>	<p>- Ter articulado os conhecimentos teóricos com a prática de cuidados;</p> <p>- Ter planeado cuidados à pessoa com necessidades especiais, tendo em consideração as suas necessidades e da sua família, em diferentes contextos;</p> <p>- Ter elaborado jornais de aprendizagem, ao longo do estágio, e partilhá-los com a discente orientadora;</p> <p>- Ter redigido o relatório final de estágio, incluindo todo o percurso efetuado de uma forma crítica e construtiva</p>
<p><u>Recursos Humanos:</u> -Enfermeiros chefes dos locais de estágio, EEER orientador, Equipa multidisciplinar, Docente orientadora da ESEL, Pessoa com ostomia respiratória/família, Pessoa com necessidades especiais/família.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Documentos dos serviços/ percurso académico, Revisão narrativa da literatura sobre a temática, Documentos reguladores da OE, Jornais de aprendizagem elaborados ao longo do estágio.</p> <p><u>Recursos Físico Físicos:</u> Locais de estágio <u>Temporal:</u> Ver cronograma</p>		

Fonte: adaptado do Regulamento nº140/2019 e do Regulamento nº392/2019 da OE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto foi de extrema importância para poder sistematizar e consolidar este meu processo de aprendizagem. Assim, quando reflito sobre o meu percurso acadêmico e sobre este projeto existem termos que se destacam, tais como: desafio, complexidade, persistência, esforço, dedicação e motivação.

O meu percurso acadêmico, bem como este projeto tornaram-se um **desafio** pessoal e profissional para poder crescer enquanto pessoa, mas sobretudo enquanto enfermeira, proporcionando-me uma melhor prática clínica. Freitas (2017) refere que a ER é uma mais-valia, pois “(...) constitui uma forma particular de cuidar em enfermagem” (p.1) permitindo “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e a sua independência” (p.1). Diariamente observo e admiro o trabalho dos EEER do meu serviço, perante os utentes, olhando para o utente/família como um todo, ao nível cardíaco, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, capacitando-o e maximizando a sua funcionalidade, proporcionando que este regresse ao seu domicílio dotando-o de conhecimentos e tornando-o mais independente nas suas atividades de vida diária. Isto faz com que eu tome consciência, frequentemente, das minhas “limitações” enquanto enfermeira generalista e sinta uma necessidade crescente de especialização em ER.

O tema do projeto também é um **desafio** visto que a temática escolhida é ainda pouco explorada, assim torna-se algo **complexo** que com a minha **persistência, esforço e dedicação** consigo chegar a um bom porto. A figura central deste projeto é a pessoa com ostomia respiratória, com patologia respiratória, neste caso o EEER vai promover um processo de descanulação mais célere e com êxito para que o utente possa voltar a ser independente nas suas atividades de vida diária.

Perante esta fase pouco comum que passamos, pandemia COVID 19, as minhas expectativas não são as melhores, visto que esta pandemia pode condicionar os estágios podendo trazer alguns problemas significativos para esta minha jornada académica. Todavia, continuo extremamente **motivada** para prosseguir com este “meu pequeno rascunho” de forma a poder implementá-lo no terreno e com isso obter ganhos em saúde. Idealmente, gostaria de poder criar um instrumento de trabalho

para os EEER para sistematizar todo o processo de descanulação, talvez, através da criação de uma norma que se pudesse adequar à singularidade de cada utente. Para isso, o desafio maior será, ao longo do estágio, em contexto hospitalar, poder cuidar de utentes traqueostomizados e conseguir acompanhá-los ao longo de todo o processo (da colocação da ostomia respiratória até à sua descanulação e posteriormente alta).

Relativamente às outras áreas de competências que não são abrangidas neste projeto, quer a nível cardíaco, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, espero que possa desenvolver essas competências durante os estágios, tanto na comunidade como em meio hospitalar, permitindo atingir todos os meus objetivos iniciais. Espero que a prática clínica me traga subsídios que me permita aprofundar conhecimentos, praticar e crescer enquanto profissional para que no futuro possa contribuir para que os utentes, em meu redor, consigam obter mais ganhos em saúde e que os consiga dotar e capacitar de conhecimentos para o restabelecimento da sua doença, viabilizando a sua independência. Tal como corrobora Hesbeen (2001) “é a tentar ajudar a pessoa a suportar a sua incapacidade, a sua deficiência, as suas características particulares” (p.55) acompanhando a pessoa ao longo de todo o seu trajeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abe, T., Madotto, F., Pham, T., Nagata, I., Uchida, M., Tamiya, N., Kurahashi, K., Bellani, G., Laffey, J. G., & LUNG-SAFE (2018). Epidemiology and patterns of tracheostomy practice in patients with acute respiratory distress syndrome in ICUs across 50 countries. *Critical care*, 22(1), 1-16. Acedido a: 24/06/2020. DOI: 10.1186/s13054-018-2126-6
- Bonvento, B., Wallace, S., Lynch, J., Coe, B., & McGrath, B. A. (2017). Role of the multidisciplinary team in the care of the tracheostomy patient. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 391–398. Acedido a: 02/07/2020. DOI: 10.2147/JMDH.S118419
- Durbin C. G., Jr (2010). Tracheostomy: why, when, and how?. *Respiratory care*, 55(8), 1056–1068. Disponível em: <http://rc.rcjournal.com/content/55/8/1056/tab-pdf>
- Everitt E. (2016). Managing the weaning of a temporary tracheostomy. *Nursing times*, 112(20), 17–19. Acedido a 14/07/2020. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory-clinical-archive/tracheostomy-2-managing-the-weaning-of-a-temporary-tracheostomy-16-05-2016/>
- Everitt, E. (2016). Caring for patients with a tracheostomy. *Nursing times*, 112 (19), 16-18. Acedido a 14/07/2020. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory-clinical-archive/tracheostomy-1-caring-for-patients-with-a-tracheostomy-09-05-2016/>
- Freitas, L. (2017). Reabilitação - A eficiência que faz a diferença, 1-2. Acedido em: 07/10/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enfluis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf
- Henderson, V. (2007) *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2001). A reabilitação - criar novos caminhos. Loures: Lusociência
- Markets and Markets (2018) Tracheostomy products market. Acedido a: 02/07/2020. Disponível em: <https://www.marketsandmarkets.com/Market-Reports/tracheostomy-product-market-79626751.html>

- McGrath et al. (2020) Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance, *Lancet Respir Med*, 8, 717–25. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30230-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30230-7)
- Medeiros, G. S., Sassi, F. C., Lirani-Silva, C., & Furquim de Andrade, C. R. (2019). Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *CoDAS*, 31(6), 1-9. Acedido a: 21/06/2020. DOI: 10.1590/2317-1782/20192018228
- NATIONAL TRACHEOSTOMY SAFETY PROJECT (2018) Improving UK Tracheostomy Care. Acedido a 02/07/2020. Disponível em: <http://tracheostomy.org.uk/storage/files/Interim%20ITC%20Results%20fact%20sheet.pdf>
- Norma Nº011/2016 (2017) Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Direcção geral de Saúde, 1-44. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015) Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 1-7. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Pasqua, F., Nardi, I., Provenzano, A. & Mari, A., (2015). Weaning from tracheostomy in subjects undergoing pulmonary rehabilitation. *Multidisciplinary respiratory medicine*, 10, 1-7. Acedido a: 02/07/2020. DOI: 10.1186/s40248-015-0032-1
- Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº26 de 6 de Fevereiro de 2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 392/2019 (2019) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº85 de Maio de 2019), 13565-13568.

APÊNDICES

Apêndice I – Fluxograma da metodologia de pesquisa

	Linguagem Natural	Linguagem Indexada MEDLINE	Linguagem Indexada CINAHL
P (população)	<i>Tracheostomy</i> <i>Weaning</i> <i>Decannulation</i> <i>Removal tube</i>	<i>Tracheostomy</i> <i>Tracheotomy</i> <i>Ostomy</i> <i>Ventilator weaning</i>	<i>Tracheostomy</i> <i>Tracheostomy care</i>
I (intervenção)	<i>Interventions</i> <i>Nurs*</i> <i>Rehabilitation</i> <i>Pulmonary rehabilitation</i> <i>Pulmonary rehabilitation programme</i> <i>Respiratory nurse</i>	<i>Rehabilitation</i> <i>Rehabilitation nursing</i> <i>Respiratory therapy</i>	<i>Rehabilitation</i> <i>Rehabilitation, Pulmonary</i> <i>Respiratory nursing</i> <i>Respiratory therapist attitudes</i> <i>Respiratory therapists</i>
C (comparação)	Não aplicável		
O (outcomes)	<i>Independence</i> <i>Quality of life</i>	<i>Quality of life</i>	<i>Quality of life</i>
Resultados	21 artigos		
	5 artigos (após aplicação de critérios de inclusão)		

Apêndice II – Artigos mobilizados na fundamentação do projeto

Título do estudo	<i>Weaning from tracheostomy in subjects undergoing pulmonary rehabilitation</i>
Autores	Pasqua, F., Nardi, I., Provenzano, A., Mari, A., & Lazio Regional Section, Italian Association of Hospital Pulmonologists (AIPO)
Ano publicação	2015
Tipo de estudo	Retrospectivo
Objetivo do estudo	Validação de um protocolo de desmame da traqueostomia; avaliação de fatores preditores de descanulação.
População em estudo	48 pacientes (8 utentes admitidos em UCI, 14 de outros serviços e 6 do domicílio)
Intervenções	<p>O <u>programa de reabilitação</u> incluiu: mobilização ativa dos membros, electroestimulação do quadríceps, reforço muscular abdominal, treino muscular respiratório, treino da força via ciclo ergométrico para os membros inferiores e braço ergométrico para os membros superiores, técnicas de compensação brônquica.</p> <p><u>Critérios para descanulação</u>: estabilidade clínica, força muscular expiratória, ausência de estenose traqueal e/ou granulomas, deglutição eficiente, pressão parcial de CO₂ (PaCO₂) e a razão entre a pressão parcial de oxigênio e a fração de oxigênio inspirado. Se tivessem todos os requisitos colocava-se uma cânula fenestrada e clampada até 48 h.</p> <p><u>Remover cânula após 72h</u>: se tosse eficiente, ausência de dessaturação significativa e com valores de PaCO₂ <50 mmHg.</p>
Conclusões	<p>O desmame da traqueostomia está associado às variáveis: doenças subjacentes, a presença de ventilação mecânica e o período de tempo com a cânula. O protocolo de descanulação pode ajudar a otimizar o desmame da traqueostomia.</p> <p>O <u>programa de reabilitação</u>, baseado na avaliação objetiva, foi concluído com êxito por 58 % dos pacientes. Entre estes, 86% foram capazes de respirar de forma autónoma.</p> <p>A presença concomitante de <u>doença pulmonar</u> teve um papel fundamental no sucesso do desmame da traqueostomia.</p>
Relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	A implementação de um plano de descanulação/reabilitação favorece a descanulação

Título do estudo	<i>Role of the multidisciplinary team in the care of the tracheostomy patient.</i>
Autores	Bonvento, B., Wallace, S., Lynch, J., Coe, B., & McGrath, B. A.
Ano publicação	2017
Tipo de estudo	Comparativo
Objetivo do estudo	Analisar os papéis da equipa multidisciplinar no atendimento aos pacientes com traqueostomia; descrever os potenciais benefícios de uma abordagem multidisciplinar coordenada para os pacientes, seus familiares e nossos sistemas de saúde.
População em estudo	Equipa multidisciplinar: médicos, enfermagem, fisioterapia respiratória e equipe de fonoaudiologia, nutricionistas e psicólogos, de uma ampla variedade de especialidades.
Intervenções	Cada membro da equipa multidisciplinar possui habilidades únicas em relação aos cuidados com traqueostomia: avaliação e tratamento das necessidades de deglutição e comunicação, escolha do tubo de traqueostomia, decisões de descanulação, nutrição, bem-estar psicológico e manutenção da permeabilização da vida aérea. <u>Terapeutas respiratórios:</u> técnicas de ciclo ativo da respiração, permeabilidade via aérea, expiração forçada, tosse assistida e mobilização precoce; <u>Equipa enfermagem especializada:</u> diminui taxa complicações, readmissões UCI e tempo total na permanência. A sua função sobrepõe-se aos outros profissionais.
Conclusões	Funcionários multidisciplinares especializados ajudam a fornecer a consistência e continuidade associadas a melhorias no atendimento. O atendimento multidisciplinar teve impacto nas reduções do tempo de descanulação, tempo de permanência e eventos adversos.
Relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	A equipa multidisciplinar tem atributos essenciais para favorecer a descanulação.

Título dos estudos	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Caring for patients with a tracheostomy</i> - <i>Managing the weaning of a temporary tracheostomy</i>
Autores	Everitt, E.
Ano publicação	2016
Tipo de estudo	Revisão crítica
Objetivo do estudo	Incidir sobre os princípios do tratamento dos utentes com traqueostomia e o processo de desmame dos pacientes com traqueostomia, pois em 2014, após um estudo, verificam que a equipa de enfermagem necessitava de ter conhecimentos nesta área, pois os conhecimentos estavam abaixo do seguro e do razoável.
População em estudo	Não aplicável
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Guia de equipamento de traqueostomias • Princípios de cuidados enfermagem • Processo de descanulação (critérios estabelecidos) • Tamanhos de tubos traqueostomia, <i>Cuff</i> e Válvulas fonatórias • Insucesso na descanulação • Cuidados após descanulação do estoma • Cuidados psicológicos
Conclusões	O desmame e a descanulação requerem um planeamento cuidadoso e o apoio de uma equipa multidisciplinar que garantirá programas seguros. Os enfermeiros envolvidos nos processos de desmame e descanulação precisam ter habilidades apropriadas para cuidar de utentes traqueostomizados e responder às suas preocupações e mudanças em sua condição clínica.
Relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	Os conhecimentos especializados na área da ostomia respiratória são essenciais para favorecer a descanulação e ir de encontro às necessidades reais da pessoa com traqueostomia.

Título do estudo	<i>Cr�terios para descanula�o da traqueostomia: revis�o de literatura</i>
Autores	Medeiros, G., Sassi, F., Lirani-Silva, Camila, & Andrade, Claudia Regina Furquim de
Ano publica�o	2019
Tipo de estudo	Revis�o de literatura
Objetivo do estudo	Realizar um levantamento bibliogr�fico a respeito da descanula�o da traqueostomia
Popula�o em estudo	fatores e protocolos utilizados em estudos internacionais
Interven�es	<p>Dos profissionais envolvidos no processo de descanula�o, participaram em ordem decrescente m�dicos, fonoaudi�logos, fisioterapeutas e enfermeiros.</p> <p><u>Etapas da descanula�o</u>: avalia�o da degluti�o; treino de oclus�o; avalia�o da permeabilidade de passagem do ar; habilidade de manipula�o de secre�o e troca de c�nula; desinsufla�o do <i>cuff</i> e treino de tosse; uso de v�lvula de fala. Quanto aos procedimentos executados durante o processo de descanula�o, duas etapas s�o consideradas primordiais como a desinsufla�o do <i>cuff</i> e a avalia�o da permeabilidade de vias a�reas.</p> <p><u>Fatores insucesso</u>: dificuldade de expetora�o ou aumento da secre�o, presen�a de estenose traqueal e infe�o pulmonar.</p> <p>Considerando o tempo de uso de traqueostomia, h� uma varia�o entre 16-91 dias, tendo o processo de descanula�o sido realizado em 7-74 dias.</p>
Conclus�es	Os profissionais mais presentes no processo de descanula�o s�o m�dicos e fonoaudi�logos, tendo relev�ncia tamb�m a participa�o de fisioterapeutas e enfermeiros. Das etapas mais importantes no processo de descanula�o, destacam-se desinsufla�o do <i>cuff</i> ; permeabilidade de vias a�reas, avalia�o da degluti�o, gerenciamento das secre�es e treino de oclus�o da traqueostomia.
Rela�o dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	A equipa multidisciplinar tem atributos essenciais para favorecer a descanula�o, sendo uma das etapas fundamentais a permeabilidade das vias a�reas.

Apêndice III – Guião de entrevistas – Locais de Estágio

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)	
Caracterização global da UCC	<ul style="list-style-type: none"> - Missão da UCC - Espaço físico (acessibilidade, instalações de prestação de cuidados...) - Recursos materiais/equipamentos existentes - Horário de funcionamento
Recursos Humanos da equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição da equipa de enfermagem/EEER - Constituição da equipa multidisciplinar - Organização diária dos cuidados (horários)
Caracterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> - Área de abrangência e proveniência dos utentes - Caracterização dos utentes (patologias mais frequentes e grupos etários) - Processo de integração dos utentes na UCC (articulação hospital e cuidados na comunidade) - Necessidades dos utentes em cuidados em ER - Tempo médio de acompanhamento dos utentes pela equipa ER
Dinâmica de prestação de cuidados (essencialmente nos cuidados de ER)	<ul style="list-style-type: none"> - Funções do EEER, horário e dotações - Projetos/programas, relacionados com a ER, em vigor e/ou em planeamento - Processo do utente (avaliação inicial, plano de cuidados ER, utilização de escalas...) - Articulação com a família/cuidador (ensinos, feedback...) - Sistemas de informação utilizados (folhetos, ações de formação...) - Organização das visitas domiciliárias (frequência, utentes atribuídos...) - Método de trabalho (articulação com a equipa multidisciplinar, reuniões interdisciplinares...)

	- Necessidades de formação e implementação de projetos, pontos de melhoria
--	--

Serviço Hospitalar	
Caracterização global do serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Missão do serviço - Espaço físico (acessibilidade, enfermarias...) - Recursos materiais/equipamentos existentes
Recursos Humanos da equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição da equipa de enfermagem/EEER - Constituição da equipa multidisciplinar - Organização diária dos cuidados (horários)
Caracterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> - Proveniência e condições de acesso - Caracterização dos utentes (patologias mais frequentes e grupos etários) - Necessidades dos utentes em cuidados em ER - Tempo médio de internamento - Processo de preparação da alta (articulação com os cuidados na comunidade)
Dinâmica de prestação de cuidados (essencialmente nos cuidados de ER)	<ul style="list-style-type: none"> - Funções do EEER, horário e dotações - Projetos/programas, relacionados com a ER, em vigor e/ou em planeamento (existência ou não de programas de descanulação de ostomias respiratórias, programas de reabilitação respiratória) - Planeamento de cuidados em ER e principais áreas de intervenção - Processo do utente (avaliação inicial, plano de cuidados ER, utilização de escalas...) - Articulação com a família/cuidador (ensinos, feedback...) e com recursos na comunidade - Sistemas de informação utilizados (folhetos, ações de formação...) - Método de trabalho (articulação com a equipa multidisciplinar, reuniões interdisciplinares, formação em serviço...) - Necessidades de formação e implementação de projetos, pontos de melhoria

**Apêndice 2 – Caracterização da Equipa de Cuidados Continuados
Integrados**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - 1

- Caracterização da - Caracterização da Equipa de
Cuidados Continuados Integrados -

Inês Margarida Oliveira Agostinho



**Lisboa
Dezembro 2020**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - 1
- Caracterização da Equipa de Cuidados Continuados
Integrados -

Inês Margarida Oliveira Agostinho



Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa
Dezembro 2020

Este jornal de aprendizagem visa dar resposta ao objetivo específico a que me propus inicialmente no projeto, **“Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar, conhecer a dinâmica, funcionamento e organização dos locais de estágio, de forma a conseguir contributos para a prática profissional”**. Assim, irei fazer uma breve introdução sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a organização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), posteriormente caracterizar a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde se encontra integrada a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), bem como a sua organização, funcionamento e dinâmica.

Devido às alterações demográficas sentidas em Portugal, tais como a diminuição da taxa de natalidade, aumento da esperança média de vida e consequentemente uma população envelhecida portadora de patologia crónica múltipla, foi criada a RNCCI (Decreto de Lei nº101/2006), em 2006, proporcionando uma nova forma de cuidados, mais próxima e mais direccionada às necessidades da população. De acordo com a Portaria nº174/2014 a RNCCI “dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados.” (Portaria nº 174/2014, 2014, p. 4865). Implementou-se, assim, a prestação de cuidados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, criando várias equipas, nomeadamente as equipas domiciliárias, das quais fazem parte as ECCI. A ECCI é uma equipa da RNCCI que se encontra enquadrada no âmbito da prestação de cuidados dos ACES.

Esta ECCI encontra-se integrada na UCC e pertence ao ACES Estuário do Tejo. Esta unidade iniciou funções a 15 de Setembro de 2011 e está sediada no primeiro andar da Unidade de Saúde. A unidade é constituída por cinco gabinetes, uma sala de material (onde os auxiliares preparam e esterilizam material), um arquivo, um armazém de consumo, uma sala de refeições, sala de reuniões, um vestuário e uma rouparia. O horário de funcionamento da unidade é das 8-20h de 2f a 6f e aos sábados, domingos e feriados das 9-13h. A equipa encontra-se a realizar turnos “em espelho”, devido à pandemia COVID-19, metade da equipa trabalha durante uma semana das 8-15h a outra metade das 13h-20h, alternadamente. A missão desta UCC vai de encontro ao exposto no artigo 11 do Decreto-Lei n. 28/2008, de 22 de fevereiro,

em que a UCC “presta de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (Lei nº 28/2008, 2008, p. 1184) A UCC pretende ser uma unidade mais próxima, disponível e eficiente às necessidades da população a quem prestam cuidados de saúde de forma a obter ganhos. Assim, a UCC é uma unidade com autonomia organizativa e técnica em intercooperação com as diversas unidades funcionais do ACES.

A área de abrangência da UCC é extensa, cerca de 317,7 Km², abrangendo seis freguesias e integrando 11 unidades de Saúde. O total de utentes abrangidos são de 120.067, sendo que 55,88% desses utentes têm diferentes graus de dependência, 32.33% são idosos. Os programas da carteira básica da UCC são saúde-infanto juvenil, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso e intervenção comunitária. A ECCL tem uma lotação máxima para prestar cuidados a 40 utentes em regime domiciliário, neste momento a sua taxa de ocupação é de 59,4% (29 utentes). A equipa desta UCC é constituída por 15 profissionais de saúde: duas psicólogas, duas assistentes sociais, uma médica, cinco enfermeiros (dois EEER e três enfermeiros de cuidados gerais), quatro auxiliares e uma secretária.

Os utentes são ingressados na equipa da ECCL através da referenciação por três vias: internamento hospitalar (através das Equipas de Gestão de Altas), na comunidade (através do Centro de Saúde) e por transferência das unidades de internamento da RNCCI. A referenciação posteriormente é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL) que “valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente” (Portaria nº 174/2014, 2014, p. 4870). A entidade reguladora da ECL é a Equipa Coordenadora Regional (ECR). Após ser admitido o utente na ECCL é designado um enfermeiro “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante a comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados” (Portaria nº 174/2014, 2014, p. 4867). A visita domiciliária deverá ser realizada até 48h após a admissão, de forma a realizar “uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente” (Portaria nº 174/2014, 2014, p. 4867) Posteriormente deverá ser delineado um plano individual de

intervenção (PII). O PII deve conter critérios que são especificados na Portaria nº174/2014, devendo ser atualizado constantemente. Como a área que a ECCI abrange é extensa e a UCC apenas tem três carrinhas e recursos humanos limitados, foram delimitadas duas zonas geográficas: zona norte e zona sul de forma a viabilizar as deslocações ao domicílio dos utentes que variam entre uma a duas vezes por semana, dependendo da situação. É importante o cuidador estar presente para a realização dos ensinamentos em cada visita domiciliária e também para obter o feedback dado que a maioria da população alvo é idosa.

Segundo a OE (2009), o EEER

concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e /ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica. (...) promove a máxima independência nas AVD e da qualidade de vida da pessoa com deficiência/e ou necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e *empowerment*, quer da pessoa, quer dos seus cuidadores); cria e gere bolsas de ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade. (p. 23/24)

O EEER de acordo com as suas competências específicas, tem um papel predominante no seio da equipa multidisciplinar onde “desempenham um papel *pivot* na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento.” (OE, 2009, p. 23/24)

Na ECCI cada EEER poderá ter até 20 utentes como dotação máxima. O tempo médio de cuidados de reabilitação varia entre um mês e um ano, sendo que a média é cerca de três meses. As necessidades dos utentes em cuidados de ER são relativamente às áreas motora, cardiorrespiratória e sensorial. A causa mais frequente de referenciação para a ECCI é a Síndrome da Imobilidade decorrente de internamentos prolongados ou na comunidade devido a Acidentes Vasculares Cerebrais, doenças degenerativas, doenças oncológicas e fraturas do colo do fémur. Na ECCI o EEER tem à sua disposição dois andarilhos (um sem rodas e um com rodas), três canadianas, uma bengala de três ponteiros, pesos, cadeira de banho, material para a motricidade fina, a maioria deste material foi doada pelos utentes nos últimos cinco anos.

Antes da pandemia eram efetuadas reuniões interdisciplinares mensais onde eram discutidos os PII de todos os utentes. Todavia, devido à pandemia ainda se realizam algumas reuniões de ECCI (reuniões com menos pessoas) as quais variam

a periodicidade. Na UCC em 2019/2020 existia um centro que formação, onde eram realizadas uma vez por semana formações interdisciplinares, neste momento foram provisoriamente adiadas por decisão da coordenação. Os projetos relacionados com ER em vigor são AVC e próteses em parceria com o Hospital de referência.

Em suma, a realização deste Jornal de Aprendizagem foi fundamental para adquirir conhecimentos relativamente à estrutura e organização, tanto da RNCCI como do ACES, pois possibilitou-me adquirir subsídios relativamente às estruturas do Sistema Nacional de Saúde que desconhecia e, também, permitiu-me integrar mais facilmente neste campo de estágio. Saliento, a importância deste estágio em contexto comunitário, pois é importante, para mim, vivenciar a abordagem do ER em todos os contextos. A comunidade é o local mais privilegiado e mais próximo do utente/família, pois o EEER capacita, maximiza a funcionalidade do utente/família de uma forma holística, onde não só interage com o utente, mas também com a sua família/cuidador e com o seu meio envolvente (habitação/acessibilidade/disposição do domicílio, entre outros) obtendo mais ganhos em saúde para o utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lei nº 101/2006 (2006) Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Decreto de Lei nº 101/2006, de 06 de Junho. Assembleia da República. Diário da República nº 109/2006, Série I-A de 2006-06-06. 3856 - 3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Portaria nº 174/2014 (2014) Condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, aprovado pela Portaria nº 174/2014, de 10 de Setembro. Diário da república, 1ª serie (nº 174 de 10-09-2014), 4865-4882. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/174/2014/09/10/p/dre/pt/html>
- Ordem dos Enfermeiros (2009) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro. *Conselho de Enfermagem*. 1-46. Acedido em: 30-11-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Sistema Nacional de Saúde (2020) UCC Vila Franca de Xira. *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Acedido a: 23-11-2020. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30024/3114351/Pages/default.aspx>
- Sistema Nacional de Saúde (s.d.) Agrupamento de Centros de Saúde Estuário do Tejo. Acedido a: 29-11-2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-estuario-do-tejo/>
- Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Franca de Xira (2020) *Manual de Acolhimento*. Acessível na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Franca de Xira, Alhandra, Portugal.

**Apêndice 3 – Caracterização do Serviço Medicina-COVID – uma
realidade atual**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem – 7

- Caracterização do serviço Medicina–COVID – uma realidade atual

-

Inês Margarida Oliveira Agostinho



Lisboa
Fevereiro 2021



Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - 7

- Caracterização do serviço Medicina–COVID – uma realidade atual

-

—

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa
Fevereiro 2021

No âmbito do presente estágio, em contexto hospitalar, realizei uma caracterização do mesmo, de forma a facilitar a minha integração bem como da implementação das atividades a desenvolver. Assim sendo, procuro ir ao encontro ao objetivo específico que me propus **“Integrar progressivamente a equipa multidisciplinar, conhecer a dinâmica, funcionamento e organização dos locais de estágio, de forma a conseguir contributos para a prática profissional”**. Inicialmente, irei fazer uma breve introdução abordando aspetos relacionados com a organização, funcionamento e dinâmica do serviço, caracterizar a população assistida e as especificidades da prestação de cuidados focando-me essencialmente nos cuidados no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

O serviço de Medicina, onde me encontro em Estágio, tem como missão “a prestação de cuidados de saúde, no âmbito da especialidade de Medicina Interna, aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, na área de influência do Hospital” (Norma nº 0189, 2020, p. 3). Encontra-se inserido no sétimo piso de um Hospital distrital, sendo acessível por três elevadores provenientes do átrio central do Hospital ou por escadas interiores. É um serviço constituído por vinte e três camas (nove quartos) e quatro camas de intermédios pertencentes à Unidade Médica Diferenciada (UMD) que se encontra situada no meio do serviço. Para além disso, o mesmo possui quatro casas de banho, sendo duas de banho assistido, uma sala de médicos, duas salas de enfermagem, vestiários para homens e mulheres, armazém e uma copa.

Desde o início de Novembro de 2020 e face à atual fase Pandémica em que o País se encontra, o serviço foi transformado em Medicina-COVID, tendo as suas infraestruturas sido adaptadas a esta nova realidade. Atualmente, o serviço dá frequentemente resposta a situações de insuficiência respiratória parcial, insuficiência respiratória global e sub infeção bacteriana. Assim sendo, a maioria dos utentes internados necessita oxigenoterapia contínua através de sistemas de baixo fluxo (óculos nasais, máscara facial), sistemas de alto fluxo (máscara de Venturi ou máscara com reservatório) e ventilação não invasiva.

O espaço físico do serviço é delimitado em três zonas, de acordo com o nível de contaminação, sendo retratadas através de três cores: verde, laranja e vermelha. A zona verde (zona não crítica), é uma zona não ocupada por utentes em que há um risco de infeção mínimo, pertencem a esta zona o corredor, duas salas de colocação de equipamentos de proteção individual (EPI) (Apêndice 1), o vestiário, duches, copa,

duas salas de enfermagem, sala dos médicos, gabinete da Enfermeira Chefe e a sala de sujos. A zona laranja (zona semicrítica) é uma zona de transição em que há um baixo risco de transmissão de infeção, esta zona encontra-se junto à saída dos quartos, onde os profissionais removem a última parte dos EPI (Apêndice 2 - Fase 2) e colocam-no em saco branco. Nesta zona existem mesas de apoio aos quartos com desinfetante, luvas e máscaras FFP2. As zonas laranjas são apenas um espaço de transição para dentro ou fora da zona vermelha, não sendo ocupadas para outras funções. Na zona vermelha (zona crítica) /quartos encontram-se os utentes com COVID-19, há um risco de transmissão de infeção aumentada. Procede-se à Fase 1 (Apêndice 3) de remoção de EPI à saída da zona vermelha. Desde a entrada do serviço é preconizado a utilização de máscara P2.

Relativamente ao circuito do utente dentro do hospital, o utente com teste SARS-COV2 positivo, por indicação médica fica internado no serviço. A sua estadia pode ocorrer por: até ter 20 dias de sintomatologia de infeção COVID-19, até 20 dias após teste positivo de COVID-19, agravamento de sintomatologia, transferência para a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), por alta hospitalar ou morte. Se após 20 dias de sintomatologia COVID-19 ou 20 dias após teste de SARS-COV2 positivo tiver necessidade de se manter internado é transferido para uma enfermaria não covid. Se o utente for transferido para a UHD é seguido por uma equipa médica e de enfermagem do hospital no seu domicílio. Se tiver alta hospitalar, conforme a necessidade, preenche-se na “Plataforma *online* de Gestão de Internamentos Hospitalares®” a avaliação social, médica e de enfermagem e o utente é proposto para uma unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Caso o utente possa ser recebido no seu domicílio articulamos a alta com o centro de saúde de referência através de envio de *email* com a nota de alta. Caso o utente agrave sintomatologia é avaliado por uma equipa de medicina interna e pode ser encaminhado para um serviço mais específico, como por exemplo a Unidade de Cuidados Intensivos. Assim, sendo pode-se dizer que a média de internamento no serviço é cerca de 20 dias ou menos. Relativamente ao transporte de utentes dentro do Hospital tem regras próprias onde primeiramente se deve contactar a central de segurança para abrir o circuito COVID, articular com a equipa de limpeza a disponibilidade para a desinfeção do circuito e posteriormente preparar os profissionais para o transporte do utente.

Existe uma articulação diária do serviço com a família/cuidador telefonicamente no sentido de dar a conhecer a evolução clínica do utente, pela razão de nos encontramos ainda numa fase pandémica e as visitas estarem interditas em todo o hospital bem como por o serviço ser um serviço COVID e por isso implica mais riscos. Desta forma, se o utente tiver alta para o domicílio e precisar que sejam realizados ensinamentos ao cuidador, pede-se ao mesmo que se dirija ao Hospital para se realizarem os ensinamentos. Em casos mais delicados de utentes terminais, chamam-se os familiares para procederem a uma visita excepcional. Neste momento, tanto as reuniões interdisciplinares como as formações não são realizadas, não havendo previsão de retoma.

A Equipa Multidisciplinar é constituída por trinta e três enfermeiros sendo seis EEER, dois médicos séniores (tendo cada um dois médicos do internato geral a cargo), dezasseis assistentes operacionais e duas assistentes de limpeza por turno.

Neste serviço era preconizado a presença de um EEER no turno da manhã e na tarde tanto na enfermaria como na UMD (previamente à situação Pandémica). Foi verificado pela chefia deste serviço que a presença de um EEER em cada turno/setor reflete-se na diminuição do tempo médio de internamento na UMD, havendo maior rotatividade de utentes. Atualmente privilegia-se a presença de, pelo menos, um EEER no turno da manhã e da tarde.

O vírus SARS-COV2, causador da pandemia mundial COVID-19, é uma patologia recente e ainda estudo constante, difere da pneumonia convencional dado que é uma doença altamente contagiosa, em que 80% das pessoas infetadas apresentam uma doença ligeira e cerca de 10% necessitam de ser internadas em unidades de cuidados intensivos. Esta patologia é caracterizada por ser uma infeção respiratória grave, causando lesões alveolares difusas. Os principais sintomas respiratórios são dispneia, tosse seca e febre, contudo variam consoante as diferentes estirpes (OE, 2020). A nível de sintomatologia sistémica existe uma astenia generalizada, dores articulares e musculares.

Perante esta situação vivida atualmente, o EEER prioriza a reabilitação respiratória proporcionando “alívio da sintomatologia respiratória, diminuir as complicações resultantes da imobilidade e gerir a ansiedade.” (Rocha, 2020, p. 2). Os EEER têm verificado com a sua experiência que a maioria dos utentes apresenta dificuldade respiratória, sem presença de secreções. Os EEER efetuam as suas

intervenções indo de encontro às orientações “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com COVID-19” onde referem que os cuidados de reabilitação devem ser iniciados quando o utente apresenta um $FiO_2 < 60\%$ e uma $asSpO_2 > 90\%$. De acordo com as orientações anteriores, deve-se privilegiar as manobras de vibração, elevação da cabeceira, mobilização articular e fortalecimento muscular pelo que se preconiza a utilização da técnica de ciclo ativo da respiração. O EEER também deve realizar reabilitação funcional motora, de forma a fortalecer a musculatura dos membros, bem como o treino de esforço.

Os EEER identificam, em cada turno, os utentes que necessitam de reabilitação, elaboram um plano de reabilitação e, continuamente, vão avaliando a sua evolução e adaptando o plano de acordo com as necessidades apresentadas. Os registos diários são efetuados no *software* de registo Sclinico® em local apropriado e de acordo com o estabelecido pela equipa de EEER. De modo a conseguir-se efetuar os registos informaticamente abrem-se os focos de ventilação comprometida e/ou movimento muscular comprometido no Processo de Enfermagem do utente conseguindo, assim, registar as intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas.

Em cada turno, prioriza-se que o EEER fique apenas com um quarto de utentes na prestação direta de cuidados, de modo a realizar reabilitação não só aos utentes a si atribuídos, como também a poder trabalhar com alguns dos utentes identificados a necessitar de intervenção específica e qualificada no âmbito da ação do EEER.

Relativamente aos recursos existentes, o serviço tem alguns recursos como uma pedaleira, um bastão e elevador, contudo neste contexto de pandemia não é usual levar para os quartos o material. Assim sendo, recorre-se à criatividade dos EEER que durante as suas intervenções utilizam soros, garrafas de água, calças, entre outros.

Atualmente, tanto a formação continua em Serviço e implementação de projetos encontram-se provisoriamente adiados sem data definida devido à pandemia.

Em suma, a realização deste Jornal de Aprendizagem foi fundamental para organizar os meus conhecimentos relativamente à estrutura e organização do serviço em que estou a realizar este estágio. Saliento, a importância do mesmo, pois é importante, para mim, vivenciar a abordagem do EEER em todos os contextos, tanto em contexto comunitário como em meio hospitalar. O contexto hospitalar é um meio

mais “descentralizado” para o utente, contudo é o local com intervenções mais específicas, em situações agudas. Assim, o EEER maximiza a funcionalidade do utente em fase aguda a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, de forma holística, tornando-o mais capacitado, permitindo o seu retorno, o mais precoce possível, à comunidade, ao seu meio envolvente/domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma nº0189 (2020) Política do Serviço de Medicina Interna. Hospital Garcia de Orta.

Circular Normativa nº28/2020, Versão 1 (de 24-04-2020), 1-9.

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com COVID-19. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de

Reabilitação. Acedido a 17/02/2021. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17940/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19.pdf>

Rocha, B. (2020) O papel do Enfermeiro de Reabilitação e a Pandemia COVID-19.

Acedido a: 20/02/2021. Disponível em:

<https://www.aper.pt/Ficheiros/Covid19/O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20REABILITA%C3%87%C3%83O%20E%20A%20PANDEMIA%20COVID-19.pdf>

APÊNDICES

**Apêndice 1 – Check List de colocação de Equipamento de Proteção
Individual**

Nas salas adaptadas à colocação de EPI1

1. Confirmar que não existem adornos ou objetos pessoais e/ou clínicos
2. Higienizar as mãos com solução anti-septica de base alcoólica (SABA) e deixar secar
3. Colocar máscara FFP2 e verificar a selagem
4. Colocar o cobre-botas ou proteção de sapatos
5. Higienizar as mãos com SABA e deixar secar
6. Colocar o primeiro par de luvas (nitrilo com punho alto)
7. Colocar a cógula (apenas para procedimentos produtores de aerossóis). Neste caso colocar previamente os óculos
8. Colocar bata impermeável
9. Colocar por cima da bata impermeável mais duas batas descartáveis – para retirar entre cada utente dentro do quarto
10. Colocar óculos de proteção ou viseira
11. Colocar touca
12. Colocar o segundo par de luvas (com o cano por cima do punho da bata)

**Apêndice 2 – Check List remoção de Equipamento de Proteção
Individual – Fase 2**

Fora do Quarto – zona laranja²

1. Limpar a sola dos sapatos em resguardo impregnado com solução com Hipoclorito de Sódio a 1%
2. Remover as luvas
3. Higienizar as mãos
4. Calçar novo par de luvas
5. Remover a touca ou cógula
6. Remover as luvas
7. Higienizar as mãos
8. Calçar novo par de luvas
9. Remover os óculos de proteção ou viseira
10. Remover a máscara FFP2 (retirar pelas fitas de trás)
11. Remover as luvas
12. Higienizar as mãos

² adaptado das normas em vigor no serviço

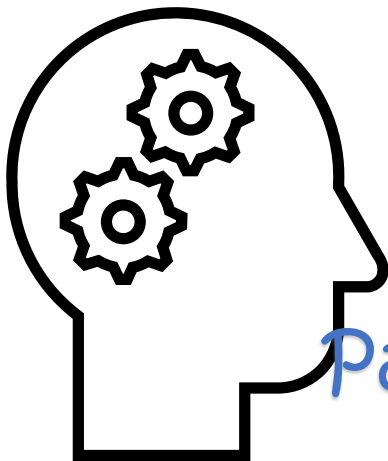
**Apêndice 3 – Check List Remoção de Equipamento de Proteção
Individual – Fase 1**

Dentro do Quarto3

1. Higienizar as luvas com SABA e deixar secar
2. Retirar o segundo par de luvas (em pacote)
3. Higienizar o primeiro par de luvas com SABA (deixar secar)
4. Remover a bata (despedir enrolando-a de dentro para fora)
5. Retirar a proteção do calçado
6. Higienizar o primeiro par de luvas com SABA (deixar secar)
7. Abrir a porta e sair do quarto

Apêndice 4 – Exercícios de Estimulação Cognitiva

Exercícios de estimulação cognitiva



Para exercitar a mente...

**Realizado por: Inês Agostinho (Aluna), 11º Curso de Mestrado na área de
especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Índice

Exercício 1 – Rodeie todos os triângulos	131
Exercício 2 - Encontre a palavra que não está relacionada com as outras da mesma linha	132
Exercício 3 – Desenhe a metade desta figura	133
Exercício 4 - Encontre as seguintes frutas na sopa de letras	134
Exercício 5 – Faça um círculo à volta da resposta certa	135
Exercício 6 – Ligue as somas da esquerda com os resultados da direita	136
Exercício 7 – Complete as frases dos provérbios	137
Exercício 8 – Associe os objetos à sua respetiva função	138
Exercício 9 – Ligue cada expressão ao seu verdadeiro significado	139
Exercício 10 – Associe as colunas de modo a formar músicas tradicionais portuguesas	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141

Introdução

Com o aumento da esperança média de vida advém o envelhecimento da população bem como o aumento das doenças degenerativas, como por exemplo a demência. Torna-se, assim, cada vez mais importante intervir no desenvolvimento cognitivo do idoso. De acordo com as necessidades apresentadas pelas EEER da ECCI decidiu-se criar um conjunto de exercícios que auxiliem e potenciem as habilidades cognitivas dos idosos inseridos na equipa da ECCI, com o objetivo de melhorar a parte cognitiva a nível dos componentes funcionais da cognição que “(...) incluem atenção, memória, orientação, julgamento, raciocínio, resolução de problemas e função executiva” (Hoeman, 2011, p. 551) O que vai de acordo com o estabelecido pela Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 (2016) onde referem que devem ser implementadas intervenções “(...) que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia” (DGS, 2016, p.20).


























Em 2002 foi definido pela Organização Mundial da Saúde o conceito de envelhecimento ativo, como o “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (p.12) Sabemos que o envelhecimento é um processo contínuo, lento e adaptativo e que acarreta consigo diversas alterações psicológicas, biológicas e sociais. Assim é sabido que as capacidades cognitivas podem-se começar a deteorar, contudo com treino podem ser recuperadas. “A manutenção da saúde cognitiva tem uma importância fundamental na prevenção do compromisso cognitivo e no atraso da instalação demencial, da dependência e da (in) capacidade do idoso para se autocuidar.” (Apóstolo, et al., 2011, p. 194) É fundamental promover um envelhecimento ativo no seio da comunidade de forma a que este seja mais independente, promovendo treino e estímulo mental de forma a potenciar um envelhecimento ativo e saudável.

Pretende-se, assim, com a aplicação destes exercícios em contexto domiciliário obter ganhos em saúde relativamente a uma evolução do estado

cognitivo dos utentes em ECCI e consequentemente ganho de autonomia e funcionalidade nos autocuidados.

Exercício 1 – Rodeie todos os triângulos

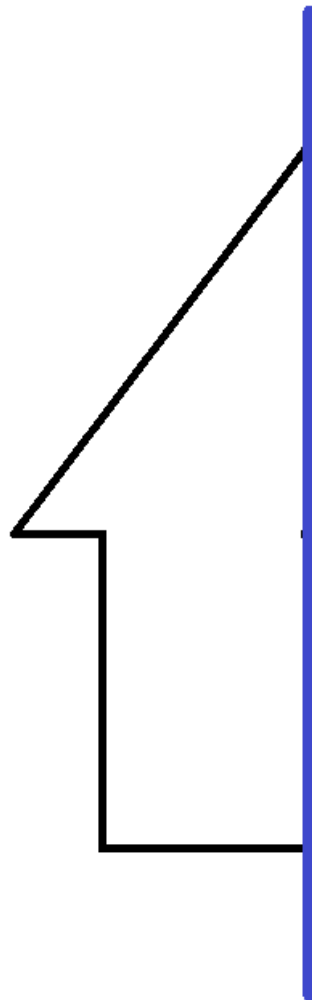


Exercício 2 - Encontre a palavra que não está relacionada com as outras da mesma linha

Cão	Tigre	Carro	Gato	Leão
Braga	Lisboa	Évora	Coimbra	Água
Verde	Amarelo	Vermelho	Árvore	Azul
Vidro	Garfo	Faca	Colher	Prato
Cadeira	Bola	Mesa	Armário	Porta
Ferro	Olho	Pé	Mão	Braço
Rosa	Cravo	Túlipa	Orquídea	Maio

Exercício 3 – Desenhe a metade desta figura



Exercício 4 - Encontre as seguintes frutas na sopa de letras

ameixa, amora, figo, uva, pera,
roma, maça

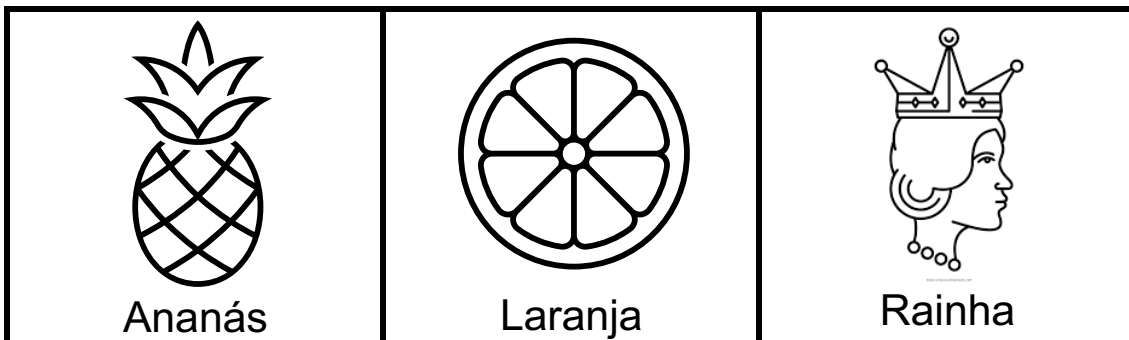
A	I	P	L	P	N
M	A	Ç	A	E	A
E	C	V	B	R	M
I	E	U	V	A	O
X	A	R	S	E	R
A	A	E	U	I	A
R	O	M	A	L	P
F	J	F	I	G	O

Exercício 5 – Faça um círculo à volta da resposta certa

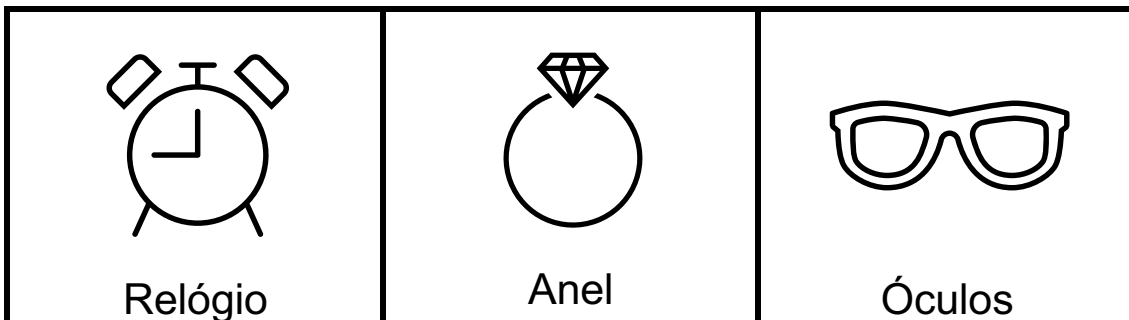
1 – Qual é coisa qual é ela, que tem bico, mas não bica, tem asa, mas não voa?



2 – Qual é coisa qual é ela que tem coroa, mas não é rei, tem espinho, mas não é peixe?



3 – Qual é coisa qual é ela que só anda com as pernas atrás das orelhas?



Exercício 6 – Ligue as somas da esquerda com os resultados da direita

$$2+5 =$$

$$1+3 =$$

$$3+2 =$$

$$1+5 =$$

$$1+2 =$$

5

3

7

4

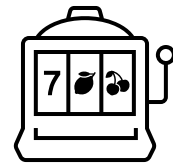
6

Exercício 7 – Complete as frases dos provérbios

Cão que ladra _____



Quem tudo quer _____



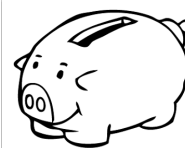
Patrão fora _____



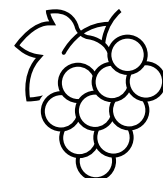
A cavalo dado _____



No poupar é que está _____



Muita parra, _____



Exercício 8 – Associe os objetos à sua respetiva função

NARIZ ●

● COMER

BANANA ●

● CHEIRAR

LÁPIS ●

● CORTAR

ÁGUA ●

● PINTAR

TESOURA ●

● ESCREVER

TINTA ●

● BEBER

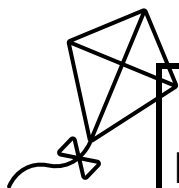
LIVRO ●

● LER

Exercício 9 – Ligue cada expressão ao seu verdadeiro significado

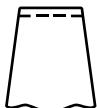
- | | |
|---------------------------|----------------------|
| “Apertar o cinto” ● | ● Enganar o outro |
| “Vender gato por lebre” ● | ● Dormir um pouco |
| “Ter dor de cotovelo” ● | ● Não fazer nada |
| “Perder o pio” ● | ● Ter inveja |
| “Meter a pata na poça” ● | ● Diminuir os gastos |
| “Não mexer uma palha” ● | ● Ficar calado |
| “Passar pelas brasas” ● | ● Cometer um erro |

Exercício 10 – Associe as colunas de modo a formar músicas tradicionais portuguesas



Papagaio louro de
bico dourado...

Atirei o pau ao
gato...

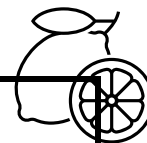
A saia da 
Carolina...

Apita o comboio, lá
vai a apitar...




Os olhos da
Marianita...


Indo eu, indo eu, a
caminho de
Viseu...



... são verdes cor
de limão.

...encontrei o meu
amor. Ai, Jesus,
que lá vou eu!

...leva-me esta
carta ao meu
namorado. 

...mas o
gato não 
morreu.

...tem um lagarto
pintado.

...apita o comboio,
à beira do mar.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011) Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (5), 193-201. Acedido a 28-12-2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII11104>
- DGS (2016) Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Acedido a: 28-12-2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Gonçalves, A., Gomes, M., Martins, S. & Silva, V. (2019) Jogos de intervenção terapêutica para adultos e idosos (2 ed) Papa-letras: Lisboa
- Hoeman, S. (2011) Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, intervenção e resultados esperados. Lusodidacta: Loures
- WHO (2002) Active Ageing. A Policy Framework. Acedido a: 29-12-2020. Disponível em:
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
;jsessionid=6CB259F5B098F7330994DD5DD10A3FDA?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?jsessionid=6CB259F5B098F7330994DD5DD10A3FDA?sequence=1)

**Apêndice 5 – Início da elaboração do Protocolo de descanulação de
ostomia respiratória**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - 9

- Início da elaboração do protocolo de descanulação de ostomia respiratória

-

Inês Margarida Oliveira Agostinho

**Lisboa
Março 2021**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem - 9

- Início da elaboração do protocolo de descanulação de ostomia respiratória

-

Inês Margarida Oliveira Agostinho

—

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

—

**Lisboa
Março 2021**

De forma a poder dar resposta ao meu objetivo **“Desenvolver programas de intervenções do EEER, de acordo com as necessidades existentes, na área da reabilitação respiratória, promovendo a descanulação da pessoa com ostomia respiratória”**, em consonância com o meu projeto intitulado **“Enfermagem de Reabilitação na promoção do processo de descanulação à pessoa com ostomia respiratória”** e com a minha vontade expressa em conseguir adquirir competências e novos conhecimentos na área de Enfermagem de Reabilitação, propus-me iniciar a elaboração de um protocolo de descanulação à pessoa com traqueostomia (TQT). O objetivo deste protocolo será promover um processo de descanulação mais célere e com êxito para que o utente possa voltar a ser independente nas suas atividades de vida diária.

Quando realizei o meu **Trabalho de Projeto** pude constatar que existe evidência científica reduzida, contudo sabe-se que “a traqueostomia foi uma estratégia clínica essencial para gerir as epidemias associadas à insuficiência respiratória durante o século XX” (McGrath et al., 2020, p.717). Os mesmos autores afirmam que com o decorrer da Pandemia COVID-19, houve um aumento de número de utentes ventilados mecanicamente que com a sobrelotação das unidades de cuidados intensivos (UCI), levou a um aumento de colocação de TQT, promovendo a recuperação dos utentes e transferi-los para fora das UCI. Da minha prática profissional observo que a TQT acarreta limitações não só a nível fisiológico como social, gerando ansiedade, diminuição da independência e consequentemente da qualidade de vida do utente. Assim sendo, é necessário a presença de um EEER na equipa multidisciplinar de forma a implementar um programa de reabilitação respiratória promovendo o processo de descanulação de TQT. Cabe ao EEER capacitar a pessoa/família, maximizando a sua funcionalidade tornando-o mais independente, aumentando a qualidade de vida e a sua autonomia. Consequentemente, reduz-se o tempo de internamento hospitalar e os custos associados.

Dado já saber o estado da arte sobre a descanulação da ostomia respiratória devido à realização do meu trabalho de projeto, achei necessário realizar uma revisão narrativa da literatura, mas relativamente a protocolos de descanulação de ostomia respiratória que já tenham sido testados e implementados nos últimos 10 anos (2011-2021). Contudo, futuramente, irei realizar uma revisão sistemática da literatura. Destaco o facto de nenhum dos três protocolos que encontrei serem realizados e/ou

terem participação do EEER. Após esta pesquisa e com o conhecimento que já possuía comecei a definir estratégias que permitissem iniciar um “esboço” do protocolo que pretendo realizar.

Para iniciar a elaboração deste protocolo achei necessário definir primeiramente os critérios que devem estar presentes para o início da realização da descanulação da TQT, bem como as funções do EEER neste processo.

De acordo com os autores Mendes, Ranea & Tomazetti de Oliveira (2013), Hausberguer et al. (2016) e Cunha et al. (2012) posso definir como **critérios para o início da descanulação o utente:**

- não deve ter aporte de oxigenoterapia ou se tiver, deve ser de baixo débito, por óculos nasais. Os valores de SpO₂ devem permanecer estáveis durante 24h para uma SpO₂ >95%;
- deve ter o cuff da TQT deve estar desinsuflado >48h;
- deve ter a cânula fenestrada deve ter sido trocada > 48h;
- deve apresentar capacidade expetorar e tosse eficaz;
- não deve apresentar alterações na auscultação pulmonar nem na radiografia torácia
- deve estar hemodinamicamente estável;
- deve ter valores gasométricos estáveis.

Os protocolos que encontrei referem também existem critérios preditores de sucesso de descanulação, como o estado de consciência e a deglutição mantida. Estes dois parâmetros ainda não estão englobados nos critérios, contudo são parâmetros que estão a ser tidos em atenção nos registos diários, pois não verifico que sejam essenciais para o processo de descanulação. Na minha prática profissional, verifico que os utentes com um estado de consciência mais baixo e com a deglutição comprometida também se consegue obter uma descanulação com sucesso, assim estes parâmetros estão a ser estudados.

Se o utente apresentar os critérios anteriormente expostos deve-se iniciar o processo de descanulação da ostomia respiratória. Primeiramente deve-se ocluir a saída da cânula interna fenestrada com um dedo e verificar a presença de sinais de dificuldade respiratória, caso não apresente, oclui-se totalmente a cânula. O utente deve ser monitorizado durante todo o processo de descanulação e até 24h após remoção da TQT. Se cânula se encontrar ocluída totalmente durante 24-48h e o utente não apresenta desconforto respiratório e tem tosse eficaz, deve-se proceder à retirada da TQT e colocar um penso oclusivo sob o estoma.

Posto isto e tendo por base a bibliografia encontrada achei importante definir as **funções do EEER** ao longo de todo este processo. Como funções neste protocolo, o EEER:

- Colabora com o médico na troca/remoção de cânula externa não fenestrada para cânula fenestrada;
- Avalia a deglutição;
- Avalia a tosse;
- Verifica e otimiza a permeabilidade das vias aéreas;
- Institui um programa de RFR;
- Monitoriza parâmetros como a SpO₂, presença de dispneia, secreções e tosse eficaz;
- Confirma a presença dos critérios de descanulação para o início da aplicação do protocolo;
- Agiliza com o médico o início do processo de descanulação da ostomia respiratória.

Depois de definidos os critérios de início do processo de descanulação de TQT, bem como das funções do EEER, decidi criar um método de registo diário para ao longo do meu estágio poder ir tirando dados, de forma a poder verificar os itens anteriormente expostos (APÊNDICE 1). Com os dados retirados ao longo do estágio, posteriormente, poderei criar um protocolo de descanulação de TQT pelo EEER que será testado e validado.

Em suma, espero que este meu primeiro “rascunho” seja o início de um protocolo de descanulação da ostomia respiratória que possa ser testado, validado e implementado facilitando o EEER na capacitação e maximização do utente no processo de descanulação precoce da ostomia respiratória de forma a torná-lo o mais independente possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cunha, M., Barosa, J. Margalho, P., Tomé, P. & Laíns, J. (2012) Protocolo de Encerramento de Traqueotomia em Internamento em Reabilitação. In Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 22(2), 28-34). Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/10>
- Hausberger, C., Gomes, R., Leonor, V., Gaspar, M, Júnior, C. & Santos, R. (2016). Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar. In Ciência e Cultura, 4 (52), 11-18. Disponível em: <https://seer.utp.br/index.php/h/article/view/884>
- McGrath et al. (2020) Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance, Lancet Respir Med, 8, 717–25. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30230-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30230-7)
- Mendes, F., Ranea, P. & Tomazetti de Oliveira, A. (2013) Protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia. In Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, 10 (20), 5-12. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/viewFile/100/u2013v10n20e69>

APÊNDICES

Apêndice 1 - Folha de registros diários

PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO TQT

FOLHA DE REGISTO

Data					
Estado de consciência					
Sinais vitais	Antes	tº FC TA FR StO2	tº FC TA FR StO2	tº FC TA FR StO2	tº FC TA FR StO2
	Depois	tº FC TA FR StO2	tº FC TA FR StO2	tº FC TA FR StO2	tº FC TA FR StO2
Dor	Localização				
Padrão respiratório	Ventilação E-espontânea VNI				
	Oxigenoterapia				
	Padrão				
	Ritmo R-regular I - irregular				
	Amplitude N-normal D-diminuída A-aumentada				
	Utilização musc. Acessórios A-abdominais I-intercostais S-supracostais				
Secreções	P-puroentas MP-mucopuroentas M-mucosas S -presença sangue				
	F-fluidas E-espessas				
	A-abundantes M-moderadas E-escassas				
	Aspiração de secreções				
Tosse	S-seca; P-produtiva E-eficaz; I-ineficaz				
	Deglutição				
Dispneia	Escala de Borg				

A u s c u l t a ç ã o	P u l m o n a r	Murmúrio vesicular	1/3 sup.	D	E	D	E	D	E	D	E	
		M-Mantido	1/3 med									
		D-Diminuído	1/3 inf.									
		A-Ausente										
		Ruidos adventícios	1/3 sup.									
		R - Roncos	1/3 med									
		S - Sibilos										
		F - Fervores										
		C - Crepitações	1/3 inf.									
		A - Atritos pleurias										
RX												
Reeducação Funcional respiratória												
Posição de descanso e relaxamento												
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios												
Exercícios de reeducação	Diafragmática	Porção Posterior										
		Hemicupula dta										
		Hemicupula esq										
		Porção Anterior										
		Com resistência										
	Costal	Porção anterior										
		Porção posterior										
		Global										
		Seletiva										
		Manobras percursão, vibração , compressão										
Mecanismo de limpeza vias aéreas												
Técnicas de correção postural												
Reabilitação Funcional Motora												
Mobilizações passivas												
Mobilizações ativas-assistidas												
Mobilizações ativas												
Mobilizações ativas-resistidas												
Levante												
Observações												

Apêndice 6 – Apresentação do “Protocolo de descanulação de ostomias respiratórias – Aplicação do pré-teste”

Protocolo de descanulação de ostomias respiratórias

Aplicação do pré-teste

11º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação
UC – Estágio com relatório

Discente: Inês Agostinho, nº 9570

Professora Orientadora: Cristina Saraiva



17 de Maio de 2021

1

Sumário



Finalidade e objetivos



Da ostomia respiratória à
descanulação

Critérios para o início da descanulação
Funções e sistematização das
intervenções do EEER



Considerações finais

PROTÓCOLO DE DESCANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE



2

1

Finalidade e objetivos

Finalidade

- Uniformizar o procedimento de descanulação das ostomias respiratórias, tendo por base a evidência científica, promovendo a descanulação de ostomias respiratórias.

Objetivos

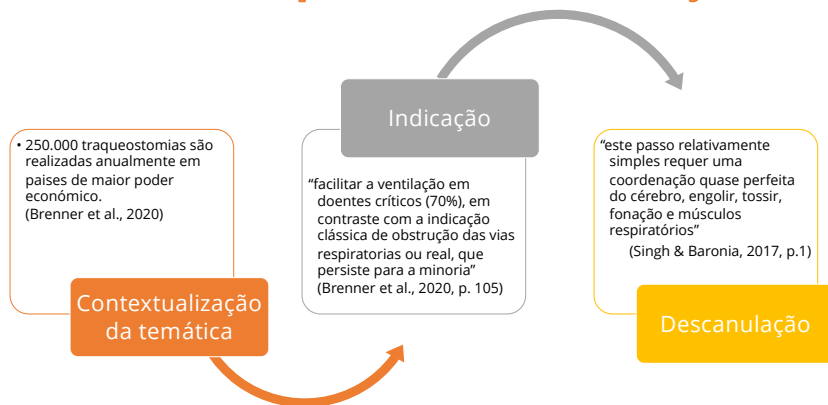
- Contextualizar a temática;
- Explicitar os critérios de descanulação de ostomias respiratórias, funções do EEER, bem como as suas intervenções;
- Explanar a realização dos registos.

PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE



3

Da ostomia respiratória à descanulação



PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE



4

2

Critérios para o início da descanulação

- Sem aporte de oxigénio ou com oxigenoterapia de baixo débito (<4L/min), por óculos nasais.
- Valores de SpO₂ estáveis durante 24h para uma SpO₂ >94% (dependendo do critério médico);
- Tosse eficaz (fluxo de tosse >160L/min) – avaliar com *Peak flow meter*;
- Sem alterações na auscultação pulmonar nem na radiografia de torác;
- Hemodinamicamente estável >24h;
- Se gasometria, valores estáveis >24h;
- Avaliar continuamente a disfagia (Escala de Gugging Swallowing Screen) e o estado de consciência do doente (vigil, sonolento, confuso, obnubilado, esturpor e coma).

(Cunha et. al., 2012, Mender, Ranea & Tomazetti de Oliveira, 2013 & Hausberguer et al., 2016)

PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE



5

Funções do EEER

- Colabora com o médico na troca/remoção de cânula externa não fenestrada para cânula fenestrada;
- Avalia a deglutição;
- Avalia a tosse;
- Verifica e otimiza a permeabilidade das vias aéreas;
- Institui um programa de Reeducação Funcional Respiratória;
- Monitoriza parâmetros como a SpO₂, presença de dispneia, secreções e tosse eficaz;
- Confirma a presença dos critérios de descanulação para o início da aplicação do protocolo;

(Cunha et. al., 2012, Mender, Ranea & Tomazetti de Oliveira, 2013 & Hausberguer et al., 2016)

PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE



6

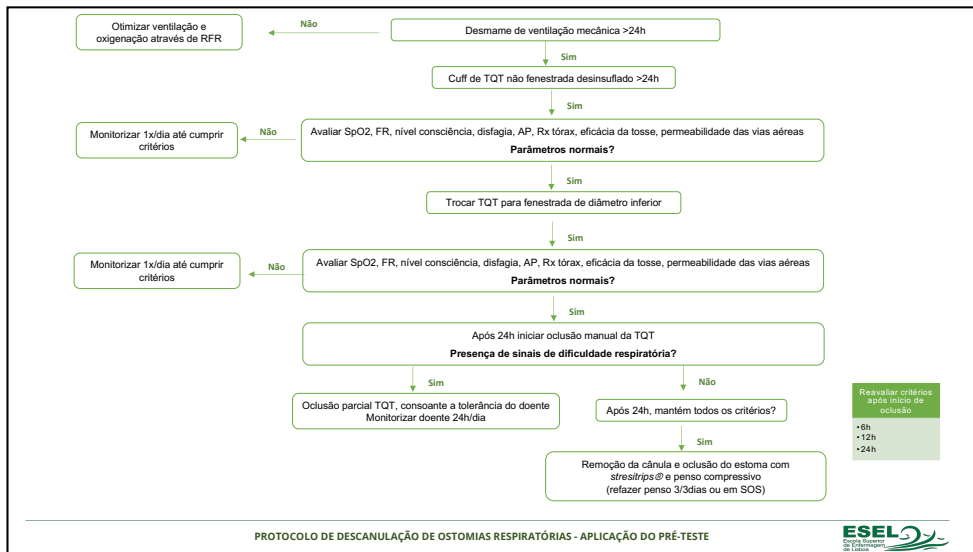
Sistematização das intervenções do EEER

Da ostomia respiratória à descanulação

PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE



7



PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE



8

Referências bibliográficas

- Brenner, M. J. et al. (2020) Global Tracheostomy Collaborative: data-driven improvements in patient safety through multidisciplinary teamwork, standardisation, education, and patient partnership. *British Journal of Anaesthesia*, 125, e104 - e118. Disponível em: <https://bjanaesthesia.org/retrieve/pii/S0007091220302695>
- Cunha, M., Barosa, J., Margalho, P., Tomé, P. & Laíns, J. (2012) Protocolo de Encerramento de Traqueotomia em Internamento em Reabilitação. In *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 22(2), 28-34). Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/10>
- Hausberger, C., Gomes, R., Leonor, V., Gaspar, M., Júnior, C. & Santos, R. (2016). Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar. In *Ciência e Cultura*, 4 (52), 11-18. Disponível em: <https://seer.utp.br/index.php/h/article/view/884>
- McGrath et al. (2020) Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance, *Lancet Respir Med*, 8, 717–25. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30230-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30230-7)
- Mendes, F., Ranea, P. & Tomazetti de Oliveira, A. (2013) Protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia. In *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 10 (20), 5-12. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/viewFile/100/u2013v10n20e69>
- Singh, R.K., Saran, S. & Baronia, A.K. (2017) The practice of tracheostomy—a systematic review. *Journal intensive care*, 5 (38), 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jic.2017.07.023>

PROTÓCOLO DE DECANULAÇÃO DE OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS - APLICA



11

Protocolo de decanulação de ostomias respiratórias

Aplicação do pré-teste

11º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

UC - Estágio com relatório

Discente: Inês Agostinho, nº 9570

Professora Orientadora: Cristina Saraiva



17 de Maio de 2021

12