



**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Capacitação do Cuidador Informal na Gestão da Insuficiência  
Cardíaca**

Empowering the Informal Caregiver in the Management of Heart Failure

**Luís Miguel Remourinho Banha**



**Lisboa**  
**2024**



## **Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Relatório de Estágio

### **Capacitação do Cuidador Informal na Gestão da Insuficiência Cardíaca**

Empowering the Informal Caregiver in the Management of Heart Failure

**Luís Miguel Remourinho Banha**

Orientador: Prof. Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra

---

**Lisboa**  
**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **Pensamento**

*“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ganha, mas sim no que ele se torna”*

John Ruskin

## **Agradecimentos**

A Deus

Aos meus pais, irmão e família pela força e motivação diárias para dar continuidade ao meu percurso académico

À Joana por ser o meu pilar diariamente

Aos amigos de sempre que ouviram cada desabafo

Aos colegas da UTIC do Hospital de Santa Maria pelas palavras de conforto em momentos mais difíceis e disponibilidade para tornar este caminho mais fácil

Ao Professor Miguel Serra pela disponibilidade e facilitismo com que resolveu dúvidas e inseguranças durante o trajeto

A todos os professores e orientadores que me transmitiram o conhecimento adquirido

## Resumo

A Insuficiência Cardíaca (IC) caracteriza-se como um distúrbio cardíaco que limita a ejeção de sangue das cavidades cardíacas, reduzindo o suprimento sanguíneo para os diversos órgãos por ele irrigados. Esta doença pode afetar a pessoa ao longo de todo o ciclo vital. Estima-se que afete cerca de 56 milhões de pessoas a nível mundial.

O nível de dependência provocado pela doença leva a que a pessoa necessite de apoio de cuidadores, muitas vezes cuidadores informais, que, através da capacitação para a doença, permitem que a pessoa se enquadre num Sistema Educacional aos olhos de Dorothea Orem, levando-nos a refletir sobre o papel que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve desempenhar neste processo.

Desta forma, levanta-se a questão “Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do cuidador informal na gestão da insuficiência cardíaca?”, tendo sido desenvolvida uma revisão narrativa da literatura, de forma a dar resposta à questão colocada, integrada no presente relatório de estágio.

**Palavras-Chave:** Insuficiência Cardíaca; Cuidador Informal; Capacitação; Enfermagem; Reabilitação;

## **Abstract**

Heart failure is characterized as a cardiac disturb that limit the ejection fraction from the cardiac cavities, reducing the blood flow to various organs. This disease affects the person during life. Is estimated that 56 million people are diagnosed with the disease.

This disease leads to an increased dependence level, making the ill person to be dependent of a caregiver, including informal caregivers, that, through empowerment towards the disease, allow the ill person to be included in the Educational System established by Dorothea Orem, leading us to reflect about the role of the Advanced Practice Nurse in Rehabilitation Nursing during this process.

Hence, a question has risen: "Which is the role of the Advanced Practice Nurse in Rehabilitation Nursing in the Informal Caregiver empowerment towards Heart Failure?", being developed a narrative review, pretending to answer this question, integrated in this report.

**Keywords:** Heart Failure; Informal Caregiver; Empowerment; Nursing; Rehabilitation

## **Lista de Abreviaturas**

6MWT – 6 Minute Walk Test

APA – American Psychological Association

ARA – Antagonista dos Recetores de Angiotensina

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC – Doença Renal Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FA – Fibrilação Auricular

FEVE – Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

HTA – Hipertensão Arterial

HTP – Hipertensão Pulmonar

IC – Insuficiência Cardíaca

IECA – Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina

IMC – Índice de Massa Corporal

ISS – Instituto da Segurança Social

LCADL – London Chest Activity of Daily Living Scale

LVM – Lesão Vertebromedular

MIF – Medida de Independência Funcional

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

NT-proBNP – Péptido Natriurético

NYHA – New York Heart Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigénio

RC – Reabilitação Cardíaca

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SpO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigénio

TNF – Tabela Nacional de Funcionalidade

UC – Unidade Curricular

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – World Health Organization

# Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO .....	18
TEORIA DE ENFERMAGEM .....	19
<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO .....</b>	<b>21</b>
ATIVIDADES REALIZADAS PARA A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	21
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	32
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEER DA ÁREA ESPECÍFICA DO PROJETO DE ESTÁGIO .....	47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>
APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO.....	62
APÊNDICE II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	99

## **Introdução**

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que decorreu no período compreendido entre 25 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024, tendo em vista o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e as competências do grau académico de mestre, foi proposta a elaboração de um Relatório de Estágio, integrando o Projeto de Estágio (Apêndice I) e o Relatório de Estágio elaborado durante o segundo semestre do ciclo de estudos, presente em apêndice (Apêndice II).

Segundo o guia orientador da mesma UC, o mesmo possui a finalidade de desenvolver competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa (e família) com doença aguda e crónica que resultem em incapacidade, limitação da atividade ou restrição da participação nos diferentes contextos de cuidados, tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social. Visa ainda, capacitar o estudante para a continuidade do seu projeto de formação individual, apresentação e difusão do conhecimento desenvolvido no seu percurso formativo.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), transmite-nos, através do Regulamento 140/2019 que ao Enfermeiro Especialista (EE) devem ser reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para que prestem cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialização. Para que a OE atribua o título de enfermeiro especialista, é necessário que ocorra o desenvolvimento das competências descritas nos regulamentos das competências comuns do EE e competências específicas dos EEER, para que todos os enfermeiros especialistas consigam possuir de forma partilhada um conjunto de competências, que possam ser aplicadas em todos os contextos da prestação de cuidados.

A OE (2019) diz-nos, ainda, que as competências específicas do EEER, em conjunto com as competências comuns do EE, certificam as competências e especificam aquilo que pode ser expectável de um EEER.

É de mais elevada importância que os futuros EE tenham a capacidade de compreender as dinâmicas da sua intervenção no âmbito da prestação de cuidados

especializados de enfermagem, sendo essencial o seu ingresso em estágios, que permitem a aquisição de conhecimentos e competências em contexto clínico, facilitando e promovendo o processo de aprendizagem e consolidação do corpo de conhecimento (OE, 2021).

As minhas experiências, pessoais e profissionais, levaram a que direcionasse o tema do meu projeto, guia orientador do meu percurso académico e de estágio, para a área da Cardiologia, nomeadamente para o doente com Insuficiência Cardíaca (IC), e, simultaneamente, para a área do Cuidador Informal (CI), notando a iliteracia em saúde dos mesmos, procurando a melhor forma para os capacitar para a gestão da doença, bem como a sua própria gestão emocional.

O presente relatório respeita as indicações e orientações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para a construção de um Relatório de Estágio de um curso de Mestrado, tendo presentes e respeitando as normas de referência da American Psychological Association (APA) (7th Ed.).

## Enquadramento Teórico

A Insuficiência Cardíaca (IC) encontra-se universalmente definida pelo Colégio Americano de Cardiologia como um síndrome clínico com sintomas e/ou sinais provocados por alterações estruturais ou funcionais do coração, caracterizadas por aumento do péptido natriuretico (NT-proBNP) e evidência de congestão pulmonar ou sistémica (Gibson et al., 2021).

A doença pode ser estagiada tendo presente a sua natureza sintomática, como:

- Risco de IC (Estadio A) – pessoas com risco de IC, sem sinais ou sintomas, sem alterações estruturais cardíacas ou biomarcadores elevados que evidenciem doença cardíaca.

- Pré-IC (Estadio B) – pessoas sem sinais ou sintomas de IC com evidência de alteração estrutural cardíaca, função cardíaca alterada ou NT-proBNP ou troponina elevada.

- IC Sintomática (Estadio C) – pessoas com sintomas e/ou sinais presentes ou anteriores de IC, causada por uma alteração estrutural e/ou funcional cardíaca.

- IC Avançada (Estadio D) – pessoas com sinais e/ou sintomas severos de IC em repouso, com hospitalização frequente, apesar de medicação dirigida, sendo necessário recorrer a terapias avançadas como transplante, suporte mecânico circulatório ou cuidados paliativos.

A sua classificação adequada é efetuada através da avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). Esta classificação é efetuada da seguinte forma:

- IC com FEVE reduzida – IC sintomática com  $FEVE \leq 40\%$

- IC com FEVE moderadamente reduzida – IC sintomática com FEVE entre 41 e 49%

- IC com FEVE preservada – IC sintomática com  $FEVE \geq 50\%$

- IC com FEVE melhorada – IC IC sintomática com  $FEVE_{\text{basal}} \leq 40\%$ , com aumento de 10 pontos percentuais comparativamente à avaliação inicial e com uma segunda reavaliação com  $FEVE > 40\%$ .

Apesar de subjetiva, pouco reprodutível e de descurar o estado funcional do coração, a Classificação da New York Heart Association (NYHA) é amplamente utilizada nos serviços de saúde a nível mundial, tendo sido introduzida em 1921, publicada em 1979, como uma ferramenta simples para categorizar pessoas com doença cardíaca,

tendo por base a sintomatologia e as limitações para a atividade física (Zimerman et al., 2023).

Segundo a NYHA (1979), a Classificação Funcional da IC é efetuada da seguinte forma:

- Classe I – ausência de limitações de atividade física; a atividade física quotidiana não é causadora de fadiga, palpitações ou sensação de falta de ar.

- Classe II – ligeira limitação da atividade física; conforto em repouso; atividade física quotidiana provoca fadiga, palpitações, sensação de falta de ar ou dor torácica.

- Classe III – limitação da atividade física marcada; conforto em repouso; atividade física mínima provoca fadiga, palpitações, sensação de falta de ar ou dor torácica.

- Classe IV – sintomas de IC presentes mesmo em repouso, que agravam à mínima atividade física.

De acordo com Docherty et al. (2023), os sintomas mais comuns da IC são a dispneia, dispneia em esforço, ortopneia, edema dos membros inferiores, alterações ponderais e, na avaliação imagiológica, cardiomegalia, hepatomegalia, edema intersticial e derrame pleural.

Martin et al. (2024) e Docherty et al. (2023) salientam que os maiores fatores de risco para a IC são a doença coronária arterial (enfarte agudo do miocárdio (EAM)), hipertensão arterial (HTA), fibrilação auricular (FA), patologia valvular cardíaca, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), tabagismo, doença renal crónica (DRC), diabetes mellitus (DM), obesidade, etilismo, toxicodependência ou histórico familiar de miocardiopatias.

De acordo com Martin et al. (2024), no ano de 2019, estima-se que 56,2 milhões de pessoas se encontravam diagnosticadas com IC a nível global, considerando-se que o número apresentado não seja correspondente à realidade, tendo presente as falhas de diagnóstico nas regiões desfavorecidas.

Nas últimas décadas foi possível verificar um aumento da prevalência da Insuficiência Cardíaca em Portugal. Este aumento provocou uma sobrecarga dos serviços de saúde, aumentando os gastos em saúde, revelando-se uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, tendo um elevado impacto na sociedade atual (Timóteo et al., 2020) (Fonseca et al., 2018).

No último estudo epidemiológico realizado em Portugal, estimava-se que, em 2018, existissem cerca de 400.000 pessoas diagnosticadas com a doença, prevendo-se um aumento para aproximadamente 480.000 pessoas em 2035 (Fonseca et al., 2018).

Atualmente, de acordo com as mais recentes guidelines da European Society of Cardiology, o tratamento da IC com FEVE preservada é realizado através da toma de diuréticos, de forma a reduzir os edemas periféricos, em associação com dapaglifozina/empaglifozina. Nos casos de IC com FEVE moderadamente reduzida, aos fármacos descritos anteriormente, são associados um betabloqueante, inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA)/antagonista dos recetores de angiotensina (ARA) e antagonista dos recetores da aldosterona (diurético preservador de potássio) (McDonagh et al., 2023).

Para além da terapia medicamentosa, é imprescindível destacar a relevância e o impacto da reabilitação cardíaca (RC) como tratamento não farmacológico no processo de gestão da IC, tendo sido comprovada a sua eficácia no aumento da taxa de sobrevivência de pessoas portadoras da doença (Breathett et al., 2024).

A reabilitação cardíaca pode ser definida como uma intervenção multidisciplinar que tem como objetivo a recuperação de uma pessoa com doença coronária após um evento agudo, sendo prescrita e supervisionada por profissionais treinados, como por exemplo, os EEER, tendo em vista a estabilização clínica, limitação dos efeitos psicológicos da doença cardiovascular, gestão de sintomas, redução do risco de novos eventos agudos e redução da taxa de mortalidade, morbidade e hospitalização (Loureiro et al., 2023).

De acordo com as guidelines mais recentes, a RC encontra-se recomendada para todas as pessoas com IC, independentemente da FEVE, devendo ser incluídas mesmo as pessoas portadoras de dispositivos de assistência ventricular. Os programas de RC devem ser acompanhados por enfermeiros, nomeadamente por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Taylor et al., 2023).

A falta de implementação das guidelines mais recentes relativamente à gestão da IC é considerada uma das principais falhas na gestão da doença (Breathett et al., 2024).

Os programas de RC, para além do treino de exercício físico, sendo a componente principal, devem conter capacitação da pessoa para a gestão da doença, identificação de sinais e sintomas, regime dietético, gestão de fatores de risco e gestão de stress (Chun & Kang, 2021).

Chun & Kang (2021) dizem-nos ainda que os programas de RC que têm por base o exercício físico, tem demonstrado melhoria na função das células endoteliais vasculares, melhorando, conseqüentemente, o débito cardíaco e reduzindo a vasoconstrição periférica. O exercício físico revelou ainda um aumento a nível da massa muscular e uma melhoria na função respiratória, verificando-se uma melhoria do prognóstico clínico da pessoa com IC, melhorando consecutivamente a sua qualidade de vida.

De forma a melhorar as suas atividades de autocuidado, muitas pessoas adotam medidas como gestão terapêutica, repouso, gestão da dieta e gestão da atividade física, mas também compressão dos membros inferiores, relaxamento psicológico e técnicas de relaxamento físico, como massagem ou banhos quentes, tendo em conta que, estas estratégias se mostram muitas vezes ineficazes, sendo possível justificar este facto através da reduzida literacia em saúde por parte das pessoas com IC para o reconhecimento de sinais e sintomas (Heo et al., 2021).

Neste sentido, a capacitação para o reconhecimento dos sintomas pode alterar a forma como a pessoa com IC realiza as suas atividades de autocuidado, sendo um elemento-chave para a gestão da doença. A pessoa com IC deve ser capacitada para os sinais e sintomas da doença, como interpretá-los e como agir na presença dos mesmos (Sousa et al., 2021).

Na atualidade, para além dos programas de RC intra-hospitalares ou em centros de recuperação, existem programas de telereabilitação, através da internet e de plataformas digitais presentes nos mais diversos equipamentos eletrónicos, permitindo que um programa de RC seja desenvolvido e aplicado em contexto domiciliário, existindo, simultaneamente, obstáculos, nomeadamente a monitorização contínua da pessoa, sendo esta modalidade apenas aplicável a pessoas com IC de baixo risco (Taylor et al., 2023).

Apesar das fortes recomendações por parte das sociedades e colégios de cardiologia nacionais e internacionais, a frequência em programas de RC é inferior a 20% na Europa, apesar do aumento de incidência de eventos coronários agudos, muitas vezes derivada da baixa taxa de referência por parte dos serviços de saúde, justificada pelo desconhecimento da eficácia da mesma por parte dos profissionais de saúde, verificando-se uma necessidade de capacitação dos mesmos. No entanto, as pessoas com IC, portadoras de outras comorbilidades, encontram-se debilitadas fisicamente,

psicologicamente e economicamente, o que representa também uma barreira para a implementação de um programa de RC (Taylor et al., 2023).

Huang et al. (2024) dizem-nos que as pessoas com IC experienciam sintomas como ansiedade e sobrecarga emocional e física, levando a uma diminuição significativa da sua qualidade de vida, tornando-se, desta forma, um dos principais focos de intervenção por parte dos enfermeiros.

Os EE desempenham um papel crucial na intervenção sobre a pessoa com IC, considerando que está documentada que a mesma leva à redução do número de readmissões hospitalares, redução dos custos em saúde, redução da mortalidade e melhoria da qualidade de vida (Ordóñez-Piedra et al., 2021).

A prática dos enfermeiros, tendo por base a teoria de Dorothea Orem, mostra-se particularmente efetiva perante pessoas com IC, considerando as suas atividades de autocuidado, recorrendo a facilitadores de saúde para os capacitar para a gestão da doença, melhorando de forma significativa a sua qualidade de vida (Shahid et al., 2024).

Como nos é demonstrado por Olano-Lizarraga et al. (2022), a IC é uma doença que pode levar ao isolamento social da pessoa e restrição ou limitação de participação em atividades sociais, muitas vezes derivado da sua limitação física imposta pela própria condição de saúde pela impossibilidade de se deslocar ao encontro dos pares, sendo estes de extrema relevância para o processo de reabilitação, sendo considerado que o suporte social é um fator chave, diretamente relacionado com a mortalidade, morbidade e qualidade de vida. Neste sentido, os enfermeiros devem também direcionar a sua intervenção no sentido de promover a participação da pessoa com IC em atividades sociais e de lazer, salientando-se a relevância do EEER na capacitação da pessoa com IC para as atividades de autocuidado, mas também para a capacitação emocional, combatendo o isolamento social e restrição de participação da pessoa, através da melhoria da sua capacidade aeróbica, melhorando, consecutivamente, a sua qualidade de vida.

Um estudo realizado por Dellafiore et al. (2022) demonstrou os benefícios e o impacto da inclusão do cuidador informal na qualidade de vida da pessoa com IC através da sua participação no processo de reabilitação, salientando a importância da intervenção perante a díade pessoa-cuidador, ao invés de dirigir a intervenção apenas para a pessoa portadora da doença.

Loureiro et al. (2023) validaram a importância do envolvimento dos familiares, companheiros e cuidadores no processo de reabilitação, nomeadamente dos cuidadores informais, sendo, muitas vezes, um dos elementos descritos previamente. Dizem-nos ainda que a inclusão dos cuidadores informais no processo de reabilitação melhora a sua própria saúde, bem como os capacita, melhorando consecutivamente a qualidade dos cuidados que estes prestam à pessoa com IC, reforçando a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os EEER, para o desenvolvimento de um plano de cuidados direcionado à díade Cuidador Informal-Pessoa com IC.

O CI encontra-se sujeito a pressão constante pelo facto de se encontrar num novo papel, pelo impacto psicológico de se encontrar responsável por outro, experienciando muitas vezes sobrecarga emocional e ansiedade. Este estado depressivo leva a que o CI não consiga prestar os melhores cuidados à pessoa com IC, tornando-se ele mesmo foco de intervenção por parte do enfermeiro, necessitando de suporte social e, por vezes, medicamentoso, acrescendo este estado de depressão, muitas vezes, a outras comorbilidades previamente existentes, descurando o seu próprio estado de saúde em detrimento do cuidar da pessoa com IC. Desta forma, o CI é também um dos focos de intervenção por parte do EEER quando desenvolve e aplica um programa de reabilitação, sendo necessária a capacitação do mesmo para a gestão emocional (Lacerda et al., 2019).

## Caracterização dos campos de estágio

No período compreendido entre setembro de 2023 e fevereiro de 2024, pude ingressar em estágios nas vertentes cardiorrespiratória, neurológica, unidade de cuidados continuados integrados e pediátrica.

Durante este percurso foi possível desenvolver as competências técnico científicas e humanas previamente adquiridas, necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações a nível dos sistemas cardiovascular e neurológico nas diversas fases de vida, em contexto de internamento.

O estágio em contexto cardiorrespiratório decorreu entre 25 de setembro de 2023 e 10 de novembro de 2023 num hospital de uma instituição de saúde da região de Lisboa. A equipa possuía 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que acumulavam as competências de EEER às funções de Enfermeiro Generalista. O serviço era composto por três unidades distintas: unidade de cuidados intensivos de adultos, unidade de cuidados intensivos pediátricos e enfermaria de adultos.

No contexto neurológico, ingressei num serviço de um centro de recuperação da região de Lisboa no período compreendido entre 13 de novembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024, integrante da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo classificada como uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), composto por 30 camas destinadas a receber pessoas que, “na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas com potencial de reabilitação funcional e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio” (ISS, 2023). O Instituto da Segurança Social (ISS) (2023) define ainda que a UMDR assegura reabilitação funcional e cuidados de enfermagem permanentes.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), está definida pelo ISS (2023) como um modelo organizacional formado por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e de apoio social, com o objetivo de prestar cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódios de doença aguda ou necessidade de prevenção de agravamento de doenças crónicas. Os cuidados continuados integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo

a sua reabilitação, autonomia e a sua funcionalidade tendo em vista a sua reintegração sociofamiliar.

Em contexto de estágio em Unidade de Cuidados Continuados Integrados, que decorreu entre 15 de janeiro de 2024 e 26 de janeiro de 2024, tive a oportunidade de ingressar também numa UMDR, localizada na região de Lisboa, cuja equipa possuía duas EEER, sendo que uma delas exercia funções de gestora e a outra funções de EEER acrescidas às funções de enfermeira generalista.

No contexto de pediatria, realizei o percurso numa Unidade de Internamento de Pediatria integrada num Centro de Recuperação da região de Sintra no período entre 29 de janeiro e 9 de fevereiro de 2024.

### Teoria de Enfermagem

De forma a orientar a minha prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, revelou-se necessário recorrer a um referencial teórico, utilizando, assim, a teoria do Autocuidado, Déficit de Autocuidado e Teoria de Sistemas de Dorothea Orem, considerando-as as teorias que melhor poderiam guiar-me durante o meu percurso.

Orem define a enfermagem como uma arte dedicada a ajudar indivíduos, famílias e comunidades a alcançar, manter e recuperar a saúde e a encontrar sentido e dignidade na vida, doença e morte. Define ainda o autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa para manutenção da vida, saúde e bem-estar, definindo consecutivamente o Deficit de Autocuidado como a incapacidade de pessoa em realizar essas mesmas atividades ou de as complementar. Esse deficit pode surgir de várias fontes, nomeadamente limitações físicas, psicológicas ou sociais, que impedem a pessoa de realizar as atividades de autocuidado de forma independente. Quando o déficit de autocuidado está presente, a pessoa passa a necessitar de assistência externa, nomeadamente a intervenção de enfermagem, para satisfazer as necessidades de autocuidado e para a promoção da saúde e bem-estar (Orem, 1985).

Para descrever o papel do enfermeiro na prestação de cuidados àqueles que não conseguem satisfazer as atividades de autocuidado por si mesmos, Orem desenvolveu a Teoria de Sistemas. Estes sistemas contemplam todos os recursos disponíveis para ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades de autocuidado, tais como familiares, cuidadores, profissionais de saúde ou outros recursos da comunidade. Consoante o

déficit de autocuidado presente, o enfermeiro pode ter diferentes níveis de atuação, avaliando as necessidades de autocuidado da pessoa, para posteriormente as categorizar tendo presente os Sistemas: Totalmente Compensatório (quando a pessoa é incapaz de realizar a atividade de autocuidado por si mesma, sendo necessário o enfermeiro assumir a responsabilidade total pela atividade, com o objetivo de promover o treino da mesma e suporte educacional), Parcialmente Compensatório (quando a pessoa é capaz de realizar parte da atividade de autocuidado de forma autónoma, necessitando que o enfermeiro preste assistência na sua realização, com o objetivo de maximizar a autonomia da pessoa) e Suporte Educacional (a pessoa consegue realizar as atividades de autocuidado de forma autónoma, necessitando apenas de orientação/educação para as realizar de forma eficaz; o enfermeiro é responsável por fornecer suporte educacional, instruindo e treinando a pessoa, capacitando-a para o autocuidado, com o objetivo de capacitar a pessoa para que esta assuma o controlo da sua própria saúde) (Orem, 1985).

O referencial teórico de Orem revela-se essencial para a enfermagem de reabilitação, considerando os conceitos, propósitos e suposições que valorizam os cuidados do EEER. Este referencial teórico sustenta a implementação de atitudes de ensino à pessoa e ao seu familiar/cuidador durante todo o processo de saúde-doença, sendo desta forma garantida a continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

Desta forma, é possível assegurar que o referencial teórico de Dorothea Orem guia, orienta e sustenta a atividade profissional do EEER, pois a essência das Teorias do Autocuidado, Deficit do Autocuidado e Teoria de Sistemas de Dorothea Orem pressupõe a promoção, recuperação e potencialização das capacidades da pessoa afetada por uma doença/incapacidade, culminando na semelhança indissociável com os desígnios que sustentam a intervenção do EEER (Ribeiro et al., 2021).

## **Descrição e Análise Crítica das atividades realizadas em contexto de Estágio**

Para a elaboração do presente Relatório de Estágio, pressupõe-se a descrição das atividades realizadas nos diversos campos clínicos, realizando, simultaneamente, uma análise crítica do desenvolvimento de competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista.

Neste sentido, irão ser descritas as atividades por mim realizadas para atingir as competências comuns do Enfermeiro Especialista e, posteriormente, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

### Atividades realizadas para a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para alcançar o desenvolvimento das competências comuns do EEER, foi necessário definir objetivos comuns do enfermeiro especialista e objetivos específicos do EEER, explicitados no Projeto de Estágio (Apêndice I).

Tendo por base o objetivo estabelecido para alcançar o Domínio A das competências comuns dos enfermeiros especialistas, definido como Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, propus-me a desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo sempre tendo presentes as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão de enfermagem, procurando sistematicamente o exercício da melhor prática, tendo em conta as preferências da pessoa e respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ao longo do percurso de estágio, documentei-me acerca das normas vigentes em cada campo clínico, promovendo o exercício profissional baseado na deontologia da profissão de enfermagem praticada em cada local; recorri à experiência profissional e conhecimento previamente adquirido durante o percurso académico para sustentar todas as minhas decisões, com recurso sistemático à literatura divulgada e publicada em bases de dados (nomeadamente PubMed, MedLine, CINAHL, Cochrane, MedicLatina), tendo presente a atualidade das mesmas, limitando a minha pesquisa a artigos com menos de cinco anos, sustentando a minha prática na melhor evidência científica disponível, permitindo-me responder a cada situação de forma informada e suportada

cientificamente; procurei sempre integrar-me em cada equipa multidisciplinar nos diversos contextos clínicos, de forma a participar na tomada de decisão relativamente ao plano a delinear para cada pessoa/família, debatendo com os mais diversos elementos de cada equipa, nomeadamente médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos.

Neste sentido, Bouchez et al. (2024) mostram-nos que a tomada de decisão deve ser promovida numa ótica de liderança partilhada, requerendo que todos os profissionais de saúde participem de forma ativa no processo, melhorando a qualidade dos cuidados, beneficiando a pessoa recetora de cuidados de saúde, bem como toda a equipa multidisciplinar.

Tanaka et al. (2024) demonstrou que uma equipa multidisciplinar com elementos de enfermagem obteve melhores resultados a nível da qualidade de cuidados, salientando a pertinência da integração dos mesmos nas respetivas equipas no momento da tomada de decisão.

Durante o estágio realizado numa unidade de saúde de recuperação, semanalmente eram realizadas reuniões de discussão de casos clínicos das pessoas internadas a seu cuidado, de forma a documentar e avaliar a evolução de cada um, permitindo delinear ou atualizar o plano de cuidados em vigor naquele momento. Nestas reuniões, estava presente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sendo o elemento mais próximo da pessoa aquando da realização de atividades de autocuidado, como higiene, eliminação, vestir/despir, alimentação e transferências entre leito/cadeira de rodas/sanitário. A partir da sua intervenção, era possível estabelecer quais as alterações a efetuar no plano da fisioterapia, terapia ocupacional e na secção de treino de atividades de autocuidado.

Conforme estabelecido, de forma a atingir as competências comuns dos enfermeiros especialistas referentes ao Domínio B, definido como o domínio da melhoria contínua da qualidade, consegui garantir um ambiente terapêutico seguro, promovendo-o e protegendo o indivíduo/cuidador informal.

A segurança da pessoa é considerada pela OMS (2021) como uma estrutura composta por atividades que promovem a cultura, procedimentos, processos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, de uma forma

consistente e sustentável, reduzem os riscos, a ocorrência de danos evitáveis e que tornam os erros menos prováveis ou que reduzem o impacto destes quando ocorrem.

Para conseguir alcançar o objetivo descrito pelo Domínio B, foi essencial efetuar a identificação dos fatores de risco que comprometem o bem-estar da pessoa e do seu cuidador, sendo necessário o envolvimento dos mesmos no processo de prevenção; durante o estágio realizado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrespiratória revelou-se de elevada importância a verificação desses mesmos fatores, nomeadamente a promoção de um ambiente terapêutico seguro. Considerando a tipologia do serviço, existem diversos tipos de terapêutica que requerem especial atenção na sua preparação e administração. Cabe ao EE a capacitação da pessoa para a importância dessa mesma terapêutica, nomeadamente a terapêutica imunossupressora e inalatória. Considera-se que após a alta os pacientes possuem os conhecimentos necessários para a gestão pós-transplante da sua condição clínica e também da gestão dos imunossupressores, no entanto é necessário o reforço da capacitação para a identificação de sintomas de rejeição, reforçando simultaneamente a importância da terapêutica (Naya-Leira et al., 2023). Neste sentido, durante o estágio, participei ativamente na capacitação da pessoa submetida a transplante pulmonar ou transplante cardíaco para a gestão terapêutica, nomeadamente imunossupressora e inalatória, reforçando constantemente a importância da mesma e identificando os fatores de risco em caso de suspensão ou interrupção da mesma; capacitei a pessoa para a identificação de sintomas de rejeição do órgão transplantado, sustentado pela bibliografia previamente lida; capacitei a pessoa e a família para os principais cuidados a ter após a alta pós-cirurgia cardiorrespiratória, nomeadamente os cuidados a ter após a esternotomia, como por exemplo, a limitação da realização de esforços, posição correta para dormir (decúbito dorsal), sexualidade, condução, forma correta para a tosse; capacitei a pessoa para a gestão da terapêutica através dos ensinamentos realizados sobre inaloterapia; tive ainda a oportunidade de capacitar a pessoa e família para a prevenção de quedas no domicílio, nomeadamente através da gestão do espaço e cuidados a ter com a presença de animais de estimação.

Neste sentido, de forma a promover a prevenção de quedas, realizei sessões de capacitação dos cuidadores/familiares.

Ao nível da gestão de espaço, os familiares/cuidadores foram aconselhados a retirar quaisquer superfícies que pudessem contribuir para um risco de queda aumentado, tais como tapetes ou carpetes; foram aconselhados a gerir o mobiliário disponível no domicílio, de forma a permitir a correta deambulação com recurso a auxiliares de marcha, sem a existência de barreiras físicas, sendo recomendada a retirada de equipamentos móveis ou instáveis dos percursos a realizar pela pessoa em fase de reabilitação e/ou alteração física/motora.

Durante este processo, os cuidadores mostraram-se na sua maioria recetivos a efetuar as alterações recomendadas, no entanto, houve situações em que foi necessário o reforço da importância dessas alterações, existindo resistência por parte dos mesmos em alterar a decoração da habitação.

Keglovits et al. (2020) demonstram que existe uma tendência crescente no que toca a quedas provocadas por animais de estimação, verificando-se a necessidade de capacitar as pessoas no sentido de prevenir quedas relacionadas com os mesmos, sendo considerado um dos principais focos de intervenção dos profissionais de saúde, principalmente por parte dos EEER aquando da definição de um programa de reabilitação.

Os cuidadores/familiares foram capacitados neste sentido, verificando-se a necessidade de alterar os locais de repouso dos animais de estimação, bem como o seu local de alimentação, sendo que os dispositivos para os mesmos efeitos constituíam efetivamente obstáculos para a deambulação com recurso a dispositivos auxiliares de marcha, bem como os resquícios de alimentação/água alteravam as propriedades antiderrapantes desses mesmos dispositivos, aumentando significativamente o risco de queda da pessoa.

Dentro do campo da promoção de um ambiente seguro, durante o estágio realizado em contexto de neurologia, ingressei numa semana observacional numa unidade de treino de atividades de autocuidado, onde eram instruídas, treinadas e avaliadas as capacidades da pessoa com AVC e LVM para a realização das atividades de autocuidado Vestir e Despir e Higiene. Durante este ingresso, foi possível promover um ambiente seguro após alta, recrutando os familiares/cuidadores da pessoa para participarem ativamente no processo de reabilitação, sendo solicitados registos fotográficos do espaço no domicílio, de forma a poder recomendar, adaptar e prescrever

produtos de apoio de forma a promover a segurança da pessoa e prevenir o risco de queda no domicílio. Desta forma, era possível treinar as atividades na unidade com recurso aos produtos de apoio que iriam estar disponíveis no domicílio, respeitando a lateralidade das atividades conforme o espaço físico e produtos disponíveis.

A segurança da pessoa é uma das prioridades para a prestação de cuidados na sociedade moderna (WHO, 2021)

Durante os estágios realizados, pude constatar que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui o papel de promotor de um ambiente seguro para o utente e para a sua família/cuidadores. Pude integrar equipas onde ao mesmo cabia a organização estrutural da equipa e distribuição dos elementos, por caso clínico, tendo em conta o seu nível de aprendizagem e complexidade de cuidados necessários a prestar a cada pessoa. Simultaneamente, ao longo das jornadas laborais, o EE tinha como papel o diálogo e promoção do mesmo entre elementos da equipa, para que a mesma se encontrasse consciente e conhecedora do estado clínico de cada pessoa, bem como do seu status familiar/social, permitindo a que cada elemento da equipa fosse promotor da defesa da segurança da pessoa, dinamizando essa mesma cultura transversalmente a todos os elementos. A falta de implementação deste método constitui muitas vezes uma barreira para a defesa da segurança da pessoa, quando ocorre uma comunicação fechada entre os elementos da equipa prestadora de cuidados (Shoemark et al., 2021)

Os enfermeiros gestores dos locais onde efetuei estágios tinham como cultura o encorajamento dos elementos integrantes da equipa para que participassem em ações de formação e aprendizagem (presenciais ou on-line), aumentando o seu nível de conhecimento, promovendo simultaneamente a segurança da pessoa e, conseqüentemente, um ambiente seguro para a prestação de cuidados, também esta defendida pela WHO (2021).

Para a manutenção do ambiente seguro, durante o estágio realizado em contexto de unidade de cirurgia cardiotorácica, foi necessário capacitar a pessoa e o seu familiar/cuidador para os cuidados a ter em situação pós-transplante pulmonar/cardíaco, nomeadamente os cuidados a ter pós-externotomia. Durante o respetivo estágio capacitei a pessoa para evitar levantar, empurrar ou puxar objetos com peso excessivo, evitar a elevação dos membros superiores acima da linha da cabeça, evitar conduzir nos primeiros 60 dias pós-alta, recorrer ao apoio dos membros superiores para

sentar/levantar e capacitar para as técnicas de levantar e deitar, imobilizar o tórax sempre que existir a necessidade de tossir, recomendar o decúbito dorsal como decúbito de eleição para dormir. Estas precauções garantiram o correto alinhamento do esterno, permitindo alcançar a sua correta cicatrização, num espaço temporal expectável de três meses (Park et al., 2021) (Gach et al., 2021).

Para garantir o Domínio B das competências comuns dos enfermeiros especialistas, estabeleci como objetivo o registo de todas as intervenções implementadas em contexto de estágio ou trabalhos, garantindo a proteção de dados e sigilo profissional.

Durante todo o percurso de estágio e elaboração de trabalhos contemplados no programa educacional previsto para a unidade curricular de Estágio com Relatório, bem como na redação deste Relatório, foi necessário garantir constantemente a proteção de dados e sigilo profissional, competência contemplada no Código Deontológico da profissão de enfermagem, publicado em Diário da República (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, 1998).

Para a elaboração do presente relatório e restantes trabalhos realizados ao longo do percurso académico, procurei ocultar a verdadeira entidade das pessoas com as quais intervim no seu processo de reabilitação, bem como das instituições onde efetuei os estágios contemplados no programa do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação, sendo o sigilo profissional um dos fatores mais importantes para a relação terapêutica entre enfermeiro e o doente, podendo ser considerado um dos fatores geradores de satisfação nos cuidados Öztürk et al., (2021).

Ainda dentro do Domínio B das competências comuns dos enfermeiros especialistas, comprometi-me a fomentar a identificação de recursos na comunidade de forma a garantir a continuidade de cuidados, objetivo que considero também atingido.

Desta forma, para atingir o respetivo objetivo, durante a realização do estágio em contexto de neurologia, verificou-se a necessidade de articular com a comunidade o recrutamento de recursos, nomeadamente recursos que disponibilizassem produtos de apoio para pessoas com AVC ou lesão vertebromedular, que não dispunham de recursos económicos para a aquisição desses mesmos produtos. Assim, foi necessário articular com recursos da comunidade a alta da pessoa. Em conjunto com a equipa de enfermagem, foi estabelecido contacto com as unidades de saúde do local de destino e com instituições de carácter particular, de forma que as mesmas disponibilizassem os

produtos de apoio necessários para que a pessoa pudesse realizar as suas atividades de autocuidado, sem que estas necessitassem de apoio de terceiros, conforme instruído e treinado durante o internamento na instituição de saúde, onde realizaram o seu processo de reabilitação.

De acordo com a Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto da Assembleia Da República, segundo o Princípio da Cooperação, “o Estado e as demais entidades públicas e privadas devem atuar de forma articulada e cooperar entre si na concretização da política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência”, permitindo que fosse executada também a articulação com as entidades autárquicas e freguesias da área de residência da pessoa, para que as mesmas facilitassem os respetivos produtos de apoio necessários à continuidade do processo de reabilitação.

Durante o processo de capacitação dos cuidadores/familiares neste sentido, foi possível verificar o desconhecimento das pessoas relativamente à lei existente, bem como dos seus direitos enquanto cidadãos. Este facto constituiu um obstáculo permanente durante os estágios realizados ao longo do meu ciclo de estudos, sendo necessário capacitar os intervenientes consecutivamente para que conseguissem obter os recursos necessários para o processo de reabilitação.

Verifica-se, assim, que o EEER deve ser conhecedor da lei, bem como da maioria dos recursos disponíveis na comunidade em que se encontra inserido, de forma a garantir uma correta capacitação da pessoa recetora de cuidados, bem como dos seus familiares, cuidadores informais e/ou formais, tendo presente quais os recursos disponíveis, efetuando, simultaneamente, uma avaliação socioeconómica da família/díade de cuidados, permitindo efetuar uma intervenção precoce, para que no momento da alta, a pessoa tenha disponíveis todos os recursos/produtos de apoio para dar continuidade ao seu processo de reabilitação.

Como último objetivo estabelecido para alcançar o Domínio B das competências comuns dos enfermeiros especialistas, assumi o compromisso de utilizar e ensinar ao cuidador princípios da ergonomia corporal, de forma a garantir a segurança e prevenção de danos.

Segundo Gomes et al. (2019), os cuidadores estão sujeitos a inúmeros problemas de saúde derivados da prestação de cuidados à pessoa dependente, nomeadamente problemas musculoesqueléticos, maioritariamente caracterizados por dor muscular e

articular, muitas vezes derivados pela sobrecarga de peso intrínseca nas atividades de autocuidado a realizar à pessoa requerente de cuidados, como por exemplo, a alternância de decúbitos e mudança de fraldas. Estas atividades são, muitas vezes, repetidas ao longo do dia, durante um período alargado no tempo.

O estudo realizado por Gomes et al. (2019) realça, ainda, a importância de um sistema educacional para a sensibilização dos cuidadores, que cada vez apresentam mais idade e mais comorbilidades, para que seja possível diminuir o impacto do cuidar, nomeadamente na prevenção do aparecimento de alterações no sistema musculoesquelético, capacitando-os também para o autocuidado, sendo a equipa de enfermagem essencial ao longo do processo de reabilitação.

Para capacitar o cuidador ao longo dos estágios, sempre que possível, no período das visitas, foi possível intervir junto da família/cuidadores, integrando-os nos cuidados, permitindo que estes fossem parte integrante nos mesmos, ensinando e treinando as técnicas de autocuidado a realizar no domicílio, tendo em conta a organização espacial e recursos disponíveis.

Foi possível capacitar os cuidadores para técnicas de mobilização da pessoa dependente no leito, transferências entre cadeirão/cadeira de rodas-leito, com recurso a diversos dispositivos de apoio, nomeadamente tábuas de transferência, discos de transferência, elevadores e cintos de transferência, após a análise de qual o produto de apoio mais indicado, sendo adaptado de forma individual a cada situação clínica e disponibilidade de aquisição do mesmo equipamento por parte dos familiares/cuidadores. Simultaneamente, os cuidadores foram capacitados para a correta realização das técnicas, salientando a importância da manutenção de uma correta postura corporal.

Para uma correta capacitação do cuidador para a ergonomia corporal foi necessário efetuar uma análise e correção da postura corporal, avaliar o seu movimento e capacitá-los para uma correta utilização dos diversos produtos de apoio, bem como o ajuste do ambiente terapêutico no domicílio, realçando sempre os riscos inerentes ao cuidar.

Desta forma, foi possível capacitar os cuidadores para a ergonomia corporal, garantindo a sua segurança e prevenindo danos futuros.

Budarick et al. (2020) reforça a ideia de que os cuidadores representam uma das populações com maior incidência de lesões musculoesqueléticas derivadas da sua ocupação, estando constantemente expostos aos posicionamentos da pessoa, lateralização e transferência das mesmas. Diz-nos ainda que fatores externos, como equipamentos disponíveis (plataformas giratórias de transferência, lençóis, tábuas de transferência), técnica utilizada, peso da pessoa e o contexto, afetam o esforço necessário para efetuar as intervenções previamente descritas. É ainda destacada a influência da experiência dos cuidadores, bem como o seu género, estatura e histórico clínico, para o método de mobilização/transferência/posicionamento da pessoa.

Através da informação disponibilizada pela bibliografia, pude refletir acerca das minhas intervenções durante o meu ciclo de estudos no sentido da capacitação dos cuidadores/familiares para a importância da ergonomia corporal.

Durante os estágios realizados pude constatar que, na sua maioria, os cuidadores não possuíam conhecimentos prévios de como mobilizar uma pessoa com limitações físicas, muitas vezes por se tratar de um resultado de um evento agudo. Diretamente relacionado encontrava-se o desconhecimento/iliteracia relativo à ergonomia corporal, bem como da sua importância no cuidar.

Constituíam-se como principais obstáculos à capacitação dos cuidadores/familiares, para além da iliteracia em saúde, a sua idade e limitações físicas existentes derivadas dos seus próprios processos clínicos prévios, existindo a necessidade emergente de os capacitar para a ergonomia corporal.

Para que fossem maximizados os momentos de capacitação dos cuidadores era necessário que os mesmos estivessem presentes de forma regular nos momentos de prestação de cuidados, tendo encontrado um novo obstáculo. Os momentos de capacitação apenas poderiam decorrer durante o período de visitas dos serviços, estando em alguns deles limitada a uma hora durante dois períodos do dia (manhã e tarde), sendo que a pessoa visitando da pessoa poderia não ser o cuidador/familiar. Seria necessário alterar os protocolos existentes para a otimização do processo de capacitação dos cuidadores para a ergonomia corporal, bem como para o treino das atividades de autocuidado e técnicas de mobilização/transferência, intrinsecamente interligadas à ergonomia corporal. Deveriam ser alargados os momentos de presença dos cuidadores junto da pessoa para que fosse efetuada uma correta capacitação dos mesmos para que

fossem esclarecidas dúvidas e treinadas as intervenções de forma atempada, programando a alta e a fase pós-evento agudo.

Referente ao Domínio C, definido como o Domínio da Gestão dos Cuidados, comprometi-me a adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto de estágio, visando a garantia de cuidados, adaptando o estilo de liderança, adequando-o ao clima de organização e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. Assim, tinha como objetivo reconhecer os papéis interdependentes e funções de todos os membros integrantes da equipa multidisciplinar do local de estágio, fomentar um ambiente positivo e favorável à prática profissional e aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, recorrendo ao reforço positivo.

Ao longo dos períodos de estágio realizados nas instituições de características supracitadas, tive a oportunidade de contactar com todas os elementos das mais diversas áreas clínicas, parte integrantes das equipas multidisciplinares, nomeadamente enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas, enfermeiros gestores, técnicos de saúde, médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicomotricistas, assistente social. Ao contactar com os diversos elementos da equipa multidisciplinar é possível entender a simbiose existente dentro de uma equipa de cuidados, estando intrinsecamente interdependentes das funções de cada um.

Estabelecendo inegavelmente uma relação com o enfermeiro orientador de cada local de estágio, foi possível perceber o papel do enfermeiro especialista dentro de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente o impacto que o mesmo tem sobre o enfermeiro generalista, sendo muitas vezes encarado como elemento diferenciado a nível de conhecimento científico, bem como na execução de técnicas diferenciadas dentro de cada especialidade. Muitas vezes, este elemento é também responsável pela organização e distribuição dos restantes elementos da equipa durante a jornada laboral, recaindo sobre ele a responsabilidade de adaptação das capacidades de cada elemento à situação clínica com que se irá deparar ao longo do turno, sendo simultaneamente o elemento dinamizador de um ambiente positivo.

O enfermeiro especialista é, assim, visto muitas vezes como um líder. Segundo Rogers (2021), habitualmente os enfermeiros desenvolvem a capacidade de gerir o seu stress emocional relacionado com o trabalho. No entanto, acabam por enfrentar fadiga

excessiva que leva ao burnout. Desta forma, cabe ao enfermeiro especialista, enquanto líder, gerir a equipa, de forma a garantir o bem-estar da mesma, consequentemente melhorando também a experiência da pessoa a cuidar.

Um estudo realizado por Santos et al. (2024) demonstra-nos que os enfermeiros chefe e líderes das respetivas equipas desempenham um papel crucial para que os restantes elementos sejam incentivados a adotar uma prática baseada na evidência, consequentemente, são responsáveis pelo incentivo à formação contínua dos mesmos, estando esta relacionada com a satisfação e bem-estar dos enfermeiros.

No estágio realizado num serviço de cirurgia cardiorácica tive a oportunidade de contactar com uma enfermeira especialista, em cargo de chefia, que se apresentava como a principal promotora da formação contínua da equipa de enfermagem. Ao dialogar com os enfermeiros desse local pude constatar que os mesmos se encontravam particularmente satisfeitos pelo incentivo à formação contínua, através do desenvolvimento de grupos de trabalho que realizavam investigação, sendo incentivados participar em congressos ou a inscrever-se em cursos de 2º ciclo de enfermagem ou ensino pós-graduado, existindo a liberdade e motivação para o fazerem. Desta forma, pude verificar que o enfermeiro especialista, neste caso em cargo de chefia, tem um papel muito importante na implementação de estratégias motivacionais perante a equipa, levando à diferenciação de todos os elementos, levando a um ambiente positivo e saudável, simultaneamente, promovendo a qualidade dos serviços prestados pelos mesmos.

Para alcançar o Domínio D das competências comuns dos enfermeiros especialistas, definido como o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assumi o compromisso de basear a minha práxis clínica especializada em evidência científica.

Ao longo de todo o meu percurso académico, nomeadamente durante o período de estágios, baseei a minha práxis clínica através da pesquisa, leitura e análise de artigos científicos presentes nas bases de dados CINAHL, MedLine, MedicLatina e COCHRANE, limitando os resultados aos anos compreendidos entre 2019 e 2024, com texto integral disponível, em inglês, espanhol e português, bem como através de consulta de bibliografia física. Esta pesquisa permitiu-me sustentar constantemente a minha prática com a mais recente evidência científica, utilizando as horas de trabalho autónomo para

esse efeito, de forma a conseguir corresponder aos objetivos propostos para cada campo de estágio, bem como aos desafios que surgiam durante as horas de trabalho efetivo.

Ao realizar estágios em locais de especialidades com as quais não tinha conhecimento prévio foi necessário realizar pesquisas mais aprofundadas, nomeadamente na área da cirurgia cardiotorácica, sendo uma área cirúrgica e específica, incluindo transplantes pulmonares, bi-pulmonares e cardíacos, para além dos restantes cirurgias cardíacas e/ou pulmonares.

### Atividades desenvolvidas para a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

No âmbito da aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como perante as competências comuns do enfermeiro especialista, também me propus a atingir os objetivos necessários para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros. Neste sentido, perante o Domínio J1, definido como cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo da sua vida, assumindo o compromisso de identificar as necessidades de intervenção especializada de enfermagem de reabilitação e, concebendo, implementando e avaliando planos e programas especializados, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, propus-me a recolher informações pertinentes e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliação das funções cardíaca e respiratória.

Durante a realização dos estágios encontrei-me diversas vezes confrontado com a necessidade recorrer a diversos instrumentos de avaliação das funções cardíaca e respiratória, quer pela especificidade de comorbilidades, quer pela patologia principal, motivo do internamento.

Numa unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiotorácica, é crucial a manutenção de um equilíbrio hemodinâmico, de forma a garantir a estabilidade clínica da pessoa. Encontra-se assim um desafio à implementação de intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Desta forma, antes de intervir, foi necessário avaliar o estado clínico da pessoa, recorrendo a instrumentos de avaliação, como a Escala de Dispneia de Borg, que permite avaliar a perceção subjetiva da pessoa ao esforço/sensação de dispneia (Borg, 1982). Este método de avaliação era utilizado na

avaliação da capacidade funcional da pessoa, durante a execução de técnicas de reabilitação respiratória e no final da sessão, de forma a permitir um correto registo das intervenções realizadas, dando-nos simultaneamente dados relativos à evolução clínica da pessoa. Esta escala era frequentemente utilizada em pessoas com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Insuficiência Cardíaca (IC) e Hipertensão Pulmonar (HTP), tendo presente que as mesmas teriam sido submetidas a uma cirurgia torácica.

Numa das intervenções, foi possível acompanhar uma pessoa submetida a transplante bi-pulmonar, em contexto de DPOC grave. Neste caso, foi possível avaliar a percepção de dispneia em repouso, com recurso à Escala de Borg, tendo a pessoa demonstrado um Score de 5 antes da intervenção. Durante a mesma, referiu percecionar um Score de 7, tendo sido necessário reduzir o número de repetições de cada exercício, sendo o Score no final da intervenção de 6. No dia seguinte, foi possível reavaliar as intervenções, recorrendo novamente à Escala de Borg, tendo a pessoa referido um Score de 4 em repouso.

No caso da pessoa com DPOC e IC, foi também possível recorrer ao 6-Minute-Walk-Test (6MWT), instrumento que permite avaliar a capacidade funcional da pessoa que se encontra hospitalizada com DPOC (Ribeiro et al., 2022), podendo também ser utilizada em pessoas diagnosticadas com IC (Paneroni et al., 2022). Neste sentido, recorri a este instrumento nos estágios de contexto cardiorrespiratório, bem como em UMDR e neurologia. Destaco a experiência em contexto de Neurologia, no qual tive a oportunidade de contactar com pessoas diagnosticadas com ambas as patologias, associadas a outras comorbilidades, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Assim, foi necessário aliar a reabilitação física/motora, com a reabilitação cardíaca/respiratória, verificando-se constantemente a necessidade de recorrer a instrumentos de avaliação de forma a identificar as necessidades da pessoa, tendo em vista o desenvolvimento de um plano de intervenção, a implementação do mesmo e a avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação efetuadas. Assim, foi necessário recorrer ao 6MWT para avaliar a capacidade funcional da pessoa com AVC e IC/DPOC. Foi possível aplicar o instrumento, existindo previamente uma marcação no solo com 30 metros de distância, facilitando a sua aplicação. Dada a duração do estágio, foi possível realizar diversas avaliações ao longo do internamento da pessoa, permitindo, desta forma, avaliar a

progressão e realizar as adaptações necessárias ao plano de intervenção, após cada avaliação.

Durante o estágio de Neurologia e em UMDR, foi também verificada a necessidade de recorrer a instrumentos de avaliação dos deficits, nomeadamente do AVC e Lesão Vertebro-medular (LVM). Foi necessário recorrer a duas escalas: Medical Research Council, para avaliação da força, e Escala de Ashworth Modificada, para avaliação da Espasticidade, escalas aplicadas de forma protocolar num intervalo de 15 dias, no entanto, apliquei as respetivas escalas em cada momento de intervenção com cada pessoa, de forma a avaliar e adaptar a minha intervenção enquanto EEER a cada caso clínico.

Para alcançar o Domínio J1, propus-me ainda a avaliar a capacidade funcional da pessoa para realização das atividades de vida diárias.

De forma a alcançar o objetivo descrito anteriormente, durante a realização dos estágios, verifiquei a necessidade de recorrer a instrumentos de avaliação objetivos, validados pela OE em português.

Assim, recorri à Medida da Independência Funcional (MIF), sendo uma ferramenta de avaliação amplamente utilizada, que permite avaliar o nível de independência de uma pessoa nas diversas atividades de autocuidado. A MIF permite a execução de uma avaliação inicial, monitorizar o progresso de reabilitação, permite uma uniformização da linguagem através das diversas áreas multidisciplinares, bem como a documentação clínica, detalhando os registos de enfermagem de reabilitação (O'Sullivan et al., 2019).

Durante o meu percurso de estágio, vi-me confrontado com a utilização de outro instrumento de avaliação da capacidade funcional da pessoa para a realização de atividades de autocuidado, denominada Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), validada por (Pereira et al., 2016), comprovando-se a sua aplicabilidade em contexto de doença crónica, em determinado momento da vida da pessoa, estando ainda creditada para a sua aplicação em entidades prestadoras de cuidados de reabilitação.

Foi também possível ao longo do meu ciclo de estudos recorrer ao Índice de Barthel, sendo este um instrumento também utilizado para avaliar a capacidade da pessoa para a realização de atividades de autocuidado, tendo com principais vantagens a sua simplicidade e facilidade de aplicação, apresentando como limitações o foco restrito a atividades de autocuidado, descurando atividades instrumentais e/ou sociais, bem

como a sua subjetividade dependente do avaliador (Mahoney & Barthel, 1965) (Collin et al., 1988).

Estes instrumentos de avaliação foram aplicados na realização da avaliação inicial, num período intermédio de intervenção e no final do percurso de reabilitação da pessoa durante o período em que a acompanhei. Desta forma era possível identificar as necessidades de intervenção, a realização de ajustes no plano de reabilitação definido para cada pessoa de forma individual e acompanhar a evolução gradual durante todo o processo de reabilitação para a realização de atividades de autocuidado.

Estas intervenções foram planeadas e registadas com recurso à nomenclatura CIPE e/ou NIC e NOC, consoante o protocolo estabelecido para cada local de estágio, levando a uma facilitação de levantamento de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, bem como para a elaboração das respetivas intervenções.

Durante os estágios pude constatar a pertinência do recurso a estes instrumentos de avaliação por parte dos EEER de forma a acompanhar a evolução da pessoa durante o seu processo de reabilitação, efetuando avaliações e alterações no programa de reabilitação consoante a evolução documentada pelos mesmos instrumentos.

Verifiquei a necessidade de treinar o recurso a estes instrumentos, derivado da universalidade da nomenclatura recrutada entre os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, de forma a uniformizar cuidados, baseada nos resultados derivados da aplicação de escalas e instrumentos de avaliação, sendo necessário dominar os mesmos, tendo presente os *outcomes* esperados para determinado *score* apresentado. Desta forma, o curto domínio destes instrumentos, levou-me a ter de rever os mesmos para que pudesse eficazmente avaliar e intervir junto da pessoa.

Relativamente ao Domínio J2, descrito como capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios de cidadania, comprometi-me a elaborar e implementar programas de treino de AVD, tendo em vista a maximização da autonomia e qualidade de vida.

De forma a atingir os objetivos necessários para o alcance do Domínio J2 conforme descrito anteriormente, vi-me confrontado com diversas situações que me permitiram atingir com sucesso o pressuposto.

Em todos os campos de estágio frequentados durante o meu percurso do 2º ciclo académico foi possível contactar com pessoas com deficiência, limitação da atividade

e/ou restrição da participação, sendo necessário desenvolver e implementar programas de treino de atividades de autocuidado, maximizando a sua autonomia e conseqüentemente a qualidade de vida.

No estágio realizado numa das instituições de saúde, diariamente, no turno da manhã, dependendo do grau de autonomia avaliado, pude participar ativamente no processo de reabilitação das mesmas, facilitando ajuda totalmente compensatória, parcialmente compensatória ou apenas educacional, supervisionando e direcionando a pessoa durante a realização das atividades de autocuidado. Após os cuidados de higiene, podia dedicar o tempo necessário a cada pessoa, de forma a capacitá-la para as atividades de autocuidado vestir-se e cuidar-se, tendo como principal objetivo que a mesma se pudesse enquadrar no sistema educacional, necessitando apenas de supervisão. Elaborei um plano de cuidados para uma pessoa com AVC no hemisfério direito, apresentando como déficits: hemiparesia esquerda e alteração da memória. Neste sentido, foi necessário desenvolver e implementar um programa de treino da atividade de autocuidado “vestir-se” diferenciado e adaptado às suas limitações. Foi necessário recorrer a um sistema de código numerado de forma a organizar espacialmente as peças de vestuário, de forma que fossem vestidas de forma lógica, repetindo a sequência duas vezes por dia, de forma a desenvolver a capacidade de memória da pessoa para a mesma atividade de autocuidado, desenvolvendo simultaneamente técnicas de vestuário para a pessoa com hemiparesia.

Estas técnicas consistiam em colocar as peças de vestuário de forma a ser possível recolher a mesma para que a inserisse sobre a cabeça, lateralizando o orifício do membro afetado sobre o tórax, levando posteriormente o membro afetado com o membro são até ao encontro do mesmo, inserindo-o no local correto e ajustando até que se encontrasse vestido, permitindo ajustar também a região escapular, facilitando a introdução do membro são; relativamente às peças de vestuário da região inferior, a pessoa foi capacitada para calçar as meias, invertendo o cano das mesmas, facilitando a introdução sobre os dedos, efetuando os devidos ajustes com o membro superior são. Para facilitar este processo, a pessoa era capacitada para cruzar os membros interiores (um sobre o outro), reduzindo a distância até à porção distal dos mesmos; a mesma técnica era aplicada para as calças e calçado.

Após três semanas, a pessoa conseguiu passar do sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório, tendo sido o momento da última intervenção e avaliação com a mesma pessoa.

Para alcançar o Domínio J2, propus-me a realizar treino de atividades de autocuidado, com recurso a dispositivos de apoio à pessoa com alteração motora em contexto ortotraumatológico.

Durante o percurso de estágio nos diversos contextos, salientando os contextos neurológico, ortotraumatológico e UMDR, vi-me confrontando com pessoas com limitação a nível do autocuidado, necessitando de ajuda totalmente compensatória por parte dos enfermeiros, no momento da admissão para internamento, provenientes de outras unidades de saúde ou do domicílio. Tendo presente Orem, era expectável que ao longo do processo de reabilitação, estas pessoas passassem para um regime parcialmente compensatório ou mesmo educacional. Desta forma, verificou-se a necessidade de os capacitar para a utilização de diversos dispositivos clínicos, de forma a colmatar o deficit de autocuidado presente, levando a uma facilitação na realização de atividades de autocuidado.

Desta forma, foi necessário avaliar a capacidade da pessoa para a realização das atividades de autocuidado, desenvolver um plano de intervenção, intervir e reavaliar a pessoa, identificando as lacunas presentes no plano inicial, verificando também a necessidade e aplicabilidade de produtos de apoio que facilitassem o treino de autocuidado.

Produtos de Apoio encontram-se definidos como “qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação” pelo Despacho n.º 7197/2016, de 1 de Junho, 2016.

Neste sentido, considero de extrema relevância a minha passagem numa unidade integrada num centro de recuperação, denominada Unidade de AVD, onde eram efetuados treinos de atividades de autocuidado, com recurso a diversos produtos de apoio, onde era avaliada a necessidade dos mesmos, adaptando-os e recorrendo a eles, de forma a potenciar a autonomia da pessoa com alterações ortotraumatológicas, neurológicas e/ou reumáticas. Nesta unidade eram treinadas

técnicas facilitadoras de transferência entre cadeira de rodas e leito, mobilização no leito com recurso aos membros sãos, automobilização dos membros afetados, mas também técnicas de atividades de autocuidado, como cuidados de higiene (com recurso a dispositivos de cabo longo, engrossadores de cabo), alimentação (adaptação de cabos grossos, fixadores palmares e espelhos), e atividades sociais e recreativas (jogos de transferência de bolas entre pessoas com restrição de participação derivada de alterações físicas/motoras). Durante a realização do treino das atividades de autocuidado, foi possível recorrer a tábua de transferência, disco de transferência e cintos de transferência (para realizar as transferências entre diversas superfícies, como cadeira de rodas-leito, cadeira de rodas-cadeira de banho, cadeira de rodas-cadeira giratória adaptável para banheira), talheres adaptados para facilitação da alimentação da pessoa com alteração da motricidade fina, bem como copos adaptados, rebordo para prato, adaptação de espelho para aumento da propriocepção durante a alimentação (utilizado em caso de alterações de sensibilidade ou disfagia na fase oral); durante a atividade de autocuidado higiene e vestir-se, recorreu-se a esponjas de cabo longo, adaptadores para cabo de escova de dentes, escova de cabelo, lâminas de barbear, foram utilizados também a pinça de longo alcance, que permite alcançar objetos do chão, preservando o ângulo coxofemoral, no caso da pessoa submetida a prótese total da anca, bem como facilitar a atividade de autocuidado vestir-se/despirm-se, calçadeira de cabo longo e gancho com cabo longo, com a mesma finalidade.

Durante o estágio em contexto neurológico, adultos e pediatria, recorri ainda a um produto de apoio denominado Standing Frame, de forma a promover a neuroplasticidade e a combater o Síndrome de Pushing (Gillespie et al., 2019).

O Standing Frame era muitas vezes colocado em frente a um espelho quadriculado, de forma a promover a correção postural da pessoa, através da promoção do feedback de imagem, simultaneamente, combatendo o Síndrome de Pushing (Gillespie et al., 2019). Enquanto no standing frame, a pessoa era incentivada a executar exercícios de facilitação cruzada e exercícios de alternância de peso para o hemisfério não afetado, de forma a promover o equilíbrio ortostático.

O Síndrome de Pushing caracteriza-se por alterações que ocorrem após uma lesão cerebral, mais frequente no lado direito, como um AVC. A pessoa afetada pelo

Síndrome de Pushing recorre aos membros do lado não afetado para ativamente empurrar em direção ao hemicorpo afetado, resultando numa postura inclinada para o lado oposto à lesão. Para além disso, ocorre uma resistência ativa à correção dessa mesma postura, derivada de uma perceção distorcida da verticalidade e medo de cair para o lado do hemicorpo não afetado (Novo et al., 2022).

Segundo a bibliografia, o recurso ao standing frame demonstra ainda evolução positiva à aplicação da Escala da Medida da Independência Funcional (MIF) (Gillespie et al., 2019).

Segundo Novo et al. (2022), os EEER, enquanto profissionais que se encontram mais próximos da pessoa após AVC, devem assumir uma postura congruente com as competências específicas adquiridas, no sentido de efetuar o diagnóstico precoce do Síndrome de Pushing, concebendo um plano de intervenção ajustado a cada pessoa, implementando posteriormente as intervenções, recorrendo aos produtos de apoio necessários, avaliando o resultado das mesmas.

No contexto de pediatria, existia a possibilidade de recorrer a um Standing Frame móvel, permitindo que a criança participasse ativamente nas atividades de brincar ou de escola, promovendo as capacidades socioafetivas, deslocando-se de forma autónoma, promovendo simultaneamente o aumento de força nos membros superiores.

Durante o recurso ao standing frame pude constatar que existem diversas alterações hemodinâmicas na pessoa que ocorrem ao passar da posição de sentada para uma posição vertical. Numa das intervenções realizadas com recurso a este dispositivo, constatei que uma pessoa, após estar adaptada ao dispositivo, teve uma lipotimia, resultando numa alteração do estado de consciência. Neste momento, foi necessário recrutar auxílio perante a equipa presente, de forma a estabilizar hemodinamicamente a pessoa, retornando-a à posição de sentada na cadeira de rodas. Houve como principal dificuldade a retirada da pessoa do dispositivo supracitado, pois, o mesmo, não possuía nenhum mecanismo facilitador, ou seja, verificou-se que o mecanismo presente constituiu um obstáculo para a retirada da pessoa do standing frame, sendo o mesmo um mecanismo obsoleto, dificultando a estabilização da pessoa.

Constatei que este mecanismo constituía um perigo acrescido caso estivesse disponível em contexto domiciliário, verificando a impossibilidade de uma pessoa sozinha, nomeadamente um cuidador/familiar, retirar a pessoa do dispositivo descrito.

A aquisição de produtos de apoio constitui um investimento elevado, sendo muitas vezes descorados pelas famílias devido ao seu valor, verificando-se uma dificuldade na continuidade do programa de reabilitação. Desta forma, verifiquei a necessidade de capacitar as famílias/cuidadores para que estas conseguissem adquirir os produtos de apoio recomendados recorrendo a bancos de produtos existentes junto dos centros de saúde da sua área de residência, bem como a recorrer a apoios monetários governamentais existentes, como por exemplo o portal Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio, integrante do Instituto Nacional para a Reabilitação, onde é possível obter informação acerca dos apoios prestados pelos Institutos da Segurança Social, Emprego e Formação Profissional, Direção Geral da Educação e Administração Central dos Serviços de Saúde.

Para alcançar o Domínio J2, propus-me a realizar treino de autocuidado à pessoa com alteração da eliminação.

Nos primeiros estágios realizados durante o meu percurso académico, tinha como lacuna o treino de autocuidado à pessoa com alteração da eliminação, algo que foi possível colmatar neste novo ciclo de estudos, nomeadamente durante o estágio realizado em contexto neurológico com adultos e em contexto pediátrico, área onde foi possível ter uma experiência diferenciada, comparativamente ao estágio realizado em contexto de adultos.

Neste estágio pude contactar com um caso clínico de uma criança de 10 anos, com lesão vertebromedular ASIA A ao nível de T11. A criança não possuía controlo sobre os esfíncteres, sendo necessário recorrer à intervenção do EEER para que fosse possível obter uma eliminação intestinal eficaz. Neste sentido, recorria-se diariamente, após o almoço, a laxantes, promovendo um horário regular e o reflexo gastrocólico. Após esta administração, a criança era incentivada a transferir-se para a cadeira de banho (tendo sido previamente capacitada para tal, sendo autónoma no momento da minha intervenção, nas transferências entre diversas superfícies, com recurso a tábua de transferências, recorrendo-se apenas a um sistema educacional). Quando posicionada na cadeira de banho, a criança, também previamente capacitada, realizava massagens abdominais, em movimentos circulares no sentido horário, de forma a estimular os movimentos peristálticos intestinais, associando esta massagem à Manobra de Valsava Modificada, permitindo-lhe ter um padrão intestinal mantido e regular.

Esta criança era também alvo da intervenção do EEER na gestão da sua dieta, sendo incentivado o reforço hídrico e a ingestão de alimentos ricos em fibra.

No contexto de adultos também foi possível intervir junto de pessoas com AVC com alteração da eliminação.

A obstipação é a alteração intestinal mais comum na pessoa com AVC, muitas vezes provocada pela imobilidade derivada do diagnóstico, mas também pelas alterações do tipo ou consistência da alimentação e pela terapêutica instituída (Wang et al., 2020). Neste sentido, é necessária a intervenção do EEER.

Durante o estágio, foi possível incentivar o reforço hídrico, bem como intervir ao nível da capacitação da pessoa com AVC para uma alimentação rica em fibra, tendo presente o pós-alta. Foi também possível participar no seu processo de reabilitação através da gestão terapêutica, nomeadamente terapêutica laxante, capacitando a pessoa para utilização autónoma da mesma, após o almoço, encaminhando-a posteriormente para a casa de banho, de forma a recorrer de forma eficaz ao reflexo gastrocólico e, simultaneamente, estabelecendo uma rotina de eliminação. Foi também possível capacitar a pessoa com AVC para a importância da mobilidade e da realização dos exercícios recomendados para a alta, de forma a manter ou incrementar as suas capacidades a nível da mobilidade e na realização de atividades de autocuidado, mas também a sua importância para a manutenção de um padrão intestinal.

Desta forma, foi possível intervir no treino intestinal da pessoa com alteração na eliminação.

Neste domínio, relacionado com o treino de eliminação, de forma a atingir os objetivos propostos, era necessário que a pessoa, foco de intervenção, colaborasse no programa, verificando-se, desta forma, a maior dificuldade.

Durante o estágio realizado em contacto com crianças foi onde pude constatar o maior obstáculo no cumprimento do programa de treino de eliminação. Sendo o treino de eliminação realizado após as refeições, as crianças pretendiam, neste período, obter momentos de lazer e socialização com os colegas, sendo que, após o pequeno-almoço, almoço e lanche, eram encaminhadas aos respetivos setores de reabilitação ou letivos, e, após o jantar, eram encaminhadas às respetivas unidades para o período de repouso noturno. Desta forma, era necessário incentivar a ida das crianças às instalações

sanitárias, de forma que cumprissem o programa de treino de eliminação, prevenindo perdas involuntárias.

Na intervenção junto dos adultos não se verificava este obstáculo, no entanto foi possível identificar como principal dificuldade a ingesta diminuída de alimentos recomendados, sendo que os mesmos davam prioridade aos alimentos que mais gostavam, bem como a nível da ingesta diminuída de água, principalmente nos períodos de menor amplitude térmica, em que a ingesta de água era excessivamente reduzida, sendo necessário um controlo da ingestão de líquidos por parte dos EEER.

De forma a atingir o Domínio J3, descrito como maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, tendo assumido o compromisso de conceber e implantar programas de treino cardíaco e respiratório. Com esta finalidade propus-me a ensinar, instruir e treinar sobre técnicas e tecnologias a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos da pessoa.

No âmbito da reabilitação cardiorrespiratória, considero ter sido o campo onde pude ter uma intervenção mais abrangente e relevante para todo o meu percurso académico, estando diretamente relacionada com o meu tema de interesse.

Neste sentido, saliento o estágio realizado numa unidade de cuidados intensivos/pós-cirúrgicos de cirurgia cardiotorácica de uma unidade de saúde da região de Lisboa. Durante este estágio pude contactar com uma realidade com a qual não tinha contactado anteriormente, sendo uma área cirúrgica, onde os cuidados de enfermagem são diferenciados, sendo necessário compreender todo o mecanismo cardiorrespiratório, incorporando conhecimentos acerca do doente crítico, nomeadamente da pessoa em situação crítica pós-cirurgia cardiotorácica, sendo necessário ter presentes as competências científicas que a complexidade da situação de saúde da pessoa alvo de cuidados de reabilitação acarreta, aliadas às competências de enfermeiro generalista.

A cirurgia cardiotorácica é considerada a cirurgia com maior foco de dor, derivada das inúmeras incisões sobre o tecido musculoesquelético da caixa torácica, bem como da presença de drenos pós-operatórios. A dor é muitas vezes o fator limitativo da intervenção do EEER, levando muitas vezes à supressão de um padrão respiratório eficaz, que, muitas vezes, degenera em taquidisritmias. Neste sentido, foi necessária a intervenção do EEER, enquanto parte integrante da equipa multidisciplinar e enquanto

elemento agregador, intervir junto dos médicos, de forma a validar a prescrição de terapêutica analgésica, facilitadora da implementação do programa de reabilitação. A bibliografia demonstra-nos que o controlo da dor facilita o processo de reabilitação após cirurgia torácica, melhorando os níveis de empenho da pessoa submetida a cirurgia, a sua capacidade de corresponder aos parâmetros pré-definidos, bem como a sua participação ativa nos cuidados de enfermagem de reabilitação (Liang et al., 2021).

Os cuidados pós-operatórios visam garantir as condições para um retorno rápido da máxima funcionalidade da pessoa. Para atingir este objetivo é necessário um ótimo controlo da dor e a mobilização precoce (Parra N. et al., 2019).

A mobilização precoce está diretamente relacionada com a prevenção dos problemas de saúde derivados da imobilidade, tais como a diminuição de massa muscular, aumento de problemas respiratórios (atelectasias e pneumonia) e eventos tromboembólicos. A mobilização precoce está ainda associada à diminuição do tempo de internamento (Batchelor et al., 2019).

A mobilização precoce é considerada uma componente essencial no pós-operatório da cirurgia cardiotorácica, podendo envolver a alternância de posicionamento e decúbito no leito, sentar-se, levantar para cadeirão ou deambular por curtos períodos. Numa fase mais avançada, ciclo ergómetro e subir/descer escadas (Zanini et al., 2019).

A imobilidade da pessoa em contexto de internamento traz diversos fatores nocivos como a diminuição da capacidade funcional, da volémia, da contração do miocárdio, redução de massa muscular, propensão a atelectasias, aumento da rigidez muscular, aumento do risco de úlceras por pressão e ainda aumento dos níveis de ansiedade e depressão. A pessoa em contexto de internamento com repouso prolongado no leito pode ter uma perda de 1,5Kg de massa muscular por dia, sendo este valor mais elevado em contexto de internamento em unidades de cuidados intensivos, sendo denominado como Síndrome de Polineuropatia do Doente Crítico (Novo et al., 2020).

Durante o estágio realizado na unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiotorácica, pude intervir junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca e/ou pulmonar no pós-operatório imediato.

Langer (2021) diz-nos que os principais focos de intervenção de enfermagem de reabilitação consistem na mobilização precoce, deambulação, exercícios respiratórios e exercícios de mobilização da caixa torácica. Simultaneamente, Novo et al. (2020) salienta

que a reabilitação cardíaca deve ter início tão cedo quanto possível, desde que garantida a estabilidade hemodinâmica da pessoa operada.

Desta forma, no serviço estava instituído um protocolo onde é promovida a mobilização precoce da pessoa. Desta forma, pude executar intervenções de mobilização precoce da pessoa submetida a cirurgia torácica, contemplando a alternância de decúbito, mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores, aliadas a cinesiterapia respiratória.

A cinesiterapia respiratória revela-se um instrumento essencial na prevenção de complicações respiratórias pós-operatórias, melhorando significativamente a função respiratória (Wang et al., 2019).

Neste sentido, pude planejar, executar e avaliar planos de treino respiratório, com finalidade de melhoria da função cardíaca e respiratória da pessoa.

Pude contactar com uma pessoa de 57 anos, submetida a transplante bi-pulmonar. Esta pessoa apresentava uma ventilação ineficaz, comprovada por valores gasométricos, e tosse ineficaz. Assim, foram ensinadas, instruídas e treinadas técnicas de autocontrolo do padrão respiratório e técnicas de otimização da ventilação; a pessoa foi posicionada de forma confortável e relaxada; foi realizado controlo e dissociação dos tempos respiratórios em dois ciclos de 5 repetições, dez inspirações profundas e respiração com apneia pós-inspiratória em dois ciclos de cinco repetições; foi efetuada correção postural, com vista a otimização da ventilação, em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira e ligeira elevação dos membros inferiores, com abdução dos membros superiores, posicionados de forma confortável; foi realizada cinesiterapia respiratória, com recurso a técnica de vibrocompressão torácica, e abertura costal seletiva direita e esquerda; como técnicas respiratórias, foram utilizadas a reeducação abdominodiafragmáticas e reeducação costal inferior direita e esquerda dois ciclos de dez repetições; o número de repetições foi ajustado consoante a tolerância da pessoa, no entanto, aumentando gradualmente o número de repetições, sem alterar o número de ciclos.

Durante a realização de treino respiratório, recorri a produtos de apoio, tais como o Threshold e o Espirómetro de Incentivo, tendo em vista a mobilização de secreções e o fortalecimento dos músculos acessórios da respiração, estando cientificamente comprovada a sua eficácia (Wang et al., 2019).

Estes dispositivos mostram-se eficazes durante a minha prática clínica, considerando a importância de salientar o caso de uma pessoa submetida a transplante bi-pulmonar. À avaliação imagiológica, com recurso a Raio-X, cinco dias após o transplante, era possível verificar uma hipotransparência das bases pulmonares acentuada, associada a baixas saturações periféricas de oxigénio (SpO2) e baixa pressão parcial de oxigénio (pO2) à avaliação gasométrica, no entanto, sem que a pessoa apresentasse dificuldade respiratória aparente, com estabilidade dos ciclos respiratórios por minuto e sem recurso aos músculos acessórios da respiração.

Neste sentido, foi associado ao programa de reabilitação respiratória a utilização de um Shaker, tendo sido fornecido um à pessoa, tendo sido realizado o ensino e treino da utilização do mesmo de forma autónoma, sendo capacitada para a sua utilização uma vez a cada 8 horas, realizando inspirações profundas e expirando através do mesmo, em cinco ciclos de 2 repetições.

Após três dias de cumprimento do programa de reabilitação respiratória, foi comparada a avaliação imagiológica, apresentando uma melhoria significativa da hipotransparência previamente existente, podendo ser constatada uma melhoria nas SpO2, bem como das pO2 na avaliação gasométrica.

A pessoa referiu ainda que, após a utilização do Shaker, com recurso à tosse, conseguia expelir secreções de características hematópulentas em moderada quantidade, sendo possível constatar a eficácia do produto de apoio, verificando-se uma correlação com a bibliografia existente.

Para além do treino respiratório, a intervenção junto da pessoa em situação pós-operatória integrava a mobilização passiva dos membros superiores e inferiores, realizadas uma vez por turno, repetindo cinco vezes cada movimento articular: flexão, extensão, abdução e adução, rotação interna e externa da articulação escapulo-umeral, flexão e extensão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço, flexão palmar e dorsiflexão, oponência do polegar, flexão, extensão, abdução e adução dos dedos; exercícios de contração isométrica dos grupos musculares dos membros superiores e exercícios de contração isométrica dos grupos musculares dos membros inferiores; mobilizações passivas dos membros inferiores com flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna e externa da articulação coxofemoral, flexão/extensão da articulação do joelho, flexão/extensão e inversão/eversão da articulação tibiotársica.

Esta mobilização precoce junto da pessoa em situação pré-operatória, em cuidados intensivos, demonstra benefícios a nível da mobilidade, melhoria do estado neurológico pós-sedação, reduzindo significativamente os episódios de *delirium*, melhoria da funcionalidade neuromuscular, nomeadamente melhorando a função cardiorrespiratória, e, ainda, benefícios relacionados com o aumento de força muscular e resistência (Gatty et al., 2022).

Foi possível verificar que, após um período prolongado de imobilidade, derivado da cirurgia e instabilidade hemodinâmica inicial, ao primeiro levante, a pessoa encontrava-se com força muscular mantida, em comparação ao pré-operatório, e com manutenção da amplitude articular, sendo possível, desta forma, objetivar o efeito da mobilização precoce.

Durante a implementação do programa estabelecido de reabilitação, na pessoa diagnosticada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), foi necessário recorrer a terapêutica inalatória broncodilatadora, sendo esta um dos principais aliados para atingir os objetivos pré-estabelecidos para cada pessoa. Tsujimura et al., (2021) mostram-nos que o controlo da dispneia através da administração de terapêutica inalatória permite uma progressão no programa de reabilitação respiratória, levando, consecutivamente, a uma melhoria no desempenho da pessoa no programa de reabilitação motora, melhorando a sua atividade física. Deste modo, foi necessário capacitar a pessoa para a correta utilização da terapêutica inalatória, com recurso a uma câmara expansora, ensinando-lhe a ordem e modo correto de utilização de cada dispositivo inalatório, conforme prescrição, recorrendo por vezes a grafismos para uma mais fácil interpretação. Após capacitar a pessoa para a preparação e administração correta do fármaco, foi treinada a intervenção em cada horário de prescrição da mesma e avaliado o conhecimento da pessoa.

Apesar do sistema da câmara expansora e terapêutica inalatória aparentar ser de simples utilização, a população idosa apresentava, por vezes, dificuldades na utilização do mesmo, quer pela ordem de administração da mesma, colmatada pelo sistema gráfico apresentado, quer também pela dificuldade de coordenação da motricidade com a inspiração. Neste sentido, foi necessário superar esta dificuldade, reforçando a não necessidade de efetuar uma inspiração forçada para que ocorresse a inalação de toda a terapêutica, realçando a função da câmara expansora, que eliminava essa dificuldade.

Após o alcance da coordenação motora, através do treino, esta dificuldade apresentava-se ultrapassada no momento da alta, garantindo que a pessoa cumpriria toda a terapêutica prescrita.

Considero ainda de elevada relevância o meu ingresso num ginásio de um centro hospitalar da região de Lisboa, com o principal objetivo de observar e documentar-me sobre um programa de treino de uma pessoa com insuficiência cardíaca, nomeadamente uma pessoa submetida a transplante cardíaco. Tive a oportunidade de acompanhar uma pessoa de 23 anos, integrada na terceira fase de reabilitação cardíaca, ou seja, a pessoa encontra-se integrada num programa de reabilitação de manutenção de exercício físico, tendo regressado às suas atividades diárias após evento agudo ou cirurgia (Sainz, 2021). Durante o meu acompanhamento do treino da pessoa, foi-me possível verificar os registos prévios, bem como os seus parâmetros vitais, podendo observar a progressão e adaptação dos exercícios à pessoa, aumentando gradualmente, conforme a tolerância, a intensidade e carga, de forma a aumentar a capacidade aeróbica da pessoa, bem como melhorar significativamente a sua tolerância ao esforço e índices de saúde verificados através de parâmetros analíticos, como por exemplo a glicémia e o colesterol, bem como parâmetros físicos, nomeadamente o perímetro abdominal e o Índice de Massa Corporal (IMC) (Fernández et al., 2022).

### Atividades desenvolvidas para aquisição de competências de EEER da área específica do Projeto de Estágio

Para alcançar todas as competências necessárias para a atribuição do título de EEER, propus-me a atingir dois objetivos pessoais, baseados na minha área de interesse, discriminada no Projeto de Estágio, sendo o desenvolvimento de estratégias para capacitação do cuidador informal para gestão da insuficiência cardíaca e o desenvolvimento de estratégias de capacitação do doente com insuficiência cardíaca.

Para capacitar a pessoa com IC e o seu cuidador verifiquei a necessidade de encontrar instrumentos que me permitissem avaliar o conhecimento da pessoa com IC, bem como do seu cuidador, relativamente à gestão da doença.

Desta forma, recorri à escala European Heart-Failure Selfcare Behaviour, validada em Portugal por Pereira (2013), escala utilizada para avaliar como se comportam as pessoas com IC na realização das suas atividades de autocuidado e como gerem a sua

própria doença (Jaarsma et al., 2003). Desta forma, pude identificar as lacunas do conhecimento da pessoa e do seu cuidador, permitindo-me desenvolver um plano de intervenção para os capacitar relativamente à gestão da IC, nomeadamente, alimentação, técnicas de conservação de energia, gestão terapêutica e comportamentos de risco.

Durante os estágios realizados, recorri ainda à London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL), inicialmente desenvolvida por Garrod et al. (2000), validada em português por (Pitta et al., 2008) e reconhecida pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, com o objetivo de avaliar o impacto da dispneia em pessoas com DPOC, no entanto, foi validada e reconhecida a sua aplicabilidade em pessoas com IC por Carvalho et al. (2010), sendo a dispneia/sensação de cansaço um dos principais sintomas da doença. Ao aplicar a LCADL, pude obter e avaliar a perceção de cansaço da pessoa com IC durante o processo de reabilitação, permitindo-me adaptar o programa de reabilitação instituído à sua limitação provocada pela doença.

De forma a dar seguimento à minha área de interesse, sendo a capacitação da pessoa e do seu cuidador para a gestão da IC, tive a oportunidade de participar na Consulta de Enfermagem de IC numa unidade de saúde no centro de Lisboa. Esta Consulta de Enfermagem foi criada em 2016, sendo atualmente composta por 5 enfermeiros, sendo 2 EEER, 1 EE em Saúde Mental e Psiquiatria e 2 Enfermeiros de Cuidados Gerais, e precede a consulta médica de Cardiologia para a pessoa com IC.

Na consulta de enfermagem é feita uma avaliação inicial, onde são avaliados os sinais vitais e onde é avaliado o perímetro abdominal, gemelar e maleolar e, ainda, o peso. Após a avaliação inicial, é avaliado o conhecimento sobre sinais e sintomas da doença e hábitos de vida, como hábitos de atividade física, comportamentos de risco (etilismo, tabagismo, regime alimentar), ingestão hídrica, sexualidade, gestão emocional (nomeadamente stress e ansiedade), plano de vacinação e hábitos de sono. Após a avaliação do conhecimento, a pessoa com IC e o seu cuidador (quando presente na consulta) são capacitados para que consigam obter uma correta gestão da doença e para que consigam obter melhor qualidade de vida. Através desta consulta, a pessoa com IC, após serem detetados comportamentos de risco, pode ser referenciada para consultas de especialidade, como nutrição, cessação tabágica, psicologia e reabilitação cardíaca.

A capacitação da pessoa com IC, bem como do seu cuidador, por parte do EE é essencial para que estes consigam estabelecer objetivos a alcançar para a realização de

atividades de autocuidado, controlo dos sintomas da doença, reconhecimento e gestão de fatores stressores e capacitá-los para os momentos de agudização da doença (Ania-González et al., 2022).

É distribuído a todas as pessoas com IC um Guia Orientador sobre a doença, onde se encontram discriminados todos os temas abordados durante a consulta, bem como um Livro de Registos, onde a pessoa regista os seus sinais vitais, peso, terapêutica habitual e próximas consultas agendadas, tendo ainda presentes os sinais de descompensação da doença, permitindo a capacitação da pessoa e do seu cuidador para a gestão da doença.

Para efeitos de registos de enfermagem, foi desenvolvida uma plataforma informática, onde todos os elementos da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa efetuam os seus registos, de forma a permitir uma abordagem holística por parte de todas as áreas envolvidas no processo de doença da pessoa com IC.

A minha presença na consulta de IC revelou-se de maior pertinência pois permiti-me compreender o papel que o EEER pode desempenhar na capacitação da pessoa com IC, bem como do seu cuidador, para a gestão da doença, a pertinência de uma consulta de enfermagem a preceder a consulta médica, dinamizando a interação da pessoa e cuidador com a equipa multidisciplinar, processo facilitado pelo EEER, e também que estratégias são possíveis adotar para a capacitação dos mesmos.

Ania-González et al. (2022) dizem-nos que, apesar de existirem inúmeras estratégias possíveis para a capacitação da pessoa com IC e do seu cuidador, a que se revela de maior impacto positivo é a interação e comunicação com o profissional de saúde, salientando, ainda, a pertinência do envolvimento do cuidador/familiar neste processo, aumentando, desta forma, os níveis motivacionais, psicológicos e autodimensionais, ou seja, o reconhecimento próprio de capacitação sobre a doença.

## Considerações Finais

Ao longo do relatório de estágio procurei transmitir todas as capacidades e competências adquiridas ao longo deste ciclo de estudos de forma a corresponder aos requisitos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como a aquisição das competências académicas necessárias para a atribuição do título de Mestre.

Sumarizando, creio ter alcançado esses mesmos requisitos com sucesso, demonstrando o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, nomeadamente através da melhoria contínua da qualidade, da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como ao cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo da sua vida, ao capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios de cidadania e ao maximizar a funcionalidade da pessoa.

Durante o percurso de estágio fui confrontado com diversas realidades e contextos, positivos e negativos, tendo sido construído o modelo de EEER que serei.

Considero de maior relevância o destaque ao estágio realizado em contexto de Cirurgia Cardiorrespiratória, onde pude desenvolver as capacidades necessárias à reabilitação da pessoa com alteração cardiorrespiratória, integrando, aí, os objetivos da minha área de interesse, onde, apesar das limitações impostas pela própria tipologia de pessoas internadas, me foram facultadas todas as ferramentas necessárias para a implementação das atividades previstas para o contexto, bem como o suporte inegável do orientador de estágio, que me forneceu todo o conhecimento teórico e prático, bem como se demonstrou sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas, questões e inseguranças relativas à prática do EEER.

Destaco ainda a incursão efetuada em contexto de Cuidados de Saúde Primários, onde foi possível verificar o impacto que o EEER pode ter perante uma comunidade, muitas vezes em situação de precariedade económica, financeira e social, não só através das visitas domiciliárias, mas também pelo impacto que podem ter perante entidades autárquicas e governamentais. Foi possível verificar que o EEER é mais que um executor de intervenções de enfermagem, mas também um elemento significativo para aqueles que se encontram em situação de fragilidade e que, muitas vezes, se encontram mais

necessitados de apoio emocional e social, sendo que apenas o é possível providenciar através da presença dos EEER no seu próprio contexto de vida, em detrimento de instituições de saúde.

Ao longo deste processo existiram algumas lacunas, tais como o escasso contacto com pessoas com alteração da eliminação, tendo sido apenas efetuada esta intervenção junto de pessoas com AVC e LVM. Considero que poderiam ter sido desenvolvidas atividades diferenciadas, no entanto, sendo um tema considerado sensível, apenas me foi possível efetuar as intervenções pré-estabelecidas pelos EEER das instituições onde ingressei, não tendo existido oportunidade para que fossem aplicadas atividades diferenciadas, devidamente sustentadas pela bibliografia existente.

É ainda importante referir que gostaria de ter aprofundado o meu tema de interesse pessoal, sendo a intervenção junto do cuidador informal da pessoa com IC, no entanto, o contacto com estes foi diminuto relativamente aquelas que eram as minhas expectativas iniciais, muitas vezes pelo facto de os cuidadores dessas pessoas não se encontrarem oficialmente registados nas plataformas devidas, mas também pelo pouco contacto com pessoas com IC nos campos de estágio onde a minha intervenção poderia ter sido mais significativa, considerando que as pessoas com IC com as quais tive maior contacto se encontravam em situação crítica de pós-operatório, limitando a minha intervenção ao nível da reabilitação cardíaca, bem como pelo período restrito de visitas dos familiares/cuidadores, que não permitia uma intervenção de acordo com o que estava previsto.

Considero que todo o percurso foi de extrema relevância para a minha prática profissional, tendo adquirido todas as competências para ser EEER, bem como Mestre na mesma área.

Este relatório creio que contribui para que os EE e EEER possuam o conhecimento necessário para a inclusão dos familiares e cuidadores no processo de reabilitação da pessoa a cuidar, não só da pessoa com IC, mas com qualquer outra alteração ou restrição de participação, pois comprova-se o impacto positivo da inclusão dos mesmos no processo, não só para a pessoa, mas também para os próprios cuidadores e familiares.

Transporto comigo o dever e vontade de implementação de um programa de reabilitação cardíaca, que possa incluir os cuidadores formais, informais e familiares,

tendo concluído que os mesmos representam um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida da pessoa com IC.

## Referências Bibliográficas

- Ania-González, N., Olano-Lizarraga, M., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Interventions to empower cardiorenal patients: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 78(2), 363–376. <https://doi.org/10.1111/jan.15007>
- Batchelor, T. J. P., Rasburn, N. J., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R. J., Gonzalez, M., Ljungqvist, O., Petersen, R. H., Popescu, W. M., Slinger, P. D., & Naidu, B. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery: Official Journal of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery*, 55(1), 91–115. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301>
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5). [https://journals.lww.com/acsm-mssse/Fulltext/1982/05000/Psychophysical\\_bases\\_of\\_perceived\\_exertion.12.aspx](https://journals.lww.com/acsm-mssse/Fulltext/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx)
- Bouchez, T., Cagnon, C., Hamouche, G., Majdoub, M., Charlet, J., & Schuers, M. (2024). Interprofessional clinical decision-making process in health: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 80(3), 884–907. <https://doi.org/10.1111/jan.15865>
- Breathett, K., Lewsey, S., Brownell, N. K., Enright, K., Evangelista, L. S., Ibrahim, N. E., Iturrizaga, J., Matlock, D. D., Ogunniyi, M. O., Sterling, M. R., & Van Spall, H. G. C. (2024). Implementation Science to Achieve Equity in Heart Failure Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001231>
- Budarick, A. R., Lad, U., & Fischer, S. L. (2020). Can the Use of Turn-Assist Surfaces Reduce the Physical Burden on Caregivers When Performing Patient Turning? *Human Factors*, 62(1), 77–92. <https://doi.org/10.1177/0018720819845746>
- Carvalho, V. O., Garrod, R., Bocchi, E. A., Pitta, F., & Guimaraes, G. V. (2010). Validation of the London Chest Activity of Daily Living scale in patients with heart failure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(8), 715–718.
- Chun, K., & Kang, S.-M. (2021). Cardiac rehabilitation in heart failure. *International Journal of Heart Failure*, 3(1), 1.

- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61–63. <https://doi.org/10.3109/09638288809164103>
- Committee, N. Y. H. Association. C. (1979). *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. Little, Brown Medical Division.
- da Costa Pereira, F. Á. (2013). *O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Tradução, Adaptação e Validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale Para o Contexto Português*.
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Diário da República n.º93/1998, Série I-A 1739 (1998).
- Dellafore, F., Chung, M. L., Alvaro, R., Zeffiro, V., Ercole, V., & Pucciarelli, G. (2022). Influence of mutuality on quality of life in heart failure patient with inadequate self-care and caregiver dyads: an actor-partner interdependence model analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(4), 366–373. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab089>
- Despacho n.º 7197/2016, de 1 de Junho, Diário da República n.º105/2016, Série II 17168 (2016).
- Docherty, K. F., Lam, C. S. P., Rakisheva, A., Coats, A. J. S., Greenhalgh, T., Metra, M., Petrie, M. C., & Rosano, G. M. C. (2023). Heart failure diagnosis in the general community – Who, how and when? A clinical consensus statement of the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). *European Journal of Heart Failure*, 25(8), 1185–1198. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=171104872&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>
- Gach, R., Triano, S., Ogola, G. O., B, da G., Shannon, J., El-Ansary, D., Bilbrey, T., Cortelli, M., & Adams, J. (2021). “Keep Your Move in the Tube” safely increases discharge home following cardiac surgery. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 13(12), 1321–1330. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12562>

- Garrod, R., Bestall, J. C., Paul, E. A., Wedzicha, J. A., & Jones, P. W. (2000). Development and validation of a standardized measure of activity of daily living in patients with severe COPD: the London Chest Activity of Daily Living scale (LCADL). *Respiratory Medicine*, 94(6), 589–596. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/rmed.2000.0786>
- Gatty, A., Samuel, S. R., Alaparthy, G. K., Prabhu, D., Upadya, M., Krishnan, S., & Amaravadi, S. K. (2022). Effectiveness of structured early mobilization protocol on mobility status of patients in medical intensive care unit. In *Physiotherapy Theory & Practice* (Vol. 38, Issue 10). Taylor & Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1840683>
- Gibson, G., Blumer, V., Mentz, R. J., & Lala, A. (2021). Universal definition and classification of heart failure: a step in the right direction from failure to function. *American College of Cardiology*, 13.
- Gillespie, J., Callender, L., & Driver, S. (2019). Usefulness of a standing frame to improve contraversive pushing in a patient post-stroke in inpatient rehabilitation. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 32(3), 440–442. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1593763>
- Gomes, N. P., Pedreira, L. C., Gomes, N. P., Fonseca, E. de O. S., Reis, L. A. dos, & Santos, A. de A. (2019). Health-related consequences of caring for dependent relatives in older adult caregivers. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53, e03446.
- Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 - v4.24), Instituto da Segurança Social, I.P. (2023).
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Kim, J., Turrise, S., Troyan, P. J., Kang, J., & Jones, H. J. (2021). Self-care strategies and interventions needed in patients with heart failure: from patient perspectives--a qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(6), 540–546. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa033>
- Huang, Z., Liu, T., Gao, R., & Chair, S. Y. (2024). Effects of nurse-led self-care interventions on health outcomes among people with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 33(4), 1282–1294. <https://doi.org/10.1111/jocn.16947>
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Mårtensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363–370. [https://doi.org/10.1016/S1388-9842\(02\)00253-2](https://doi.org/10.1016/S1388-9842(02)00253-2)

- Keglovits, M., Clemson, L., Hu, Y., Nguyen, A., Neff, A. J., Mandelbaum, C., Hudson, M., Williams, R., Silianoff, T., & Stark, S. (2020). A scoping review of fall hazards in the homes of older adults and development of a framework for assessment and intervention. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(5), 470–478. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12682>
- Lacerda, M. S., Prado, P. R. D., ALBL, B., & Lopes, J. L. (2019). Depressive symptoms in the family caregivers of patients with heart failure: an integrative review. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40, e20180057. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180057>
- Langer, D. (2021). Addressing the changing rehabilitation needs of patients undergoing thoracic surgery. *Chronic Respiratory Disease*, 18, 1479973121994783. <https://doi.org/10.1177/1479973121994783>
- Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto Da Assembleia Da República, Pub. L. No. Diário da República n.º 194/2004, Série I-A, 5232 (2004).
- Liang, H., Huang, J., Tong, J., & Wang, J. (2021). Application of Rapid Rehabilitation Nursing in Thoracic Surgery Nursing. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021, 6351170. <https://doi.org/10.1155/2021/6351170>
- Loureiro, M., Parola, V., Duarte, J., Mendes, E., Oliveira, I., Coutinho, G., Martins, M. M., Novo, A., & Gray, R. (2023). Interventions for Caregivers of Heart Disease Patients in Rehabilitation: Scoping Review. *Nursing Reports*, 13(3), 1016–1029. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030089>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*.
- Martin, S. S., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Barone Gibbs, B., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Commodore-Mensah, Y., Currie, M. E., Elkind, M. S. V, Evenson, K. R., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Johansen, M. C., Kalani, R., ... null, null. (2024). 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*, 149(8), e347–e913. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001209>
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., & Chioncel, O. (2023). 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure:

- Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 44(37), 3627–3639.
- Naya-Leira, C., Gómez-Besteiro, M. I., Riveiro-Rodríguez, C. M., Veiga-Seijo, S., Paniagua-Martín, M. J., Barge-Caballero, E., Barge-Caballero, G., Couto-Mallón, D., Grille-Cancela, Z., Blanco-Canosa, P., Enríquez-Vázquez, D., & Crespo-Leiro, M. G. (2023). Evaluación de la intervención educativa enfermera y adherencia terapéutica a los inmunosupresores en pacientes trasplantados de corazón. *Enfermería En Cardiología*, 30(88/89), 34–43. <https://doi.org/10.59322/8889.3443.SZ2>
- Novo, A., Cavadas, B., Teles, C., Sousa, R., Costa, T., & Ribeiro, O. (2022). A Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação na Pessoa com Síndrome de Pusher: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2).
- Novo, A., Delgado, B., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., & Loureiro, M. (2020). *Reabilitação cardíaca-evidência e fundamentos para a prática*. Lusodidacta.
- Olano-Lizarraga, M., Wallström, S., Martín-Martín, J., & Wolf, A. (2022). Causes, experiences and consequences of the impact of chronic heart failure on the person's social dimension: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30(4), e842–e858. <https://doi.org/10.1111/hsc.13680>
- Ordóñez-Piedra, J., Ponce-Blandón, J. A., Robles-Romero, J. M., Gómez-Salgado, J., Jiménez-Picón, N., & Romero-Martín, M. (2021). Effectiveness of the Advanced Practice Nursing interventions in the patient with heart failure: A systematic review. *Nursing Open*, 8(4), 1879–1891. <https://doi.org/10.1002/nop2.847>
- Orem, D. (1985). A concept of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing*, 10(3), 33–36. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x>
- Organization, W. H. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- Ortega Fernández, L., García, M. del M. A., Ferreira Diaz, M. J., Coria Abel, M. del C., Cerecedo Fernández, M., Imedio Granullaque, M. I., Pereira López, E. M., & Franco Gutiérrez, R. (2022). Eficacia de un programa de rehabilitación cardíaca en el control de los factores de riesgo cardiovascular: experiencia durante el primer año en nuestro centro. *Enfermería En Cardiología*, 29(85), 5–12.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=lth&AN=157675009&lang=pt-pt&site=ehost-live>

- O'Sullivan, S. B., Schmitz, T. J., & Fulk, G. (2019). *Physical rehabilitation*. FA Davis.
- Öztürk, H., Torun Kılıç, Ç., Kahrıman, İ., Meral, B., & Çolak, B. (2021). Assessment of nurses' respect for patient privacy by patients and nurses: A comparative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 30(7-8), 1079-1090. <https://doi.org/10.1111/jocn.15653>
- Paneroni, M., Scalvini, S., Corrà, U., Lovagnini, M., Maestri, R., Mazza, A., Raimondo, R., Agostoni, P., & La Rovere, M. T. (2022). The Impact of Cardiac Rehabilitation on Activities of Daily Life in Elderly Patients With Heart Failure. *Frontiers in Physiology*, 12, 785501. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.785501>
- Park, L., Coltman, C., Agren, H., Colwell, S., & King-Shier, K. M. (2021). "In the tube" following sternotomy: A quasi-experimental study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 160-166. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=152596197&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Parra N., M. F., Cáceres M., L., Ortega S., J., Valenzuela M., B., Jofré C., F., & Monteagudo F., Y. (2019). Recuperación mejorada después de cirugía torácica. ERAS. *Revista de Cirugía*, 71(4), 366-372. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=lth&AN=137586722&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Pereira, C. S., Banco, J., Lopes, M., Escoval, A., Nogueira, P., Diniz, J. A., Guerra, F., & Coelho, A. (2016). Construção e validação da tabela nacional de funcionalidade para as doenças crónicas. *Acta Médica Portuguesa*.
- Pitta, F., Probst, V. S., Kovelis, D., Segretti, N. O., Leoni, A. M. T., Garrod, R., & Brunetto, A. F. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Pulmonology*, 14(1), 27-47. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30217-8](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30217-8)
- Regulamento n.º140/2019, Diário da República n.º26/2019, Série II 4744 (2019).
- Regulamento n.º744/2021, de 11 de Agosto, Diário da República n.º155/2021, Série II 226 (2021).

- Ribeiro, D. B., Terrazas, A. C., & Yamaguti, W. P. (2022). The Six-Minute Stepper Test Is Valid to Evaluate Functional Capacity in Hospitalized Patients With Exacerbated COPD. *Frontiers in Physiology, 13*, 853434. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.853434>
- Ribeiro, M., Oliveira, F., Rodrigues, M., Alves, M., Silva, C., Prazeres, V., Ribeiro, O., & Jesus, M. (2021). *Enfermagem de reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem*.
- Rogers, A. (2021). Promoting health and wellbeing across community nursing teams: role of the specialist practitioner district nurse. *British Journal of Community Nursing, 26*(5), 224–227. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.5.224>
- Sainz, I. (2021). Phase 3 rehabilitation: an underused tool for consolidation of lifestyle changes, and prevention of relapses in cases of ischemic heart disease. *Panminerva Medica, 63*(2), 193–198. <https://doi.org/10.23736/S0031-0808.21.04315-9>
- Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A. F., Margarida Duque, F., Fernandes, B., Sousa, R. C., & Amaral, A. F. (2024). Formal nurse leaders' perception of evidence-based practice. *Revista de Enfermagem Referência, 6*(3), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI23.90.32426>
- Shahid, M., Masih, S., Lashari, N., & Farooqui, W. A. (2024). The effect of educational interventions by nurses through Orem's self-care theory on the ability of self-care in myocardial Infarction patients in public sector hospital: A quasi-experimental study. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, 74*(9), 1617–1622. <https://doi.org/10.47391/JPMA.10396>
- Shoemark, T., & Foran, P. (2021). Identifying barriers to patient advocacy in the promotion of a safety culture: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing, 34*(2), e-36-e-42. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1126>
- Sousa, J. P., Oliveira, C., & Pais-Vieira, M. (2021). Symptom perception management education improves self-care in patients with heart failure. *Work, 69*(2), 465–473. <https://doi.org/10.3233/WOR-213491>
- Tanaka, M., Kawakami, A., Sakagami, K., Terai, T., & Ito, H. (2024). Influence of multidisciplinary team care with abundant nurse staffing on patient-reported outcomes among patients with inflammatory bowel disease in clinical remission. *Health & Quality of Life Outcomes, 22*(1), 1–7. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=177674064&lang=pt-pt&site=ehost-live>

- Taylor, R. S., Dalal, H. M., & Zwisler, A.-D. (2023). Cardiac rehabilitation for heart failure: 'Cinderella' or evidence-based pillar of care? *European Heart Journal*, *44*(17), 1511–1518. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad118>
- Timóteo, A. T., Pereira Silva, T., Ilhão Moreira, R., Gonçalves, A., Soares, R., & Cruz Ferreira, R. (2020). Heart failure units: State of the art in disease management. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, *39*(6), 341–350. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2020.02.008>
- Tsujimura, Y., Hiramatsu, T., Kojima, E., & Tabira, K. (2021). Effect of pulmonary rehabilitation with assistive use of short-acting  $\beta_2$  agonist in COPD patients using long-acting bronchodilators. *Physiotherapy Theory & Practice*, *37*(6), 719–728. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1641866>
- Wang, Q.-S., Liu, Y., Zou, X.-N., Ma, Y.-L., & Liu, G.-L. (2020). Evaluating the Efficacy of Massage Intervention for the Treatment of Poststroke Constipation: A Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM)*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2020/8934751>
- Wang, Y., Liu, X., Jia, Y., & Xie, J. (2019). Impact of breathing exercises in subjects with lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, *28*(5/6), 717–732. <https://doi.org/10.1111/jocn.14696>
- Zanini, M., Nery, R. M., de Lima, J. B., Buhler, R. P., da Silveira, A. D., & Stein, R. (2019). Effects of Different Rehabilitation Protocols in Inpatient Cardiac Rehabilitation After Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, *39*(6). [https://journals.lww.com/jcrjournal/fulltext/2019/11000/effects\\_of\\_different\\_rehabilitation\\_protocols\\_in.14.aspx](https://journals.lww.com/jcrjournal/fulltext/2019/11000/effects_of_different_rehabilitation_protocols_in.14.aspx)
- Zimmerman, A., D, da S. A., Solomon, S. D., & Rohde, L. E. (2023). NYHA classification for decision-making in heart failure: Time to reassess? *European Journal of Heart Failure*, *25*(7), 929–932. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2923>



## **Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

### **Capacitação do Cuidador Informal na Gestão da Insuficiência Cardíaca**

Empowering the Informal Caregiver in the Management of Heart Failure

#### **Anexos e Apêndices**

**Luís Miguel Remourinho Banha**



**Lisboa  
2024**

Apêndice I – Projeto de Estágio



## **Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

### **Capacitação do Cuidador Informal na Gestão da Insuficiência Cardíaca**

Empowering the Informal Caregiver in the Management of Harth Failure

#### **Projeto de Estágio**

**Luís Miguel Remourinho Banha**



**Lisboa  
2024**

# Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>65</b>
<b>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	<b>65</b>
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA .....	65
ESTÁDIOS DA IC .....	66
CLASSIFICAÇÃO NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) .....	66
CLASSIFICAÇÃO DA IC DE ACORDO COM A FEVE .....	67
EPIDEMIOLOGIA DA IC NO MUNDO .....	67
EPIDEMIOLOGIA DA IC EM PORTUGAL .....	67
GASTOS EM SAÚDE RELACIONADOS COM A IC .....	67
CUIDADOR INFORMAL .....	67
NECESSIDADES DETERMINADAS PELA IC NO DOENTE E NO CUIDADOS INFORMAL.....	68
BURNOUT DO CUIDADOR INFORMAL .....	69
INTERVENÇÕES DO EEER NO DOENTE E NO CUIDADOS INFORMAL.....	69
<b>TEORIA DE SISTEMAS – DOROTHEA OREM</b> .....	<b>71</b>
OREM E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	73
<b>PLANEAMENTO DE OBJETIVOS E ATIVIDADES</b> .....	<b>74</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>77</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>81</b>
APÊNDICE I.....	81

## Introdução

Este trabalho foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Projeto, componente integrante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com a finalidade de criar um instrumento orientador da prática clínica a exercer nos Estágios Curriculares integrados no 2º e 3º semestres deste processo formativo, a decorrer entre os dias 15 de maio a 15 de julho e em data a definir no terceiro semestre, com o objetivo de desenvolver competências comuns do enfermeiro generalista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências do grau académico de Mestre.

A área por mim selecionada foi a Capacitação do Cuidador Informal na Gestão da Insuficiência Cardíaca. Ao exercer funções numa unidade de cuidados intensivos coronários e sendo uma área de especial interesse pessoal, torna-se inevitável a abordagem aquela que é a maior consequência de um evento cardíaco agudo, denotando ainda o elevado nível de desconhecimento por parte dos familiares e utentes relativamente à patologia Insuficiência Cardíaca e à sua gestão, tornando-se assim necessário intervir sobre este mesmo assunto (Heidenreich et al., 2022).

De salientar ainda que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a intervenção do enfermeiro de reabilitação sobre a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal é considerada uma área de investigação prioritária em Enfermagem de Reabilitação até ao ano de 2025.

Para elaboração do presente projeto, foi necessário realizar uma revisão narrativa da literatura disponível, do ano de 2018 até 2023, recorrendo às plataforma EBSCO e às bases de dados CINAHL e MEDLINE, recorrendo às palavras-chave: enfermeiro de reabilitação (rehabilitation nurse), insuficiência cardíaca (heart failure), cuidador informal (informal caregiver), reabilitação cardíaca (cardiac rehabilitation)

## Enquadramento Conceptual

### Insuficiência cardíaca

A Insuficiência Cardíaca (IC) ocorre quando existem alterações a nível funcional ou estrutural do coração, causando uma diminuição da capacidade dos ventrículos de ejetar sangue para o organismo (diminuição da Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE)). Tem como principais sintomas retenção de líquidos (podendo levar a congestão pulmonar ou edemas periféricos), bem como fadiga e dispneia, levando a limitações a nível da atividade normal do indivíduo, provocando assim um elevado decréscimo da qualidade de vida (Halfiah et al., 2022).

A IC encontra-se associada muitas vezes a outras comorbilidades, sendo possível salientar o enfarte agudo do miocárdio (cerca de 50%), doença coronária isquémica, doença valvular, diabetes mellitus, doença renal crónica, obesidade, hipertensão arterial, tabagismo e aterosclerose. (Norhammar et al., 2023) (Heidenreich et al., 2022)

São ainda possíveis causas de IC histórico de cardiopatia na família, amiloidose, cardiotoxicidade por abuso de substâncias como álcool, cocaína, metanfetaminas (Heidenreich et al., 2022).

O impacto da IC na vida social dos indivíduos portadores desta patologia depende de diversos fatores, nomeadamente a etiologia da doença, aspetos pessoais, como a idade, género e estado civil, alterações no estilo de vida e os próprios sentimentos dos doentes (Olano-Lizarraga et al., 2022).

Para efetuar um correto diagnóstico de IC é necessário aceder ao histórico de antecedentes pessoais e exames complementares de diagnóstico anteriores; a nível analítico, avaliar o NT-ProBNP > 125pg/ml; realizar uma ecografia transtorácica, de forma a avaliar a função do ventrículo esquerdo; após o diagnóstico de IC, deve ser classificada consoante a classificação da FEVE; é ainda necessário compreender qual o fator precipitante da IC e dar início ao tratamento (Heidenreich et al., 2022).

### Estádios da IC

Segundo Heidenreich et al. (2022), é possível identificar quatro estádios da IC, de A a D, sendo que se classificam os doentes em estágio A como doentes em risco de desenvolver a patologia, que não possuem sintomas ou doenças cardíacas, mas que possuem comorbilidades capazes de desenvolver IC (doentes com hipertensão, aterosclerose, diabetes mellitus); no estágio B classificam-se os doentes com Pré-IC, ou seja, doentes que apresentam sinais de aumento da pressão intraventricular do ventrículo esquerdo (VE), avaliado através da realização de um Eco-Doppler ou através de avaliação invasiva, podendo também ter aumento do NT-proBNP a nível analítico, libertado pelo aumento da pressão intraventricular, ou pelo aumento da Troponina sem que exista um diagnóstico que o justifique; no estágio C encontram-se os doentes que apresentam alterações estruturais a nível do VE ou que apresentam sintomas de IC; por fim, no estágio D encontram-se os doentes que apresentam sintomas marcados de IC, que interferem na vida diária dos pacientes e que tiveram episódios de hospitalização apesar do ajuste da terapêutica dirigida.

### Classificação New York Heart Association (NYHA)

A Classificação NYHA é utilizada para caracterizar a sintomatologia e a capacidade funcional dos pacientes com IC sintomática ou avançada (Estádios C e D). É considerada uma avaliação subjetiva e é variável ao longo do tempo. Recorre-se frequentemente a esta escala para que se possa definir qual a estratégia de tratamento dos pacientes (Heidenreich et al., 2022).

Estudos comprovam que existe uma grande correlação entre o grau na classificação NYHA e a qualidade de vida dos doentes com IC. Os pacientes com grau mais elevado na Escala NYHA referem com maior frequência sintomas como fraqueza ou cansaço fácil, especialmente durante a realização de atividades no exterior, levando a que estes sintam maior dificuldade em realizar as suas atividades diárias, comprometendo também a socialização. A qualidade de vida dos doentes com IC pode ser melhorada ao diminuir o grau de classificação NYHA (Halfiah et al., 2022).

Segundo Dolgin (1994) a classificação NYHA é a seguinte:

- Classe I – Sem limitação física. Atividade física habitual não causa sintomas de IC;
- Classe II – Ligeira limitação à atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física habitual provoca sintomas de IC.
- Classe III – Limitação marcada à atividade física. Confortável em repouso, mas atividade física abaixo do habitual provoca sintomas de IC.

- Classe IV – Sintomas de IC ocorrem em repouso. Desconforto com qualquer tipo de atividade. Impossibilitado de realizar qualquer tipo de atividade física sem que ocorram sintomas de IC.

### Classificação da IC de acordo com a FEVE

É considerado o método de classificação de IC mais importante derivado dos diferentes prognósticos e resposta a nível de tratamentos.

Esta classificação divide-se em IC com fração de ejeção reduzida (fração de ejeção do ventrículo esquerdo  $\leq$  40%), IC com fração de ejeção melhorada (primeira avaliação da FEVE  $\leq$  40% e as seguintes  $>$ 40%), IC com fração de ejeção ligeiramente reduzida (FEVE entre 41% e 49%) e IC com FEVE preservada (FEVE  $\geq$  50%). (Heidenreich et al., 2022)

### Epidemiologia da IC no Mundo

A IC afeta cerca de 64 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável pelos gastos de 1-2% do orçamento anual para cuidados de saúde na Europa e nos EUA (Norhammar et al., 2023).

Segundo Norhammar et al. (2023), a média de idade de prevalência de IC a nível mundial encontra-se nos 75 anos.

### Epidemiologia da IC em Portugal

Segundo Fonseca et al. (2018), estima-se que existam em Portugal cerca de 400.000 indivíduos adultos com insuficiência cardíaca, sendo ainda considerado um problema crescente de saúde pública, prevendo-se um aumento do número de doentes com esta patologia em cerca de 30% até 2034, sendo a principal causa a população cada vez mais envelhecida.

Portugal é o país com maior incidência de IC, segundo um estudo realizado por Norhammar et al. (2023), com uma percentagem de 2,9% da população, contrastando com a média de 2,01% a nível dos países abordados no respetivo estudo.

### Gastos em Saúde relacionados com a IC

Segundo (Gouveia et al., 2020), em Portugal, no ano de 2014, sendo o último estudo realizado para avaliação de custos associados à IC, estima-se que tenham sido gastos 405 milhões de euros, o equivalente a 0,2% do PIB e 2,6% da totalidade de gastos em saúde nesse ano. No mesmo estudo estima-se que em 2036 os custos atinjam 503 milhões de euros, devido ao aumento da prevalência de IC, associada à melhoria dos cuidados médicos relativamente ao tratamento de diversas patologias cardíacas que podem resultar em IC, ao envelhecimento da população e das taxas de prevalência mais elevadas em idades mais avançadas.

### Cuidador Informal

Segundo Bernard et al. (2023), existem três principais formas de descrever o que é um cuidador informal:

1. Membro adulto de uma família morador na mesma residência e/ou principal cuidador disposto a participar

2. Indivíduo principal não remunerado que auxilia o doente no dia-a-dia
3. Membro integrante da família ou alguém de escolha do doente

Conforme a Lei 100/2019 de 6 de setembro, publicada em Diário da República, cuidador informal encontra-se dividido em Cuidador Informal Principal e Cuidador informal Não Principal. “Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”; “Considera-se cuidador informal não principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanentemente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” (Assembleia da República, 2019).

### Necessidades determinadas pela IC no doente e no Cuidados Informal

A IC determina diversas necessidades nos pacientes, nomeadamente a realização de atividades, nomeadamente atividades de autocuidado, tais como gestão terapêutica ou regime dietético. (Grant & Graven, 2019)

Segundo Heidenreich et al., (2022), o autocuidado do doente com IC é um dos fatores determinantes para o impacto da doença, dando especial enfoque ao cumprimento da terapêutica prescrita, dieta equilibrada, regime de exercício físico e monitorização de sintomas de IC.

A melhor forma de prevenção da IC é a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo exercício físico, cuja intensidade pode ser aumentada de forma gradual, revelando melhores benefícios (Petitte et al., 2022).

Grant & Graven (2019) dizem-nos ainda que os cuidadores informais relatam que os doentes com IC necessitam de maior apoio e dependência ao nível do declínio funcional resultante da doença, nomeadamente disfunção cognitiva, redução da massa muscular, força e resistência (resultantes da imobilidade) e múltiplas comorbilidades crónicas.

É dito por Durante et al (2022) que os cuidadores informais experienciam muitas vezes períodos de insónia e fadiga.

No contexto do cuidar do doente com IC, os cuidadores informais experienciam muitas vezes frustração, exaustão e ansiedade, nomeadamente derivadas dos seus próprios problemas de saúde, dinâmicas familiares, situação socioeconómica e das necessidades dos restantes membros da família. Experienciam ainda frustração durante o processo de cuidar, as incertezas geradas pela situação de saúde e a realização das tarefas necessárias para dar resposta às necessidades do doente com IC. Os cuidadores informais revelam ainda ter sentimentos de desespero ao assistirem à deterioração da situação de saúde do cuidado, sentindo ainda stress devido ao sentimento de impotência perante a situação de IC grave. Assim, os cuidadores informais de doentes com insuficiência cardíaca são propensos em experienciar stress extremo e ansiedade que afetam a sua resiliência para a prestação de melhores cuidados; os cuidadores referem ainda experienciar depressão, falta de esperança, pessimismo, impotência, fadiga física e flutuações de humor. (Durante et al., 2022)

Estão identificadas como necessidades comuns para cuidadores informais a gestão da relação com diversas equipas de saúde, consultas, gestão terapêutica e impacto psicossocial na vida do cuidador, nomeadamente a ausência de contactos sociais (Price et al., 2020).

## Burnout do Cuidador Informal

Os cuidadores informais vêm-se muitas vezes como gestores dos cuidados e impulsionadores dos tratamentos, advogados de qualidade de vida dos doentes e profissionais da experiência de vida dos doentes com IC (Grant & Graven, 2019).

Muitas vezes, o papel de cuidador informal sobrepõe-se às necessidades da própria pessoa, tornando-se o cuidar o papel mais importante na vida do cuidador. Ao assumirem este papel, os cuidadores informais assumem que são os únicos capazes de desempenhar as suas tarefas, assumindo total responsabilidade da prestação de cuidados, despendendo mais tempo no cuidar ao invés de se preocuparem também com a sua própria situação de saúde e deles próprios. Para além da falta de tempo para si próprios, ainda se considera que os cuidadores informais encontram como dificuldades a falta de privacidade e dificuldade no desenvolvimento de uma nova identidade como cuidadores. É ainda reconhecido que a falta de recursos económicos se torna numa fonte de preocupação e causadora de stress, limitando a qualidade de cuidados que os cuidadores gostariam de prestar; esta dificuldade económica reduz ainda as possíveis atividades sociais e de lazer que os cuidadores informais poderiam realizar. (De Sola et al., 2023)

Um estudo realizado por Gérain & Zech (2021) diz-nos que a pressão de cuidar de um familiar tem aumentado entre os cuidadores informais. Diz-nos ainda que existem fortes indicadores de que o cuidador informal tem experienciado um forte impacto de burnout. Outra das preocupações do cuidador informal remete à garantia da excelência de cuidados ao doente com IC, para melhor controlo sintomático e ainda se a vida do mesmo será inadequadamente prolongada.

## Intervenções do EEER no Doente e no Cuidados Informal

Os enfermeiros especialistas estão mais capacitados a nível de conhecimentos, comparados aos enfermeiros generalistas, para cuidar de doentes com IC (Z. Wang et al., 2023).

O impacto que os enfermeiros especialista têm sobre a pessoa com IC é superior, comparativamente a outros profissionais de saúde, a nível da própria compreensão da situação de saúde e nas atividades de autocuidado (Anderson & Clemett, 2021).

Segundo Bernard et al. (2023), o enfermeiro deve ter a capacidade para educar para o cuidar, para a gestão de sinais e sintomas da patologia, gestão de terapêutica e da dieta, por exemplo através de brochuras, suporte através de plataformas digitais disponíveis online, apresentações ou outras aplicações disponíveis para smartphone/computador. Descreve ainda que o enfermeiro deve estar capacitado a fornecer apoio à díade paciente/cuidador informal, não havendo ainda consenso relativamente ao número de sessões a realizar, não sendo inferior a seis sessões entre o paciente com IC, o cuidador informal e a díade paciente/cuidador informal.

Olano-Lizarraga et al. (2022) dizem-nos que as relações sociais têm um impacto positivo na vida dos doentes com IC, revelando existir benefício em possuir um bom suporte social. Estas relações mostram benefício na prevenção de presença de depressões, diminuem o risco de hospitalização, diminuem a frequência de recorrência ao serviço de urgência e melhoram o autocuidado e a adesão ao regime terapêutico. Assim, devem ser sempre incluídos os amigos e a família no processo de cuidados, para que estes possam colaborar nos cuidados e adquirir conhecimentos sobre este mesmo processo.

A reabilitação cardiovascular é definida como um processo que envolve a implementação de intervenções direcionadas à pessoa pós-evento cardiovascular, com o intuito de desenvolver um cuidado científico e singular para cada indivíduo, o que ressalta a

importância da diligência de enfermagem com o cliente com IC. Com isso, a reabilitação compreende tanto o fisiopatológico, como o social, o psicológico e o espiritual de cada paciente com cardiopatia. A educação para a saúde é um instrumento fundamental para o processo de reabilitação do paciente com IC (Moreira Gomes et al., 2023).

Os enfermeiros devem referenciar os pacientes com IC pós-alta hospitalar para programas de reabilitação cardíaca, pois diversos estudos têm revelado existir benefício para os mesmos, incluindo a prática de exercício físico moderado a elevado, conforme tolerância do doente, para diminuir os efeitos do sedentarismo. Estudos comprovam que existe maior probabilidade de reinternamento hospitalar no espaço de 6 meses dos doentes que apenas realizam atividade física esporadicamente. A reabilitação cardíaca e o aumento da atividade física têm revelado benefícios reduzindo reinternamentos por IC descompensada. (Petitte et al., 2022)

A reabilitação cardíaca é parte integral e fundamental para a recuperação após um evento cardíaco, resultando na melhoria da capacidade física e melhoria funcional, reduzindo as readmissões hospitalares (Prasada et al., 2020).

Estudos comprovam que a reabilitação cardíaca tem maior adesão por parte dos pacientes ao ser desenvolvida por enfermeiros, mostrando também que estes têm maior taxa de finalização do programa de reabilitação, quando comparados com programas desenvolvidos por outros profissionais. Esta taxa deve-se à abordagem holística, centrada na pessoa e a possibilidade de adaptação individual (O'Toole et al., 2020).

O'Toole et al. (2020) dizem-nos ainda que um programa de reabilitação cardíaca desenvolvido por enfermeiros, com enfoque na educação para a saúde, adaptado às prioridades da pessoa e à sua condição clínica, mostra melhorias a nível da redução dos fatores de risco, alteração de comportamentos e estilos de vida e também maior adesão ao regime terapêutico.

Segundo (Refaat Ahmed et al., 2022), a RC divide-se em três fases principais:

- Fase I – considerada a RC em fase aguda; tem início ainda na unidade de cuidados intensivos, pós evento agudo, consistindo numa avaliação clínica, aconselhamento nutricional, intervenções psicossociais, modificação dos fatores de risco e atividade física precoce, de forma a melhorar o autocuidado até à alta clínica. Esta é considerada a fase mais importante da reabilitação cardíaca, limitada apenas pelos fatores psicológicos, tais como medo da morte ou medo de realizar atividade física.
- Fase II – reabilitação cardíaca no domicílio; tem-se mostrado tão efetiva quanto a RC desenvolvida em unidades hospitalares e deve ser considerada quando os pacientes não têm possibilidade de se deslocar a unidades de saúde; esta fase consiste maioritariamente na prática de exercício físico, alteração dos fatores de risco e educação para a saúde.
- Fase III – reabilitação cardíaca na comunidade; tem como principal objetivo a manutenção da prática de exercício físico para além da fase subaguda, minimizando os riscos de um novo evento coronário; os pacientes, de forma

autônoma, mantém hábitos que reduzam riscos e mantém prática de exercício físico regular; desta forma, a fase III da reabilitação cardíaca tem demonstrado diversos benefícios em reduzir a incidência de eventos cardíacos, melhorando ainda a capacidade aeróbia dos pacientes, bem como melhorar os indicadores hemodinâmicos e as funções musculares durante o período de reabilitação.

Como forma de diminuir o isolamento social do cuidador informal e como forma de prevenção do stress e burnout, podem ser organizadas redes de comunicação, como eventos em comunidade, de cuidadores informais, permitindo-lhes ainda a partilha de experiências e aquisição de novos conhecimentos. Atividades de reconforto próprio e conexão com uma comunidade mostraram ter efeitos benéficos para o aumento da resiliência dos cuidadores informais. (Durante et al., 2022)

É ainda de maior importância manter o estado físico, de saúde, emocional, social e económico do cuidador informal (Grant & Graven, 2019).

Um estudo realizado por Coelho Rodrigues Dixe & Fernandes Querido (2020) diznos que os enfermeiros necessitam de investir a nível da educação e treino dos cuidadores informais para que estes sejam capazes de cuidar dos seus familiares de forma a prevenir a sobrecarga dos mesmos e garantir a qualidade dos cuidados.

A preparação dos cuidadores informais deve ser realizada ao longo dos períodos de internamento em unidades hospitalares, de forma a garantir que estes adquirem o conhecimento necessário para cuidarem da pessoa que necessita de ajuda a nível do autocuidado, mas também para que seja possível existir uma supervisão e acompanhamento por parte dos enfermeiros (Coelho Rodrigues Dixe & Fernandes Querido, 2020).

Os enfermeiros têm, assim, um papel fundamental a preparar e munir os cuidadores informais com recursos que os permitem gerir a informação, o seu estado emocional e psicológico, bem como as suas necessidades sociais (T. Wang et al., 2021).

A intervenção dos enfermeiros sobre o doente com IC a nível de educação para a saúde e formação tem mostrado bons resultados na melhoria dos resultados em saúde e na redução da readmissão hospitalar. Os enfermeiros têm um papel essencial na capacitação do doente com IC, devendo incentivá-los ao seu autocuidado, incluindo a adesão ao regime terapêutico, dieta pobre em sódio, prática de exercício físico, monitorização dos sintomas de IC. (Petitte et al., 2022)

## Teoria de Sistemas – Dorothea Orem

Segundo Moreira Gomes et al. (2023), a Teoria do Autocuidado de Orem implica no desempenho de ações ou prática de atividades que visem o bem-estar do indivíduo.

A Teoria de Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem pressupõe que o cuidar é uma ação humana, pois estas ações formam sistemas desenvolvidos por enfermeiros através do exercício da sua prática enquanto trabalham com indivíduos com limitações a nível do autocuidado. (Tomey & Alligood, 2002)

A Teoria de Sistemas de Enfermagem enquadra sete pressupostos integrantes da Teoria do Déficit do Autocuidado, acrescentando-lhes as capacidades do enfermeiro (agentes de enfermagem) e os sistemas de enfermagem, as suas ações. (Smith, 2019)

Tem como foco central os resultados de enfermagem, estabelecendo as bases para a prática de enfermagem, bem como o papel do enfermeiro. (Smith, 2020)

As ações e agentes de enfermagem estão relacionados com o conceito da pessoa com déficit de autocuidado. (Smith, 2020)

De acordo com Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, planejar o processo de enfermagem e posteriormente intervir. (Tomey & Alligood, 2002)

Orem pressupõe que os sistemas de saúde são determinados pelo déficit de autocuidado do indivíduo.

Assim, os sistemas de enfermagem são diferenciados pelos cuidados a prestar pelos enfermeiros. (Smith, 2020)

Como descrito por Tomey & Alligood (2002), completados por Smith (2020), são identificados três tipos de Sistemas na prática de enfermagem:

1. Sistema totalmente compensatório – quando o enfermeiro substitui o indivíduo no seu autocuidado – por exemplo numa situação de internamento em cuidados intensivos/críticos, que se encontrem inconscientes.
2. Sistema parcialmente compensatório – quando os indivíduos necessitam dos enfermeiros apenas para os ajudar a realizar aquilo que não conseguem fazer de forma autónoma – como um indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação
3. Sistema Educacional – quando os indivíduos conseguem realizar o seu autocuidado, no entanto precisam que o enfermeiro supervisione e ensine enquanto o realizam. O sistema educacional é também de elevada importância para os cuidadores informais – como indivíduos que necessitam de receber ensinamentos de enfermagem.

Orem define agente como “pessoa que encontra necessidade de receber cuidados ou que tem a capacidade de prestar esses cuidados”. (Orem, 2001)

Os agentes de enfermagem e os sistemas de enfermagem encontram-se interligados com os conceitos de pessoa que carece de cuidados, procura de autocuidado e o déficit de autocuidado, tornando a teoria aplicável na prática de enfermagem. Assim, Orem pressupõe que os sistemas de enfermagem são determinados pelas limitações do indivíduo relativamente ao seu autocuidado, ou seja a sua capacitação em relação com o autocuidado relacionado com a saúde. (Smith, 2020)

Assim, Orem identifica cinco métodos que os enfermeiros utilizam na sua prática, de forma isolada ou relacionando-os: agir pelo indivíduo, orientá-lo e direcioná-lo, fornecer apoio físico e/ou psicológico, providenciar e manter um ambiente que apoie o seu desenvolvimento pessoal e ensinar o indivíduo. (Tomey & Alligood, 2002)

Concluindo, de acordo com Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite o diagnóstico das necessidades de enfermagem, o planeamento das intervenções e a aplicação dessas mesmas intervenções, cumprindo, assim, cumprir os critérios: identificação das necessidades do autocuidado, identificação das aptidões para a realização do autocuidado, identificar os agentes terapêuticos, mobilização dos agentes de enfermagem e o planeamento da assistência dos sistemas de enfermagem. (Tomey & Alligood, 2002)

## Orem e Enfermagem de Reabilitação

A utilidade dos múltiplos níveis de capacidade de autocuidado dos utentes concebidos por Orem é reconhecido pelos enfermeiros de reabilitação, considerando sempre as suas contribuições para a educação do utente.

A teoria do autocuidado na enfermagem de reabilitação aplica-se tendo sempre como objeto principal a avaliação de cada categoria do autocuidado. (Hoeman, 2011) Segundo Hoeman (2011), os três sistemas de enfermagem de Orem aplicam-se em simultâneo à mesma pessoa, considerando que esta pode ser dependente em certas áreas do autocuidado, estando simultaneamente responsável por auto-direcionar esses mesmos cuidados.

O processo de enfermagem é considerado dinâmico, sendo necessário considerar que também os sistemas de enfermagem são dinâmicos.

O modelo de Orem é amplamente utilizado pelos enfermeiros de reabilitação através da avaliação do estado funcional do utente, tendo em conta as classificações de “completamente compensatório”, “parcialmente compensatório” ou como “com necessidade de apoio educacional”, de forma a orientar e planear as intervenções de enfermagem. (Hoeman, 2011)

A nível da comunidade também pode ser aplicado o modelo de Dorothea Orem, sendo utilizado para avaliar a capacidade de um utente para viver de forma independente, avaliando o nível de cuidados e serviços que este irá necessitar e também para monitorizar os seus progressos. (Hoeman, 2011)

Orem também defende a importância da continuidade de cuidados de enfermagem, devendo ser mantidos os contactos e as interações de enfermagem, especialmente quando falamos de doentes crónicos. (Smith, 2020)

Segundo a (OE, 2011), os cuidados de enfermagem de reabilitação “têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades.” A OE (2011) refere ainda que os cuidados de enfermagem de reabilitação são dirigidos ao indivíduo em todas as fases do seu ciclo de vida, com o objetivo de promover o seu projeto de saúde, tendo em vista a prevenção dos riscos de alteração da funcionalidade, que possam limitar a sua atividade ou incapacitá-los, a promoção dos processos de readaptação (quando existem essas mesmas alterações de funcionalidade) e a promoção da capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiências.

Num dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE (2012), é salientada a importância do papel do enfermeiro para maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar/complementar as atividades de vida nas quais o mesmo se encontra dependente. Neste processo, estão destacados como elementos importantes a identificação rápida dos problemas do cliente (considerando as capacidades do enfermeiro, como o conhecimento, a sua preparação para a prescrição, implementação e avaliação de intervenções que contribuam para o aumento do bem-estar e a suplementação/complementação das atividades de vida nas quais o cliente se encontra dependente), a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas encontrados, o rigor técnico/científico na implementação dessas mesmas intervenções, a

referenciação das situações identificadas para outros profissionais de saúde que estejam envolvidos em todo o processo de cuidados, a supervisão das atividades que advém das intervenções de enfermagem e que tenham sido delegadas, bem como a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que sejam tomadas, os atos praticados e pelos atos que possa ter delegado.

Ainda nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2012), está definida a readaptação funcional, considerando que o enfermeiro, em conjunto com o cliente, deve desenvolver processos de adaptação aos problemas de saúde, tendo atenção à continuidade do processo de cuidados, planejando a alta do cliente internado, avaliando as suas necessidades futuras, aproveitando ao máximo os recursos disponíveis na comunidade; deve ainda otimizar as capacidades do cliente e ensiná-lo, instruí-lo e treiná-lo para que exista uma adaptação funcional completa.

Assim, a teoria do autocuidado de Orem constitui uma ferramenta importante para que os enfermeiros e principalmente os enfermeiros especialistas de reabilitação consigam promover a recuperação e limitação de sequelas dos utentes, preservando o máximo potencial e melhorando a sua independência funcional, tornando-os capazes de colocar em prática os conhecimentos adquiridos acerca do utente, a forma como estes se relacionam com o mundo, colmatando os seus deficits de autocuidado, seja em meio hospitalar até ao contexto domiciliário (Lista et al., 2017).

## Planeamento de Objetivos e Atividades

Durante o planeamento do Projeto para aplicar em contexto dos Ensinos Clínicos/Estágios, revelou-se ser necessário o estabelecimento de objetivos a alcançar durante o decurso dos mesmos. Assim foi necessário recorrer aos três eixos de competências: comuns dos enfermeiros especialistas, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências diretamente relacionadas com o tema em estudo no presente projeto.

Para além da definição de objetivos, foi também necessário delinear quais as atividades a realizar e os recursos necessários para a implementação das mesmas. (Anexo I)

O enfermeiro especialista deve possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam para poderem atuar em todos os contextos de vida das pessoas e perante os diversos níveis de preparação. Neste sentido, foram regulamentadas competências comuns e específicas que visam promover um enquadramento regulador dessas mesmas competências de forma a comunicar aos cidadãos aquilo que será expectável dos cuidados de enfermagem especializados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Assim, encontra-se definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019), que competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. Competências Específicas encontram-se definidas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do

campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Neste sentido, selecionei, de entre o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, o domínio A, sendo o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, comprometendo-me a desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão de enfermagem, procurando sistematicamente o exercício da melhor prática, tendo em conta as preferências do cliente e respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; no domínio B, o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, selecionei como objetivo a unidade de competência B3, comprometendo-me a garantir um ambiente terapêutico e seguro ao longo de todos os estágios a realizar; no domínio C, Domínio da gestão dos cuidados, selecionei como objetivo a unidade de competência C2, comprometendo-me a adaptar a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; no domínio D, sendo o Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, selecionei como objetivo a unidade de competência D2, assumindo o compromisso de basear a minha práxis clínica especializada em evidência científica.

No âmbito das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), no Regulamento n.º393/2019, selecionei as competências J1, cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo da sua vida, assumindo o compromisso de identificar as necessidades de intervenção especializada de enfermagem de reabilitação e concebendo, implantando e avaliando planos e programas especializados, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade; J2, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, comprometendo-me a elaborar e implementar programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e de qualidade de vida; J3, sendo “Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, comprometendo-me a desenvolver atividades que maximizem as suas capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho cardíaco e respiratório. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

## Conclusão

A IC é uma patologia de grande incidência e prevalência em Portugal, sendo que todos os estudos apontam que estas venham a aumentar devido ao envelhecimento da população e melhoria dos cuidados de saúde, pelo que se torna essencial capacitar a população, doentes e cuidadores para a gerir, sendo que, nos dias de hoje, ainda domina a iliteracia em saúde entre a população portuguesa.

Neste sentido, é essencial a intervenção do EEER em capacitar os doentes e cuidadores informais para esta mesma gestão, mas também desenvolver conhecimento científico na mesma área, sendo que denoto ausência de literatura científica atual no que diz respeito à capacitação do cuidador informal para a gestão da IC.

Durante o percurso formativo é essencial o desenvolvimento de competências em contexto de prática clínica, sendo neste percurso académico o desenvolvimento dessas mesmas competências realizado em contexto de estágio em unidades de saúde.

No final deste percurso espero alcançar todos os objetivos aos quais me propus para que dessa forma consiga obter o grau de mestre academicamente e ver-me concedido o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, para que dessa forma consiga exercer a minha prática tendo sempre presentes todas as competências comuns e específicas da especialidade de reabilitação.

## Referências Bibliográficas

- Anderson, D. A., & Clemett, V. (2021). What impact do specialist and advanced-level nurses have on people living with heart failure compared to physician-led care? A literature review. *Journal of Research in Nursing, 26*(3), 229–249.
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, Diário da República n.º 171/2019, Série I 3 (2019).
- Bernard, T. L., Hetland, B., Schmaderer, M., Zolty, R., & Pozehl, B. (2023). Nurse-led heart failure educational interventions for patient and informal caregiver dyads: An integrative review. *Heart & Lung, 59*, 44–51.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.01.014>
- Coelho Rodrigues Dixe, M. dos A., & Fernandes Querido, A. I. (2020). Informal caregiver of dependent person in self-care: burden-related factors. *Revista de Enfermagem Referência, 3*, 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- De Sola, H., Failde, I., Estalella, I., & Maquibar, A. (2023). Becoming a secondary actor of one's own life: A qualitative study of the experiences of informal caregivers in the care of people with chronic pain. *Health Expectations, 26*(1), 409–418.  
<https://doi.org/10.1111/hex.13671>
- Dolgin, M. (1994). *Association NYH, Fox AC, Gorlin R, Levin RI, New York Heart Association. Criteria Committee. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. Boston, MA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Dos Enfermeiros, O. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Lisboa: OE, 4*.
- Dos Enfermeiros, O., & de Enfermagem, C. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Durante, A., Ahtisham, Y., Cuoco, A., Boyne, J., Brawner, B., Juarez-Vela, R., & Vellone, E. (2022). Informal caregivers of people with heart failure and resilience: A convergent mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing, 78*(1), 264–275.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15078>
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 37*(2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>
- Gérain, P., & Zech, E. (2021). Do informal caregivers experience more burnout? A metaanalytic study. *Psychology, Health & Medicine, 26*(2), 145–161.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1803372>

- Gouveia, M. R. de A., Ascensão, R. M. S. e S., Fiorentino, F., Costa, J. N. M. P. G. da, Broeiro-Gonçalves, P. M., Fonseca, M. C. F. G. da, & Borges, M. de F. P. F. (2020). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(1), 3–11.  
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.09.006>
- Grant, J. S., & Graven, L. J. (2019). High priority problems experienced by informal caregivers of individuals with heart failure. *Home Health Care Management & Practice*, 31(2), 75–82.
- Halfiah, Marlina, & Husna, C. (2022). Relationship between NYHA degrees and Selfefficacy with Quality of Life in Heart Failure Patients: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Education*, 14(4), 38–43.  
<https://doi.org/10.37506/ijone.v14i4.18680>
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(18), e895–e1032.  
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
- HOEMAN, S. P., & de Reabilitação, E. (2011). Prevenção, intervenção e Resultados esperados. *Loures: Lusodidata–Soc. Port. de Material Didáctico, Lda*.
- Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6(2), 13–16.
- Moreira Gomes, I., de Moraes Bezerra, A., Araujo Lopes, C., Vieira Silva, K., Cavalcante dos Santos, K., & Mendes de Paula Pessoa, V. L. (2023). ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA ADESAO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ALTA HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA. *Enfermagem Atual in Derme*, 97(1), 1–16.  
<https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1411>
- Norhammar, A., Bodegard, J., Vanderheyden, M., Tangri, N., Karasik, A., Maggioni, A. Pietro, Sveen, K. A., Taveira-Gomes, T., Botana, M., Hunziker, L., Thuresson, M., Banerjee, A., Sundström, J., & Bollmann, A. (2023). Prevalence, outcomes and costs of a contemporary, multinational population with heart failure. *Heart*, 109(7), 548.  
<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2022-321702>
- Olano-Lizarraga, M., Wallström, S., Martín-Martín, J., & Wolf, A. (2022). Causes, experiences and consequences of the impact of chronic heart failure on the person´s social

- dimension: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30(4), e842–e858.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, January 24). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia Do Colégio Da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.
- Regulamento n.º140/2019, Diário da República n.º26/2019, Série II 4744 (2019).
- Regulamento n.º392/2019, Diário da República n.º85/2019, Série II 13565 (2019).
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. Mosby, St Louis MO.
- O'Toole, K., Chamberlain, D., & Giles, T. (2020). Exploration of a nurse practitioner-led phase two cardiac rehabilitation programme on attendance and compliance. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(5/6), 785–793.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15133>
- Petitte, T. M., Li, J., Fang, W., Shafique, S., & Piamjariyakul, U. (2022). Modifiable Risk Factors Associated With Heart Failure Readmissions: 1-Year Follow-up. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18(2), 205–211.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.09.018>
- Prasada, S., Rambarat, C., Winchester, D., & Park, K. (2020). Implementation and Impact of Home-Based Cardiac Rehabilitation in a Veterans Affairs Medical Center. *Military Medicine*, 185(5/6), e859–e863. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz366>
- Price, M. L., Surr, C. A., Gough, B., & Ashley, L. (2020). Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: a scoping literature review. *Psychology & Health*, 35(1), 36–69. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626125>
- Refaat Ahmed, F., Gamil Abdelhamid, R., Hamdi El-Soussi, A., Eid AbuRuz, M., Arsyed Subu, M., Maria Dias, J., & Ibrahim Sanhoury, M. (2022). Barriers to cardiac rehabilitation-physical activities practices: An observational descriptive study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 16, 100429.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100429>
- Smith, M. C. (2019). *Nursing theories and nursing practice*. FA Davis.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). Significance of theory for nursing as a discipline and profession. *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby, St. Louis, Missouri, United States of America.
- Wang, T., Mazanec, S. R., & Voss, J. G. (2021). Needs of Informal Caregivers of Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 48(1),

11–29. <https://doi.org/10.1188/21.ONF.11-29>

Wang, Z., Walsh, S., Tocchi, C., Zhang, Y., & Chyun, D. (2023). Nurses' knowledge of heart failure assessment and management: A cross-sectional survey. *Heart & Lung, 58*, 82–90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.11.008>

Apêndice I

		2ºSemestre/Estágio de ER em contexto OrtoTraumatológico, Reumatológico e na Comunidade			3º Semestre/Estágio com Relatório			
Objetivos	Atividades	Orto Traumatológico	Reumatológico	Comunidade	C R	Ne ur	UM DR	P e d
A1.1 – Desenvolver uma prática profissional ética e legal, demonstrando uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional dos locais de estágio - <b>&gt; Ler normas em vigor do local de estágio</b>	x	x	x	x	x	x	x

	Utilizar a experiência e o conhecimento para	x	x	x	x	x	x	x
--	--	---	---	---	---	---	---	---

	suportar as decisões tomadas -> <b>Utilizar literatura atualizada de forma sustentada</b>							
	Participar na tomada de decisão em conjunto com a equipa do local de estágio	x	x	x	x	x	x	x

B3.1 – Garantir um ambiente terapêutico seguro, promovendo-o e protegendo o indivíduo/c	Identificar fatores de risco que comprometam o bemestar da pessoa e do seu cuidador, envolvendo-os no	x	x	x	x	x	x	x
--	---	---	---	---	---	---	---	---

uidador informal	processo de prevenção							
------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

Registrar todas as intervenções implementadas em contexto de estágio ou trabalhos, garantindo sempre a proteção de dados e sigilo profissional	x	x	x	x	x	x	x
Fomentar a identificação de recursos na comunidade e de forma a garantir a continuidade	x	x	x	x	x	x	x

de de cuidados							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

	Utilizar e ensinar ao cuidador princípios da ergonomia corporal de forma a garantir a segurança e prevenção de danos	x	x	x	x	x	x	x
C2.2 – Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto de estágio, visando a garantia de cuidados, adaptando	Reconhecer os papéis interdependentes e funções de todos os membros integrantes da equipa multidisciplinar do local de estágio	x	x	x	x	x	x	x

o estilo de liderança, adequando ao clima de organização e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos	Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática profissional	x	x	x	x	x	x	x
	Aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado recorrendo ao reforço positivo	x	x	x	x	x	x	x
D2.2 – Basear a minha prática clínica especializada em evidência	Atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento	x	x	x	x	x	x	x

científica, suportando a minha prática em evidência científica atual	nto no contexto de prática em estágio, visando ganhos em saúde dos cidadãos, através da pesquisa e divulgação de informaçõe s pertinentes acerca do cuidador informal						
--	--	--	--	--	--	--	--

	Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação em contexto	x	x	x	x	x	x	x
--	--	---	---	---	---	---	---	---

	de estágio acerca de intervenções para a capacitação do cuidador informal							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	Interpretar, organizar e divulgar resultados de evidência científica perante a equipa do local de estágio acerca do cuidador informal	x	x	x	x	x	x	x
J1.1 – Cuidar de pessoas com necessidades especiais,	Recolher informações pertinentes e utilizar escalas e instrument			x	x		x	

<p>ao longo da vida, avaliando a funcionalidade e diagnosticando alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p>	<p>os de medida para avaliação das funções cardíaca e respiratória - <b>Aplicação da Escala de Borg Modificada</b></p>							
	<p>Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realização das atividades de vida diárias, como a <b>aplicação da MIF</b></p>	x	x	x	x	x	x	x
	<p>Identificar as</p>			x	x			

	necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível cardíaco e respiratório para a realização das AVD's – <b>Levantamento de Diagnósticos de Enfermagem</b>							
J2.1 – Capacitar a pessoa com limitação da atividade para a	Ensinar ao cuidador técnicas de autocuidado	x	x	x	x	x	x	x

reinserção e exercícios da	Realizar treino de autocuidado à pessoa			x		x		x
----------------------------	---	--	--	---	--	---	--	---

cidadania, elaborando e implementando programas de treino de AVD, tendo em vista a maximização da autonomia e qualidade de vida	com alteração a nível da eliminação							
	Realizar treino de autocuidado, com recurso a dispositivos de apoio à pessoa com alteração motora em contexto ortotraumatológico, reumatológico e neurológico	x	x			x		

J3.1 – Maximizar a funcionalid ade desenvolve ndo as capacidade	Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas e tecnologias a utilizar	x	x	x	x	x	x	
---	---	---	---	---	---	---	---	--

s da pessoa, concebend o e implantand o programas de treino cardíaco e respiratório	para maximizar o desempen ho a nível motor, cardíaco e respiratóri o, tendo em conta os objetivos da pessoa							
---	---	--	--	--	--	--	--	--

Conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões, reabilitação, capacitação e autogestão	x	x	x	x	x	x	x
Demonstrar conhecimento	x	x	x	x	x	x	

Trabalho com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora							
---	--	--	--	--	--	--	--

Desenvolver estratégias para capacitação do cuidador informal para gestão da IC	Elaboração de tabelas de fácil interpretação para gestão de terapêutica	x	x	x	x	x	x	x
	Informar, validar e esclarecer dúvidas do cuidador informal relativamente à IC através de <b>sessões de Educação</b>			x	x			

	<b>para a Saúde</b>							
--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--

	Prevenir complicações de Burnout no cuidador informal, capacitando-o de estratégias de Coping	x	x	x	x	x	x	x
	Capacitar o cuidador informal para a ergonomia corporal, ensinando estratégias de levantar e mobilização para gestão do esforço do doente			x	x			
Desenvolver	Ensinar, treinar e			x	x		x	

estratégias de capacitação do doente com IC	avaliar métodos de gestão de esforço							
	Ensinar, treinar e avaliar técnicas de melhoria da capacidade aeróbica – <b>recorrer ao SixMinute Walk Test</b>			x	x		x	
	Incentivar a adesão ao regime terapêutico e regime dietético prevenindo complicações da IC – realizar sessões de Educação			x	x		x	

	para a Saúde							
Scoping Review		x	x	x	x	x	x	x
Relatório de Estágio		x	x	x	x	x	x	x

Apêndice II – Relatório de Estágio



## **Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

### **Capacitação do Cuidador Informal na Gestão da Insuficiência Cardíaca**

Empowering the Informal Caregiver in the Management of Harth Failure

#### **Relatório de Estágio**

**Luís Miguel Remourinho Banha**



**Lisboa  
2024**

## Índice

### ***Introdução***

..... 4

### ***Enquadramento***

***Teórico***

..... 5

### **Caracterização dos Campos de Estágio**

..... 5

### **Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário e ortotraumatológico**

..... 7

### **Cuidador Formal e Cuidador Informal**

..... 8

### ***Relatório Reflexivo da Prática Clínica em Contexto de Estágio***

..... 10

### ***Considerações***

***Finais***

..... 22

### ***Referências***

***Bibliográficas***

..... 23

### ***Apêndices***

..... 25

Apêndice I – Projeto de Estágio ..... 25

### **Apêndice II – 1º Jornal de Aprendizagem**

..... 57

**Apêndice III - 2º Jornal de Aprendizagem**  
..... 62

## Introdução

Conforme proposto no guia orientador da unidade curricular Estágio de Enfermagem de reabilitação em contexto ortotraumatológico, reumatológico e na comunidade, enquanto estudante do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvo o presente relatório com a finalidade de atingir os objetivos propostos, descrevendo e analisando de forma crítica o meu percurso formativo, especificando os momentos de aprendizagem decorrentes dos objetivos por mim propostos para os respectivos estágios, relacionando-os com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Segundo o Regulamento nº140/2019 elaborado pela OE (2019), ao enfermeiro especialista devem ser reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para prestarem cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialização. Para que exista a atribuição do título de especialista pela OE, é necessário existir o desenvolvimento das competências descritas nos regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas dos enfermeiros de reabilitação, para que os profissionais possam partilhar um conjunto de competências, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados.

As competências específicas do EEER, em conjunto com as competências comuns do enfermeiro especialista, certificam as competências e especificam aquilo que pode ser esperado por parte de um EEER (OE, 2019).

Neste sentido, estes estágios têm como objetivo o desenvolvimento de competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros como competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como a atribuição do grau de Mestre.

Como descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), é de maior importância que os futuros enfermeiros especialistas consigam compreender

as dinâmicas da sua intervenção no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados, sendo que a realização de estágios permite que a aquisição de conhecimentos ocorra em contexto de prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação do corpo de conhecimento.

Este relatório respeita as indicações e orientações da ESEL para a construção de um trabalho de Mestrado, respeitando a referenciação recomendada pela American Psychological Association (APA) 7th Ed.

## **Enquadramento Teórico**

### **Caracterização dos campos de estágio**

Nos períodos compreendidos entre 15 de maio de 2023 e 13 de julho de 2023, tive a oportunidade de ingressar em estágios em diversos contextos, nomeadamente, comunitário, ortotraumatológico e desporto, sendo ainda preconizada a presença em contexto de reumatologia, que não me foi possível ingressar no mesmo contexto clínico, pelo que procurarei colmatar o desenvolvimento das respetivas competências relativas a este domínio nos estágios subsequentes a realizar no terceiro semestre deste processo formativo.

Nestes estágios pude desenvolver competências técnico científicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesões do sistema musculo esquelético, Ortotraumatológico e reumatológico, e família, em contexto de internamento e comunidade, integrado no processo global de cuidados.

O estágio em contexto de comunidade decorreu entre 15 de maio de 2023 e 11 de junho de 2023, tendo realizado o mesmo numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), parte integrante duma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integradora de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) na região de Lisboa e Vale do Tejo, abrangendo cerca de 78.000 utentes. Esta unidade compreende 10 enfermeiros, 4 dos quais EEER, 4 assistentes sociais, 2 psicólogos clínicos e de saúde e 1 psicólogo sem especialidade. Nesta unidade, os EEER encontram-se diretamente ligados à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, participando ainda em projetos de Saúde Materna-Obstetrícia, Saúde Escolar e Tratamento de Feridas Complexas.

A ECCI constitui parte integrante da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo definida pelo Instituto da Segurança Social (ISS)

(2023) como um modelo organizacional formado por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e de apoio social, com o objetivo de prestar cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódios de doença aguda ou necessidade de prevenção de agravamento de doenças crónicas. Os cuidados continuados integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua reabilitação, autonomia e a sua funcionalidade tendo em vista a sua reintegração sociofamiliar.

Diz-nos ainda o ISS (2023) que a ECCI se destina a “pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referência assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados”. A ECCI assegura a prestação de cuidados de enfermagem e médicos, sejam eles preventivos, curativos e/ou reabilitadores, entre outros.

No período entre 12 de junho de 2023 e 9 de julho de 2023, ingressei num serviço de Ortopedia, num Centro Hospitalar na região de Lisboa e Vale do Tejo. Este serviço é composto por 30 enfermeiros, sendo que 3 destes são EEER, dedicando-se exclusivamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Existe ainda 1 EEER em funções de chefia.

No contexto de enfermagem no desporto, realizei um estágio durante dois dias num clube desportivo com diversas modalidades, sendo o futsal a modalidade desportiva predominante. Neste clube, está integrado um enfermeiro com pós-graduação de enfermagem no desporto, que exerce funções diretivas, sendo parte integrante da direção do clube, funções de gestor da equipa de saúde do clube e, ainda, prestação de cuidados aos atletas, atuando a nível da realização de exames pré-época, em conjunto com os médicos do clube, prevenção de lesões, recuperação das mesmas e

reabilitação dos atletas. Em conjunto, colaboram ainda cerca de 19 enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem. De momento, não existe nenhum EEER integrante na equipa de enfermeiros do clube.

É definida pela OE (2021) que a Enfermagem no Desporto é a “área de exercício profissional que contribui para a promoção do bem-estar, autonomia e capacitação da pessoa, grupo e comunidade praticantes de atividade desportiva”. O Enfermeiro no Desporto deve garantir um acompanhamento, integral, efetivo e oportuno, assente na promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da doença, fomentando a cultura de segurança e a prática profissional segura.

### **Enfermagem de reabilitação em contexto comunitário e ortotraumatológico**

As alterações ortotraumatológicas resultam em períodos nos quais a mobilidade se encontra reduzida, podendo existir alterações a nível dos membros inferiores e pélvicas que necessitem de repouso absoluto no leito. Derivada da imobilidade, ocorre diminuição da função muscular e rigidez articular, retardando o processo de reabilitação e aumentando o risco de queda (Schreiber, 2021).

O processo de reabilitação tem como objetivo restaurar a amplitude do movimento e da função e reduzir o risco de complicações. A reabilitação deve ter em conta as expectativas da pessoa com alteração ortotraumatológica. Estas pessoas experienciam dificuldades ao realizar o autocuidado, trabalhar, realizar atividades domésticas e atividades de lazer. Para que o processo de reabilitação seja implementado com enfoque total na pessoa, é necessário que exista uma compreensão das suas experiências vividas e quais os seus desafios.

Um estudo realizado por Cieza et al. (2020) demonstra que cerca de 2.41 milhões de milhões de pessoas necessitarão de cuidados de reabilitação a

nível mundial, pelo que os cuidados de saúde primários representam um papel essencial de facilitadores para a integração dessas pessoas num programa de reabilitação. Estima-se ainda que cerca de 1.71 milhares de milhões de pessoas a nível mundial possuam alterações a nível músculoesquelético, representando a maior necessidade de cuidados de reabilitação.

A única forma de integrar todos aqueles que necessitam de cuidados de reabilitação no sistema de saúde é através dos cuidados de saúde primários, sendo que são o local onde ocorrem os primeiros diagnósticos de saúde, onde são identificados problemas a nível da funcionalidade, onde ocorre o encaminhamento para serviços especializados de prestação de cuidados e onde precisam de ocorrer planos de adesão aos tratamentos. Os cuidados de reabilitação prestados através de cuidados de saúde primários, também permitem a eliminação da barreira socioeconómica globalmente existente, pois permite a adesão de todos aqueles que dela necessitam e não apenas às classes economicamente e socialmente favorecidas que podem recorrer a unidades de saúde especializadas, trazendo, desta forma, não só benefícios para a saúde, mas também benefícios a nível social (Cieza et al., 2020).

Os enfermeiros da comunidade são aqueles que possuem maior facilidade para que exista uma correta análise da pessoa no seu ambiente, possibilitando a identificação de problemas existentes ou potenciais que possam ocorrer no período de reabilitação, podendo existir momentos de diálogo e de negociação para que esses problemas possam ser superados. O enfermeiro da comunidade tem ainda o papel de encorajar a pessoa durante o seu processo de reabilitação, desenvolver estratégias adaptativas e encaminhar a pessoa para serviços de suporte adicional, como serviços da comunidade de preparação de refeições, auxílio na realização de autocuidado ou auxílio à mobilidade (Walker, 2023).

De acordo com (Jafari et al., 2020), os programas de reabilitação no domicílio apresentam diversos benefícios, como interação da pessoa-família, capacitação simultânea e imediata da díade pessoa-cuidador, maior promoção da independência da pessoa e aumento da autoridade do enfermeiro de reabilitação.

Segundo a WHO (2023), a osteoartrite está diretamente associada à perda de mobilidade e da função física, tendo impacto no autocuidado e na redução da capacidade de participação social, reduzindo a qualidade de vida e aumentando o stress psicológico.

A WHO (2023) estima ainda que em 2019, cerca de 344 milhões de pessoas mundialmente tivessem osteoartroses e problemas decorrentes da funcionalidade, necessitando de cuidados de reabilitação, sendo a intervenção cirúrgica de substituição da articulação (artroplastia) a abordagem mais frequente para a resolução do problema.

Os cuidados de reabilitação pós artroplastia tem como principal objetivo a otimização dos resultados pós-operatórios, tais como a recuperação da força muscular, função articular e física, bem como a gestão da dor (Sharma et al., 2019).

### **Cuidador Formal e Cuidador Informal**

Os cuidadores formais e informais vêm-se muitas vezes confrontados com a necessidade de adquirir novas competências a nível do cuidar, que se revelam essenciais para uma boa prática de cuidados. É crucial que exista uma avaliação dessas competências por parte da equipa de cuidados para assegurar que são executadas com rigor técnico-científico de forma a garantir a qualidade de cuidados (Jeyathevan et al., 2019).

Ao verem-se confrontados com um novo papel, os cuidadores demonstram também diferentes necessidades, sendo papel do enfermeiro ir ao seu encontro. Estas necessidades não se prendem apenas na necessidade de

desenvolvimento de competências técnicas (extremamente importantes numa fase inicial) mas também nas necessidades próprias do cuidador, como necessidades de apoio emocional, sendo papel do enfermeiro intervir, fornecendo suporte, e, simultaneamente, diminuindo a sobrecarga do cuidador. O enfermeiro pode ainda intervir, recorrendo a suporte social formal, como por exemplo, serviços de descanso do cuidador, redes de apoio e apoio financeiro e social para as atividades de autocuidado (Fernandes et. al, 2016).

É de elevada importância que o enfermeiro de reabilitação consiga dar resposta a todas as necessidades dos cuidadores (informação, apoio social, capacitação, etc.) pois estes apresentam necessidades físicas, emocionais e mentais que requerem de apoio sistemática e incessante por parte da equipa de enfermagem, bem como avaliação regular para que exista uma prevenção e gestão do risco de sobrecarga dos cuidadores. (Fernandes et al., 2022)

## Relatório Reflexivo da Prática Clínica em Contexto de Estágio

Conforme proposto no planeamento da unidade curricular, irei apresentar as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios realizados, tendo por base os regulamentos de competências gerais dos enfermeiros especialistas e específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, bem como realizar uma reflexão acerca da minha prática e de aquisição de competências, tendo sempre presente o projeto de estágio desenvolvido previamente como guia orientador.

Tendo por base o objetivo estabelecido para alcançar o **Domínio A** das competências comuns dos enfermeiros especialistas, definido como Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, propus-me a desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo sempre tendo presentes as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão de enfermagem, procurando sistematicamente o exercício da melhor prática, tendo em conta as preferências da pessoa e respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Durante os períodos de estágio definidos, procurei documentar-me acerca das normas em vigor nos respetivos serviços, na tentativa de promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional em vigor nesses mesmos locais; todas as decisões por mim tomadas foram suportadas com recurso à experiência e conhecimento, pelo que recorri sistematicamente à literatura divulgada presente em bases de dados atualizada (datada entre o ano de 2019 e o presente), de forma a sustentar a minha prática clínica com recurso à melhor evidência científica disponível para dar resposta a todas as situações presenciadas e vivenciadas; durante os estágios participei sempre de forma ativa na tomada de decisão em conjunto com a equipa multidisciplinar dos respetivos locais, nomeadamente em conjunto com equipa médica,

assistentes sociais, psicologia e outros recursos disponíveis ao serviço da comunidade local.

Conforme estabelecido, de forma a atingir as competências comuns dos enfermeiros especialistas referentes ao **Domínio B**, definido como o domínio da melhoria contínua da qualidade, consegui garantir um ambiente terapêutico seguro, promovendo e protegendo o indivíduo/cuidador informal. Para atingir este domínio, conforme proposto no projeto realizado previamente, identifiquei os fatores de risco que pudessem comprometer o bem-estar da pessoa e do seu cuidador, envolvendo-os no processo de prevenção; neste sentido, nomeadamente aquando das visitas domiciliárias realizadas em contexto de cuidados de saúde primários, durante o estágio realizado em ECCI, tive a oportunidade de observar, analisar, informar e discutir as barreiras arquitetónicas existentes no espaço físico, de forma a garantir um ambiente terapêutico seguro para a reabilitação da pessoa com alteração ortotraumática, principalmente ao realizar exercícios de treino de marcha com recurso a dispositivos auxiliares, treino de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico e treino de subir/descer escadas; assim, foi-me possível desenvolver capacidades de observação e análise de espaços físicos, de forma a intervir sobre os mesmos ou discutir com os proprietários para que seja possível eliminar barreiras que possam constituir elementos promotores de quedas, de forma a eliminar esse risco. Durante o estágio realizado em contexto de Ortopedia, também desenvolvi o objetivo anteriormente descrito, facilitando meios de promoção do ambiente terapêutico seguro, através da distribuição de folhetos informativos, nos quais estava contido o guia de acolhimento do serviço, onde estavam disponibilizados os direitos e deveres do utente, bem como informação pertinente durante o internamento no respetivo serviço; um folheto que continha informação facilitada acerca dos cuidados a ter pós artroplastia total da anca, joelho ou ombro, nomeadamente medidas anti-luxantes e exercícios a realizar de forma a promover a mobilidade da articulação e fortalecimento

muscular do membro operado e membro não operado, tendo em vista a recuperação da intervenção e facilitação de utilização de dispositivos auxiliares de marcha e transferências/levante; também um folheto que continha os cuidados a ter no domicílio para prevenção de quedas e diminuição do seu risco, como por exemplo, as modificações recomendadas a realizar no espaço físico domiciliário, aquisição de dispositivos de apoio para realização de atividades de autocuidado e, ainda, sobre a utilização correta dos dispositivos auxiliares de marcha; foram, ainda, realizados momentos de capacitação da pessoa com alteração ortotraumatológica e do seu cuidador formal/informal.

Para garantir o **Domínio B** das competências comuns dos enfermeiros especialistas, estabeleci como objetivo o registo de todas as intervenções implementadas em contexto de estágio ou trabalhos, garantindo a proteção de dados e sigilo profissional. Neste sentido, consegui garantir a execução do proposto, efetuando sistematicamente registos de enfermagem nas plataformas devidas, sendo as mesmas: SClínico, Portal da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Portal do Cuidador Informal nos contextos de Ortopedia e ECCL; aquando da execução dos trabalhos desenvolvidos conforme proposto no planeamento da unidade curricular em curso, cumpro a proteção de dados e sigilo profissional ao qual estou sujeito, omitindo dados que possam identificar pessoas ou instituições. Neste sentido, creio que no correto exercício da profissão de enfermagem, seja necessário impreterivelmente cumprir o código deontológico da profissão, que requer por si só o sigilo profissional, algo que exerço diariamente. No campo dos registos de enfermagem, os mesmos mostram-se essenciais para o devido registo e validação da prática clínica, sendo parte integrante do processo de enfermagem.

Ainda dentro do **Domínio B** das competências comuns dos enfermeiros especialistas, comprometi-me a fomentar a identificação de recursos na comunidade de forma a garantir a continuidade de cuidados, objetivo que

considero também atingido. Durante o estágio realizado em contexto de Comunidade, em ECCI, consegui estabelecer contacto com diversas instituições de cariz social, parcerias público-privadas e instituições particulares de solidariedade social, que constituíam recursos da comunidade que garantiam a continuidade de cuidados. Estes contactos permitiram o desenvolvimento da minha capacidade de análise de situações, de forma a identificar quais os recursos disponíveis na comunidade que pudessem constituir instrumentos de apoio para que pudesse garantir a continuidade de cuidados. Estas ferramentas revelaram-se de extrema importância durante o estágio em contexto de Ortopedia, pois, ao estar ciente destes mesmos recursos, pude encaminhar e referenciar diversas pessoas a estas mesmas instituições, garantindo assim a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Durante o estágio realizado em contexto de comunidade, surgiu a necessidade de referenciar uma utente que teria sido submetida a uma artroplastia total da anca à direita, tendo alcançado posteriormente os objetivos e metas delineados pela equipa multidisciplinar da ECCI. Assim, com os objetivos atingidos, tornou-se impreterível dar alta à referida utente, que demonstrou a preocupação de deixar de ter um acompanhamento regular duas vezes por dia, mencionando ser “a única companhia que tenho regularmente com quem posso desabafar”. Neste sentido, a equipa forneceu o contacto de uma IPSS local, assente no voluntariado, que tem como finalidade combater a solidão e isolamento da população idosa, através da realização de visitas domiciliárias e desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas de forma a fomentar o contacto entre pessoas integrantes dessa mesma associação, interligando-os simultaneamente com as novas tecnologias, facilitando o contacto entre os mesmos. Desta forma foi possível dar alta à referida utente, com os devidos objetivos alcançados e intervindo sobre a sua preocupação pósalta, recorrendo a recursos disponíveis na comunidade para colmatar aquela que seria a sua maior preocupação.

Com esta situação em concreto, pude participar ativamente no recrutamento de um recurso da comunidade para garantir a continuidade de cuidados de uma utente, alertando-me para as mais valias que estas instituições representam para a garantia da continuidade de cuidados e a mais-valia que representam enquanto entidades parceiras de um enfermeiro especialista, nomeadamente dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação.

Como último objetivo estabelecido para alcançar o **Domínio B** das competências comuns dos enfermeiros especialistas, assumi o compromisso de utilizar e ensinar ao cuidador princípios da ergonomia corporal, de forma a garantir a segurança e prevenção de danos. Durante os estágios realizados, tive contacto com diversos cuidadores, formais ou informais, que se identificavam no papel de cuidador pela primeira vez. Neste sentido, os mesmos não se encontravam capacitados para a segurança e prevenção de danos a nível da ergonomia corporal. Assim, revelou-se necessário capacitar os cuidadores neste sentido, capacitando-os de técnicas de auxílio na realização de procedimentos, tais como prestação de cuidados de higiene e conforto, realização de posicionamentos e alternância de decúbitos e transferências entre leito-cadeirão/cadeira de rodas e cadeirão/cadeira de rodas-leito, garantindo a manutenção da ergonomia corporal, salientando sempre a importância da execução das técnicas de forma correta e segura, pois a sua lesão poderia significar a incapacidade de assumir o papel de principal cuidador da pessoa com alteração ortotraumatológica.

Destaco uma situação decorrida aquando do estágio realizado no contexto de Ortopedia, no qual um utente de 68 anos, submetido a artroplastia total da anca, revelou necessitar do apoio da sua esposa de 67 anos na realização do autocuidado higiene e nas transferências entre o leito e a cadeira de banho assistida que teria sido emprestada para as primeiras semanas pós-alta, comunicando à equipa de enfermagem o receio de não conseguir realizar estes movimentos de forma autónoma garantindo a segurança da realização

dos movimentos anti-luxantes. Foi realizado um momento de capacitação da esposa, no qual foram efetuados os devidos ensinamentos e o treino dos mesmos, assegurando sempre uma correta postura corporal da cuidadora do utente, de forma a prevenir a ocorrência de acidentes e garantindo também a sua ergonomia corporal, prevenindo lesões da mesma. Desta forma, o utente pode ter alta, assegurando que a sua cuidadora estava capacitada para a realização das técnicas de transferência entre os diversos planos, mas também capacitada acerca da ergonomia corporal, prevenindo as suas próprias lesões.

Esta situação em concreto permitiu-me adquirir as competências necessárias para garantir sempre um ambiente terapêutico seguro, protegendo simultaneamente o utente e o seu cuidador.

Referente ao **Domínio C**, definido como o Domínio da Gestão dos Cuidados, comprometi-me a adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto de estágio, visando a garantia de cuidados, adaptando o estilo de liderança, adequando ao clima de organização e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. Assim, tinha como objetivo reconhecer os papéis interdependentes e funções de todos os membros integrantes da equipa multidisciplinar do local de estágio, fomentar um ambiente positivo e favorável à prática profissional e aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, recorrendo ao reforço positivo. Neste domínio, creio que necessitasse de períodos de estágio mais longos para que fosse possível atingir todos os objetivos na sua totalidade, no entanto, procurarei alcançá-los nos estágios a decorrer no próximo semestre. Considero que a minha prática profissional enquanto futuro EEER, seja sempre baseada na promoção de um ambiente positivo perante qualquer equipa multidisciplinar e interdisciplinar na qual esteja integrado, reconhecendo simultaneamente os papéis e funções de cada membro dessas mesmas equipas. Para a aplicação de estratégias de motivação de equipa, creio ser necessário um maior período de integração para que seja possível

estabelecer relações profissionais que permitam a aplicação dessas mesmas estratégias, salientando, no entanto, o recurso ao reforço positivo perante as atitudes dos elementos das equipas.

Para alcançar o **Domínio D** das competências comuns dos enfermeiros especialistas, definido como o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assumi o compromisso de basear a minha práxis clínica especializada em evidência científica, suportando a minha prática em evidência científica atual, nomeadamente através de pesquisa, leitura e análise de artigos científicos nas bases de dados CINHALL e Medline, estabelecendo como limitadores a disponibilidade de artigos com leitura integral disponível divulgados entre os anos 2019 e 2023. Neste sentido recorri sistematicamente a evidência científica atual para suportar a minha práxis clínica, tentando sistematicamente integrar os conhecimentos adquiridos durante horas de trabalho autónomo nos campos de estágio onde estive presente, tendo sempre presente os ganhos em saúde da pessoa em contexto de alteração ortotraumática. Conforme proposto em projeto de estágio, defini como atividade a identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação em contexto de estágio acerca de intervenções para a capacitação do cuidador informal; assim, em conjunto com a minha orientadora clínica em cuidados de saúde primários, obtive conhecimento de novos instrumentos de avaliação referentes ao cuidador informal, nomeadamente a *Zarit Burden Scale*, validade em português como Escala de Sobrecarga do Cuidador por (Sequeira, 2007), até ao momento para mim desconhecida. Ao confrontar-me com a mesma, recorri à evidência científica mais atual para que pudesse obter o máximo de informação atualizada sobre a mesma escala para que a pudesse aplicar da forma mais correta possível. Sendo uma escala composta por quatro fatores principais (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e perceção de autoeficácia), a mesma avalia o impacto objetivo da sobrecarga sobre o cuidador e a sobrecarga subjetiva. O primeiro fator

pretende avaliar o impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo, etc.; o segundo fator reflete as implicações na relação entre o cuidador e o idoso dependente (vergonha, irritação, tensão, etc.); o terceiro fator engloba as expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro, às suas capacidades para cuidar, etc.; o quarto fator está direcionado para avaliar a perceção de autoeficácia do cuidador, ou seja, a perceção acerca do desempenho do seu papel. Desta forma, foi possível incorporar novos conhecimentos e competências para dar resposta às necessidades dos cuidadores informais, tendo em vista os ganhos em saúde da pessoa.

Devido ao curto período de estágio em cada campo, não foi possível identificar com clareza as lacunas do conhecimento presentes em cada um que fosse passível desenvolver um projeto de investigação para colmatar essas lacunas, limitando, assim, a interpretação, organização e divulgação de resultados decorrentes dessa mesma investigação. No decorrer dos estágios, decorrente da pesquisa em bases de dados de forma a obter a melhor evidência científica, pude adquirir novos conhecimentos acerca do cuidador informal, cuja informação divulguei constantemente perante as equipas integradas em contexto de estágio.

No âmbito da aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como perante as competências comuns do enfermeiro especialista, também me propus a atingir os objetivos necessários para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros. Neste sentido, perante o **Domínio J1**, definido como cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo da sua vida, assumindo o compromisso de identificar as necessidades de intervenção especializada de enfermagem de reabilitação e, concebendo, implementando e avaliando planos e programas especializados, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida, a reintegração e a participação na

sociedade, propus-me a recolher informações pertinentes e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliação das funções cardíaca e respiratória. Assim, durante os estágios realizados, foi possível aplicar diversas escalas tendo em vista a avaliação das funções cardíaca e respiratória da pessoa com alteração ortotraumatológica, nomeadamente a escala de Borg modificada em doentes com antecedentes pessoais conhecidos de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e com Insuficiência Cardíaca e a aplicação do *SixMinute Walk Test* em doentes com Insuficiência Cardíaca. Durante estes estágios, contactei com diversas patologias do foro ortotraumatológico. No entanto, essas mesmas pessoas, possuíam diversas comorbilidades, sujeitas a maior avaliação e monitorização dos parâmetros vitais, bem como de todos os fatores inerentes ao esforço cardiorrespiratório. Assim, surge a necessidade da aplicação de escalas, como a Escala de Borg modificada, que permite a avaliação da perceção subjetiva da pessoa ao esforço (Borg, 1982). Foi também utilizada a *Six-Minute Walk Test*/Teste de Marcha de Seis Minutos, que permite avaliar a capacidade de exercício funcional em pessoas com doença pulmonar. (Agarwala & Salzman, 2020)

A aplicação destas escalas permitiu-me desenvolver a utilização das mesmas, bem como a pertinência da sua utilização, de forma a monitorizar a evolução clínica dos utentes ao longo do internamento e simultaneamente monitorizar o esforço realizado, ajustando a carga de exercícios consoante a perceção subjetiva ao esforço.

Para alcançar o **Domínio J1**, propus-me ainda a avaliar a capacidade funcional da pessoa para realização das atividades de vida diárias. Para isso, recorri por diversas vezes a instrumentos de avaliação, tais como a Medida Independência Funcional, Escala de Barthel e a Tabela Nacional da Funcionalidade em ambos os contextos de estágio. Por fim, identifiquei as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função cardíaca e respiratória para a realização das AVD, levantando diagnósticos de

enfermagem constantemente, com recurso à NIC, NOC e CIPE, desenvolvendo a minha capacidade para o levantamento de diagnósticos de enfermagem direcionados para a enfermagem de reabilitação.

Relativamente ao **Domínio J2**, descrito como capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios de cidadania, comprometi-me a elaborar e implementar programas de treino de AVD, tendo em vista a maximização da autonomia e qualidade de vida. Neste sentido, direcionando as atividades previstas para o meu tema principal do projeto de estágio, ensinei aos cuidadores com os quais tive contacto as técnicas de autocuidado a realizar à pessoa com alteração ortotraumática. Neste campo, é de elevada pertinência salientar um caso específico com o qual contactei em contexto de comunidade, durante uma visita domiciliária a um utente de 72 anos, submetido a artroplastia total da anca, sendo a esposa de 70 anos a sua principal cuidadora, não tendo experiência prévia. Decorrente da intervenção à qual foi submetido, o utente em questão, até ao momento da intervenção da equipa da ECCI, não realizou a atividade de autocuidado higiene no WC, sendo esta uma das suas maiores preocupações, pois o mesmo encontrava-se equipado com uma banheira, sem barras de apoio presentes e não dispunha de dispositivos auxiliares facilitadores que pudessem facilitar a realização da atividade. Assim, foi necessário capacitar o utente e a cuidadora no sentido da transferência a realizar para a banheira, com recurso a um banco e tapete antiderrapante, e também sobre as medidas anti-luxantes a adotar durante a atividade de autocuidado e durante as transferências. Após o momento de capacitação, foi possível ensinar e treinar os exercícios de transferência do utente, com auxílio da cuidadora, superando assim o seu medo de cair e garantindo que eram adotadas todas as medidas anti-luxantes. Assim, é possível também concluir que realizei a atividade proposta para alcançar o **Domínio J2**, na qual me propus a realizar treino de atividades

de autocuidado, com recurso a dispositivos de apoio à pessoa com alteração motora em contexto ortotraumatológico, nomeadamente com recurso a andarilho, tripé e canadianas unilateral ou bilateralmente. Das atividades propostas para alcançar o domínio acima referido, não foi possível realizar treino de autocuidado à pessoa com alteração a nível da eliminação por ausência de oportunidade de contacto com pessoas com a respetiva alteração durante os estágios realizados, mantendo a esperança de poder realizar a atividade descrita nos estágios a realizar no semestre seguinte.

De forma a atingir o **Domínio J3**, descrito como maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, tendo assumido o compromisso de conceber e implantar programas de treino cardíaco e respiratório. Com esta finalidade propus-me a ensinar, instruir e treinar sobre técnicas e tecnologias a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos da pessoa. Consegui desenvolver diversas atividades de forma a alcançar o meu objetivo, nomeadamente capacitando a pessoa com alteração ortotraumatológica técnicas de autocuidado, tais como a realização dos cuidados de higiene e conforto, técnicas de transferência entre planos, técnicas de treino de subir/descer escadas, técnicas de relaxamento, técnicas de gestão de esforço. Após a capacitação da pessoa, todas as técnicas foram instruídas e treinadas. Ressalva-se a pertinência de discriminar um caso concreto de uma utente de 69 anos, submetida a artroplastia total da anca esquerda, por coxartrose, que já tinha conhecido como antecedentes pessoais insuficiência cardíaca, que limitava o seu desempenho e eficácia do programa de reabilitação implementado em contexto domiciliário. Assim, foi necessário ensinar, instruir e treinar para técnicas de autocuidado e medidas anti-luxantes relativamente ao procedimento realizado pela pessoa e, simultaneamente, realizar diversas intervenções tendo como principal foco a gestão da insuficiência cardíaca, como a capacitação da pessoa através do ensino e treino de medidas de gestão de esforço, aplicação da Escala de Borg

para avaliação da percepção subjetiva ao esforço, ensino e treino de técnicas de relaxamento e controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Neste sentido, foi necessário também existir uma adaptação aquando do desenvolvimento do programa de treino a implementar tendo em vista a completa reabilitação da alteração ortotraumatológica existente, ponderando sempre qual o esforço necessário de realizar e qual a melhor altura do dia, tendo sempre presente o cansaço percecionado pela pessoa em cada momento do dia. Para desenvolver todas as atividades realizadas foi necessário demonstrar conhecimento teórico, baseado na mais recente evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora, tendo por base a pesquisa nas bases de dados disponíveis.

Para alcançar todas as competências necessárias para a atribuição do título de EEER, propus-me a atingir dois objetivos pessoais, baseados na minha área de interesse, discriminada no Projeto de Estágio, sendo o desenvolvimento de estratégias para capacitação do cuidador informal para gestão da insuficiência cardíaca e o desenvolvimento de estratégias de capacitação do doente com insuficiência cardíaca. Neste sentido, tive a oportunidade de contactar com duas pessoas com alteração ortotraumatológica que tinham como antecedente pessoal conhecido a insuficiência cardíaca, sendo que uma delas tinha uma cuidadora informal. Uma das pessoas teria tido uma queda em contexto domiciliário enquanto realizava as tarefas domésticas, sendo independente na realização de atividades de autocuidado, enquanto que a outra utente, de 78 anos, com quadro demencial conhecido (motivo pelo qual é acompanhada de uma cuidadora informal), que teria realizado uma artroplastia total do joelho, necessitando de apoio nas atividades de autocuidado e também a nível de gestão terapêutica.

Assim, foi necessário desenvolver diversas estratégias para a gestão da doença, por parte da cuidadora informal e pela pessoa, nomeadamente

através do desenvolvimento de estratégias para a gestão da doença, passando pelo desenvolvimento de estratégias para uma correta gestão terapêutica, capacitação para a promoção da literacia em saúde acerca da doença, tais como sinais e sintomas a vigiar, bases da fisiopatologia da doença e estratégias de gestão da doença, como ensino e treino de exercícios de gestão de esforço. Foram também realizados exercícios de melhoria da capacidade aeróbica da pessoa com insuficiência cardíaca tendo em vista a melhoria dessa mesma capacidade, através de exercícios de marcha, com e sem dispositivos auxiliares de marcha, em terreno plano e inclinado, tendo sido também aplicado o *Six-Minute Walk Test*.

Para atingir os objetivos propostos, foram ainda realizadas diversas sessões de capacitação da pessoa com insuficiência cardíaca e da sua cuidadora para fomentar a adesão ao regime terapêutico e adesão a um correto regime dietético, de forma a prevenir as diversas complicações da doença.

Relativamente ao cuidador informal da pessoa com insuficiência cardíaca, foi ainda possível a aplicação de escalas, nomeadamente a *Zarit Burden Scale* de forma a avaliar a sobrecarga do cuidador, de forma a planear intervenções e desenvolver um plano de cuidados adaptado à pessoa com insuficiência cardíaca, tendo o cuidador informal como principal parceiro de cuidados, sendo ele um foco de intervenção de enfermagem de reabilitação, nomeadamente através da capacitação de estratégias de coping e através da apresentação de diversos recursos disponíveis na comunidade que facilitam e diminuem a sobrecarga do cuidador.

Durante os estágios realizados, não tive contacto com doentes com insuficiência cardíaca com grau elevado de dependência, com necessidade de ajuda a nível da mobilização no leito e transferências, pelo que não surgiu a necessidade de capacitar o cuidador informal para a ergonomia corporal, atividade a que me tinha proposto no projeto de estágio. Considero que nos

estágios a realizar no semestre seguinte irei ter essa mesma oportunidade, possibilitando-me a alcançar na sua plenitude o objetivo de desenvolver estratégias de capacitação do cuidador informal para a gestão da insuficiência cardíaca.

Conforme se encontrava previsto no planeamento da unidade curricular em curso, realizei uma incursão de dois dias num clube desportivo da região de Lisboa e Vale do Tejo, no qual surgiu a oportunidade de ter contacto com um enfermeiro pós-graduado em Enfermagem no Desporto. Nesta incursão contactei com os diversos mecanismos de prevenção e avaliação de lesões ortotraumáticas derivadas da prática desportiva, bem como adquiri competências a nível da reabilitação dessas mesmas lesões. Durante o estágio foram-me demonstradas técnicas de massagem, técnicas de avaliação de lesões a nível articular, nomeadamente gleno-umeral, tibiotársica e tibiofemoral, bem como de todas as estruturas adjacentes, como tendões e ligamentos. Foram ainda demonstradas técnicas de pressoterapia, electroestimulação e crioterapia, bem como foi explicado qual o papel do enfermeiro de reabilitação dentro de uma equipa multidisciplinar na área da medicina desportiva. Devido ao período no qual foi realizada a incursão, não foi possível ter contacto direto com atletas da instituição, algo que considerei uma desvantagem para a aprendizagem, sendo, para mim, uma área de maior interesse pessoal e com objetivos definidos para desenvolvimento de competências dentro do papel do EEER na vertente desportiva.

## **Considerações Finais**

Após o início deste percurso que me leva a realizar a transição do papel de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, realizei os primeiros estágios tentando assumir esse papel, adquirindo o máximo de competências e conhecimento possíveis para que consiga melhorar diariamente a minha prática e consiga assumir definitivamente o papel de perito em enfermagem.

Destes estágios posso assumir que foi possível desenvolver inúmeras competências pessoais e profissionais que levaram a diversos momentos de reflexão sobre aquela que é a minha prática e conduta diárias, constatando um processo de crescimento contínuo e de evolução constante para aquilo que pretendo alcançar.

Assim, considero que consegui alcançar o principal objetivo proposto, sendo o alcançar de todos os domínios propostos pela Ordem dos Enfermeiros descritos como competências comuns do enfermeiro especialista, quer as competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Durante este período consegui também posicionar-me como um observador, identificando as lacunas existentes a nível do desenvolvimento profissional das equipas de enfermagem dos locais onde me encontrei inserido, pela clara desmotivação presente no investimento de aquisição de novas competências e conhecimentos, passando assim a ser uma das minhas áreas de intervenção para o futuro, tentando maximizar, potenciar e motivar as minhas equipas para alterar o rumo dos seus profissionais.

## Referências Bibliográficas

- Agarwala, P., & Salzman, S. H. (2020). Six-Minute Walk Test: Clinical Role, Technique, Coding, and Reimbursement. *Chest*, 157(3), 603–611. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.10.014>
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5). [https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/1982/05000/Psychophysical\\_bases\\_of\\_perceived\\_exertion.12.aspx](https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx)
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- dos Enfermeiros, O. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294> ....
- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50, 675–682.
- Jafari, J., Kermansaravi, F., & Yaghoubinia, F. (2020). The Effect of Home-Based Rehabilitation on Adherence to Treatment and Quality of Life of Individuals After Stroke. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 9(2), 1–8. <https://doi.org/10.5812/msnj.107716>

- Jeyathevan, G., Cameron, J. I., Craven, B. C., & Jaglal, S. B. (2019). Identifying Required Skills to Enhance Family Caregiver Competency in Caring for Individuals With Spinal Cord Injury Living in the Community. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 25(4), 290–302. <https://doi.org/10.1310/sci2504-290>
- Regulamento n.º140/2019, Diário da República n.º26/2019, Série II 4744 (2019).
- Regulamento n.º392/2019, Diário da República n.º85/2019, Série II 13565 (2019).
- Regulamento n.º744/2021, de 11 de agosto, Diário da República n.º155/2021, Série II 226 (2021).
- Organization, W. H. (2023). Package of interventions for rehabilitation: module 2: musculoskeletal conditions: web annex: literature reviews and evidence tables.  
*Package of Interventions for Rehabilitation: Module 2: Musculoskeletal Conditions: Web Annex: Literature Reviews and Evidence Tables.*
- Schreiber, M. L. (2021). Mobility: A Pathway to Recovery. *MEDSURG Nursing*, 30(4), 279–281.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=151839302&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Sequeira, C. (2007). Instrumentos de medição: sobrecarga do familiar cuidador do idoso demenciado. *Lit.-Livro de Actas Do 2º Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.*
- Sharma, R., Ardebili, M. A., & Abdulla, I. N. (2019). Does Rehabilitation before Total Knee Arthroplasty Benefit Postoperative Recovery? A Systematic Review. *Indian Journal of Orthopaedics*, 53(1), 138–147. [https://doi.org/10.4103/ortho.IJOrtho\\_643\\_17](https://doi.org/10.4103/ortho.IJOrtho_643_17)

Sílvia Fernandes, C., Pessoa, C., & Nogueira, P. (2022). Exploring the needs of the family caregiver of persons with spinal cord injury: An integrative review. *Nursing Practice Today*

9(4), 279–292.

[https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib  
&db=ccm&](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&)

AN=160219321&lang=pt-pt&site=ehost-live

Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 - v4.24), Instituto da Segurança Social, I.P. (2023).

Walker, J. (2023). Assessment and management of fractures. *British Journal of Community Nursing*

28(7), 352–358. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.7.352>

## Apêndices

<b>APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO .....</b>	<b>101</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>129</b>
<b>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>130</b>
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	131
ESTÁDIOS DA IC.....	132
CLASSIFICAÇÃO NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) .....	132
CLASSIFICAÇÃO DA IC DE ACORDO COM A FEVE .....	133
EPIDEMIOLOGIA DA IC NO MUNDO .....	133
EPIDEMIOLOGIA DA IC EM PORTUGAL.....	134
GASTOS EM SAÚDE RELACIONADOS COM A IC .....	134
CUIDADOR INFORMAL .....	134
NECESSIDADES DETERMINADAS PELA IC NO DOENTE E NO CUIDADOS INFORMAL.....	135
BURNOUT DO CUIDADOR INFORMAL .....	137
INTERVENÇÕES DO EEER NO DOENTE E NO CUIDADOS INFORMAL.....	138
<b>TEORIA DE SISTEMAS – DOROTHEA OREM.....</b>	<b>142</b>
OREM E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	144
<b>PLANEAMENTO DE OBJETIVOS E ATIVIDADES.....</b>	<b>146</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>148</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>150</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>156</b>
APÊNDICE I.....	157

## Introdução

Este trabalho foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Projeto, componente integrante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com a

finalidade de criar um instrumento orientador da prática clínica a exercer nos Estágios Curriculares integrados no 2º e 3º semestres deste processo formativo, a decorrer entre os dias 15 de maio a 15 de julho e em data a definir no terceiro semestre, com o objetivo de desenvolver competências comuns do enfermeiro generalista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências do grau académico de Mestre.

A área por mim selecionada foi a Capacitação do Cuidador Informal na Gestão da Insuficiência Cardíaca. Ao exercer funções numa unidade de cuidados intensivos coronários e sendo uma área de especial interesse pessoal, torna-se inevitável a abordagem aquela que é a maior consequência de um evento cardíaco agudo, denotando ainda o elevado nível de desconhecimento por parte dos familiares e utentes relativamente à patologia Insuficiência Cardíaca e à sua gestão, tornando-se assim necessário intervir sobre este mesmo assunto (Heidenreich et al., 2022).

De salientar ainda que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a intervenção do enfermeiro de reabilitação sobre a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal é considerada uma área de investigação prioritária em Enfermagem de Reabilitação até ao ano de 2025.

Para elaboração do presente projeto, foi necessário realizar uma revisão narrativa da literatura disponível, do ano de 2018 até 2023, recorrendo às plataforma EBSCO e às bases de dados CINAHL e MEDLINE, recorrendo às palavras-chave: enfermeiro de reabilitação (rehabilitation nurse), insuficiência cardíaca (heart failure), cuidador informal (informal caregiver), reabilitação cardíaca (cardiac rehabilitation)

## Enquadramento Conceptual

## Insuficiência Cardíaca

A Insuficiência Cardíaca (IC) ocorre quando existem alterações a nível funcional ou estrutural do coração, causando uma diminuição da capacidade dos ventrículos de ejetar sangue para o organismo (diminuição da Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE)). Tem como principais sintomas retenção de líquidos (podendo levar a congestão pulmonar ou edemas periféricos), bem como fadiga e dispneia, levando a limitações a nível da atividade normal do indivíduo, provocando assim um elevado decréscimo da qualidade de vida (Halfiah et al., 2022).

A IC encontra-se associada muitas vezes a outras comorbilidades, sendo possível salientar o enfarte agudo do miocárdio (cerca de 50%), doença coronária isquémica, doença valvular, diabetes mellitus, doença renal crónica, obesidade, hipertensão arterial, tabagismo e aterosclerose. (Norhammar et al., 2023) (Heidenreich et al., 2022)

São ainda possíveis causas de IC histórico de cardiopatia na família, amiloidose, cardiotoxicidade por abuso de substâncias como álcool, cocaína, metanfetaminas (Heidenreich et al., 2022).

O impacto da IC na vida social dos indivíduos portadores desta patologia depende de diversos fatores, nomeadamente a etiologia da doença, aspetos pessoais, como a idade, género e estado civil, alterações no estilo de vida e os próprios sentimentos dos doentes (Olano-Lizarraga et al., 2022).

Para efetuar um correto diagnóstico de IC é necessário aceder ao histórico de antecedentes pessoais e exames complementares de diagnóstico anteriores; a nível analítico, avaliar o NT-ProBNP > 125pg/ml; realizar uma ecografia transtorácica, de forma a avaliar a função do ventrículo esquerdo; após o diagnóstico de IC, deve ser classificada consoante a classificação da FEVE; é ainda necessário compreender qual o fator precipitante da IC e dar início ao tratamento (Heidenreich et al., 2022).

## Estádios da IC

Segundo Heidenreich et al. (2022), é possível identificar quatro estádios da IC, de A a D, sendo que se classificam os doentes em estágio A como doentes em risco de desenvolver a patologia, que não possuem sintomas ou doenças cardíacas, mas que possuem comorbidades capazes de desenvolver IC (doentes com hipertensão, aterosclerose, diabetes mellitus); no estágio B classificam-se os doentes com Pré-IC, ou seja, doentes que apresentam sinais de aumento da pressão intraventricular do ventrículo esquerdo (VE), avaliado através da realização de um Eco-Doppler ou através de avaliação invasiva, podendo também ter aumento do NT-proBNP a nível analítico, libertado pelo aumento da pressão intraventricular, ou pelo aumento da Troponina sem que exista um diagnóstico que o justifique; no estágio C encontram-se os doentes que apresentam alterações estruturais a nível do VE ou que apresentam sintomas de IC; por fim, no estágio D encontram-se os doentes que apresentam sintomas marcados de IC, que interferem na vida diária dos pacientes e que tiveram episódios de hospitalização apesar do ajuste da terapêutica dirigida.

## Classificação New York Heart Association (NYHA)

A Classificação NYHA é utilizada para caracterizar a sintomatologia e a capacidade funcional dos pacientes com IC sintomática ou avançada (Estádios C e D). É considerada uma avaliação subjetiva e é variável ao longo do tempo. Recorre-se frequentemente a esta escala para que se possa definir qual a estratégia de tratamento dos pacientes (Heidenreich et al., 2022).

Estudos comprovam que existe uma grande correlação entre o grau na classificação NYHA e a qualidade de vida dos doentes com IC. Os pacientes com grau mais elevado na Escala NYHA referem com maior frequência sintomas como fraqueza ou cansaço fácil, especialmente durante a realização de atividades no exterior, levando a que estes sintam maior dificuldade em

realizar as suas atividades diárias, comprometendo também a socialização. A qualidade de vida dos doentes com IC pode ser melhorada ao diminuir o grau de classificação NYHA (Halfiah et al., 2022).

Segundo Dolgin (1994) a classificação NYHA é a seguinte:

- Classe I – Sem limitação física. Atividade física habitual não causa sintomas de IC:
- Classe II – Ligeira limitação à atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física habitual provoca sintomas de IC.
- Classe III – Limitação marcada à atividade física. Confortável em repouso, mas atividade física abaixo do habitual provoca sintomas de IC.
- Classe IV – Sintomas de IC ocorrem em repouso. Desconforto com qualquer tipo de atividade. Impossibilitado de realizar qualquer tipo de atividade física sem que ocorram sintomas de IC.

### Classificação da IC de acordo com a FEVE

É considerado o método de classificação de IC mais importante derivado dos diferentes prognósticos e resposta a nível de tratamentos.

Esta classificação divide-se em IC com fração de ejeção reduzida (fração de ejeção do ventrículo esquerdo  $\leq$  40%), IC com fração de ejeção melhorada (primeira avaliação da FEVE  $\leq$  40% e as seguintes  $>$ 40%), IC com fração de ejeção ligeiramente reduzida (FEVE entre 41% e 49%) e IC com FEVE preservada (FEVE  $\geq$  50%). (Heidenreich et al., 2022)

### Epidemiologia da IC no Mundo

A IC afeta cerca de 64 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável pelos gastos de 1-2% do orçamento anual para cuidados de saúde na Europa e nos EUA (Norhammar et al., 2023).

Segundo Norhammar et al. (2023), a média de idade de prevalência de IC a nível mundial encontra-se nos 75 anos.

### Epidemiologia da IC em Portugal

Segundo Fonseca et al. (2018), estima-se que existam em Portugal cerca de 400.000 indivíduos adultos com insuficiência cardíaca, sendo ainda considerado um problema crescente de saúde pública, prevendo-se um aumento do número de doentes com esta patologia em cerca de 30% até 2034, sendo a principal causa a população cada vez mais envelhecida.

Portugal é o país com maior incidência de IC, segundo um estudo realizado por Norhammar et al. (2023), com uma percentagem de 2,9% da população, contrastando com a média de 2,01% a nível dos países abordados no respetivo estudo.

### Gastos em Saúde relacionados com a IC

Segundo (Gouveia et al., 2020), em Portugal, no ano de 2014, sendo o último estudo realizado para avaliação de custos associados à IC, estima-se que tenham sido gastos 405 milhões de euros, o equivalente a 0,2% do PIB e 2,6% da totalidade de gastos em saúde nesse ano. No mesmo estudo estima-se que em 2036 os custos atinjam 503 milhões de euros, devido ao aumento da prevalência de IC, associada à melhoria dos cuidados médicos relativamente ao tratamento de diversas patologias cardíacas que podem resultar em IC, ao envelhecimento da população e das taxas de prevalência mais elevadas em idades mais avançadas.

### Cuidador Informal

Segundo Bernard et al. (2023), existem três principais formas de descrever o que é um cuidador informal:

1. Membro adulto de uma família morador na mesma residência e/ou principal cuidador disposto a participar
2. Indivíduo principal não remunerado que auxilia o doente no dia-a-dia
3. Membro integrante da família ou alguém de escolha do doente

Conforme a Lei 100/2019 de 6 de setembro, publicada em Diário da República, cuidador informal encontra-se dividido em Cuidador Informal Principal e Cuidador informal Não Principal. “Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”; “Considera-se cuidador informal não principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanentemente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.” (Assembleia da República, 2019).

### Necessidades determinadas pela IC no doente e no Cuidados Informal

A IC determina diversas necessidades nos pacientes, nomeadamente a realização de atividades, nomeadamente atividades de autocuidado, tais como gestão terapêutica ou regime dietético. (Grant & Graven, 2019)

Segundo Heidenreich et al., (2022), o autocuidado do doente com IC é um dos fatores determinantes para o impacto da doença, dando especial enfoque ao cumprimento da terapêutica prescrita, dieta equilibrada, regime de exercício físico e monitorização de sintomas de IC.

A melhor forma de prevenção da IC é a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo exercício físico, cuja intensidade pode ser aumentada de forma gradual, revelando melhores benefícios (Petitte et al., 2022).

Grant & Graven (2019) dizem-nos ainda que os cuidadores informais relatam que os doentes com IC necessitam de maior apoio e dependência ao nível do declínio funcional resultante da doença, nomeadamente disfunção cognitiva, redução da massa muscular, força e resistência (resultantes da imobilidade) e múltiplas comorbilidades crónicas.

É dito por Durante et al (2022) que os cuidadores informais experienciam muitas vezes períodos de insónia e fadiga.

No contexto do cuidar do doente com IC, os cuidadores informais experienciam muitas vezes frustração, exaustão e ansiedade, nomeadamente derivadas dos seus próprios problemas de saúde, dinâmicas familiares, situação socioeconómica e das necessidades dos restantes membros da família. Experienciam ainda frustração durante o processo de cuidar, as incertezas geradas pela situação de saúde e a realização das tarefas necessárias para dar resposta às necessidades do doente com IC. Os cuidadores informais revelam ainda ter sentimentos de desespero ao assistirem à deterioração da situação de saúde do cuidado, sentindo ainda stress devido ao sentimento de impotência perante a situação de IC grave. Assim, os cuidadores informais de doentes com insuficiência cardíaca são propensos em experienciar stress extremo e ansiedade que afetam a sua resiliência para a prestação de melhores cuidados; os cuidadores referem ainda experienciar depressão, falta de esperança, pessimismo, impotência, fadiga física e flutuações de humor. (Durante et al., 2022)

Estão identificadas como necessidades comuns para cuidadores informais a gestão da relação com diversas equipas de saúde, consultas, gestão terapêutica e impacto psicossocial na vida do cuidador, nomeadamente a ausência de contactos sociais (Price et al., 2020).

## Burnout do Cuidador Informal

Os cuidadores informais vêm-se muitas vezes como gestores dos cuidados e impulsionadores dos tratamentos, advogados de qualidade de vida dos doentes e profissionais da experiência de vida dos doentes com IC (Grant & Graven, 2019).

Muitas vezes, o papel de cuidador informal sobrepõe-se às necessidades da própria pessoa, tornando-se o cuidar o papel mais importante na vida do cuidador. Ao assumirem este papel, os cuidadores informais assumem que são os únicos capazes de desempenhar as suas tarefas, assumindo total responsabilidade da prestação de cuidados, despendendo mais tempo no cuidar ao invés de se preocuparem também com a sua própria situação de saúde e deles próprios. Para além da falta de tempo para si próprios, ainda se considera que os cuidadores informais encontram como dificuldades a falta de privacidade e dificuldade no desenvolvimento de uma nova identidade como cuidadores. É ainda reconhecido que a falta de recursos económicos se torna numa fonte de preocupação e causadora de stress, limitando a qualidade de cuidados que os cuidadores gostariam de prestar; esta dificuldade económica reduz ainda as possíveis atividades sociais e de lazer que os cuidadores informais poderiam realizar. (De Sola et al., 2023)

Um estudo realizado por Gérain & Zech (2021) diz-nos que a pressão de cuidar de um familiar tem aumentado entre os cuidadores informais. Diz-nos ainda que existem fortes indicadores de que o cuidador informal tem experienciado um forte impacto de burnout. Outra das preocupações do cuidador informal remete à garantia da excelência de cuidados ao doente com IC, para melhor controlo sintomático e ainda se a vida do mesmo será inadequadamente prolongada.

## Intervenções do EEER no Doente e no Cuidador Informal

Os enfermeiros especialistas estão mais capacitados a nível de conhecimentos, comparados aos enfermeiros generalistas, para cuidar de doentes com IC (Z. Wang et al., 2023).

O impacto que os enfermeiros especialista têm sobre a pessoa com IC é superior, comparativamente a outros profissionais de saúde, a nível da própria compreensão da situação de saúde e nas atividades de autocuidado (Anderson & Clemett, 2021).

Segundo Bernard et al. (2023), o enfermeiro deve ter a capacidade para educar para o cuidar, para a gestão de sinais e sintomas da patologia, gestão de terapêutica e da dieta, por exemplo através de brochuras, suporte através de plataformas digitais disponíveis online, apresentações ou outras aplicações disponíveis para smartphone/computador. Descreve ainda que o enfermeiro deve estar capacitado a fornecer apoio à díade paciente/cuidador informal, não havendo ainda consenso relativamente ao número de sessões a realizar, não sendo inferior a seis sessões entre o paciente com IC, o cuidador informal e a díade paciente/cuidador informal.

Olano-Lizarraga et al. (2022) dizem-nos que as relações sociais têm um impacto positivo na vida dos doentes com IC, revelando existir benefício em possuir um bom suporte social. Estas relações mostram benefício na prevenção de presença de depressões, diminuem o risco de hospitalização, diminuem a frequência de recorrência ao serviço de urgência e melhoram o autocuidado e a adesão ao regime terapêutico. Assim, devem ser sempre incluídos os amigos e a família no processo de cuidados, para que estes possam colaborar nos cuidados e adquirir conhecimentos sobre este mesmo processo.

A reabilitação cardiovascular é definida como um processo que envolve a implementação de intervenções direcionadas à pessoa pós-evento cardiovascular, com o intuito de desenvolver um cuidado científico e singular

para cada indivíduo, o que ressalta a importância da diligência de enfermagem com o cliente com IC. Com isso, a reabilitação compreende tanto o fisiopatológico, como o social, o psicológico e o espiritual de cada paciente com cardiopatia. A educação para a saúde é um instrumento fundamental para o processo de reabilitação do paciente com IC (Moreira Gomes et al., 2023).

Os enfermeiros devem referenciar os pacientes com IC pós-alta hospitalar para programas de reabilitação cardíaca, pois diversos estudos têm revelado existir benefício para os mesmos, incluindo a prática de exercício físico moderado a elevado, conforme tolerância do doente, para diminuir os efeitos do sedentarismo. Estudos comprovam que existe maior probabilidade de reinternamento hospitalar no espaço de 6 meses dos doentes que apenas realizam atividade física esporadicamente. A reabilitação cardíaca e o aumento da atividade física têm revelado benefícios reduzindo reinternamentos por IC descompensada. (Petitte et al., 2022)

A reabilitação cardíaca é parte integral e fundamental para a recuperação após um evento cardíaco, resultando na melhoria da capacidade física e melhoria funcional, reduzindo as readmissões hospitalares (Prasada et al., 2020).

Estudos comprovam que a reabilitação cardíaca tem maior adesão por parte dos pacientes ao ser desenvolvida por enfermeiros, mostrando também que estes têm maior taxa de finalização do programa de reabilitação, quando comparados com programas desenvolvidos por outros profissionais. Esta taxa deve-se à abordagem holística, centrada na pessoa e a possibilidade de adaptação individual (O'Toole et al., 2020).

O'Toole et al. (2020) dizem-nos ainda que um programa de reabilitação cardíaca desenvolvido por enfermeiros, com enfoque na educação para a saúde, adaptado às prioridades da pessoa e à sua condição clínica, mostra melhorias a nível da redução dos fatores de risco, alteração de

comportamentos e estilos de vida e também maior adesão ao regime terapêutico.

Segundo (Refaat Ahmed et al., 2022), a RC divide-se em três fases principais:

- Fase I – considerada a RC em fase aguda; tem início ainda na unidade de cuidados intensivos, pós evento agudo, consistindo numa avaliação clínica, aconselhamento nutricional, intervenções psicossociais, modificação dos fatores de risco e atividade física precoce, de forma a melhorar o autocuidado até à alta clínica. Esta é considerada a fase mais importante da reabilitação cardíaca, limitada apenas pelos fatores psicológicos, tais como medo da morte ou medo de realizar atividade física.
- Fase II – reabilitação cardíaca no domicílio; tem-se mostrado tão efetiva quanto a RC desenvolvida em unidades hospitalares e deve ser considerada quando os pacientes não têm possibilidade de se deslocar a unidades de saúde; esta fase consiste maioritariamente na prática de exercício físico, alteração dos fatores de risco e educação para a saúde.
- Fase III – reabilitação cardíaca na comunidade; tem como principal objetivo a manutenção da prática de exercício físico para além da fase subaguda, minimizando os riscos de um novo evento coronário; os pacientes, de forma autónoma, mantêm hábitos que reduzam riscos e mantêm prática de exercício físico regular; desta forma, a fase III da reabilitação cardíaca tem demonstrado diversos benefícios em reduzir a incidência de eventos cardíacos, melhorando ainda a capacidade aeróbia dos pacientes, bem como melhorar os indicadores hemodinâmicos e as funções musculares durante o período de reabilitação.

Como forma de diminuir o isolamento social do cuidador informal e como forma de prevenção do stress e burnout, podem ser organizadas redes

de comunicação, como eventos em comunidade, de cuidadores informais, permitindo-lhes ainda a partilha de experiências e aquisição de novos conhecimentos. Atividades de reconforto próprio e conexão com uma comunidade mostraram ter efeitos benéficos para o aumento da resiliência dos cuidadores informais. (Durante et al., 2022)

É ainda de maior importância manter o estado físico, de saúde, emocional, social e económico do cuidador informal (Grant & Graven, 2019).

Um estudo realizado por Coelho Rodrigues Dixe & Fernandes Querido (2020) diznos que os enfermeiros necessitam de investir a nível da educação e treino dos cuidadores informais para que estes sejam capazes de cuidar dos seus familiares de forma a prevenir a sobrecarga dos mesmos e garantir a qualidade dos cuidados.

A preparação dos cuidadores informais deve ser realizada ao longo dos períodos de internamento em unidades hospitalares, de forma a garantir que estes adquiram o conhecimento necessário para cuidarem da pessoa que necessita de ajuda a nível do autocuidado, mas também para que seja possível existir uma supervisão e acompanhamento por parte dos enfermeiros (Coelho Rodrigues Dixe & Fernandes Querido, 2020).

Os enfermeiros têm, assim, um papel fundamental a preparar e munir os cuidadores informais com recursos que os permitem gerir a informação, o seu estado emocional e psicológico, bem como as suas necessidades sociais (T. Wang et al., 2021).

A intervenção dos enfermeiros sobre o doente com IC a nível de educação para a saúde e formação tem mostrado bons resultados na melhoria dos resultados em saúde e na redução da readmissão hospitalar. Os enfermeiros têm um papel essencial na capacitação do doente com IC, devendo incentivá-los ao seu autocuidado, incluindo a adesão ao regime terapêutico, dieta pobre em sódio, prática de exercício físico, monitorização dos sintomas de IC. (Petitte et al., 2022)

## Teoria de Sistemas – Dorothea Orem

Segundo Moreira Gomes et al. (2023), a Teoria do Autocuidado de Orem implica no desempenho de ações ou prática de atividades que visem o bem-estar do indivíduo.

A Teoria de Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem pressupõe que o cuidar é uma ação humana, pois estas ações formam sistemas desenvolvidos por enfermeiros através do exercício da sua prática enquanto trabalham com indivíduos com limitações a nível do autocuidado. (Tomey & Alligood, 2002)

A Teoria de Sistemas de Enfermagem enquadra sete pressupostos integrantes da Teoria do Déficit do Autocuidado, acrescentando-lhes as capacidades do enfermeiro (agentes de enfermagem) e os sistemas de enfermagem, as suas ações. (Smith, 2019)

Tem como foco central os resultados de enfermagem, estabelecendo as bases para a prática de enfermagem, bem como o papel do enfermeiro. (Smith, 2020)

As ações e agentes de enfermagem estão relacionados com o conceito da pessoa com déficit de autocuidado. (Smith, 2020)

De acordo com Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, planear o processo de enfermagem e posteriormente intervir. (Tomey & Alligood, 2002)

Orem pressupõe que os sistemas de saúde são determinados pelo déficit de autocuidado do indivíduo.

Assim, os sistemas de enfermagem são diferenciados pelos cuidados a prestar pelos enfermeiros. (Smith, 2020)

Como descrito por Tomey & Alligood (2002), completados por Smith (2020), são identificados três tipos de Sistemas na prática de enfermagem:

1. Sistema totalmente compensatório – quando o enfermeiro substitui o indivíduo no seu autocuidado – por exemplo numa

situação de internamento em cuidados intensivos/críticos, que se encontrem inconscientes.

2. Sistema parcialmente compensatório – quando os indivíduos necessitam dos enfermeiros apenas para os ajudar a realizar aquilo que não conseguem fazer de forma autónoma – como um indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação
3. Sistema Educacional – quando os indivíduos conseguem realizar o seu autocuidado, no entanto precisam que o enfermeiro supervisione e ensine enquanto o realizam. O sistema educacional é também de elevada importância para os cuidadores informais – como indivíduos que necessitam de receber ensinamentos de enfermagem.

Orem define agente como “pessoa que encontra necessidade de receber cuidados ou que tem a capacidade de prestar esses cuidados”. (Orem, 2001)

Os agentes de enfermagem e os sistemas de enfermagem encontram-se interligados com os conceitos de pessoa que carece de cuidados, procura de autocuidado e o deficit de autocuidado, tornando a teoria aplicável na prática de enfermagem. Assim, Orem pressupõe que os sistemas de enfermagem são determinados pelas limitações do indivíduo relativamente ao seu autocuidado, ou seja as sua capacitação em relação com ao autocuidado relacionado com a saúde. (Smith, 2020)

Assim, Orem identifica cinco métodos que os enfermeiros utilizam na sua prática, de forma isolada ou relacionando-os: agir pelo indivíduo, orientá-lo e direcioná-lo, fornecer apoio físico e/ou psicológico, providenciar e manter um ambiente que apoie o seu desenvolvimento pessoal e ensinar o indivíduo. (Tomey & Alligood, 2002)

Concluindo, de acordo com Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite o diagnóstico das necessidades de enfermagem, o

planeamento das intervenções e a aplicação dessas mesmas intervenções, cumprindo, assim, cumprir os critérios: identificação das necessidades do autocuidado, identificação das aptidões para a realização do autocuidado, identificar os agentes terapêuticos, mobilização dos agentes de enfermagem e o planeamento da assistência dos sistemas de enfermagem. (Tomey & Alligood, 2002)

### Orem e Enfermagem de Reabilitação

A utilidade dos múltiplos níveis de capacidade de autocuidado dos utentes concebidos por Orem é reconhecido pelos enfermeiros de reabilitação, considerando sempre as suas contribuições para a educação do utente.

A teoria do autocuidado na enfermagem de reabilitação aplica-se tendo sempre como objeto principal a avaliação de cada categoria do autocuidado. (Hoeman, 2011) Segundo Hoeman (2011), os três sistemas de enfermagem de Orem aplicam-se em simultâneo à mesma pessoa, considerando que esta pode ser dependente em certas áreas do autocuidado, estando simultaneamente responsável por auto-direcionar esses mesmos cuidados.

O processo de enfermagem é considerado dinâmico, sendo necessário considerar que também os sistemas de enfermagem são dinâmicos.

O modelo de Orem é amplamente utilizado pelos enfermeiros de reabilitação através da avaliação do estado funcional do utente, tendo em conta as classificações de “completamente compensatório”, “parcialmente compensatório” ou como “com necessidade de apoio educacional”, de forma a orientar e planear as intervenções de enfermagem. (Hoeman, 2011)

A nível da comunidade também pode ser aplicado o modelo de Dorothea Orem, sendo utilizado para avaliar a capacidade de um utente para viver de forma independente, avaliando o nível de cuidados e serviços que este irá necessitar e também para monitorizar os seus progressos. (Hoeman, 2011)

Orem também defende a importância da continuidade de cuidados de enfermagem, devendo ser mantidos os contactos e as interações de enfermagem, especialmente quando falamos de doentes crónicos. (Smith, 2020)

Segundo a (OE, 2011), os cuidados de enfermagem de reabilitação “têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades.” A OE (2011) refere ainda que os cuidados de enfermagem de reabilitação são dirigidos ao indivíduo em todas as fases do seu ciclo de vida, com o objetivo de promover o seu projeto de saúde, tendo em vista a prevenção dos riscos de alteração da funcionalidade, que possam limitar a sua atividade ou incapacitá-los, a promoção dos processos de readaptação (quando existem essas mesmas alterações de funcionalidade) e a promoção da capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiências.

Num dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE (2012), é salientada a importância do papel do enfermeiro para maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar/complementar as atividades de vida nas quais o mesmo se encontra dependente. Neste processo, estão destacados como elementos importantes a identificação rápida dos problemas do cliente (considerando as capacidades do enfermeiro, como o conhecimento, a sua preparação para a prescrição, implementação e avaliação de intervenções que contribuam para o aumento do bem-estar e a suplementação/complementação das atividades de vida nas quais o cliente se encontra dependente), a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas encontrados, o rigor técnico/científico na implementação dessas mesmas intervenções, a referenciação das situações identificadas para outros profissionais de saúde que estejam envolvidos em todo o processo de cuidados, a supervisão das atividades que advém das

intervenções de enfermagem e que tenham sido delegadas, bem como a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que sejam tomadas, os atos praticados e pelos atos que possa ter delegado.

Ainda nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2012), está definida a readaptação funcional, considerando que o enfermeiro, em conjunto com o cliente, deve desenvolver processos de adaptação aos problemas de saúde, tendo atenção à continuidade do processo de cuidados, planejando a alta do cliente internado, avaliando as suas necessidades futuras, aproveitando ao máximo os recursos disponíveis na comunidade; deve ainda otimizar as capacidades do cliente e ensiná-lo, instruí-lo e treiná-lo para que exista uma adaptação funcional completa.

Assim, a teoria do autocuidado de Orem constitui uma ferramenta importante para que os enfermeiros e principalmente os enfermeiros especialistas de reabilitação consigam promover a recuperação e limitação de sequelas dos utentes, preservando o máximo potencial e melhorando a sua independência funcional, tornando-os capazes de colocar em prática os conhecimentos adquiridos acerca do utente, a forma como estes se relacionam com o mundo, colmatando os seus deficits de autocuidado, seja em meio hospitalar até ao contexto domiciliário (Lista et al., 2017).

## Planeamento de Objetivos e Atividades

Durante o planeamento do Projeto para aplicar em contexto dos Ensinos Clínicos/Estágios, revelou-se ser necessário o estabelecimento de objetivos a alcançar durante o decurso dos mesmos. Assim foi necessário recorrer aos três eixos de competências: comuns dos enfermeiros especialistas, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências diretamente relacionadas com o tema em estudo no presente projeto.

Para além da definição de objetivos, foi também necessário delinear quais as atividades a realizar e os recursos necessários para a implementação das mesmas. (Anexo I)

O enfermeiro especialista deve possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam para poderem atuar em todos os contextos de vida das pessoas e perante os diversos níveis de preparação. Neste sentido, foram regulamentadas competências comuns e específicas que visam promover um enquadramento regulador dessas mesmas competências de forma a comunicar aos cidadãos aquilo que será expectável dos cuidados de enfermagem especializados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Assim, encontra-se definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019), que competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. Competências Específicas encontram-se definidas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Neste sentido, seleccionei, de entre o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, o domínio A, sendo o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, comprometendo-me a desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão de enfermagem, procurando sistematicamente o exercício da melhor prática, tendo em conta as preferências do cliente e respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; no domínio B, o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, seleccionei como objetivo a unidade de competência

B3, comprometendo-me a garantir um ambiente terapêutico e seguro ao longo de todos os estágios a realizar; no domínio C, Domínio da gestão dos cuidados, selecionei como objetivo a unidade de competência C2, comprometendo-me a adaptar a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; no domínio D, sendo o Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, selecionei como objetivo a unidade de competência D2, assumindo o compromisso de basear a minha práxis clínica especializada em evidência científica.

No âmbito das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), no Regulamento n.º393/2019, selecionei as competências J1, cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo da sua vida, assumindo o compromisso de identificar as necessidades de intervenção especializada de enfermagem de reabilitação e concebendo, implantando e avaliando planos e programas especializados, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade; J2, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, comprometendo-me a elaborar e implementar programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e de qualidade de vida; J3, sendo “Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, comprometendo-me a desenvolver atividades que maximizem as suas capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho cardíaco e respiratório. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

## Conclusão

A IC é uma patologia de grande incidência e prevalência em Portugal, sendo que todos os estudos apontam que estas venham a aumentar devido ao envelhecimento da população e melhoria dos cuidados de saúde, pelo que se

torna essencial capacitar a população, doentes e cuidadores para a gerir, sendo que, nos dias de hoje, ainda domina a iliteracia em saúde entre a população portuguesa.

Neste sentido, é essencial a intervenção do EEER em capacitar os doentes e cuidadores informais para esta mesma gestão, mas também desenvolver conhecimento científico na mesma área, sendo que denoto ausência de literatura científica atual no que diz respeito à capacitação do cuidador informal para a gestão da IC.

Durante o percurso formativo é essencial o desenvolvimento de competências em contexto de prática clínica, sendo neste percurso académico o desenvolvimento dessas mesmas competências realizado em contexto de estágio em unidades de saúde.

No final deste percurso espero alcançar todos os objetivos aos quais me propus para que dessa forma consiga obter o grau de mestre academicamente e ver-me concedido o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, para que dessa forma consiga exercer a minha prática tendo sempre presentes todas as competências comuns e específicas da especialidade de reabilitação.

## Referências Bibliográficas

Anderson, D. A., & Clemett, V. (2021). What impact do specialist and advanced-level nurses have on people living with heart failure compared to physician-led care? A literature review. *Journal of Research in Nursing, 26*(3), 229–249.

Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, Diário da República n.º 171/2019, Série I 3 (2019).

Bernard, T. L., Hetland, B., Schmaderer, M., Zolty, R., & Pozehl, B. (2023). Nurse-led heart failure educational interventions for patient and informal caregiver dyads: An integrative review. *Heart & Lung, 59*, 44–51.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.01.014>

- Coelho Rodrigues Dixe, M. dos A., & Fernandes Querido, A. I. (2020). Informal caregiver of dependent person in self-care: burden-related factors. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- De Sola, H., Failde, I., Estalella, I., & Maquibar, A. (2023). Becoming a secondary actor of one's own life: A qualitative study of the experiences of informal caregivers in the care of people with chronic pain. *Health Expectations*, 26(1), 409–418. <https://doi.org/10.1111/hex.13671>
- Dolgin, M. (1994). *Association NYH, Fox AC, Gorlin R, Levin RI, New York Heart Association. Criteria Committee. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. Boston, MA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Dos Enfermeiros, O. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Lisboa: OE*, 4.
- Dos Enfermeiros, O., & de Enfermagem, C. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Durante, A., Ahtisham, Y., Cuoco, A., Boyne, J., Brawner, B., Juarez-Vela, R., & Vellone, E. (2022). Informal caregivers of people with heart failure and resilience: A convergent mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 264–275. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15078>
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>
- Gérain, P., & Zech, E. (2021). Do informal caregivers experience more burnout? A metaanalytic study. *Psychology, Health & Medicine*, 26(2), 145–161. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1803372>

Gouveia, M. R. de A., Ascensão, R. M. S. e S., Fiorentino, F., Costa, J. N. M. P. G. da, BroeiroGonçalves, P. M., Fonseca, M. C. F. G. da, & Borges, M. de F. P. F. (2020). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(1), 3-11.

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.09.006>

Grant, J. S., & Graven, L. J. (2019). High priority problems experienced by informal caregivers of individuals with heart failure. *Home Health Care Management & Practice*, 31(2), 75-82.

Halfiah, Marlina, & Husna, C. (2022). Relationship between NYHA degrees and Self-efficacy with Quality of Life in Heart Failure Patients: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Education*, 14(4), 38-43.

<https://doi.org/10.37506/ijone.v14i4.18680>

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W.

(2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(18), e895-e1032.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>

HOEMAN, S. P., & de Reabilitação, E. (2011). Prevenção, intervenção e Resultados esperados.

*Loures: Lusodidata-Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.*

Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6(2), 13-16.

Moreira Gomes, I., de Moraes Bezerra, A., Araujo Lopes, C., Vieira Silva, K., Cavalcante dos

Santos, K., & Mendes de Paula Pessoa, V. L. (2023). ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA

ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ALTA HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA. *Enfermagem Atual in Derme*, 97(1), 1–16. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1411>

Norhammar, A., Bodegard, J., Vanderheyden, M., Tangri, N., Karasik, A., Maggioni, A. Pietro,

Sveen, K. A., Taveira-Gomes, T., Botana, M., Hunziker, L., Thuresson, M., Banerjee, A.,

Sundström, J., & Bollmann, A. (2023). Prevalence, outcomes and costs of a contemporary, multinational population with heart failure. *Heart*, 109(7), 548. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2022-321702>

Olano-Lizarraga, M., Wallström, S., Martín-Martín, J., & Wolf, A. (2022). Causes, experiences and consequences of the impact of chronic heart failure on the person's social dimension: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30(4), e842–e858.

Ordem dos Enfermeiros. (2015, January 24). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia Do Colégio Da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.

Regulamento n.º140/2019, Diário da República n.º26/2019, Série II 4744 (2019).

Regulamento n.º392/2019, Diário da República n.º85/2019, Série II 13565 (2019).

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. Mosby, St Louis MO.

O'Toole, K., Chamberlain, D., & Giles, T. (2020). Exploration of a nurse practitioner-led phase two cardiac rehabilitation programme on attendance and

- compliance. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(5/6), 785–793.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15133>
- Petitte, T. M., Li, J., Fang, W., Shafique, S., & Piamjariyakul, U. (2022). Modifiable Risk Factors Associated With Heart Failure Readmissions: 1-Year Follow-up. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18(2), 205–211.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.09.018>
- Prasada, S., Rambarat, C., Winchester, D., & Park, K. (2020). Implementation and Impact of Home-Based Cardiac Rehabilitation in a Veterans Affairs Medical Center. *Military Medicine*, 185(5/6), e859–e863. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz366>
- Price, M. L., Surr, C. A., Gough, B., & Ashley, L. (2020). Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: a scoping literature review. *Psychology & Health*, 35(1), 36–69.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626125>
- Refaat Ahmed, F., Gamil Abdelhamid, R., Hamdi El-Soussi, A., Eid AbuRuz, M., Arsyed Subu, M., Maria Dias, J., & Ibrahim Sanhoury, M. (2022). Barriers to cardiac rehabilitation physical activities practices: An observational descriptive study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 16, 100429.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100429>
- Smith, M. C. (2019). *Nursing theories and nursing practice*. FA Davis.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). Significance of theory for nursing as a discipline and profession. *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby, St. Louis, Missouri, United States of America.
- Wang, T., Mazanec, S. R., & Voss, J. G. (2021). Needs of Informal Caregivers of Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 48(1), 11–29. <https://doi.org/10.1188/21.ONF.11-29>

Wang, Z., Walsh, S., Tocchi, C., Zhang, Y., & Chyun, D. (2023). Nurses' knowledge of heart failure assessment and management: A cross-sectional survey. *Heart & Lung, 58*, 82–90.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.11.008>

## Apêndices

		2ºSemestre/Estágio de ER em contexto OrtoTraumatológico, Reumatológico e na Comunidade			3º Semestre/Estágio co Relatório			
Objetivos	Atividades	Orto Traumatológico	Reumat.	Comunidade	CR	Neur	UMDR	
A1.1 - Desenvolver uma prática profissional ética e legal, demonstrando uma tomada de decisão segundo princípios,	Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional dos locais de estágio -> <b>Ler normas em vigor do local de estágio</b>	x	x	x	x	x	x	

valores e normas deontológicas	Utilizar a experiência e o conhecimento para suportar as decisões tomadas -> <b>Utilizar literatura atualizada de forma sustentada</b>	x	x	x	x	x	x	
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

## Apêndice I

	Participar na tomada de decisão em conjunto com a equipa do local de estágio	x	x	x	x	x	x
B3.1 – Garantir um ambiente terapêutico seguro, promovendo e protegendo o indivíduo/cuidador informal	Identificar fatores de risco que comprometam o bem-estar da pessoa e do seu cuidador, envolvendo-os no processo de prevenção	x	x	x	x	x	x
	Registar todas as intervenções implementadas em contexto de estágio ou trabalhos, garantindo sempre a proteção de dados e sigilo profissional	x	x	x	x	x	x

Fomentar a identificação de recursos na comunidade de	x	x	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---

	forma a garantir a continuidade de cuidados						
	Utilizar e ensinar ao cuidador princípios da ergonomia x corporal de forma a a garantir e segurança de prevenção de danos		x	x	x	x	x
C2.2 - Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto de estágio, visando a garantia de	Reconhecer os papéis interdependen tes e funções de todos os membros integrantes da equipa multidisciplinar do local de estágio	x	x	x	x	x	x

cuidados, adaptando o estilo de liderança, adequando- o ao clima de organização e	Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática profissional	x	x	x	x	x	x
--	---	---	---	---	---	---	---

favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos	Aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado recorrendo ao reforço positivo	x	x	x	x	x	x
D2.2 – Basear a minha práxis clínica especializada em evidência científica, suportando a minha prática em evidência científica atual	Atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto de prática em estágio, visando ganhos em saúde dos cidadãos, através da pesquisa e divulgação de informações pertinentes	x	x	x	x	x	x

	acerca do cuidador informal						
	Identificar lacunas do conhecimento	x	x	x	x	x	x

	<p>e oportunidades relevantes de investigação em contexto de estágio acerca de intervenções para a capacitação do cuidador informal</p>						
	<p>Interpretar, organizar e divulgar resultados de evidência científica perante a equipa do local de estágio acerca do cuidador informal</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>

<p>J1.1 - Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, avaliando a funcionalidad</p>	<p>Recolher informações pertinentes e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliação das funções</p>			x	x		x
---	--	--	--	---	---	--	---

<p>e e diagnosticand o alterações que determinam limitações da</p>	<p>cardíaca e respiratória - <b>Aplicação da Escala de Borg Modificada</b></p>						
<p>atividade e incapacidade s</p>	<p>Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realização das atividades de vida diárias, como a <b>aplicação da MIF</b></p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>

<p>Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível cardíaco e respiratório para a realização das AVD -</p> <p><b>Levantamento de Diagnósticos de Enfermagem</b></p>			x	x		
---	--	--	---	---	--	--

J2.1 – Capacitar a pessoa com limitação da atividade para a reinserção e exercícios da cidadania, elaborando e implementando programas de treino de AVD, tendo em vista a maximização da autonomia e qualidade de vida	Ensinar ao cuidador técnicas de autocuidado	x	x	x	x	x	x
	Realizar treino de autocuidado à pessoa com alteração a nível da eliminação			x		x	
	Realizar treino de autocuidado, com recurso a dispositivos de apoio à pessoa com alteração motora em contexto ortotraumático, reumatológico e neurológico	x	x			x	

J3.1	-	Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas e tecnologias a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e	x	x	x	x	x	x
Maximizar a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da pessoa, concebendo e implantando								

programas de treino cardíaco e respiratório	respiratório, tendo em conta os objetivos da pessoa						
	Conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões, reabilitação, capacitação e autogestão	x	x	x	x	x	x
	Demonstrar conhecimento com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora	x	x	x	x	x	x

Desenvolver estratégias para capacitação do cuidado r	Elaboração de tabelas de fácil interpretação para gestão de terapêutica	x	x	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---

informal para gestão da IC	Informar, validar e esclarecer dúvidas do cuidador informal relativamente à IC através de <b>sessões de Educação para a Saúde</b>			x	x		
	Prevenir complicações de Burnout no cuidador informal, capacitando-o de estratégias de Coping	x	x	x	x	x	x

<p>Capacitar o cuidador informal para a ergonomia corporal, ensinando estratégias de levante e mobilização para gestão do esforço do doente</p>			x	x		
---	--	--	---	---	--	--



Desenvolver estratégias de capacitação do doente com IC	Ensinar, treinar e avaliar métodos de gestão de esforço			x	x		x
	Ensinar, treinar e avaliar técnicas de melhoria da capacidade aeróbica - <b>recorrer ao Six-Minute Walk Test</b>			x	x		x
	Incentivar a adesão ao regime terapêutico e regime dietético prevenindo complicações da IC - realizar sessões de Educação para a Saúde			x	x		x

Scoping Review	x	x	x	x	x	x
Relatório de Estágio	x	x	x	x	x	x

## **Apêndice II – 1º Jornal de Aprendizagem**

No início do presente estágio, UC integrante do 1ºCMER, a decorrer numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrante de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa, entre o período compreendido em 15 de maio de 2023 e 9 de junho de 2023, estabeleci como principal prioridade o contacto com o cuidador informal/formal dos utentes acompanhados pela mesma unidade de saúde, estando integrado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Uma ECCI é parte integrante da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situações de dependência, na sequência de episódios de doença aguda ou necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica. “Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua reabilitação, autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar” (ISS, 2011).

A ECCI tem como principais destinatários as pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, com critérios de referenciação de limitação funcional grave, que reúnam condições domiciliárias que permitam a prestação de cuidados continuados integrados (ISS, 2011).

Nos primeiros dias desta unidade curricular foi possível estabelecer esse mesmo contacto, conforme previsto, em diversos contextos, nomeadamente ortotraumático e cardiorrespiratório. Este contacto permitiu-me ter perceção das diferentes formas de enfrentamento dos cuidadores perante diferentes processos de saúde-doença e diversas atitudes perante a pessoa cuidada, bem como o interesse pelas mesmas e pelos seus problemas.

Numa das visitas domiciliárias para prestação de cuidados de reabilitação física e motora a uma utente, intervencionada cirurgicamente para colocação de prótese total da anca à esquerda (artroplastia total da anca esquerda), em contexto de osteoartrose da coxa, tendo ainda, como diagnóstico secundário, síndrome demencial, a mesma teria contratada uma cuidadora formal, que teria como funções principais a prestação de cuidados diretos à utente, como ajuda na alimentação, prestação de cuidados de higiene e supervisão nas restantes atividades de autocuidado. Esta cuidadora, parte integrante da prestação de cuidados, revelou-se um obstáculo à implementação e execução do programa individual de reabilitação, intervindo constantemente de forma considerada inconveniente, limitando a comunicação com a doente e, não cumprindo o programa solicitado para realizar na ausência da equipa prestadora de cuidados de enfermagem de reabilitação da ECCI da UCC, bem como interferia de forma prejudicial a nível da gestão terapêutica.

O cuidar de uma pessoa com demência representa um desafio devido à complexidade e rápida evolução da sintomatologia da doença, tendo como início pequenas alterações a nível do dia-a-dia (como por exemplo perdas de memória) que evoluem para sintomas que comprometem as atividades diárias da pessoa com demência. Estas evoluções representam um verdadeiro desafio para os cuidadores informais pois estes necessitam de se adaptar às diferentes fases da doença e também pelas flutuações de sintomas ao longo de um só dia (Gérain et al., 2023).

Osteoartrose pode ser definida como uma doença degenerativa crónica que resulta na perda progressiva de funcionalidade, dor e rigidez articular, sendo

considerada que a sua incidência aumenta com a idade. Apesar de não colocar em risco a vida, tem um tratamento complexo, requerendo uma gestão de sintomas rigorosa. A osteoartrose pode levar a limitação das atividades diárias e aumenta também o risco de queda dos utentes (Chang et al., 2023).

A artroplastia é realizada com a finalidade de eliminar a dor provocada pela osteoartrose, melhorar a capacidade de realização de atividades de autocuidado e, assim, obter melhor qualidade de vida para os utentes (Kataoka et al., 2020).

Durante as visitas domiciliárias à referida utente, foram realizadas diversas tentativas de capacitação da cuidadora formal para que fosse possível torná-la na maior parceira de cuidados do programa de reabilitação instituído, algo que esta rejeitou de forma implícita ao não colaborar com o mesmo e limitando as ações da utente. Este programa consistia na realização de treino de marcha com dispositivo auxiliar de marcha (andarilho), treino de subir e descer escadas e treino de equilíbrio dinâmico no exterior aquando das visitas domiciliárias. Estaria preconizada a realização de exercícios de fortalecimento muscular e marcha com apoio de andarilho sempre que fosse necessária a deslocação da utente entre as diversas divisões do domicílio, com apoio e supervisão da cuidadora.

Na ausência da equipa de cuidados da ECCL, a cuidadora retirava o andarilho à utente, de forma a impossibilitar a sua deambulação, para que não fosse necessária uma supervisão constante da mesma. Perante esta atitude da cuidadora, é expectável a identificação do aumento do risco de queda da utente, bem como a negligência de cuidados.

A utente, visto não ter disponível o auxiliar de marcha, levantava-se e deambulava sem o mesmo, referindo a cuidadora: “quando dou por ela, já está ao meu lado sem dar conta” (SIC). Desta forma, foi possível intervir na capacitação da cuidadora, explicando a pertinência da presença do andarilho junto da utente, para que esta conseguisse criar memória de utilização do

mesmo, considerando que a utente se encontra num processo demencial avançado, e, desta forma, reduzindo o risco de queda e, simultaneamente, desenvolve-se a força muscular necessária para a sua reabilitação.

A cuidadora consistia, ainda, uma parceira de cuidados a nível da gestão de terapêutica, nomeadamente terapêutica analgésica, essencial à execução do programa de reabilitação. Neste âmbito, também não cumpria regularmente a administração de terapêutica analgésica antes das visitas domiciliárias, conforme solicitado pela equipa da ECCL.

Neste sentido, foram procuradas estratégias para que fosse possível tornar esta cuidadora uma parceira de cuidados de excelência. Foi necessário recorrer ao reforço positivo das capacidades da mesma e, capacitando-a, empoderá-la de forma implícita, fomentando nela o sentimento de poder, considerando que a mesma continuamente salientava o quão bem cuidava da utente em questão. Desta forma foi possível modificar alguns dos seus comportamentos, considerados por nós erráticos, e conseguir que a mesma colaborasse no programa de reabilitação.

Durante este processo, simultaneamente, foram acompanhados outros utentes, com cuidadores formais e informais, sendo possível presenciar diversos universos distintos daquilo que um cuidador pode ser, revelando-se, na maioria das vezes, um parceiro de cuidados de excelência, facilitando e acelerando o processo de recuperação e reabilitação dos utentes acompanhados pela ECCL. Neste sentido, pude contactar com uma cuidadora de um utente de 72 anos, também submetido a artroplastia total da anca esquerda, acompanhado pela equipa de ECCL tendo com principal objetivo a reabilitação a nível da marcha. Este utente teria um programa de reabilitação pré-estabelecido semelhante à utente previamente descrita, consistindo em marcha no exterior com apoio de dispositivos auxiliares de marcha (inicialmente com andarilho, tendo progredido posteriormente para a utilização de canadianas), treino de subir/descer escadas com apoio de dispositivos auxiliares de marcha (canadianas) bilateralmente e

posteriormente unilateralmente com apoio de corrimão e, ainda, exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores e exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico. Este utente tinha também uma cuidadora, sendo esta uma cuidadora formal, responsável pelo auxílio na realização de atividades de autocuidado, bem como a nível de gestão de regime terapêutico.

Esta cuidadora formal revelou-se verdadeiramente uma parceira de cuidados de excelência, cumprindo todas as recomendações e indicações da equipa da ECCI, facilitando o processo de reabilitação.

Durante o contacto em simultâneo com estas duas situações pude experienciar duas das realidades do papel que um cuidador formal ou informal pode desempenhar durante um processo de reabilitação, sendo essa uma das minhas áreas de interesse.

Estas situações permitiram que desenvolvesse as capacidades necessárias para gerir a situação de saúde dos utentes, mas que também ocorresse o desenvolvimento de estratégias necessárias para que pudesse negociar e contratualizar objetivos e metas com estes cuidadores de forma que pudessem contribuir da melhor forma possível para o processo de reabilitação dos utentes a seu cargo durante os períodos em que não seria possível a vigilância e supervisão da equipa onde estive integrado.

Pude ainda experienciar por momentos sentimentos de impotência por não conseguir alterar hábitos e rotinas pré-instaladas pelos cuidadores da forma desejada levando-me a refletir sobre a melhor forma de os tornar melhores parceiros de cuidados, mesmo que estes não tivessem a mesma perceção.

Considero que ambos os contactos me permitiram desenvolver inúmeras competências para que conseguisse desenvolver as competências necessárias para me tornar um enfermeiro especialista de excelência, mais concretamente enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, capaz de analisar e intervir sobre situações de difícil controlo, tendo sempre em vista a execução de um correto programa de reabilitação, melhorando a

funcionalidade e qualidade de vida dos utentes com os quais tiver contacto, independentemente da forma de atuar dos diversos parceiros de cuidados.

## Referências Bibliográficas

- Chang, W.-Y., Choi, S., Yoo, S. J., Lee, J., & Lim, C. (2023). Factors Associated with Osteoarthritis and Their Influence on Health-Related Quality of Life in Older Adults with Osteoarthritis: A Study Based on the 2020 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph20126073>
- Gérain, P., Wawrziczny, E., & Antoine, P. (2023). A scoping review of intensive longitudinal methods in informal caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 23(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04123-6>
- ISS, I. P. (2011). Guia Prático-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. N°37-V4, 12, 27.
- Kataoka, T., Oshima, Y., Iizawa, N., Majima, T., & Takai, S. (2020). Influence of Total Knee Arthroplasty on Hip Rotational Range of Motion. *Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku Zasshi*, 87(4), 191–196. [https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2020\\_87-401](https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2020_87-401)

## **Apêndice III – 2º Jornal de Aprendizagem**

Durante o estágio a realizar em contexto hospitalar num serviço de ortopedia integrado num centro hospitalar na região de Lisboa, tive oportunidade de presenciar diversos momentos de aprendizagem sobre os quais pude refletir acerca do desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do grau de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

No sentido de atingir os objetivos propostos no planeamento da presente unidade curricular, escolhi uma situação clínica sobre a qual senti necessidade de refletir pois considero que a mesma foi crucial no meu percurso de aprendizagem durante o estágio realizado.

No decorrer do estágio deparei-me com um jovem de 21 anos, evacuado da GuinéBissau, militar, com diagnóstico de artrite infecciosa grave, com deterioração dos tecidos moles e extensão ao membro inferior esquerdo. Inicialmente estaria planeado o tratamento com anti-inflamatórios não esteroides e, caso não se obtivesse sucesso no tratamento, seria realizado um procedimento cirúrgico com a finalidade de remover os tecidos danificados e a colocação de uma prótese total do joelho esquerdo. Após a realização do procedimento, apesar da terapêutica antibiótica instituída, resultou uma infeção da prótese, com extensão à extremidade do membro, pelo que foi necessário proceder à amputação transfemural do membro inferior esquerdo.

Após a primeira artroplastia total do joelho esquerdo, foi o momento no qual contactei pela primeira vez com o respetivo utente, dando início ao

planeamento, implementação e avaliação do programa de reabilitação, que consistia inicialmente em mobilizações passivas do membro no leito, tendo em vista a mobilização da articulação, de forma a prevenir complicações do procedimento, tais como a formação de aderências, limitadoras da amplitude articular desejada, exercícios de fortalecimento muscular do membro inferior não operado e membros superiores, de forma a facilitar o levante, transferências entre planos e, numa fase posterior, a marcha com auxílio de dispositivos auxiliares de marcha, sendo inicialmente utilizado o andarilho, seguido de treino de marcha com canadianas. Estaria planeado, após a realização de treino de marcha com canadianas, iniciar treino de subir e descer escadas com apoio bilateral de canadianas e unilateral com apoio de corrimão.

Cinco dias após a intervenção, tendo já realizado treino de marcha com apoio bilateral de canadianas, o utente iniciou o quadro infeccioso acima descrito, impossibilitando a aplicação do programa de reabilitação previamente definido. Esta intercorrência promoveu a minha capacidade de adaptação à situação clínica, tendo sido possível efetuar uma adaptação do programa de reabilitação à nova situação clínica do referido utente. Assim, o programa implementado passou a consistir em exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e membro inferior direito, tendo em vista a prevenção de diminuição de força muscular e amplitudes articulares, bem como exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a promover a capacidade aeróbica.

Posteriormente, o utente foi intervencionado cirurgicamente, tendo em vista a amputação transfemural, surgindo a necessidade de uma nova adaptação do programa de reabilitação instituído. Nesta nova fase, no pós-operatório imediato, foi mantido o programa previamente instituído até existir indicação médica para que o doente pudesse realizar levante para cadeirão e cadeira de rodas. Após essa indicação, deu-se continuidade ao programa de reabilitação, dando nova ênfase ao treino de marcha com andarilho e,

posteriormente, com canadianas. Nesta fase, mostrou-se essencial o treino de força dos membros superiores, tendo facilitado o processo de transferência entre planos e possibilitando ao utente a deslocação em cadeira de rodas, promovendo a sua autonomia.

Em cooperação com a equipa multidisciplinar de enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e fisioterapeutas, foi realizada a modelação do coto cirúrgico com o objetivo de adaptar uma prótese, possibilitando-lhe uma marcha autónoma sem apoio de dispositivos auxiliares de marcha e promovendo o autocuidado, bem como a melhoria da autoimagem e promoção da autonomia e consecutivamente do seu bem-estar. Foi oferecida a possibilidade de o utente visitar o ginásio da instituição, onde observou outros utentes com um quadro clínico semelhante ao seu e onde lhe foram demonstradas quais as próteses disponíveis para que este pudesse escolher a que mais se adequaria à sua fisionomia e finalidade da mesma.

Segundo (Lathouwers et al., 2023) a colocação de próteses permite que os utentes consigam recuperar a capacidade de deambulação de forma autónoma, melhorando significativamente a sua qualidade de vida.

Atualmente existe uma vasta gama de próteses disponíveis no mercado, de forma a que estas se adaptem de forma personalizada a cada fase de marcha do utente, oferecendo maior estabilidade, melhorando significativamente a segurança, reduzindo por sua vez o risco de queda. O tipo de prótese escolhida por cada utente, bem como o seu material, tem impacto direto na mobilidade, qualidade de vida e satisfação com a sua prótese, sendo o momento da escolha da prótese um momento de elevada importância para os resultados futuros (Bosman et al., 2023).

O estudo realizado por (Bosman et al., 2023), através da realização de um focus group junto de um grupo de 8 pessoas dos Países Baixos, conseguiu apurar que uma prótese tem impacto direto na reabilitação do utente, bem

como impacto social, na marcha e a nível psicológico, através da possibilidade de participação nas diversas atividades quotidianas.

No momento do término do estágio, o utente conseguia deambular de forma autónoma com apoio de canadianas bilateralmente e subir e descer escadas com apoio bilateral de canadianas e unilateral com apoio de corrimão.

É de elevada importância salientar outro aspeto relativo ao utente descrito. Durante o período pré e pós cirúrgico, existiu necessidade de instituição de terapêutica analgésica de forma a aliviar a dor sentida pelo mesmo, derivada da sua condição clínica e posteriormente derivado do procedimento cirúrgico. Neste sentido, o utente tinha prescrito em SOS Morfina sempre que tivesse dor, dada à ineficácia da terapêutica prévia, tendo sido administrado Paracetamol, Metamizol de Magnésio e Tramadol, sem efeito, tendo o utente referido dor mesmo após a administração da terapêutica indicada.

Após algumas semanas de administração de terapêutica de Morfina, a equipa notou existir uma habituação à terapêutica, tendo esta características aditivas após exposição prolongada, notando que o utente solicitava frequentemente a mesma, mesmo sem demonstrar fáceis sugestivo de dor, sendo esta subjetiva, não existindo escalas de avaliação concretas da dor. Assim, foi necessário existir um controlo e gestão terapêutica por parte de todos os enfermeiros, de forma a combater os comportamentos aditivos do utente, demonstrando este posteriormente comportamentos desadequados não presenciados antes da redução de número de SOS de Morfina administrados.

Estes comportamentos, provocados pelo síndrome de abstinência, puderam ser combatidos com o estímulo na realização do programa de reabilitação, tendo por base o exercício, estando comprovado que o exercício físico influencia diretamente os neurotransmissores, alterando a necessidade de opióides, como a morfina, reduzindo o comportamento de procura pela substância. Está também demonstrado que o exercício reduz a tolerância farmacológica ao efeito antinociceptivo da morfina (Sadat-Shirazi et al., 2022).

Toda a situação clínica me tocou de forma especial, derivada da proximidade da minha idade com a do utente, bem como de toda a situação de fragilidade em que o mesmo se encontrava, existindo maior preocupação e Ênfase no processo de reabilitação para que este conseguisse recuperar o máximo de autonomia possível, promovendo simultaneamente a melhoria da sua autoimagem, melhorando o seu bem-estar e qualidade de vida. Considero que este sentimento tenha sido linear a toda a equipa multidisciplinar, derivado da idade do utente e pela complexidade de toda a situação social do mesmo.

Com esta situação clínica, experienciei pela primeira vez o contacto com um utente com comportamentos aditivos e os desafios que os mesmos representam a nível da gestão terapêutica bem como a nível relacional com o utente, através do estabelecimento de comunicação eficaz e assertiva, de forma a promover uma relação interpessoal utenteprofissional de saúde segura, na tentativa de demover o utente em questão dos seus hábitos aditivos, tentando encontrar estratégias de controlo de dor não farmacológicas. Assim, implementei um programa de relaxamento com o utente, recorrendo a musicoterapia e simultaneamente a técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, tendo-se mostrado eficaz na gestão da dor, bem como nos comportamentos impulsivos relacionados com o síndrome de abstinência de opióides.

O recurso a musicoterapia tem revelado inúmeros benefícios a nível psicológico, melhorando o estado anímico dos utentes, bem como reduzindo a necessidade de medicação em diversos contextos clínicos. A música aumenta os níveis de felicidade e contribui para o relaxamento e redução dos níveis de stress, melhorando consequentemente a reabilitação mental e o bem-estar dos utente (Davies et al., 2021). Davies et al. (2021) dizem-nos ainda que a musica é um método não farmacológico ideal para a gestão da dor, mostrando-nos que sessões de musicoterapia se mostrar bastante eficazes em reduzi a perceção de dor dos utentes.

Considero este caso clínico imprescindível para o meu desenvolvimento de competências enquanto futuro enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pois existiu a necessidade de adaptar por diversas vezes o plano de reabilitação instituído, levando-me a refletir qual seria a prioridade de intervenção em cada momento de contacto com o utente, bem como ter a oportunidade de realizar intervenções a nível de reabilitação cardiorrespiratória, sendo uma das minhas áreas de maior interesse pessoal, em conjunto com reabilitação em contexto ortotraumatológico.

Creio que no exercício das minhas funções enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação consegui dar resposta aos desafios que a situação clínica me colocou, tanto na elaboração e implementação de planos de enfermagem de reabilitação, bem como na gestão emocional e gestão terapêutica associada ao caso anteriormente descrito, gestão essa que até então não tinha tido na minha vida profissional, levandome a assumir posição de gestor de cuidados, negociando com o utente e com a equipa multidisciplinar, de forma a promover o bem-estar do utente, bem como a melhoria da sua qualidade de vida, diminuindo os efeitos dos seus comportamentos aditivos.

Considero que este caso clínico me ajudou a desenvolver as competências acima mencionadas, fornecendo-me as ferramentas necessárias para dar melhor resposta a casos futuros, estando preparado para as intercorrências que possam surgir relacionadas com o síndrome de abstinência, estando agora capacitado para dar resposta a comportamentos inadequados e para uma melhor gestão terapêutica necessária para os combater. Simultaneamente desenvolvi também a capacidade de adaptação dos planos de reabilitação ao estado clínico de cada utente ao longo do seu processo de saúde/doença.

## Referências Bibliográficas

- Bosman, C. E., van der Sluis, C. K., Geertzen, J. H. B., Kerver, N., & Vrieling, A. H. (2023). Userrelevant factors influencing the prosthesis use of persons with a transfemoral amputation or knee-disarticulation: A meta-synthesis of qualitative literature and focus group results. *PloS One*, *18*(1), e0276874. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276874>
- Davies, C., Shurdington, J., Murray, K., Slater, L., & Pearson, D. (2021). Music for Wellness in rehabilitation patients: programme description and evaluation results. *Public Health*, *194*, 109–115. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.008>
- Lathouwers, E., Baeyens, J.-P., Tassignon, B., Gomez, F., Cherelle, P., Meeusen, R., Vanderborght, B., & De Pauw, K. (2023). Continuous relative phases of walking with an articulated passive ankle-foot prosthesis in individuals with a unilateral transfemoral and transtibial amputation: an explorative case-control study. *Biomedical Engineering Online*, *22*(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12938-023-01074-2>
- Sadat-Shirazi, M., Nouri Zadeh-Tehrani, S., Akbarabadi, A., Mokri, A., Taleb Zadeh Kasgari, B., & Zarrindast, M. (2022). Exercise can restore behavioural and molecular changes of intergenerational morphine effects. *Addiction Biology*, *27*(2), 1–10. <https://doi.org/10.1111/adb.13122>