

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa
Submetida a Cirurgia Cardíaca: Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação

Aldina Maria de Lurdes Pinto

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa
Submetida a Cirurgia Cardíaca: Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação

Aldina Maria de Lurdes Pinto

Orientador: Professora Doutora Maria Fátima Mendes Marques

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



"Tem sempre presente que a pele se enruga, o cabelo embranquece, os dias se convertem em anos... Mas o que é mais importante não muda; a tua força e convicção não têm idade.

O teu espírito é como qualquer teia de aranha. Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida. Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.

Enquanto estiveres viva, sente-te viva. Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo. Não vivas de fotografias amareladas.... Continua, quando todos esperam que desistas. Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti. Faz com que em vez de pena, te tenham respeito. Quando não conseguires correr através dos anos, trota. Quando não conseguires trotar, caminha. Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala. Mas nunca te detenhas."

Madre Teresa de Calcutá (1910-1997)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria de Fátima Marques, que me guiou para conseguir levar este trabalho a 'bom porto', pela sua compreensão, incentivo, orientação, apoio, sabedoria, disponibilidade e profissionalismo. Obrigada por me fazer refletir, ajudando ao meu crescimento profissional e pessoal.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, orientadoras do ensino clínico, Lúcia Ferreira e Catarina Ribeiro, pela motivação, confiança, partilha de saberes técnicos e humanos, disponibilidade e profissionalismo.

A todas as pessoas e famílias de quem cuidei, que me possibilitaram a aprendizagem e o desenvolvimento de competências.

Ao meu marido Duarte, meu companheiro de vida, que sempre me incentivou e me ajudou a superar este árduo desafio, pela paciência, compreensão e tolerância nos momentos menos bons, por acreditar mesmo quando eu duvidei; pelas críticas, leituras e revisões deste trabalho.

À minha filha Marta, por ter sido a 'mulher' da casa, companheira e irmã-mãe nas minhas ausências e presenças, sempre compreensiva e com palavras de alento.

Ao meu filho Miguel, pela compreensão das ausências, mesmo quando presente, pela força e incentivo transmitidos. Muito obrigada Família!

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho e para o *términus* deste percurso.

A todos, o meu sincero muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AHA - *American Heart Association*

ATS – *American Thoracic Society*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CATR – Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CCT – Cirurgia Cardiotorácica

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EHN - *European Heart Network*

ER – Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

RC – Reabilitação Cardíaca

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SEC – Sociedade Europeia de Cardiologia

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

O aumento da esperança média de vida conduz a um envelhecimento da população, com conseqüente aumento das doenças crónicas, como as doenças do aparelho circulatório. Estas constituem uma das principais causas de mortalidade, morbidade e uma das mais importantes causas de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos.

A cirurgia cardíaca surge como um tratamento fundamental da doença cardíaca. Este procedimento acarreta custos elevados para a economia do país e tem um importante impacto na qualidade de vida das pessoas, a nível físico, psicológico, social e familiar.

Um programa de reabilitação desenvolvido por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação será uma mais valia para a redução dos custos económicos, para a alta o mais precoce possível, para uma rápida e eficaz recuperação após a cirurgia e para a promoção da autonomia da pessoa, de acordo com o seu potencial.

O presente relatório foi elaborado tendo como suporte a análise e reflexão das experiências de aprendizagem desenvolvidas, segundo as competências gerais do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como a análise dos objetivos traçados em projeto de estágio. A avaliação deste trabalho visa ainda a obtenção do grau de mestre nesta área de especialidade.

O percurso de aprendizagem foi norteado pela teoria de médio alcance de Afaf Meleis.

As intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, implementadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e o seu impacto na prevenção de complicações respiratórias pós-operatórias, foram o ponto fulcral de aprendizagem.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Cirurgia Cardíaca; Reabilitação Respiratória; Transição.

ABSTRACT

The increase in the average life expectancy leads to a growing old population, with a consequent increase in chronic diseases, such as diseases of the circulatory system. These are one of the main causes of mortality, morbidity and one of the most important causes of incapacity and disability and of possible years of life early lost.

Cardiac surgery comes as a fundamental treatment of heart disease. This entails high costs for the country's economy and has a significant impact on people's quality of life, on a physical, psychological, social and family level.

A rehabilitation program developed by nurses who are specialists in rehabilitation nursing will be an asset to reduce economic costs, to discharge as early as possible, to a quick and efficient recovery after surgery and to promote autonomy of the person, according to their potential.

This report was prepared with the support of the analysis and reflection of the learning experiences developed, according to the general competencies of the specialist nurse and the specific skills of the nurse specialist in rehabilitation nursing, as well as the analysis of the objectives outlined in the internship project. The evaluation of this work also aims at obtaining the master's degree in this area of specialization.

The learning path was guided by Afaf Meleis' medium-range theory.

Interventions for respiratory functional re-education in the person undergoing cardiac surgery, implemented by the nurse specialist in rehabilitation nursing and its impact on the prevention of postoperative pulmonary complications, were the focal point of learning.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Cardiac surgery; Respiratory Rehabilitation; Transition.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
1.1 A pessoa submetida a cirurgia cardíaca.....	15
1.2 A Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	19
1.3 Contributos do modelo teórico: Teoria das transições	21
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	25
2.1 Desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em contexto hospitalar	27
2.1.1 Pré-operatório de cirurgia cardíaca.....	34
2.1.2 Pós-operatório de cirurgia cardíaca.....	35
2.2. Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em contexto comunitário	43
3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO	56
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
BIBLIOGRAFIA	63

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de formação

Apêndice II – Jornal de aprendizagem: Reflexão sobre o estágio em contexto hospitalar

Apêndice III – Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença nas 2^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Anexo II – Certificado de presença no 1^o Congresso de Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio é o culminar de um percurso formativo no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER). O seu objetivo é a descrição, análise e reflexão do trajeto realizado durante o estágio, com a mobilização e descrição das atividades e competências desenvolvidas. Pretendo descrever e analisar o processo de desenvolvimento de competências segundo as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), articulando com o 2º ciclo de estudos, conferente ao grau de mestre pelos Descritores de Dublin.

No final deste Curso de Mestrado é expectável que tenha desenvolvido competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de ER a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade e/ou restrição da participação, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes contextos de cuidados, tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (Regulamento n.º 392/2019).

A aquisição contínua de saberes e a articulação entre a teoria e a prática, bem como o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva, são os instrumentos que permitem desenvolver as competências previstas, adquirir e aprofundar conhecimentos, sendo todos importantes para a adaptação às diferentes situações que surgem e aos desafios da profissão de Enfermagem.

Na Unidade Curricular Opção I, foi desenvolvido um projeto de formação intitulado, *Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, que se encontra em apêndice (Apêndice I).

A escolha da problemática acima referida, assentou em motivações pessoais e profissionais. A cirurgia cardíaca esteve presente na minha prática clínica diária desde que iniciei funções profissionais em 1990, tendo desde sempre interesse pela reabilitação destas pessoas, nomeadamente a reeducação funcional respiratória (RFR), devido às complicações pulmonares que surgem após a cirurgia cardíaca. Sendo a reabilitação na função respiratória uma área considerada emergente para investigação (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015a), aliada à minha motivação para

o desenvolvimento deste tema, considero pertinente que após vários anos a cuidar de pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, como enfermeira generalista, pretenda, como estudante de especialidade de ER, conhecer as intervenções do EEER na RFR e na reabilitação geral da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Desejo também regressar a esse local de trabalho, mas tendo uma intervenção diferente da realizada até à minha saída, ou seja, como EEER.

O estágio integrado no curso de mestrado tem o objetivo de complementar a formação teórico-prática desenvolvida ao longo do 1º e 2º semestres e permitir a aquisição das competências previstas no projeto de formação e de operacionalização dos objetivos aí traçados.

A aprendizagem realizada para o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEER, decorreu em contexto hospitalar e na comunidade.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns são as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e as competências específicas são as 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 (Regulamento n.º 392/2019).

Ao longo do estágio foi possível desenvolver as competências dos quatro domínios de competências comuns do EE: responsabilidade ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e as competências específicas do EEER: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A intervenção do EEER permite obter ganhos em saúde, em todos os contextos da prática, manifestados na prevenção da incapacidade e na recuperação das capacidades remanescentes, capacitando a pessoa para uma maior autonomia. Visa ainda o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações (Regulamento n.º 350/2015). A ER tem então, grande impacto na reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

O EEER é um dos elementos da equipa interdisciplinar com um papel privilegiado no cuidado e acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, durante todo o internamento e na preparação para a alta, tendo um importante contributo para a promoção da autonomia, na adaptação à sua situação atual, à transição vivenciada e para o incremento da sua qualidade de vida.

É o profissional capaz de reabilitar a pessoa na sua magnitude física, emocional e social, sob uma abordagem holística perante a deficiência, doença crónica, degenerativa e incapacidade, compreendendo-a a partir do seu fazer, estilo de vida e cidadania e não segundo a sua doença ou incapacidade (Mancussi, 2006).

É responsável por conceber, implementar e monitorizar cuidados diferenciados, segundo os problemas reais e potenciais das pessoas, apoiado num elevado nível de conhecimentos com base na melhor evidência científica possível, que suporta a tomada de decisão relativa à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

A pesquisa bibliográfica realizada confirmou o meu conhecimento empírico de que a intervenção do EEER é um elemento chave na redução das complicações pós-cirúrgicas e na redução dos dias de internamento. Existe evidência científica que a RFR reduz os sintomas, melhora a função muscular, a capacidade de exercício, a função emocional, a qualidade de vida, o conhecimento e a autoeficácia. É uma das intervenções terapêuticas com melhor relação custo-efetividade, e deve ser um componente essencial nos cuidados integrados das pessoas com patologias respiratórias (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2015).

Pela minha experiência de prática diária de prestação de cuidados a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, constatei que esta cirurgia acarreta uma elevada carga social e muitos sentimentos, como ansiedade, medo, dúvidas e incertezas, tanto para a pessoa como para a família. Estes sentimentos, aliados à fragilidade própria que uma cirurgia provoca, à hospitalização, à preparação para a alta e à adaptação a uma nova condição de saúde e de estar, podem condicionar toda a vivência do processo de transição saúde/doença, surgindo como fatores inibidores.

As teorias de enfermagem têm a finalidade de guiar as ações dos enfermeiros para uma prática ideal, pelo que considerarei que a Teoria das transições de Afaf Meleis seria um fio condutor adequado para a compreensão da temática em estudo,

bem como para a fundamentação e estruturação das intervenções de ER, tendo norteado o meu pensamento e a minha prática de cuidados.

Meleis produziu uma teoria de médio alcance, resultado da análise de situações transicionais em saúde, em que são descritos tipos e contextos de transições, e indicadores de resultados esperados ao longo do tempo da transição, seja ela única ou múltipla (Meleis, Sawyer & Schumacher, 2000).

A mesma autora considera a transição como um conceito fundamental em enfermagem e o enfermeiro, ao prestar cuidados centrados na pessoa e nas suas necessidades, influencia a vivência do processo de transição (Meleis *et al.*, 2000).

Num processo de doença a pessoa vivencia uma transição saúde/doença, seja em contexto hospitalar, seja no seu domicílio e na comunidade. O EEER tem o importante papel de ajudar na resolução favorável da transição vivenciada pela pessoa e família. Ao aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos, deve apoiar o seu alvo de cuidados para lidar eficazmente com a situação em que se encontra, para que desenvolva *coping*¹ e mestria.

O estágio foi desenvolvido em dois contextos; o primeiro, um serviço de Cirurgia Cardiorádica (CCT) de um Hospital Central, teve o seu início a 01 de outubro e terminou a 23 de setembro de 2018. A escolha deste contexto de estágio prendeu-se com a especificidade do tema em estudo e ser o local onde desempenhei funções como enfermeira. Este serviço permitiu dar resposta ao projeto de formação e desenvolver competências no tema escolhido.

Para o segundo contexto de estágio foi escolhida uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserida numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) onde atualmente estou integrada profissionalmente. Realizou-se de 26 de novembro de 2018 a 30 de janeiro de 2019.

Nos cuidados continuados integrados o EEER orienta a sua intervenção para a satisfação das necessidades da pessoa dependente, para que esta alcance a máxima independência na realização das suas atividades de vida, a readaptação e adaptação funcional aos défices, auxiliando-a a construir o seu projeto de saúde. Deve, ainda, tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de

¹ *Coping*, para Hoeman (2011) é um processo fundamental para a resolução saudável da transição, face às situações vividas diariamente, maximizando a satisfação e qualidade de vida da pessoa.

complicações/incapacidades, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (OE, 2009).

Os cuidados de ER prestados foram centrados na pessoa, baseados numa prática analítica e reflexiva, com o intuito de autoaprendizagem, compreendendo e utilizando a análise crítica nas experiências que ocorreram. Tanner (2006), sugere que após a identificação dos problemas, e para a sua resolução, é necessário a criação de um julgamento crítico baseado na melhor evidência científica, funcionando este processo como um instrumento para o desenvolvimento pessoal e um modelo de atuação em situações futuras e semelhantes.

As práticas reflexivas e o pensamento crítico têm importante peso em contexto clínico, pois é aqui que se interligam os conhecimentos teóricos com a prática, existindo a necessidade de reflexão para apoiar a tomada de decisão (Marques, 2015; Peixoto & Peixoto, 2016). Para Dolphin (2013), a prática reflexiva é importante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, ao permitir que estes se tornem auto conscientes e prestem os melhores cuidados, o que vai também ao encontro do referido por Marques (2015). Permite assim que os estudantes de ER adquiram uma compreensão profunda dos cuidados a prestar e atinjam cuidados de excelência, traduzindo-se em ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de ER.

Os objetivos gerais traçados no projeto, para serem alcançados em estágio foram:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, segundo as competências comuns do EE e específicas do EEER, com enfoque na RFR à pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, segundo as competências comuns do EE e específicas do EEER, na pessoa com alterações sensoriomotoras, neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

A prática baseada na evidência (PBE) está associada a um maior desenvolvimento profissional, ao estabelecer práticas profissionais assumidas como as mais adequadas e seguras, visando os melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis (Pereira, Cardoso & Martins, 2012). A pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrónicas, nomeadamente a CINAHL e MEDLINE, através da

plataforma EBSCO, permitiu fomentar a PBE e servir de sustentação ao projeto de formação anteriormente elaborado e a este relatório. Assim, foi anteriormente produzida uma revisão *Scoping* apresentada no projeto de formação (Apêndice I). A pesquisa estendeu-se a sites de entidades governamentais, livros, teses de mestrado e de doutoramento e legislação publicada.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes, sendo a primeira o enquadramento conceptual, onde identifico e contextualizo a problemática e os principais conceitos mobilizados, tal como a filosofia de cuidados que sustentou todo o percurso realizado.

No segundo capítulo farei a descrição e análise crítica do percurso nos dois contextos de estágio, através das atividades desenvolvidas que possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEER. De seguida farei uma avaliação global do percurso formativo e finalmente, as considerações finais.

São remetidos para apêndices e anexos os documentos essenciais para a concretização deste trabalho.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 A pessoa submetida a cirurgia cardíaca

O aumento da esperança média de vida conduz a um envelhecimento da população, com conseqüente aumento das doenças crónicas, como as doenças do aparelho circulatório. Estas constituem a principal causa de morte em Portugal (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2019) e na Europa, sendo inclusivamente a maior causa de morbilidade neste continente (Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC), 2019), e uma das mais importantes causas de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos (DGS, 2017). Um elevado número de pessoas experimenta a cronicidade da doença cardíaca, o que condiciona uma diminuição da sua qualidade de vida e acarreta para os sistemas de saúde, um elevado impacto económico.

Mundialmente, estima-se que as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela morte de 17,7 milhões de pessoas, em 2015, representando 31% dos óbitos globais, sendo assim a primeira causa de morte mundial (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2017). Dos 17,7 milhões de mortes, é estimado que 7,4 milhões foram causadas por doença cardíaca coronária e 6,7 milhões por acidente vascular cerebral (OMS, 2019).

Anualmente na Europa morrem 3,9 milhões de pessoas (45% do total de óbitos) e mais de 1,8 milhões (37% do total de óbitos) na União Europeia, cuja causa são as doenças cardiovasculares (European Heart Network (EHN), 2017).

Em termos económicos, as doenças cardiovasculares custam cerca de 210 biliões de euros à economia europeia (EHN, 2017). Mais de 54 mil milhões de euros, que representam 26% do custo total relacionado com estas doenças, são devidos à perda de produtividade, seja pela mortalidade como pela morbilidade. Dos restantes custos, 53% são referentes aos custos diretos com cuidados de saúde e 21% com os cuidados informais prestados às pessoas com estas doenças (EHN, 2017).

Seguindo a tendência mundial, Portugal depara-se com um aumento da procura de cuidados de saúde relacionados com a doença crónica, onde se inclui a procura de cuidados de saúde relacionados com a doença cardíaca.

Os dados epidemiológicos obtidos permitem-nos afirmar que as doenças cardiovasculares têm um importante peso para a economia, para a própria pessoa e seus familiares, para o sistema nacional de saúde e para a economia nacional, tendo uma elevada dimensão como problema de saúde.

A cirurgia cardíaca surge como um tratamento fundamental da doença cardíaca, a par da cardiologia de intervenção. As áreas fundamentais de intervenção cirúrgica são a doença das artérias coronárias e a doença dos aparelhos valvulares, tendo esta aumentado a sua prevalência devido a três fatores: maior longevidade da população; a idade deixou de ser uma barreira biológica à cirurgia; os resultados cirúrgicos são cada vez melhores. A cirurgia de revascularização coronária isolada tem vindo a diminuir, devido ao aumento dos procedimentos da cardiologia de intervenção (Antunes, 2016). Dados obtidos no INE (2019), apontam para a realização de 10188 cirurgias cardiotorácicas, em 2017.

Este procedimento cirúrgico acarreta custos elevados para a economia do país; um estudo realizado por Coelho, Rodrigues e Barros (2017), demonstra-nos os custos das cirurgias, a coronária ronda os 6539,17€ (com desvio padrão de 3990,26€), para a valvular o valor é 8289,72€ (com desvio padrão de 3319,93€) e para a valvular com coronária associada o custo sobe para 11498,24€ (com desvio padrão de 10 470,57€).

A cirurgia cardíaca tem um importante impacto na qualidade de vida das pessoas, a nível físico, psicológico, social e familiar. É uma cirurgia a um 'órgão nobre', o 'motor da vida', visto não só como órgão anatómico mas também com grande enfoque emocional. Um programa de reabilitação desenvolvido por enfermeiros especialistas em ER será uma mais valia para a redução dos custos económicos, para a alta o mais precoce possível, para uma rápida e eficaz recuperação após a cirurgia e para a promoção da autonomia da pessoa, de acordo com o seu potencial (American Thoracic Society (ATS), 2015; Duarte, Stipp, Mesquita & Silva, 2012; OE, 2018).

Esta cirurgia é realizada quando o tratamento clínico não é suficiente para prolongar a vida e quando, sob esse tratamento, os riscos de morbilidade e mortalidade são elevados, possibilitando assim à pessoa a cura e/ou a melhoria da qualidade de vida. Neste prisma, a cirurgia cardíaca passa a ser uma fonte de esperança e alívio para a pessoa, ao permitir a existência de um futuro com

qualidade e autonomia funcional (Barbosa, 2017). Existem três tipos de cirurgia cardíaca, as corretivas (encerramento de canal arterial, encerramento de comunicações intra-auriculares ou intraventriculares), as reconstrutivas (revascularização do miocárdio, plastia da válvula aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (implantação de válvulas e transplante) (Lira, Araújo, Souza, Frazão & Medeiros, 2012).

A pessoa que é submetida a cirurgia cardíaca sofre alterações fisiológicas, a nível cardiovascular e de outros órgãos, provocadas pela complexidade dos procedimentos e técnicas da cirurgia, pela anestesia e pela circulação extracorporeal, o que tem impacto no pós-operatório e pode acarretar complicações (Duarte *et al.*, 2012; Guner & Korkmaz, 2015).

São várias as complicações que podem advir da cirurgia cardíaca: hemorrágicas, tamponamento, arritmias, renais, gastrointestinais, hiperglicemia, sépsis, neurológicas e pulmonares (Fragata, 2009).

Vários autores são unânimes ao afirmar que as complicações pulmonares são as mais comuns após cirurgia cardíaca (Fragata, 2009; Gomes, Vasconcelos, Barros, Sousa & Bastos, 2015; Guner & Korkmaz, 2015) e são aquelas que estão associadas a maior morbidade e mortalidade (Fragata, 2009; Gomes *et al.*, 2015): ventilação prolongada, atelectasia (complicação mais usual, podendo ocorrer em 2/3 das pessoas operadas), derrame pleural, infeção (brônquica ou pulmonar), exacerbação de doença respiratória prévia, insuficiência respiratória e pneumotórax. Como fatores de risco para estas complicações são referidos: a circulação extracorporeal, a ventilação mecânica, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), o tabagismo, a insuficiência cardíaca com congestionamento pulmonar, a idade > 70 anos, a obesidade e a insuficiência renal.

As complicações pulmonares têm um peso significativo para a pessoa e para a economia, ao afetar negativamente a sua recuperação funcional, ao aumentar o custo do tratamento, ao prolongar o tempo de internamento, não esquecendo o aumento da morbidade e mortalidade (Ravaliya, 2013).

As causas de comprometimento pulmonar são multifatoriais, mas a limitação que ocorre na capacidade de respirar profundamente é um importante fator, isto porque após a cirurgia cardíaca há um padrão respiratório restritivo e superficial, devido à dor presente nos primeiros dias de pós-operatório, pela existência de uma

esternotomia mediana (Urell, Emter, Hedenstrom & Westerdahl, 2016). De acordo com Crisafulli *et al.* (2013), há uma redução da ventilação pulmonar, devido à presença de dor, surgindo também dispneia, situações que contribuem para a incapacidade da pessoa em respirar eficazmente, propiciando o aparecimento de complicações pulmonares.

Também denominada de cinesiterapia respiratória, a RFR é um importante método de prevenção das complicações pulmonares associadas à cirurgia cardíaca, reduzindo os custos diretos e indiretos, tornando-se assim num importante aliado para que o pós-operatório decorra sem complicações. Trata-se de uma terapêutica baseada no movimento, que atua sobre os fenômenos mecânicos da respiração (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1988).

Para Fragata, 2009, a reabilitação respiratória é definida como

a intervenção que utiliza meios e técnicas de tratamento, não invasivas (manuais e/ou instrumentais, o exercício, o posicionamento, a reeducação e o aconselhamento), que têm como objectivo a optimização do transporte, captação e consumo de oxigénio, contribuindo para prevenir, reverter ou minimizar disfunções a esse nível, promovendo a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos doentes (p. 107).

Ainda segundo Heitor *et al.* (1988), os objetivos gerais da RFR são a prevenção e correção das alterações do sistema músculo-esquelético, redução da tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenção e correção dos defeitos ventilatórios, melhoria da *performance* dos músculos respiratórios e reeducação ao esforço, redução dos sintomas respiratórios, diminuição da incapacidade, facilitação do desempenho das atividades de vida diária e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A nível cirúrgico a RFR tem como objetivos a preparação da pessoa para a cirurgia, a prevenção e tratamento das complicações pulmonares, circulatórias e posturais, no período pós-operatório e a obtenção de uma recuperação funcional o mais rápido e completa possível (Heitor *et al.*, 1988).

A reabilitação no pós-operatório de pessoas submetidas a cirurgia de revascularização coronária ajuda a otimizar os resultados cirúrgicos, a melhorar a capacidade de exercício, o retornar ao trabalho e a qualidade de vida (Ravaliya, 2013). A intervenção do EEER junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca assume uma importância relevante, que abordo em seguida.

1.2 A Intervenção do EEER

A OE (2010) define o enfermeiro especialista como o profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, que tem sempre em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O EEER possui um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência, tem um perfil de competências específicas que lhe permite cuidar, capacitar e maximizar as capacidades da pessoa com deficiência, limitação da atividade ou com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 392/2019).

É importante avaliar os contributos e a intervenção do EEER para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa submetida a cirurgia cardíaca na promoção e recuperação da função respiratória, promovendo um melhor desempenho respiratório, evitando maiores complicações associadas à cirurgia cardíaca. A intervenção do EEER é essencial na orientação da pessoa para a sua recuperação respiratória, cardíaca e motora, garantindo resultados importantes para a sua saúde e qualidade de vida. Assim, e segundo o regulamento das competências específicas do EEER este deve conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciada, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

Este profissional deve contextualizar, adaptar e personalizar cada plano de cuidados, tendo em conta os fatores relacionados com a patologia em causa (fase evolutiva, estabilização ou agudização, comorbilidades), com a pessoa (nível de instrução e aprendizagem, situação sócio familiar e profissional), local de implementação do plano de cuidados (no internamento, em ambulatório ou no domicílio) e meios disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012).

O EEER é um dos elementos da equipa interdisciplinar com um papel privilegiado no cuidado e acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia

cardíaca, durante o internamento e na preparação para a alta, tendo um importante contributo para a promoção da autonomia da pessoa e família, na adaptação à sua situação atual, à transição vivenciada e no incremento da sua qualidade de vida.

A RFR é considerada uma terapêutica não invasiva que deve ser realizada por profissionais treinados, podendo ser aplicada numa grande diversidade de situações e em qualquer faixa etária, com diversas vantagens, como a redução do número de dias de internamento e o aumento da qualidade de vida, entre outros (OE, 2018).

Existe evidência científica que reduz os sintomas, melhora a função muscular, a capacidade de exercício, a função emocional, a qualidade de vida, o conhecimento e a autoeficácia, assim como reduz os custos associados aos cuidados de saúde (ATS, 2015). É uma das intervenções terapêuticas com melhor relação custo-efetividade, e deve ser um componente essencial nos cuidados integrados das pessoas com patologias respiratórias (ATS, 2015; DGS, 2015).

Segundo a OE (2018), o programa de reabilitação respiratória tem como objetivos: minimizar a sintomatologia, maximizar a capacidade para o exercício físico, promover a autonomia da pessoa, aumentar a participação social, aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde e efetuar mudanças a longo prazo promotoras de bem-estar.

Em Portugal a RFR, apesar da sua importância inequívoca, é subutilizada, não se encontra incluída nos cuidados integrados e está frequentemente inacessível às pessoas, havendo uma deficiente oferta destes cuidados, são menos de 2% as pessoas com indicação para reabilitação respiratória que são tratadas nos centros de reabilitação existentes em Portugal (Rodrigues, Martins, Munhá & Branco, 2015). Mas esta situação é igualmente vivida a nível mundial, pois, segundo a ATS (2015), apesar da evidência científica dos benefícios da reabilitação respiratória, a oferta destes serviços é escassa, seja por financiamento insuficiente, por falta de conhecimento dos profissionais de saúde e das pessoas ou pela existência de outros fatores como a assimetria na distribuição geográfica ou as dificuldades de acessibilidade para algumas pessoas.

As intervenções do EEER devem ser fundamentadas e estruturadas segundo teorias de enfermagem, com o objetivo de atingir a máxima qualidade na prestação

de cuidados, pelo que, de seguida apresentarei o modelo de enfermagem que serviu de suporte às minhas intervenções.

1.3 Contributos do modelo teórico: Teoria das transições

A pessoa (e sua família) submetida a cirurgia cardíaca encontra-se num processo de transição saúde-doença, necessita desenvolver novas competências, adquirir novos conhecimentos, readaptar a sua condição de vida atual para alcançar o máximo equilíbrio. A transição é definida como a passagem de um estado, condição ou lugar para outro. É causada por uma mudança no estado de saúde, no papel relacional, numa expectativa ou habilidade da pessoa e denota várias respostas num determinado período de tempo. Existem indicadores que traduzem uma transição bem-sucedida: o bem-estar emocional e relacional e a mestria que demonstram no readquirir da capacitação funcional, autoavaliação e consciencialização e, por fim, uma transformação pessoal (Meleis, 2010).

Um processo de transição é um processo singular, diversificado, complexo e com múltiplas dimensões que geram variados significados, segundo as perceções de cada indivíduo. Surge quando se é sujeito a mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2012).

O enfermeiro, ao cuidar da pessoa, terá que compreender o processo de transição que a mesma está a vivenciar, pois é ela o seu objeto do cuidar, com voz e poder de decisão no seu processo de cuidados. A Teoria das transições de Meleis permite que o enfermeiro compreenda esse processo e implemente estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica, adequadas à transição vivenciada pela pessoa (Meleis *et al.*, 2000).

A mesma autora considera que a transição é um foco central para a enfermagem, o papel do enfermeiro reside na facilitação do processo de resolução da transição da pessoa, família ou comunidade, tendo o cuidar e a qualidade de vida da pessoa como suporte.

Quando a pessoa está num processo de transição necessita de ter tempo para gradualmente mudar os seus comportamentos e chegar à definição do seu novo eu. Por sua vez, cabe ao enfermeiro, ajudar a pessoa a identificar a mudança

necessária, ou imposta pela alteração sofrida e auxiliar nos novos caminhos a percorrer.

Numa situação de transição a pessoa/família experiencia fragilidade e vive sentimentos de vulnerabilidade. Para Meleis (2010), os conceitos de transição e vulnerabilidade estão intimamente ligados. A vulnerabilidade é definida como a suscetibilidade da pessoa perante um novo episódio da sua vida, sendo constatada pela compreensão e comportamentos que a pessoa adota durante a resolução da transição. Entre os conceitos referidos existem interações e podem surgir condicionalismos multidimensionais que acarretam potenciais riscos, levando a que a pessoa adote processos de *coping* prolongados e pouco eficazes, conduzindo a uma resolução desfavorável da transição.

Definem-se quatro tipos de transições: desenvolvimento (relacionadas com mudanças no ciclo vital), situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alteração de papéis, adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte), saúde/doença (mudança do estado de bem-estar para o estado de doença aguda ou crónica, ou de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar, que engloba a cronicidade) e organizacionais (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou organizacionais) (Meleis, 2010).

A pessoa pode sofrer uma transição única ou múltipla, sequencial ou simultânea, relacionada ou não relacionada. Esta vivência implica uma consciencialização, empenhamento, mudança e espaço temporal para a transição e eventos.

Para o enfermeiro auxiliar a pessoa num processo de transição, deverá conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade onde a pessoa está inserida, pois estes aspetos podem facilitar ou dificultar o alcance de uma transição saudável, em que há a reformulação da sua identidade, o domínio de novas habilidades e a alteração dos próprios comportamentos (Meleis, 2010); o profissional tem que estar consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações, geradoras de instabilidade. Compete ao enfermeiro, através das suas intervenções terapêuticas de enfermagem, reconhecer a necessidade de consciencializar a pessoa para o seu novo estado (Meleis *et al.*, 2000).

A resposta da pessoa ao processo de transição permite saber se a mesma está a vivenciar uma transição saudável. Meleis (2012) refere indicadores de processo e de resultado para essa avaliação. Os indicadores de processo permitem identificar se a pessoa se encontra na direção de saúde e bem estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos; compreendem o sentir-se ligado (a família, amigos, profissionais de saúde); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores); o estar situado (no tempo, espaço e relações, permitindo que a pessoa enfrente novos desafios e se distancie do passado) e o desenvolver confiança e *coping* (nível de compreensão dos processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação). Os indicadores de resultado compreendem o domínio de novas competências e a reformulação da identidade. Para vivenciar a transição saudável é necessário o desenvolvimento de novas competências.

A cirurgia é o fator impulsionador da transição, para a pessoa e sua família, causador de alterações físicas, psicológicas, emocionais e sociofamiliares. Neste processo de transição destacam-se o sentir-se ligado aos profissionais de saúde, onde a capacidade de colocar questões, aliada à possibilidade de esclarecer dúvidas e incertezas são um importante indicador de uma transição positiva; a interação entre os diversos elementos da equipa, o que possibilita à pessoa um sentimento de colaboração e cooperação (Meleis *et al.*, 2000). Quando a pessoa consegue desenvolver confiança encontra-se no trilho de atingir a mestria, após ter adquirido novas habilidades para viver a sua mudança, desenvolvendo uma nova identidade como resposta a essa mudança experienciada.

Outros fatores que ajudam na vivência de uma transição saudável são a utilização dos recursos existentes na comunidade e na sociedade (Meleis *et al.*, 2000), como a comunicação com pessoas que já foram submetidas à mesma cirurgia e que tiveram uma experiência idêntica, o suporte familiar ou a disponibilidade de informação. No serviço onde estagiei é disponibilizada informação em suporte de papel sobre o pré e pós-operatório, sendo entregue à pessoa e família e servindo de base para a validação de ensino e para o esclarecimento de dúvidas.

Para a criadora desta teoria (2010), os enfermeiros dedicam especial atenção às respostas humanas às transições, que advêm de acontecimentos relacionados

com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida; conseguem antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a pessoa a lidar com o processo de mudança, com a finalidade de promover o máximo de autonomia e bem-estar. Podem influenciar os processos de transição, ao prestar cuidados de forma centrada na pessoa e nas suas reais necessidades (Meleis *et al.*, 2000), devendo ser facilitadores do processo de transição.

Quando a pessoa está num processo de transição tende a ficar mais vulnerável o que pode afetar a sua saúde e bem-estar (Meleis, 2010). O enfermeiro deverá ser um agente facilitador da transição, deverá conhecer a pessoa, compreender a sua vivência da situação para conseguir estratégias de facilitação, orientando as suas intervenções em parceria, conhecendo as capacidades da pessoa para vivenciar uma transição saudável, com ênfase nos cuidados centrados na pessoa e suas necessidades, “os enfermeiros, ao aperfeiçoarem o seu conhecimento acerca do cliente, tornam-se peritos como guias ao longo do seu percurso de doença” (Santos *et al.*, 2015, p.162).

O EEER tem um importante papel na facilitação da vivência da transição, ao promover a autonomia, ao maximizar a função e ao capacitar a pessoa e família.

No capítulo seguinte realizo uma análise reflexiva ao desenvolvimento de competências, através das atividades desenvolvidas em contexto hospitalar e comunitário, tendo em conta os objetivos específicos delineados para cada um dos contextos e seguindo o modelo teórico de Meleis.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa área de especialidade. Possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas, segundo as necessidades de saúde identificadas. Deve alcançar um conjunto de competências comuns, organizadas em quatro domínios, “responsabilidade profissional, ética e legal”, “melhoria contínua da qualidade”, “gestão dos cuidados” e “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019).

A mesma fonte menciona que as competências comuns são as competências partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade e as competências específicas são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para a sua área de especialidade.

O EEER é dotado de um nível elevado de conhecimentos e de experiência acrescida, o que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação da pessoa/família, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração da pessoa na comunidade.

As competências específicas do EEER, definidas pela OE (Regulamento n.º 392/2019) são:

- Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados (J1);
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2);
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3).

Para a obtenção do grau de mestre, o desenvolvimento de competências deve também ser alicerçado nos Descritores de Dublin, em que se definem as competências a desenvolver no 2º Ciclo de Estudos, onde se encontram a aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de juízos profissionais e tomada de

decisão, a capacidade de comunicação e a autoaprendizagem (Direção Geral do Ensino Superior, 2011; Leegwater, 2015).

Cada contexto de ensino clínico teve as suas particularidades, tendo experienciado duas realidades diferentes; ambas contribuíram, na globalidade, para o desenvolvimento de competências, ajustadas às características específicas de cada local.

No primeiro contexto de estágio prestei cuidados a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, maioritariamente com necessidade de intervenção a nível de RFR; em contexto de ECCI encontrei pessoas com necessidade de intervenção a outros níveis, mas a vivenciar processos de transição, o que me levou a optar, neste relatório, pela abordagem separada destes contextos. Assim, irei abordar as atividades desenvolvidas num e noutro contexto, elencando-as aos objetivos específicos definidos e às competências desenvolvidas.

Os objetivos específicos formulados no projeto de formação foram:

- Compreender qual o papel do EEER na dinâmica e organização do serviço;
- Aumentar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, nomeadamente na RFR;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca que facilitem o seu processo de transição;
- Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação relacionadas com a reabilitação da pessoa/família com alterações da função sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, intestinal, vesical e de alimentação.

Em ambos os locais de ensino clínico estive presente 5 dias por semana, o que foi um fator positivo, pois permitiu um melhor acompanhamento da pessoa, quer em ambiente hospitalar (desde a admissão até à alta), quer em contexto comunitário, permitindo que o contacto fosse mais constante, enriquecendo assim a aprendizagem.

As atividades desenvolvidas em estágio seguiram o preconizado no Código Deontológico, tiveram em conta a individualidade da pessoa/família, a situação transicional vivida, o contexto onde a pessoa estava inserida e a prestação de cuidados centrada na pessoa, tendo a minha intervenção como EEER assentado na avaliação inicial e global da pessoa/família, na identificação dos vários aspetos da

transição, no estabelecimento de planos de reabilitação e na sua avaliação e reestruturação, quando necessário.

A competência comum do EE - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento n.º 140/2019) é transversal a todo o estágio, pois todas as atividades desenvolvidas têm subjacente uma prática profissional assente no respeito pelos princípios éticos fundamentais, pelo Código Deontológico e pelas preferências da pessoa/família.

2.1 Desenvolvimento das competências de EEER em contexto hospitalar

O primeiro estágio decorreu num hospital central de Lisboa, num serviço de Cirurgia Cardiorácica, o que me permitiu ir ao encontro do meu projeto de formação. É um serviço constituído por 25 camas de enfermaria e 5 camas de Cuidados Intermédios. A equipa de enfermagem é constituída por 30 enfermeiros, dos quais 2 são EEER, um em funções de chefia e um que presta cuidados especializados de ER às pessoas internadas no serviço de CCT e internadas no serviço de Cardiologia Pediátrica. O método de trabalho é o método individual, mas no cuidar das pessoas submetidas a transplante cardíaco é utilizado o método de responsável. A equipa interdisciplinar mantém boas relações, as tomadas de decisão dos vários elementos da equipa, nomeadamente EEER, médico, nutricionista e assistente social são respeitadas mutuamente, o trabalho de equipa é enfatizado e raramente existem conflitos.

Este contexto já me era familiar, pois foi onde exerci a minha atividade profissional durante largos anos, e no qual, segundo Benner (2001) atuava já como enfermeira perita². Possuía conhecimento da estrutura física do serviço, sua dinâmica e modo de funcionamento da equipa interdisciplinar, sentindo-me 'em casa'.

Tal facto possibilitou-me ter, desde os primeiros momentos do estágio, uma grande abertura para olhar a pessoa internada na perspetiva da ER, sendo este o

² Perito, segundo Benner (2001) é o profissional que suporta a sua ação nas experiências vividas e na compreensão intuitiva das situações, competindo-lhe orientar a pessoa nas possibilidades a seguir.

meu foco primordial. Possibilitou também avançar mais rapidamente para a prestação direta de cuidados especializados.

No entanto, este contexto acabou por ser um desafio pessoal, académico e profissional, pelo peso da responsabilidade que senti para que todo o processo de aprendizagem decorresse de forma positiva. O regresso ao antigo local de trabalho como estudante, com inseguranças, receios, com a necessidade de solicitar opinião e autorização à enfermeira orientadora antes de intervir junto da pessoa, provocou alguma ansiedade e *stress*. Para ultrapassar estes sentimentos foi muito importante a interação realizada com a enfermeira orientadora e a restante equipa do serviço, pois deram-me espaço para aprender e intervir no meu novo papel. Considero que vivi uma transição situacional, acompanhada de ansiedade, incertezas, novas descobertas, na busca do meu desenvolvimento como futura EEER (Meleis, 2010).

Desde o primeiro dia do estágio que senti ótima receptividade por parte de toda a equipa interdisciplinar; todos sabiam qual o papel que atualmente desempenhava, não existindo qualquer comparação ou atrito em relação ao exercício profissional anteriormente desempenhado no serviço, os papéis 'antigo' e 'atual' estavam bem definidos e compreendidos pela equipa. No final do estágio a equipa considerava-me como enfermeira de reabilitação. Consegui, sem qualquer dificuldade, distanciar-me das intervenções anteriores realizadas por mim no serviço, soube qual o meu papel atual e era com esse que estava preocupada e não com todo o *stress* subjacente à coordenação de um serviço. Todas as experiências vivenciadas foram novas, com uma abordagem diferente da anteriormente realizada por mim enquanto enfermeira generalista. O cuidar da pessoa sob o olhar da ER é diferente do meu olhar como enfermeira generalista, a resposta dada pelo profissional às necessidades identificadas, o envolvimento da pessoa no seu processo de cuidados, a tomada de decisão partilhada, foi algo que aprendi no ensino clínico, na partilha com a enfermeira orientadora, no processo reflexivo diário. A reflexão sobre este ensino clínico originou um jornal de aprendizagem (Apêndice II).

O primeiro objetivo específico delineado foi "Compreender qual o papel do EEER na dinâmica e organização do serviço"; para a sua consecução identifiquei e analisei a intervenção da EEER no serviço.

A EEER presta cuidados na sua área de especialização às pessoas internadas e às crianças do serviço de Cardiologia Pediátrica, durante o turno da

manhã em dias de semana. Trata-se de um perito que intervém no processo de tomada de decisão sobre a pessoa internada, a sua evolução clínica, o planeamento da alta, tendo voz ativa entre os seus pares e na equipa interdisciplinar. É uma referência para os enfermeiros generalistas, e o especialista em pequenas coisas (Hesbeen, 2003).

Durante o ensino clínico, agora sob a pele de futura EEER e um olhar diferente do anterior, pude constatar que o EEER é um importante elemento da equipa interdisciplinar, com a sua liderança, tomada de decisão e os conhecimentos específicos que detém, prestando cuidados especializados em que respeita a individualidade e necessidades da pessoa, gerindo a equipa de enfermagem em relação aos cuidados de reabilitação e supervisionando a qualidade de cuidados prestados, reformulando o seu plano de intervenção quando necessário. Esta visão, apesar de já se encontrar anteriormente presente, foi-se desenvolvendo ao longo da frequência deste curso de mestrado, a compreensão do porquê do EEER atuar de uma determinada forma e não de outra foi-se clarificando e justificando cientificamente.

Em toda a instituição existe apenas mais uma EEER que presta exclusivamente cuidados de ER, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Ambas as EEER prestam apoio de ER aos outros serviços, quando solicitado.

Existem duas fisioterapeutas na instituição que dão apoio nos serviços de internamento, após pedido clínico de fisioterapia motora. Está preconizado pela instituição que o EEER é responsável pela reabilitação do âmbito respiratório. Em relação à reeducação funcional motora (RFM) o EEER identifica as necessidades de atuação e se tem capacidade de resposta, intervém.

O EEER é responsável por conceber um programa de reabilitação adaptado à pessoa, segundo a avaliação da situação e por estabelecer um plano de intervenção que vise maximizar o grau de independência física e psíquica.

Implementa o plano de intervenção de reabilitação à pessoa, essencialmente no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Pelo elevado número de pessoas internadas no serviço, com necessidade de intervenção do EEER, é difícil realizar planos de intervenção de reabilitação no pré-operatório, exceto quando a situação clínica da pessoa é mais complexa. Seria de vital importância a intervenção do EEER também no pré-operatório, pois as intervenções de ER realizadas nesse

período são facilitadoras do processo de transição da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, assim como na redução de complicações pulmonares e nos dias de internamento (Snowdon, Haines & Skinner, 2014; Shakouri *et al.*, 2015).

Os enfermeiros têm um papel crucial junto da pessoa que vivencia uma transição, pois, frequentemente, são os primeiros profissionais a prestar-lhe cuidados, preparando-a para a transição e sendo um facilitador na aprendizagem de novas competências na área da doença/saúde (Meleis, 2010).

As cirurgias realizadas no serviço são a cirurgia de revascularização coronária com e sem circulação extracorporeal, as plastias valvulares e implantação de próteses valvulares cardíacas, a implantação de condutos aórticos em pessoas com dissecção ou aneurisma da artéria aorta, o transplante cardíaco e a correção de defeitos septais atrial ou ventricular.

De modo a dar continuidade aos cuidados especializados, os registos são realizados informaticamente na plataforma SClínico. Já possuía conhecimento deste sistema de registo de informação, mas na perspetiva de enfermeira generalista. Aprendi quais as intervenções específicas de ER existentes, a linguagem CIPE especializada e como registar a informação pertinente, de modo a assegurar a continuidade de cuidados. Para Pestana (2017), os sistemas de informação contribuem para um melhor acesso, partilha de informação e do conhecimento, melhoria da informação necessária para a decisão clínica, bem como melhor gestão de informação, o que é uma mais valia para o EEER ao possibilitar rápida acessibilidade, linguagem comum e uma organização dos dados. O que também é afirmado por Andrade, Araújo, Andrade, Soares e Chianca (2010) quando referem que a utilização de linguagem normalizada, específica, possível de ser documentada e que elimine ambiguidades, é um caminho a ser seguido pelo enfermeiro. Pude realizar na prática o indicado pela OE (2015b) no seu documento *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Não tive dificuldade nos registos neste sistema de informação.

Considero ter atingido o objetivo proposto e ter desenvolvido as competências do EE: C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados e D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento n.º 140/2019).

Para a concretização do objetivo 2: “Aumentar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, nomeadamente na RFR”; realizei pesquisa bibliográfica científica atual, discuti dúvidas com a enfermeira orientadora; realizei estudo de caso e elaborei jornais de aprendizagem. O desenvolvimento destas atividades permitiu-me esclarecer dúvidas, elucidar questões que me inquietavam e refletir sobre os cuidados prestados, o que possibilitou que ao longo do estágio a minha tomada de decisão fosse evoluindo favoravelmente, demonstrando nas últimas semanas uma maior segurança relativamente aos cuidados de ER a prestar.

A pesquisa realizada, o aprofundar de conhecimentos e a cada vez maior destreza manual na execução das técnicas de reabilitação, conduziram a uma maior segurança na tomada de decisão traduzindo-se numa maior autonomia na prestação de cuidados.

A orientadora do estágio, a docente orientadora e as pessoas/famílias levaram-me a refletir na prática, tendo a pesquisa realizada e a revisão dos conteúdos teóricos dados no primeiro ano do curso possibilitado enquadrar a teoria na prática e desta forma, evidenciar uma PBE. A reflexão realizada no final de cada turno sobre o que tinha corrido bem e menos bem e a partilha com a enfermeira orientadora possibilitaram uma prática reflexiva e uma reformulação da prestação de cuidados, fomentando a aprendizagem e sustentando a tomada de decisão; a prática reflexiva é um pilar para o desenvolvimento profissional e intelectual do estudante (Marques, 2015; Peixoto & Peixoto, 2016).

Outro fator que contribuiu para a consecução deste objetivo foi a revisão *scoping* realizada durante o projeto de formação. Todos os estudos analisados referenciam que as complicações pulmonares são as mais frequentes e muito importantes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, levando a maior morbidade e mortalidade e a um aumento dos custos de tratamento e de dias de internamento.

As atividades acima descritas permitiram-me atingir o objetivo formulado e a competência do EE: D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Realço o objetivo 3 “Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca que facilitem o seu processo de transição”, na

medida em que me possibilitou o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

Para alcançar este objetivo, é necessário começar por realizar uma avaliação pormenorizada e objetiva da pessoa, incluindo o contexto que a rodeia, identificando assim quais as necessidades de intervenção de ER, para posteriormente ser elaborado e implementado um plano individual de reabilitação, em parceria com a pessoa/família.

Para a prestação de cuidados especializados devem ser utilizados instrumentos de avaliação que contenham dados clínicos que possibilitem que o EE, com rigor, descreva pormenorizadamente a condição de saúde da pessoa, na perspetiva dos sinais, sintomas e comportamentos, associados à resposta humana resultante de processos de saúde-doença (Pestana, 2017).

Assim, para identificar as alterações da condição de saúde da pessoa muni-me de instrumentos de colheita de dados válidos e científicos, como a entrevista inicial, os meios complementares de diagnóstico, nomeadamente a radiografia de tórax, o processo clínico e a aplicação de escalas internacionalmente validadas, como a escala de *Borg* modificada, a escala numérica de avaliação da dor, a escala de *Lower*, a escala de *Braden*, a escala de *Morse* e o índice de *Barthel*. A escala de *Lower* era para mim desconhecida; as restantes já faziam parte do meu quotidiano, mas depois de iniciar este curso, passei a entender melhor a sua aplicabilidade, nomeadamente o índice de *Barthel*.

Os instrumentos de avaliação são muito importantes para a continuidade de cuidados, para a investigação e como suporte à tomada de decisão (OE, 2016). É através da utilização de escalas que se consegue uma avaliação objetiva da capacidade funcional e do potencial de reabilitação de cada pessoa, monitorizando a sua evolução, ajudando a caracterizar a resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia ou desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (OE, 2016). A sua utilização permite estabelecer um ponto inicial na primeira intervenção junto da pessoa, monitorizando objetivamente a sua evolução à medida da implementação dos planos de intervenção.

Após a avaliação da pessoa, antes de implementar qualquer intervenção, foi muito importante a reflexão realizada, inicialmente com a enfermeira orientadora e

paulatinamente sozinha. A discussão do plano de cuidados permitiu que explanasse a fundamentação teórica, contribuindo para a consolidação da aprendizagem.

Segundo a American Heart Association (AHA, 2019), a pessoa submetida a cirurgia cardíaca tem indicação para inclusão num programa de reabilitação cardíaca (RC), o que, para Gomes (2013) é um “processo pelo qual os doentes com doença cardíaca, em parceria com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, são encorajados e apoiados para atingir e manter óptima saúde psíquica e física” (p. 35). A reabilitação cardíaca ajuda a restaurar a função cardíaca após a cirurgia e reduz a mortalidade e morbilidade (National Heart, Lung and Blood Institute, 2019).

Durante o internamento decorre a fase I³ desse programa. Aqui são importantes as intervenções de RFR, com o objetivo de promover uma eficaz higiene brônquica e consequente prevenção de complicações pulmonares, e os exercícios ativos de mobilização das extremidades, para manter a circulação, amplitude de movimentos e elasticidade dos músculos, o que vai de encontro ao escrito por Mendes (2009), quando refere que esta fase consiste num programa de levante precoce e progressivo que termina com marcha nos corredores do hospital e subida de escadas; cinesiterapia respiratória e mobilização passiva e ativa dos membros.

O EEER possui um papel interventivo ao longo do período perioperatório⁴, ajudando a pessoa a experienciar uma transição saudável.

Seguidamente, abordarei as fases pré e pós-operatória de cirurgia cardíaca, onde foi possível a intervenção do EEER.

³ Os programas de RC desenvolvem-se em três fases. A fase I, intra-hospitalar, inicia-se no internamento, 24 horas após o evento cardiovascular e termina com a alta hospitalar.

A fase 2, denominada ambulatória precoce, abrange o período imediatamente após a alta e pode ir até ao fim do primeiro ano; dura 8-12 semanas. Tem como objetivo proporcionar ganho significativo da capacidade física e ensino sobre fatores de risco cardiovascular e modificação do estilo de vida.

A fase 3, de manutenção, deve durar toda a vida; a pessoa deve realizar atividade física individualmente ou integrado num equipamento da comunidade, como ginásio ou piscina (Abreu & Araújo, 2016; Mendes, 2016).

⁴ Perioperatório, é o período que decorre desde que a pessoa tem conhecimento que vai ser submetida a cirurgia, até ao regresso normal às suas atividades habituais. Envolve três fases: pré, intra e pós-operatória (Cabral, 2004).

2.1.1 Pré-operatório de cirurgia cardíaca

Neste serviço existe dificuldade na implementação de cuidados de ER no pré-operatório, o que está relacionado por um lado, com o fato de existir apenas uma EEER, que para além de prestar cuidados às pessoas internadas, presta também às crianças do serviço de cardiologia pediátrica, como já referido; por outro lado, a admissão das pessoas candidatas a cirurgia é realizada, a maior parte das vezes, já no turno da tarde da véspera da cirurgia, pela dificuldade de gestão de camas. Para colmatar esta lacuna, seria importante a existência de uma consulta de enfermagem estruturada, no pré-operatório, onde seria realizada toda a preparação necessária para o perioperatório.

Não obstante o referido, foi possível conceber e implementar um programa de reabilitação no pré-operatório a três pessoas, incluindo todo o ensino e esclarecimento de dúvidas necessário para elas e família. Este ensino permitiu reduzir a ansiedade e os medos existentes sobre o procedimento cirúrgico e suas consequências, compreender a situação e desenvolver estratégias para gestão da transição (Meleis, 2010). Todas as pessoas se encontravam recetivas ao ensino e participativas, executando com facilidade os exercícios propostos, colocando as dúvidas existentes, o que traduz o seu envolvimento e a interação com os profissionais.

A pessoa necessita de ser preparada e ajudada a compreender a sua situação, para que consiga desenvolver confiança e *coping*, auxiliando a transição. Manifesta preocupação com a cirurgia, cuidados de saúde de que irá necessitar, qual o grau de dependência após a intervenção, que dispositivos médicos irá ter e quais os cuidados a ter, se vai ter dor, assim como quanto tempo de recuperação terá. Na grande maioria das vezes tem pouca informação sobre a cirurgia e consequências imediatas (verbaliza muitas vezes, no pós-operatório “se soubesse que isto era assim, não tinha sido operado”). Todas estas preocupações podem influenciar o processo de transição de modo negativo; a intervenção do enfermeiro, através do ensino realizado e do envolvimento da pessoa no seu plano de cuidados, possibilita que a mesma desenvolva estratégias para melhor gerir a sua situação de saúde (Meleis *et al.*, 2000).

Assim, a ansiedade da pessoa e família diminui (Woten & Schub, 2017), auxiliando a vivência saudável da transição. Serve igualmente para atingir os objetivos do programa de reabilitação, que, para Cordeiro & Menoita (2012) são: a melhoria das trocas gasosas e da permeabilidade das vias aéreas; permitir que a pessoa adquira conhecimentos sobre a cirurgia e os cuidados a ter e contribuir para reduzir a ansiedade.

Os objetivos da RFR, segundo Heitor *et al.* (1988), são a prevenção e correção das alterações músculo-esqueléticas, a redução da tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade da via aérea, a prevenção e correção dos defeitos ventilatórios, a melhoria da *performance* dos músculos respiratórios e reeducação ao esforço, a redução dos sintomas respiratórios, a facilitação do desempenho das atividades de vida diária (AVD) e melhoria da qualidade de vida. Para os mesmos autores, a RFR na presença de uma cirurgia tem como objetivos a preparação da pessoa para a cirurgia, a prevenção e tratamento de complicações pulmonares, circulatórias e posturais e conseguir uma recuperação funcional o mais rápido e completa possível.

É parte integrante do plano de intervenção de ER no pré-operatório a RFM, esta tem a finalidade de prevenir os riscos de imobilidade e alterações posturais pós cirúrgicas.

Das intervenções realizadas em parceria com a pessoa, as que tive maior dificuldade em implementar foi o controlo e dissociação dos tempos respiratórios e a respiração abdomino diafragmática. Foi difícil as pessoas realizarem a inspiração nasal e a expiração pela boca, tendo tido necessidade de repetir várias vezes as indicações verbais e não verbais. Para a respiração abdomino diafragmática foi importante o posicionamento das minhas mãos e das mãos das pessoas no tórax e abdómen para exemplificação e compreensão da respiração. A busca de estratégias para ultrapassar as dificuldades ajudaram na minha aprendizagem e ficarão para o meu futuro como EEER.

2.1.2 Pós-operatório de cirurgia cardíaca

A pessoa submetida a cirurgia cardíaca sofre muitas alterações a nível do seu bem-estar. A presença de dor, a alteração da integridade cutânea, a possibilidade de

ficar dependente na satisfação das AVD, a ansiedade, são eventos que influenciam a recuperação e todo o seu processo de transição.

Na avaliação da pessoa, um dos aspetos realçados pela EEER na sua prestação de cuidados é a observação das radiografias de todas as pessoas internadas, o que permite que o plano individual de reabilitação seja elaborado também segundo a informação daqui retirada; após a interpretação deste meio complementar de diagnóstico consegue-se perceber onde reside a necessidade de intervenção de RFR.

Assim, a observação e interpretação da radiografia torácica foi amplamente desenvolvida neste ensino clínico, a aprendizagem feita relativamente a este meio complementar de diagnóstico permitiu o desenvolvimento de competências nesta área. Para Cordeiro, Antunes & Cysneiros (2017), este meio complementar de diagnóstico é o exame de excelência para esclarecimento diagnóstico, avaliação da gravidade e resposta à terapêutica, possibilitando o planeamento, a realização e a avaliação de intervenções de RFR.

A interpretação das radiografias de tórax e a auscultação pulmonar, de início bastante difíceis, foram-se tornando progressivamente mais fáceis, tendo, ao longo do estágio, melhorado a minha capacidade na auscultação pulmonar, nomeadamente na identificação e diferenciação dos ruídos adventícios e a sua relação com a imagem imagiológica, para tal, muito contribuiu o treino em mim própria e em familiares, o estudo de radiografias de tórax e o apoio dado pela enfermeira orientadora.

A auscultação pulmonar no início e final da sessão de RFR foi deveras importante para realizar a avaliação inicial e posteriormente, avaliar o resultado da intervenção de ER e dos cuidados prestados, assim como perceber, diariamente, em que local específico deveria incidir mais as minhas intervenções.

As intervenções implementadas nos planos individuais de reabilitação foram ao encontro do que é preconizado na literatura, o que suporta teoricamente a minha atuação. A literatura consultada diz-nos que a reabilitação respiratória é uma mais valia na recuperação funcional da pessoa e na prevenção de complicações, visa melhorar a tolerância ao exercício, melhorar os sintomas e o estado geral de saúde; a aplicação de um programa de reabilitação, incluindo especificamente reexpansão pulmonar e/ou treino muscular respiratório representa uma intervenção

potencialmente útil, especialmente se for iniciada durante a primeira semana após a cirurgia (Crisafulli *et al.*, 2013). No estudo realizado por estes autores, houve efeitos positivos na utilização de um dispositivo respiratório para treino dos músculos expiratórios. O programa de reabilitação respiratória incluía ainda exercícios de controle de respiração.

Os músculos respiratórios e o diafragma desempenham um papel vital no processo respiratório, sendo importantes os exercícios respiratórios que visam o seu fortalecimento (Urell *et al.*, 2016). Neste estudo as pessoas realizaram exercícios de consciencialização da respiração e exercícios de dissociação dos tempos respiratórios, a cada hora durante os primeiros 4 dias de pós-operatório. Após uma esternotomia mediana, a distorção do tórax e a configuração da parede reduz a *compliance* da parede torácica e a capacidade de respirar. É, pois, importante que o EEER avalie corretamente a pessoa antes de iniciar o seu programa de RFR, pois a redução da força muscular dos músculos respiratórios no pós-operatório imediato após cirurgia cardíaca pode ser devido a dor esternal que afeta a capacidade de respirar. Este estudo concluiu que houve associação entre diminuição da força muscular inspiratória e o comprometimento da função pulmonar.

Os planos de intervenção foram iniciados por ensinar e executar posição de descanso e relaxamento, associada ao controlo e dissociação dos tempos respiratórios, o que é preconizado por Cordeiro & Menoita (2012).

As técnicas de RFR realizadas foram as mais adequadas à situação clínica das pessoas a quem prestei cuidados de ER: reeducação diafragmática da porção posterior; exercícios de reeducação costal, com abertura costal seletiva direita e esquerda; tosse dirigida ou assistida; ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR) e manobras acessórias (vibrações).

Para Gomes *et al.* (2015) não há um consenso sobre que técnica de RFR será mais apropriada após a cirurgia cardíaca, mas que as mais comuns, segundo um estudo realizado em Hospitais Públicos e Privados brasileiros foram exercícios de consciencialização da respiração com respirações profundas, TEF e indução da tosse, assim como a utilização de dispositivos como o inspirómetro de incentivo.

Realizei também estimulação da mobilização, ensino de posicionamento, técnica de sentar e de levantar, exercícios dos membros superiores e inferiores. Estes exercícios possibilitam, por um lado, o controle da dor, através do

posicionamento e medidas de proteção ao esforço que a pessoa deve adotar, concomitantemente a mobilização precoce auxilia no transporte de oxigênio, reduz os efeitos da imobilidade no leito, o risco de tromboembolismo e mantém a amplitude articular, o tônus muscular, a força e a função muscular (Schub & DeVesty, 2018).

O ensino sobre técnicas de conservação de energia durante a realização das atividades de autocuidado, foi efetuado tendo também em vista o *empowerment* da pessoa após a alta.

Apresento em apêndice um exemplo de um plano de cuidados de ER por mim elaborado, este apresentado em sala de aula (apêndice III).

As sessões de RFR foram diárias, recorrendo, quando necessário, à utilização do inspirómetro de incentivo, dispositivo que permite melhorar a expansão pulmonar e as trocas gasosas, através do aumento da pressão transpulmonar, os volumes inspiratórios e o desempenho dos músculos inspiratórios (Beddoe & Engelke, 2018; Branco *et al.*, 2012). A tradução na resposta visual do volume inspiratório é um fator que promove a adesão da pessoa à utilização deste dispositivo, permitindo que continue o seu plano de reabilitação no turno da tarde. No entanto, para Mueenudheen, Jamal e Gupta, (2012), não se obtiveram diferenças na oxigenação das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, após a realização de RFR com exercícios de consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios e as que utilizavam inspirómetro de incentivo. Durante a prática realizada pude constatar o que os autores referenciam, no entanto, a adesão ao inspirómetro de incentivo foi superior à realização dos exercícios respiratórios, fora das sessões de RFR.

Foi muito gratificante o *feedback* das pessoas a quem prestei cuidados de ER, que verbalizavam efeitos positivos após a minha intervenção, como a redução da dispneia, da dificuldade respiratória, da quantidade e dificuldade em expelir as secreções. Estes resultados traduziam-se no imediato ou ao longo dos dias, com visibilidade radiológica, nas avaliações de saturações periféricas e na auscultação pulmonar realizada. As intervenções realizadas tiveram o intuito de prevenir as complicações pulmonares pós-operatórias, o que é corroborado por Gomes *et al.* (2015) quando enaltece as vantagens da realização de RFR na prevenção das complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Tendo sempre presente a prestação de cuidados holísticos, em que a pessoa é reconhecida como um todo e não a soma de diferentes partes, tive a oportunidade de aliar a RFR à RFM numa pessoa submetida a cirurgia cardíaca, que sofreu um AVC, do qual resultou hemiparesia esquerda e afasia. O holismo permite a inclusão da pessoa e a sua responsabilização no seu plano de cuidados, através de parceria de cuidados, proporcionando-lhe alcançar o seu potencial máximo e qualidade de vida (McSweeney, 2002).

Assim, foi implementado um plano individual de intervenção de reabilitação adaptado à necessidade da pessoa, necessidade essa não só de reabilitação respiratória, mas também motora, com a preocupação do cuidado centrado na pessoa, esperando-se a sua satisfação nos cuidados, o seu envolvimento nos mesmos e uma sensação de bem-estar. McComark e McCane (2006) dizem-nos que o enfermeiro deve trabalhar de acordo com os valores e crenças da pessoa, envolvendo-a nos cuidados e partilhando a tomada de decisão, preocupando-se com a satisfação das suas necessidades.

Com esta experiência consegui colocar em prática o aprendido na literatura e nas aulas teóricas do curso relativamente à pessoa com AVC. Obtive ganhos em saúde visíveis através da capacidade crescente da pessoa tolerar o levantar e esboçar movimento no membro inferior esquerdo, o que é suportado pela literatura científica quando refere que a RFM tem a finalidade de integrar o esquema corporal e a lateralidade, prevenir a instalação do padrão espástico, estimular a sensibilidade, integrar o hemicorpo lesado, aumentar o potencial e a funcionalidade e prevenir complicações (Menoita, 2012), manter a amplitude articular dos movimentos, aumentar a força, normalizar o tónus muscular, manter a função, a integridade das estruturas articulares, a flexibilidade, prevenir aderências, melhorar a circulação de retorno, manter a imagem psicossensorial e psicomotora (Hoeman, 2011; Menoita, 2012).

Nos primeiros dias de estágio pude observar ativamente o treino de deglutição a uma pessoa que ficou com disfagia por paralisia de corda vocal, após uma entubação endotraqueal prolongada; pude ajudar na aplicação da escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS). A EEER, em parceria com a nutricionista do serviço implementou uma dieta apropriada, com adequada consistência de alimentos. Com a intervenção do EEER a pessoa foi ensinada de técnicas que

possibilitaram que se alimentasse em segurança e sem alterações. A EEER teve também um papel crucial na equipa de enfermagem, ao ser um educador dos seus pares sobre as técnicas a utilizar, o ensino a realizar à pessoa e família e a vigilância a ter. Nesta situação foi visível o trabalho interdisciplinar realizado, assim como o papel do EEER como gestor de cuidados.

Neste estágio, tentei abraçar todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram, com o objetivo de enriquecer o meu leque de conhecimentos, assim, prestei cuidados de ER a uma pessoa internada na UCI, sob sedação e ventilação mecânica, o que foi uma situação totalmente nova para mim. Inicialmente bastante receosa, tive o apoio contínuo da enfermeira orientadora e tentei abarcar todas as suas indicações, de modo a ter alicerces para atuar futuramente como EEER. Pude realizar RFM à pessoa sedada e RFR com aspiração de secreções, coordenando esta com o ventilador. Pela revisão *scoping* anteriormente realizada já tinha conhecimento de que o posicionamento da pessoa sob ventilação mecânica, durante a RFR, era algo a ter em consideração, pelo que a minha intervenção seguiu o preconizado por Guner e Korkmaz (2015), quando afirma que a reabilitação respiratória realizada durante a ventilação mecânica em decúbito dorsal, a 0º, não forneceu um benefício adicional e causou um maior número de respostas cardíacas, enquanto que a reabilitação respiratória efetuada com a cabeceira da pessoa a 45º pode ser recomendada, pois esta posição induz um menor número de respostas cardíacas. Os autores afirmam ainda que a reabilitação respiratória melhora os parâmetros cardíacos e respiratórios e o posicionamento correto da pessoa são critérios significativos para um resultado o mais favorável possível.

Tendo o mesmo objetivo da situação anterior, acompanhei a enfermeira orientadora aquando da realização de RFR na cardiologia pediátrica, tendo tido uma observação participativa no plano de cuidados implementado a crianças dos 7 dias aos 12 anos, no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Esta oportunidade abriu-me horizontes na área da ER em pediatria, uma área pouco desenvolvida durante o curso de especialização, o que me possibilitou adquirir alguns conhecimentos e me provocou curiosidade nesta área de intervenção.

O estágio foi muito gratificante, não só pelas oportunidades de aprendizagem que surgiram, mas também pela resposta das pessoas de quem cuidei, resposta física, demonstrada pela melhoria do seu estado clínico e resposta verbal, quando

elogiavam a minha intervenção e verbalizavam que sentiram e tiveram ganhos após a sessão de RFR. Foi excelente e muito motivador sentir a receptividade das pessoas nos turnos seguintes a ter iniciado o programa de reabilitação, a sua disponibilidade e agradecimento, o que me provocou o sentimento de que estava a atuar adequadamente de modo positivo.

Estes aspetos foram também visíveis com as famílias, estas participaram no plano de cuidados da pessoa, realizando treino de marcha ao longo do dia, incentivando a realização dos exercícios respiratórios ou do inspirómetro de incentivo, quando indicado. O EEER, com o seu corpo de conhecimentos e competências que possui, capacita a pessoa e família, influenciando a adesão aos programas de tratamento. Os ensinamentos realizados durante o internamento, numa vertente de educação para a saúde são bastante importantes, o EEER

intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656).

Na minha prestação de cuidados, houve preocupação em transmitir à pessoa e família a razão e o objetivo da intervenção a implementar, ensinar a fazer e supervisionar, potenciando a autonomia.

Fico com a sensação de 'dever cumprido' no processo de envolvimento da família no plano de reabilitação da pessoa e no próprio plano individual de reabilitação, pois à medida que o estágio decorria, senti que fui adquirindo competências no âmbito da ER, o que me permitiu cuidar de um número crescente de pessoas, tendo concebido, implementado e avaliado programas de RFR a várias pessoas internadas.

A transmissão oral da informação relativa aos cuidados de enfermagem tem o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade desses mesmos cuidados, sendo também um momento de análise e reflexão da prática (OE, 2017); o fato de assistir à transmissão oral da informação relativa aos cuidados de enfermagem contribuiu para o estabelecimento de prioridades, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Após esta, ficava com a perceção do estado clínico das pessoas, percebendo quais as que

necessitavam de intervenção de ER mais rápida, assim como geria mentalmente o tipo de intervenção a implementar. Para além disso, era necessário saber articular a minha intervenção com a realização de exames complementares de diagnóstico e com os cuidados prestados pelos enfermeiros generalistas. Fui desenvolvendo esta capacidade de priorizar intervenções, ao longo do estágio, ficando perfeitamente autónoma na gestão e priorização de cuidados, na medida em que tinha a capacidade de avaliar a necessidade de cuidados de ER das pessoas e iniciava a minha intervenção por aquelas que mais necessitavam desses cuidados.

A continuidade de cuidados é bastante importante tanto durante o internamento quanto após a alta, no entanto, a comunicação e articulação com o EEER da comunidade é diminuta, a pessoa tem alta com a nota de alta/transferência e a informação aí contida é escassa, o que é corroborado por Mendes, Gemito, Caldeira, Serra e Novas (2017), quando afirmam que a partilha de informação entre os serviços de saúde em Portugal, ou não existe ou é escassa. Refletindo sobre esta situação, penso que se poderia minimizar este aspeto negativo, criando uma forma de registo padronizado, com intervenções de ER realizadas e qual a continuidade de cuidados, utilizando a linguagem CIPE. Esta reflexão foi partilhada no serviço mas só após a realização do estágio em contexto comunitário, depois de ter vivido situações de escassez de informação que acompanha a pessoa aquando da alta hospitalar.

Pela análise das atividades desenvolvidas considero ter atingido o objetivo proposto e o desenvolvimento das competências de EE: B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019); e as competências de EEER: J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Particpei nas 2^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO (anexo I), o que possibilitou o acesso a informações atuais sobre a temática, contribuindo para a qualidade na prestação de cuidados, buscando a excelência do cuidar, enriquecendo o meu percurso formativo pela partilha de

experiências e pela atualização de conhecimentos. A partilha de experiências é importante para melhorar a prática profissional, pela consciencialização de que as práticas de cuidados “se constituem como percursos que podem conduzir à formação” (Gomes, Rocha, Martins & Gonçalves, 2014, p.67). Um dos temas que considerei particularmente interessante foi a abordagem dos sistemas de informação de ER, por ser uma temática em constante evolução e com dificuldades acrescidas para os profissionais, pois muitas vezes há pouco tempo para a realização dos registos de enfermagem.

2.2. Desenvolvimento de competências de EEER em contexto comunitário

O estágio na comunidade realizou-se de 26 de setembro de 2018 a 30 de janeiro de 2019, durante os cinco dias úteis seguidos, numa ECCI que se encontra integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A UCC onde estagiei pertence ao ACES onde atualmente desempenho funções e permitiu-me alargar os horizontes sobre as características da população abrangida e os cuidados de enfermagem prestados na área de influência deste ACES.

Foi um período de aprendizagem muito rico, pois permitiu-me prestar cuidados a pessoas com várias patologias, com variadas necessidades de cuidados e sob processos de transição.

Esta é uma realidade muito díspar daquilo que conheci até então, pelo que senti necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre o que é a ECCI. Trata-se de uma equipa multidisciplinar que presta cuidados de saúde no domicílio. É realizada uma avaliação integral prévia pelo médico, pelo enfermeiro e pelo técnico de serviço social às pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma (Dec. Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Para a pessoa ser admitida na ECCI é necessária uma proposta de referenciação das equipas prestadoras de cuidados dos cuidados de saúde primários ou das equipas de gestão de altas, decorrente do diagnóstico da situação de dependência (OE, 2009; Portaria n.º 50/2017), sendo os critérios de admissão: existir um nível de dependência global (transitória ou crónica) que impeça a

deslocação à unidade funcional; residir na área de influência da UCC e ter um cuidador disponível para participar na prestação de cuidados.

A presença de EEER nestas equipas é de extrema importância, pois muitos dos cuidados são dirigidos à recuperação e à adaptação ou conservação funcional da pessoa e à capacitação do cuidador. Esse profissional tem a capacidade de identificar barreiras arquitetónicas, prestar cuidados a pessoas com necessidades especiais no domicílio, promover a máxima independência nas AVD e na qualidade de vida da pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais, no sentido da capacitação e *empowerment* da própria e cuidador, criar e gerir bolsas de ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade (OE, 2009).

Os EEER na RNCCI “desempenham um papel *pivot* na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento” (OE, 2009, p. 24).

Na comunidade o enfermeiro tem um papel de relevo, por assumir a responsabilidade e o compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, destacando as atividades de educação para a saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade (OE, 2012).

Relativamente ao primeiro objetivo específico formulado para este estágio, “Compreender qual o papel do EEER na dinâmica e organização do serviço”, já apresentado no contexto anterior, irei abordá-lo novamente pois este local de ensino clínico foi totalmente novo para mim.

Como a maior parte da minha carreira profissional foi em ambiente hospitalar e mesmo estando atualmente em cuidados de saúde primários desde há poucos meses (mas numa área muito específica), surgiram pensamentos como “conseguirei adaptar-me a um contexto de trabalho que desconheço totalmente? Como me sentirei ao entrar no domicílio das pessoas? Como será a minha prestação de cuidados num ambiente desconhecido?”.

Para compreender o papel de um profissional num determinado serviço é importante um bom processo de integração, assim, iniciei a minha integração por

conhecer as dinâmicas de funcionamento e organização do serviço e os recursos humanos e materiais existentes. Posso afirmar que me senti bem-recebida e acolhida pela enfermeira orientadora, pelos outros elementos da equipa e pela chefia, tendo-me todos colocado à vontade para questões e auxílio em caso de necessidade.

A UCC é constituída por quatro ECCL, cada uma delas com 3 elementos de enfermagem, exceto aquela onde estagiei que é constituída por 5 elementos, em que dois estão em horário flexível e de amamentação. Em cada equipa existe uma EEER; na equipa onde estagiei existe ainda uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária, uma enfermeira mestre em cuidados paliativos e dois enfermeiros generalistas. O fato de existirem enfermeiros com diferentes formações e conseqüentemente diferentes olhares sobre a pessoa, permitiu-me compreender diferentes abordagens, consoante as necessidades e especificidades de cada uma.

A EEER não presta exclusivamente cuidados de ER mas também cuidados gerais, articulando estes com os cuidados de ER, pelo que foi necessário priorizar e gerir as visitas de modo a racionalizar os recursos tempo e humanos. Com o decorrer do estágio consegui fazer essa gestão de modo mais eficiente.

Cada enfermeiro é gestor de 8 pessoas, havendo também o apoio de assistente social e psicóloga.

Consultei os manuais do serviço, aspeto muito importante na minha integração, pois existia uma variedade de documentos relativos à ER que muito me ajudaram no decorrer do estágio. Identifiquei também os projetos existentes na unidade: “Reabilitar+”, “Olhar por nós”, “Capacitar quem ajuda”, “Rede Social” e “Curso de preparação para o parto e nascimento”.

Fiquei a conhecer melhor os projetos em que a enfermeira orientadora colaborou: o “Reabilitar+”, projeto de reabilitação; o “Olhar por nós”, formações dirigidas para a capacitação, acompanhamento e ajuda de cuidadores informais e o “Capacitar quem ajuda”, formações para os cuidadores formais das instituições que dão apoio no domicílio à população. Penso que estes projetos são deveras importantes para a pessoa dependente de cuidados, para os cuidadores e mesmo para os enfermeiros e unidade. Com os resultados obtidos podemos saber se a intervenção dos enfermeiros, nomeadamente do EEER no projeto “Reabilitar+” trouxe mais-valias, podendo assim falar em resultados sensíveis aos cuidados de

enfermagem. Não tive oportunidade de participar na apresentação das sessões dos outros projetos, mas participei no planeamento das mesmas para o presente ano. Nessas sessões fiquei a saber qual o papel requerido e o que é esperado de cada profissional envolvido (enfermeiro, psicólogo, assistente social). Gostaria de ter participado na operacionalização, no contacto com os cuidadores, de modo a perceber e contextualizar *in vivo* as suas dificuldades e sentimentos, mas por uma questão de *timing* tal não foi possível.

Existe uma rede de apoio à comunidade bastante alargada, de instituições públicas e privadas, cujo propósito é dar resposta às necessidades da população que delas necessitam, seja apoio na prestação de cuidados de higiene e conforto ou na alimentação; em algumas situações pude observar uma parceria estreita entre os cuidadores formais destas instituições e a EEER, com o intuito de promoção da autonomia da pessoa.

Quando a pessoa é referenciada para a ECCI é realizada uma primeira visita domiciliária, cujos objetivos são a avaliação da pessoa, conhecer o cuidador informal, recolher informações sobre a pessoa e família e elaborar um plano individual de intervenção para resposta às necessidades identificadas. Relativamente à primeira visita domiciliária de ER, permite a avaliação do potencial de reabilitação, da situação económica, do apoio existente ou necessário, a capacidade e empenho do cuidador/família, bem como o meio envolvente e as condições habitacionais, tendo como requisito para continuidade de cuidados, a presença de um cuidador informal.

Cada pessoa internada na ECCI tem um gestor de caso atribuído. A distribuição das pessoas pelo enfermeiro que ficará gestor de caso é feita após a primeira visita domiciliária, tendo em conta as necessidades da pessoa, necessidades essas de reabilitação (motora, respiratória ou capacitação da pessoa/cuidador), cuidados paliativos ou cuidados por feridas.

A preparação de cada visita domiciliária é realizada com recurso ao processo clínico da pessoa e conhecimento da razão de referência para a UCC, seguindo-se momentos de partilha e discussão sobre as estratégias a implementar direcionadas para cada situação particular.

As visitas são calendarizadas diariamente e previamente à sua realização há todo um trabalho logístico, como a preparação das malas com material e o

planeamento rigoroso e atempado do trajeto a realizar, pois a viatura é partilhada pelos diferentes profissionais da equipa, não só os enfermeiros, mas psicóloga, médica, assistente social., o que me permitiu pensar e refletir na necessidade de uma gestão rigorosa no seio de uma equipa de cuidados na comunidade, em que há que gerir os recursos humanos da própria equipa e o tempo que tem disponibilizado, também em função das necessidades das outras equipas da UCC.

Em cada visita domiciliária encontram-se uma multiplicidade e imprevisibilidade de situações, não existe a segurança da instituição ou o suporte de uma equipa de trabalho, o que constitui um verdadeiro desafio para o EEER. É no contexto domiciliário que este profissional assume muitas vezes o papel de educador, de gestor junto da equipa, de confidente da pessoa e do seu cuidador e de ajuda nas adaptações às limitações (Abreu, 2012). Refiro a situação de uma pessoa que estava preocupada com a sua filha, grávida, mas com antecedentes de aborto, que não conseguia agendar consulta médica. Após a pessoa confidenciar a sua preocupação, conseguiu-se a referenciação para o médico de medicina geral e familiar e posteriormente para consulta hospitalar.

Um aspeto fundamental neste estágio foi o conhecimento da pessoa no seu contexto familiar e ambiental, percebendo todo o processo vivenciado no regresso a casa após um internamento ou uma alteração na sua condição física, e os cuidados prestados para o restabelecimento e promoção de saúde.

A intervenção do enfermeiro deverá ser no sentido de englobar a família no cuidado, respeitando sempre a sua autonomia e capacidade de decisão em função dos seus valores e capacidades (Potter & Perry, 2013). Assim, o enfermeiro deve procurar, em parceria com a família, a melhor forma de integrar a prestação de cuidados decorrente da alteração de saúde, dos hábitos familiares diários e, se necessário, mobilizar os recursos existentes na comunidade.

Considerarei este estágio um desafio, pois é necessário adotar uma forma de pensar, agir e estar, diferente daquela que estou habituada. Até aqui, a minha prestação de cuidados foi realizada num ambiente controlado, tendo o suporte dos pares e outros profissionais. Na prestação de cuidados na comunidade entramos no domicílio da pessoa, ao invés de controlarmos o ambiente que nos rodeia, somos confrontados com um ambiente desconhecido, controlado totalmente pelas pessoas e seus cuidadores ou familiares, entramos num espaço que é 'do outro' e no qual

temos que atuar, sozinhos, sem a equipa de retaguarda que estava presente nos cuidados hospitalares.

Por vezes o ambiente com que deparamos é adverso, seja por condições habitacionais precárias, diferentes personalidades da pessoa a quem se prestam cuidados ou dos seus cuidadores, dificuldades para adquirir ajudas técnicas ou dificuldades no estabelecimento de uma relação empática enfermeiro-pessoa/cuidador. O enfermeiro deve adotar uma postura que lhe permita ser aceite pela pessoa e os seus cuidados serem também aceites de modo a que essa pessoa desenvolva todas as suas capacidades para a recuperação e reinserção social, mas sem esquecer a sua própria identidade profissional.

O entrar no domicílio (espaço) da pessoa exigiu algum esforço mental; esforço para compreender a sua situação (física, mental, social), para perceber quais as suas dificuldades, o sentimento de solidão (muitas vezes presente), os apoios existentes e os que deveria ter segundo as suas necessidades, a adaptação do plano de intervenção às condições que a rodeiam (a utilização da criatividade para implementação de intervenções, utilizando recursos existentes no seu meio), o estabelecer de uma relação terapêutica desde o primeiro contacto, para se conseguir a adesão da pessoa aos seus cuidados. Inicialmente receosa nas visitas domiciliárias, depressa senti a boa receptividade das pessoas e cuidadores à presença e cuidados de enfermagem, o que me tranquilizou e deixou mais confiante.

Na ECCI, é o EEER o responsável pela elaboração e atualização do plano de cuidados, acompanhamento nos cuidados à pessoa/família e pela articulação com os recursos existentes na comunidade. As intervenções implementadas devem ser monitorizadas e avaliadas, pelo que é necessário a elaboração de um plano individual de intervenção, que deverá evidenciar os objetivos que a pessoa deve alcançar e as intervenções e responsabilidades de cada profissional (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Para a continuidade dos cuidados prestados é importante a realização de registos individualizados (Abreu, Almeida, Costa, Santos & Sousa, 2011), para tal é utilizado suporte digital, na plataforma SClínico, utilizando a linguagem CIPE. Tal como no contexto de estágio anterior, estes registos são elaborados diariamente, após as vistas domiciliárias. Os registos de ER possibilitam uma continuidade de cuidados bem como a transmissão de informação sobre a evolução da pessoa no

seu processo individual de reabilitação, e como já anteriormente referido, trata-se de um contributo para a qualidade dos cuidados de ER.

Mensalmente é feita na plataforma da RNCCI a atualização do estado clínico da pessoa, sua evolução e atualização do plano individual de reabilitação. Realizei este processo, em que programei novas intervenções e dei alta, com supervisão da enfermeira orientadora, não tendo conseguido fazer de forma autónoma por limitação de tempo de estágio.

Pelo descrito, julgo ter conseguido ir ao encontro do desenvolvimento das competências do EE: C 1 – gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 - adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados e D1 - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento n.º 140/2019).

Outro dos objetivos definidos no projeto foi “Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação relacionadas com a reabilitação da pessoa/família com alterações da função sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, intestinal, vesical e de alimentação”.

Na comunidade não prestei cuidados a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, tendo, no entanto, prestado cuidados a pessoas igualmente a vivenciar processos de transição saúde/doença, entre outros.

Para alcançar o objetivo citado foi muito importante reconhecer e identificar as necessidades formativas que foram surgindo ao longo do estágio, nomeadamente quando fiquei perante situações ou patologias novas, em que senti necessidade de efetuar pesquisa. A prática de cuidados de ER baseada na evidência é fundamental, sendo a procura de conhecimento um suporte (Regulamento n.º 302/2019). Realizei essa pesquisa recorrendo a bibliografia atualizada e pertinente na área da ER, unidades curriculares do curso, bases de dados eletrónicas, artigos científicos e livros. Realço a pesquisa efetuada sobre a doença de Alzheimer, seus estadios e plano individual de reabilitação a implementar, por nunca ter tido contacto com pessoas com esta doença em estadio avançado, por ser uma situação em que a implementação de um programa de reabilitação traz dificuldades acrescidas, seja pela dificuldade de comunicação/compreensão, seja pelo prognóstico da doença.

Toda a pesquisa realizada, a par com as reflexões realizadas com a docente orientadora, enfermeira orientadora e as restantes EEER, os jornais de aprendizagem, os planos de cuidados e o estudo de caso que elaborei, contribuíram para a tomada de decisão, para o desenvolvimento de conhecimentos técnicos e teóricos e para o desenvolvimento de competências, facilitando todo o processo de aprendizagem. Procurei exercer uma PBE, ao integrar os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados.

A discussão do plano individual de intervenção da pessoa com a enfermeira orientadora, após a prestação de cuidados, levou a momentos de reflexão sobre o que tinha sido feito, os objetivos e os resultados obtidos, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional e para uma prestação de cuidados fundamentada.

Segundo Varandas e Lopes (2012), o desenvolvimento de competências deriva do processo integrado de aquisição de saberes teóricos com os saberes adquiridos no contexto de ensino clínico, e a formação contínua, que permite uma atualização de conhecimentos e uma reflexão sobre a prática e contribui para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Foi-me possibilitado realizar visitas domiciliárias com uma EEER de outra ECCI, conhecendo assim outras pessoas dependentes, outra realidade habitacional e social, o que potenciou o meu processo de aprendizagem e o meu desenvolvimento profissional, ao ter contacto com pessoas com outras necessidades, com planos individuais de reabilitação diferentes daqueles implementados nas pessoas já minhas conhecidas, conseguindo assim, conhecer outras intervenções de ER e outras formas de negociar com a pessoa/família o plano de cuidados.

Particpei nas reuniões de EEER das quatro equipas, o que foi também muito enriquecedor. A partilha de experiências, de opiniões, a discussão de implementação de intervenções, com o objetivo da satisfação das reais necessidades de cada pessoa, é uma mais valia para todos e especialmente para quem se encontra num processo de aprendizagem, como eu, tornando-a mais rica, ao ter conhecimento de diferentes abordagens de ER e diferentes perspetivas sobre a mesma situação.

Através do explicitado até aqui, desenvolvi as competências de EE: B1 – garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e D2 — baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Neste ensino clínico desenvolvi competências essencialmente nas mobilizações, treino de marcha, treino de equilíbrio, treino de escadas, reeducação ao esforço e treino de AVD, com o alvo da pessoa adquirir uma maior independência nas suas atividades.

Tive a oportunidade de iniciar o processo de admissão de cinco pessoas na ECCI, realizando a recolha de dados prévia (na nota de alta e no processo clínico), avançando depois para a primeira visita domiciliária em que foi realizada a avaliação da pessoa, a identificação das suas necessidades (de ER mas não só), a avaliação das condições habitacionais, conhecer o cuidador informal e dar a conhecer a este e à pessoa alvo de cuidados o funcionamento e a constituição da ECCI. A preparação inerente à primeira visita domiciliária permitiu-me conhecer atempadamente alguns aspetos na abordagem à pessoa no seu domicílio, identificar algumas necessidades e planear as intervenções a ser implementadas aquando da visita domiciliária. Participei na avaliação de ER de pessoas para referência para outras unidades da RNCCI, uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, uma Unidade de Convalescença e uma unidade para descanso do cuidador, pois este (marido) encontrava-se notoriamente cansado. A intenção desta intervenção foi permitir ao cuidador readquirir a capacidade necessária para cuidar de si próprio, para posteriormente conseguir cuidar da esposa. O *stress* dos cuidadores informais é algo que pessoalmente me toca e ao qual estou sensibilizada, pelo que foi um aspeto importante a deteção da situação e o seu encaminhamento.

De modo a conseguir avaliar em que medida as intervenções implementadas têm resultados, é necessária a monitorização da funcionalidade. A OE preconiza que o EEER para desenvolver a sua atividade nos múltiplos contextos da prática clínica, em situações de doença aguda, crónica ou agudizações deve utilizar instrumentos que permitam auxiliar na avaliação da situação, suportando assim a sua tomada de decisão clínica (OE, 2016). As escalas utilizadas no serviço foram o Índice de *Barthel*, a escala de Morse, a escala de *Braden*, a escala de *Lower* e o Índice de *Tinetti*. Com estes instrumentos foi possível implementar intervenções adequadas às

necessidades/alterações detetadas, elaborar o plano de intervenção individual e avaliar essas intervenções, conseguindo detetar a necessidade ou não de reformulação desse plano individual, bem como assegurar a continuidade de cuidados.

Após implementação do programa de intervenção individual houve ganhos em saúde, tanto físicos como emocionais. Realço a situação de uma pessoa que de início estava desinteressada na sua saúde e recuperação, revoltada com a sua situação clínica, pouco motivada e mesmo apática, participando pouco nos seus cuidados. Para obter sucesso na reabilitação temos que ter a pessoa motivada (Hesbeen, 2003). Com o decorrer das visitas domiciliárias e com a implementação das intervenções de ER, a senhora foi progressivamente ficando mais participativa, comunicativa, sorridente, tendo inclusivamente nas últimas visitas nos 'prometido' que iria cozinhar uma refeição típica da sua terra natal.

Com o decorrer da nossa intervenção foi visível o progresso no processo de transição desta senhora, traduzidos pela presença de indicadores de processo, o desenvolvimento de confiança e *coping*, pois a mesma foi progressivamente ficando mais autónoma nas suas AVD e mais participativa no seu processo de reabilitação, mostrando interesse em realizar os exercícios propostos, na nossa presença e na nossa ausência (o marido referia que a senhora executava alguns exercícios sozinha). Inicialmente era visível o receio de não melhorar, de ficar dependente do cuidador, funcionando estes como aspetos negativos no processo de transição. À medida que se foi desenvolvendo uma relação de confiança entre nós e a senhora houve um envolvimento no seu plano de reabilitação, um interesse em partilhar opiniões e dúvidas. A prestação de cuidados foi sustentada no estabelecimento de relação empática com a pessoa/família, de modo a desenvolver uma relação de confiança, assim como prestar cuidados centrados na pessoa. Mas todo este processo não é instantâneo no primeiro contacto, requer tempo e abertura de todos os intervenientes para que se atinja uma relação de confiança, definindo-se depois as intervenções a desenvolver. O sucesso dessas intervenções só é conseguido quando se estabelece uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa/família (Wright & Leahey, 2013).

Apesar da dificuldade inicial, utilizei algumas estratégias que auxiliaram no estabelecimento de uma relação de confiança: encorajei a pessoa a expor as suas

dúvidas, receios, envolvi-a no seu processo de cuidados e negocieei esses mesmos cuidados.

A população abrangida pela área de influência da UCC engloba diferentes etnias, culturas, religiões e nacionalidades, assim, um dos aspetos a ter em atenção é a multiculturalidade. Esta diversidade permitiu conhecer e compreender diferentes formas de estar perante a transição vivenciada, cada pessoa possui hábitos, costumes, crenças, linguagem e comportamentos próprios que devem ser considerados e respeitados. Segundo a perspetiva de Reis (2015), os profissionais de saúde devem prestar cuidados consistentes com a diversidade cultural das pessoas, assentes nas suas respetivas competências culturais. Procurei não interferir nas crenças, comportamentos e hábitos das pessoas durante a prestação de cuidados. Exemplifico com a situação da senhora referenciada acima, que tinha sempre várias pessoas na sua habitação, quase sempre diferentes, ora a conversar, ora a falar ao telemóvel na divisão da casa onde prestávamos os cuidados. Tomou-se a decisão de não interferir nessas atividades, o que contribuiu para o desenvolvimento de uma relação de confiança com a senhora.

O sucesso no processo de reabilitação não depende apenas da aplicação de um conjunto de técnicas, mas também de uma sucessão, coordenação e multidisciplinaridade da atuação, que advém de uma abordagem integral e que se traduz em ganhos em saúde e impacto na qualidade de vida (Menoita, 2012).

Uma situação com que frequentemente nos deparamos foi a referenciação para a ECCI da pessoa após imobilidade prolongada, seja por consequência do processo de envelhecimento, seja por doença/internamento. Esta tem efeitos nos vários sistemas do organismo, levando a perda de massa muscular e fraqueza muscular, podendo ser persistentes e necessitando de reabilitação para atenuar e recuperar a fraqueza e deficiências físicas (Mendez-Tellez, Nusr, Feldman & Needham, 2012).

A responsabilidade do EEER nas intervenções preventivas da imobilidade prolongada é manter o potencial da pessoa para uma eventual mobilização. De modo a maximizar esse potencial, algumas das intervenções a implementar serão: manter os segmentos do corpo em posições anatomicamente corretas e funcionais, usar adequadamente os posicionamentos, ensinar programas de exercícios terapêuticos para manter a mobilidade articular e o tónus muscular, ensinar

transferências e transferir as responsabilidades de prevenção e manutenção para a pessoa e família (Hoeman, 2000).

Deste modo, atuei segundo o preconizado no caso de uma pessoa com diminuição da força muscular, alteração do equilíbrio e dificuldades na marcha por imobilidade prolongada. Após a implementação do plano individual de reabilitação e pela sua avaliação, obtiveram-se ganhos em saúde, incentivou-se o exercício da cidadania e a participação social, ao ajudar a promover a saída do domicílio.

Procurei sempre alcançar um ambiente de cuidados seguro através da realização de ensinamentos, treino e supervisão da correta utilização de ajudas técnicas, de modo a minimizar os riscos de acidentes causados pelo meio envolvente, como a utilização de calçado inadequado, produtos de apoio danificados, tapetes, água ou fios no chão, a prevenção de lesões musculoesqueléticas (da pessoa e do cuidador), através da correção postural e ergonomia e pontos de repouso se necessário (Menoita, 2012; Carinhas, 2013).

Numa pessoa com Doença de Alzheimer já em estadios avançados de imobilidade, dependente total para a realização de todos os autocuidados, foi realizada a capacitação do cuidador sobre os cuidados a prestar à senhora, nomeadamente o ensino sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene, tendo sido posteriormente instruído e treinado a sua utilização. Foram também realizados ensinamentos sobre as mobilizações, posicionamentos e estimulação cognitiva da pessoa, através de música, leitura ou puzzles. Esta situação traduz o papel de consultor e parceiro social e não apenas de técnico de saúde, demonstrando uma intervenção especializada e autónoma.

Ao longo do estágio fui sentindo agradecimento das pessoas e cuidadores pelas intervenções realizadas, à medida que se obtinham ganhos ou conquistas que possibilitavam a melhoria da qualidade de vida, o que para mim foi um indicador de que a minha prestação de cuidados estava a ser realizada no rumo certo.

Num contexto ideal, as intervenções de reabilitação e promoção do autocuidado deveriam ser realizadas várias vezes ao dia, mas tal não é possível, pelo que é importante instruir a pessoa e o cuidador para a realização dos exercícios, de modo a potenciar o processo de reabilitação, o EEER, com o seu treino, conhecimentos e competências, consegue o seu papel de educador que foi sempre bem aceite pelas pessoas de quem cuidei.

A formação contínua é sentida como uma necessidade, assim, frequentei o 1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Norte (anexo II). A frequência neste evento possibilitou o contacto com outras realidades e trabalhos desenvolvidos por EEER, o que foi muito gratificante e contribuiu para a minha aprendizagem, na medida em que fiquei a conhecer a intervenção do EEER em áreas ainda desconhecidas para mim, como o projeto de acompanhamento após a alta, de modo a garantir a continuidade do plano de reabilitação, na comunidade.

Com as atividades acima descritas, considero atingido o objetivo proposto e desenvolvidas as competências comuns do EE: A1 — desenvolve uma prática profissional ética e legal, como EEER, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 — garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019) e as específicas do EEER: J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

Este relatório de estágio foi elaborado tendo por base a reflexão e análise do percurso formativo até aqui realizado, através da exposição das atividades e intervenções desenvolvidas e realçando os contributos para a minha aprendizagem e futura atuação como EEER.

A avaliação, como parte integrante do processo de aprendizagem, permite analisar e refletir sobre o percurso efetuado durante o ensino clínico, validar o alcance dos objetivos e identificar causas facilitadoras ou inibitórias do processo.

A decisão da frequência deste curso de mestrado foi consciente, mas voltar à escola depois de vários anos não foi fácil; revelou-se um percurso trabalhoso, que foi ultrapassado com muito empenho, dedicação, estudo, pesquisa bibliográfica, tendo sempre por objetivo final potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados no futuro. Vivenciei um processo de transição em que foi necessário incorporar novos comportamentos e novas experiências na minha vida, bem como adquirir competências para uma integração fluida da identidade, em suma, para atingir uma transição saudável (Meleis *et al.*, 2000).

A teoria das transições de Meleis foi o referencial teórico utilizado na minha práxis clínica, à sua luz procurei identificar o tipo de transição, os indicadores de processo, resultados e as estratégias a utilizar para a pessoa vivenciar uma transição saudável.

A aquisição de novos saberes e competências levou a um desenvolvimento pessoal e profissional. A disponibilidade demonstrada pelas enfermeiras orientadoras e restantes elementos das equipas dos serviços onde decorreu o ensino clínico contribuíram fortemente para o meu processo de aprendizagem, através da partilha de ideias, esclarecimento de dúvidas e reflexão sobre os cuidados prestados.

Todo o trabalho solicitado pela professora orientadora, a elaboração dos jornais de aprendizagem, os estudos de caso e sua apresentação contribuíram igualmente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, levando-me a questionar algumas das intervenções realizadas e caminhar para uma melhor prestação de cuidados de ER.

Durante o estágio pratiquei um horário de 5 dias seguidos, o que considero ter sido uma mais-valia, pois permitiu-me o acompanhamento das pessoas desde a admissão até à alta, sem grandes interrupções no contacto. Tal facto enriqueceu a minha aprendizagem e contribuiu para a consecução dos objetivos propostos de uma forma mais célere e para o desenvolvimento das competências inerentes ao ER.

O serviço de CCT, a minha 'casa' profissional até algum tempo atrás, voltou a acolher-me, mas agora como estudante, embora já tivesse sido perita (Benner, 2001). Aí desenvolvi intervenções no âmbito da reabilitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca no pré e pós-operatório, mas também realizei intervenções à pessoa sedada e sob ventilação mecânica invasiva, à pessoa em *status* pós AVC, à pessoa com alterações da deglutição, e tive uma observação participativa na RFR em pediatria (lactentes e crianças), o que me permitiu desenvolver competências do EEER na área da RFR mas também noutras áreas de intervenção.

Foi patente, neste campo de estágio, a importância da RFR no perioperatório e os consequentes benefícios para prevenção ou limitação das complicações pulmonares pós-operatórias, assim como a importância da intervenção do EEER no ensino para a alta, de modo a que a pessoa prossiga o seu plano individual de reabilitação no domicílio e a adoção de estilos de vida saudáveis.

O estágio em ECCI despertou-me para a vertente da prestação de cuidados ao domicílio; verifiquei que aqui é possível uma adaptação mais eficaz às necessidades da pessoa, ao verificar *in loco* as dificuldades e estabelecendo estratégias de intervenção adaptadas ao domicílio. No entanto, a prática do EEER neste contexto torna-se, muitas vezes difícil, pela existência de condições habitacionais precárias, condições de higiene deficitárias, pobreza e situações familiares complexas e conflituosas.

Este contexto permitiu-me o conhecimento e contacto com realidades diferentes das que estava habituada e que conhecia, a perceção do que se passava dentro de algumas casas onde passo diariamente fez-me refletir nas necessidades da comunidade onde estou inserida. Adquiri e desenvolvi conhecimento dos recursos existentes na comunidade que apoiam a pessoa com dependência, no domicílio, possibilitando uma melhor oferta e acessibilidade aos cuidados de ER.

Em ambos os contextos de estágio foi muito gratificante o reconhecimento do papel crucial do EEER no seio da equipa multidisciplinar, no cuidar da pessoa, na sua capacitação para o autocuidado e na maximização do seu potencial de recuperação.

A elaboração e implementação dos planos individuais de reabilitação, para além de contribuir para a reabilitação da pessoa, permitiu que articulasse a teoria aprendida em sala de aula e pesquisa, com a prática quotidiana.

Um outro aspeto importante aplicado neste estágio foi o estabelecimento de uma relação empática com a pessoa/família; segundo Savieto e Leão (2016), tendo por base a intenção de cuidar, é possível desenvolver uma relação empática, quando se reconhece que a pessoa vivencia a sua experiência de modo único e individual.

Pude constatar que o EEER é um pilar na equipa multidisciplinar, pela sua capacidade de liderança e tomada de decisão, pelos seus elevados conhecimentos específicos, o que permite uma prestação de cuidados respeitando a pessoa na sua individualidade, não esquecendo os seus cuidadores/família, com o objetivo de ultrapassar uma transição de modo saudável e promover a autonomia. O EEER gere os cuidados prestados, avalia a sua eficácia através da monitorização diária da sua qualidade, alterando-os sempre que os resultados obtidos não são os desejáveis.

O EEER tem também uma intervenção autónoma, a necessidade da sua intervenção é requisitada pelos médicos e pelos enfermeiros generalistas, mas tem autonomia para decidir quem beneficia da sua intervenção, até quando beneficia e qual o programa de reabilitação a implementar, o que é feito após uma avaliação inicial cuidada, recorrendo, entre outros a escalas de avaliação adaptadas às necessidades da pessoa e que apoiam a sua tomada de decisão e possibilitam a continuidade dos cuidados.

Os momentos de desânimo, cansaço, o sentimento que me atingiu várias vezes de que não conseguiria terminar este percurso, a falta de atenção e disponibilidade para a família foram pontos fracos durante este processo, despoletando tristeza, angustia e ansiedade.

Consigo agora afirmar que este percurso de aprendizagem me possibilitou o desenvolvimento das competências comuns do EE, em que a minha prestação de cuidados assentou na responsabilidade profissional, ética e legal, com o objetivo de

melhoria contínua da qualidade, com gestão eficaz dos cuidados e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais.

Desenvolvi também as competências específicas do EEER, nomeadamente na prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, capacitando-a para a estruturação da sua nova identidade e maximizando a sua funcionalidade.

Esta aprendizagem foi também ao encontro dos descritores de Dublin, o que me permite atingir o 2º ciclo de estudos. Considero ter desenvolvido competências nas áreas do conhecimento, capacidade de compreensão e aplicação dos mesmos, ao desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos anteriormente à frequência deste curso, assim como ao saber aplicá-los ao longo do ensino clínico; a área da realização de julgamento/tomada de decisões foi largamente desenvolvida com a frequência do curso e com a realização do estágio. A frequência deste curso de especialização e mestrado e o caminho por mim percorrido, só foram possíveis pelo desenvolvimento da competência de auto-aprendizagem e pelo desejo de aprender e ser detentora de mais conhecimentos.

A prestação de cuidados teve como premissa o cuidado centrado na pessoa. A perceção da história de vida da pessoa, da sua personalidade, das expectativas em relação ao internamento e cirurgia, da sua individualidade, são fatores importantes para uma prestação de cuidados com qualidade e para o meu desenvolvimento como futura EEER.

Os registos de ER realizados na plataforma SClínico, em linguagem CIPE, permitiram assegurar a manutenção e melhoria dos cuidados de ER, contribuindo para o desenvolvimento de um papel dinamizador na continuidade desses cuidados. Neste âmbito incluo a transmissão de informação aos enfermeiros generalistas para a vigilância de determinadas situações ou técnicas, desenvolvidas durante outros turnos ou com os cuidadores, assim como a sugestão deixada para o registo dos cuidados de ER, de modo a possibilitar uma melhor continuidade de cuidados.

Em relação a projetos futuros, foi-me proposto o envolvimento num projeto do ACES onde trabalho, sobre cuidados respiratórios a pessoas com DPOC: “Viver bem com DPOC”, a ser iniciado em meados de 2020.

A investigação é um motor para que os EEER possam demonstrar o seu contributo específico e insubstituível para ganhos em saúde (Gomes *et al.*, 2014), assim, pretendo após a implementação do projeto acima referido, realizar trabalho

de investigação nesta área, pois constatei que existem poucos estudos realizados por enfermeiros. É importante a sensibilização dos EEER para o desenvolvimento de estudos, para maior visibilidade da sua intervenção e para consolidação dos *outcomes* de ER.

Faço um balanço muito positivo dos dois estágios; a avaliação realizada foi bastante positiva, todas as experiências vividas permitiram a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso e a interiorização de outros conhecimentos, tendo desenvolvido competências como EE e EEER.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório encerra um capítulo da minha vida, mas não se trata de um capítulo estanque, mas sim um abrir horizontes, um abrir de portas de um longo caminho a seguir, um final que é o início de algo mais.

Penso que através do descrito ao longo deste trabalho consegui dar resposta ao meu projeto de formação e à problemática que me propus estudar, dando destaque às intervenções do EEER, bem como ao desenvolvimento de aptidões teóricas, técnicas, práticas, reflexivas e de pesquisa de evidência científica.

Ambos os contextos de estágio me permitiram a conceção, implementação e monitorização dos planos individuais de reabilitação, sempre individualizados e adaptados à pessoa/família e os seus objetivos, progressivamente com maior segurança e autonomia na organização, planeamento e prestação de cuidados. Ambos contribuíram para o meu desenvolvimento quer pessoal, quer profissional.

A experiência vivida no serviço de CCT traduziu a presença de ganhos em saúde, na prevenção das complicações pós-operatórias, na otimização da função respiratória e na diminuição do tempo de internamento.

O ensino perioperatório, a instrução e treino da pessoa/família promove o autocuidado e a continuidade dos cuidados, o que foi concretizado através do ensino dos exercícios a realizar no pós-operatório, no plano individual de intervenção de reabilitação.

Considero que atingi os objetivos formulados no projeto de estágio, tendo abraçado todas as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, de modo a aumentar o leque de conhecimentos e desenvolver competências de EEER que me guiarão no meu percurso como futura EE.

A intervenção do EEER na comunidade era totalmente desconhecida para mim, aprendi a importância do papel do EEER neste contexto, tendo igualmente aprendido variadas soluções a aplicar perante situações que surgem, entendendo a importância e a enorme abrangência da ER.

Para o futuro, pretendo manter os meus conhecimentos constantemente atualizados, para que a minha prestação de cuidados seja fundamentada em evidência científica.

No meu local de trabalho não me é possível atualmente, efetuar a prestação de cuidados direcionados para a ER, mas foi-me proposto pelo Conselho Clínico do ACES a participação num projeto de seguimento de pessoas com DPOC, a ser implementado futuramente. Espero, assim, que esta aquisição de competências me venha a abrir novas portas no âmbito profissional.

Gostaria, também no futuro, de realizar um trabalho de investigação na área da RFR, pois verifiquei, ao longo da pesquisa que fui realizando que a evidência científica produzida por EEER é escassa, e só com a realização de estudos é que é atingível a visibilidade do peso da ER nos ganhos em saúde.

A frequência deste curso dotou-me de competências na área da gestão, importantes para a minha atual intervenção na unidade em que trabalho.

Considero ter atingido, neste percurso, os objetivos inicialmente delineados, o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEER e as competências exigidas para a aquisição do grau académico de mestre.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A. & Araújo, C. G. (2016). Conceito, componentes, fases e recursos humanos e materiais da reabilitação cardíaca. In Sociedade Portuguesa de Cardiologia. *Prevenção e reabilitação cardiovascular* (pp. 45-57). Lisboa: AGIR. Acedido a 22/05/2019. Disponível em: [https://www.passeidireto.com/arquivo/56902207/prevencao-e-reabilitacao-cardiovascular-sociedade-portuguesa-de-cardiologia-](https://www.passeidireto.com/arquivo/56902207/prevencao-e-reabilitacao-cardiovascular-sociedade-portuguesa-de-cardiologia)
- Abreu, C., Almeida, M., Costa, M. C., Santos, R. & Sousa, P. (2011). As implicações/impacto dos registos de enfermagem em linguagem CIPE. *Enformação*, 14, 20-25. <http://hdl.handle.net/10400.17/938>
- Abreu, S. (2012). *Visitação domiciliária*. Acedido a 22/02/2109. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/VISITA%C3%87%C3%83%20DOMICILI%C3%81RIA%20Sandra%20Abreu.pdf>.
- American Heart Association (2019). Cardiac rehabilitation. <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-rehab>.
- American Thoracic Society (2015). An official american thoracic society/European respiratory society policy statement: Enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 192 (11), 1373–1386.
- Andrade, L., Araújo, E., Andrade, K., Soares, D. & Chianca, T. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 1056-1060.
- Antunes, M. (Coord.) (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Cirurgia Cardiorácica*. Acedido a: 11/12/2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-CCT.pdf>.
- Barbosa, P. (2017). *Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/20910>.
- Beddoe, A. E. & Engelke, Z. (2018). Patient education: Incentive spirometry at the bedside. *Nursing Practice and Skill*. Acedido a 10/03/2019 de Nursing Reference Center. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=5&sid=207a7f9d-d480-490b-b8c1-220f57c2e856%40pdc-v-sessmgr03>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Branco, P., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de reabilitação: reabilitação respiratória*. Porto: Medesign.

Cabral, D. M. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória. Contributos para a sua implementação*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
http://scholar.google.pt/scholar_url?url=https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64648/2/93396_W_4_CAB_001_01_P.pdf&hl=pt-PT&sa=X&scisig=AAGBfm2nTSu7q-HHYjMSmV5MvCm8HAHqGQ&nossl=1&oi=scholar

Carinhas, M. J. A. (Coord.) (2013). *Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade, posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. *Cadernos OE*, 1(7). Acedido a: 18/02/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf.

Coelho, P., Rodrigues, V., Miranda, L., Fragata, J. & Barros, P. (2017). Serão preço e custo coincidentes na cirurgia cardíaca do idoso? *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36 (1), 35-41.

Cordeiro, M. C., Antunes, C. & Cysneiros, A. (2017). *Manual de radiografia do tórax para enfermeiros. Do conceito à prática*. Loures: Lusodidacta.

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Crisafulli, E., Venturelli, E., Siscaro, G., Florini, F., Papetti, A., Lugli, D. & Clini, E. (2013). Respiratory muscle training in patients recovering recent open cardiothoracic surgery: a randomized-controlled trial. *BioMed Research International*. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/354276>.

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série, (N.º 109 de 6/06/2006, 3856-3865). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/p/cons/20171229/pt/html>.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro - cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral do Ensino Superior (2011). *O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal: Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*. Direção geral do ensino Superior: (s.l.). Acedido a: 01/04/2019. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf.

Dolphin, S. (2013). How nursing students can be empowered by reflective practice. *Mental Health Practice*, 16 (9), 20-23.

Duarte, S. M., Stipp, M. C., Mesquita, M. & Silva, M. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Um estudo de caso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16 (4), 657-665.

European Heart Network (2017). *European cardiovascular disease statistics 2017*. Bruxelas: EHN. Acedido a 01/02/2019. Disponível em: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.

Fragata, J. (coord.) (2009). *Procedimentos em cirurgia cardiotorácica*. Lisboa: LIDEL.

Gomes, A. (2013). Tipos de programas de reabilitação cardíaca. In Abreu, A., Aguiar, C., Mendes, M & Santa-Clara, H. *Manual de reabilitação cardíaca* (pp. 35-40). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Gomes, B., Rocha, M. C., Martins, M. M. & Gonçalves, M. N. (Orgs) (2014). *Investigação em enfermagem de reabilitação: Um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Gomes, M. & Sotto-Mayor, R. (2003). *Tratado de Pneumologia*. (Vol.3). Lisboa: Permanyer Portugal.

Gomes, P., Vasconcelos, T., Barros, G., Sousa, C. & Bastos, V. (2015). Análise dos protocolos de fisioterapia utilizados em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Fisioterapia Brasil*, 16 (1), 38-42.

- Guner, S. I. & Korkmaz, F. D. (2015). Investigation of the effects of chest physiotherapy in different positions on the heart and the respiratory system after coronary artery bypass surgery. *Toxicology and Industrial Health*, 31 (7), 630–637.
- Heitor, C., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação funcional respiratória*. (3ª ed). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estatísticas da saúde 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 1/02/2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2.
- Leegwater, M. (2015). Joint quality initiative – the origin of the Dublin descriptors – short history. Acedido a 3/04/2019. Disponível em <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>.
- Lira, A., Araújo, W., Souza, N., Frazão, C. & Medeiros, A. (2012). Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *REVRENE - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13 (5), 1171-1181. Acedido a: 28/12/2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027984022>
- Mancussi, A. C. (2006). Enfermagem em reabilitação: Ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), 128-133. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>
- Marques, M. F. (2015). *Aprender a decidir em tempos de escola. A formação superior e a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados*. (Tese de Doutoramento). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10437/7207>.
- McCormarck, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

McSweeney, G. (2002). A Enfermeira: Prestação de Cuidados Holísticos. *Servir*, 51 (6), 282-288.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O, Hilfinger Messias, D. K. & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Midle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development & progress*. (5ª edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mendes, F., Gemitto, M., Caldeira, E., Serra, I. & Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 841-853. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>

Mendes, M. (2009). Reabilitação cardíaca em Portugal: A intervenção que falta! *Saúde & Tecnologia*, 3, 5-9.

Mendes, M. (2016). Importância da reabilitação cardíaca como instrumento de prevenção secundária das doenças cardiovasculares. In Sociedade Portuguesa de Cardiologia. *Prevenção e reabilitação cardiovascular* (pp. 35-43). Lisboa: AGIR. Acedido a 22/05/2019. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/56902207/prevencao-e-reabilitacao-cardiovascular-sociedade-portuguesa-de-cardiologia->

Mendez-Tellez, P., Nusr, R., Feldmen, D. & Needham, D. (2012). Early physical rehabilitation in the ICU: A review for the neurohospitalist. *The Neurohospitalist*, 2 (3), 96-105.

Menoita, E. (Coord.) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa. Acedido a 18/02/2019. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>

Mueenudheen, T. P., Jamal, A. L. & Gupta, V. P. (2012). A comparative study on the effects of incentive spirometry and deep breathing exercise on pulmonary functions after uncomplicated coronary artery bypass grafting surgery. *Indian Journal of*

Physiotherapy & Occupational Therapy, 6 (2), 63-67. Acedido em 03/02/2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jamal_Moiz/publication/280085330_A_comparative_study_on_the_effects_of_incentive_spirometry_and_deep_breathing_exercise_on_pulmonary_functions_after_uncomplicated_coronary_artery_bypass_grafting_surgery/links/55a7857c08aea2222c745fb6.pdf

National Heart, Lung and Blood Institute (2019). *Pulmonary Rehabilitation*. Acedido a 25/02/2019. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/pulmonary-rehabilitation>.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede nacional de cuidados continuados integrados. Referencial do enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 11/01/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 28/12/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 28/12/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 12/12/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 12/12/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.

- [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 11/01/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaD adosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 61/2017 – atribuição de tempo para a passagem de turno. Acedido a 21/04/2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória. *Cadernos OE*, Série 1 (10). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a:12/12/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Doenças cardiovasculares*. Acedido a 10/04/2019. Disponível em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en.
- Organização Mundial de Saúde (2019). Acedido a 10/04/2019. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (11), 121-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O, & Martins, M. A. C. S. C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (7), 55-62. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11146>.
- Pestana, H. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coords). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Portaria n.º 50/2017 (2017). Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República*, I Série (N.º 24/2017 de 2017-02-02), 608 – 629. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2013). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos*. (8ª ed.) Brasil: Elsevier.

- Ravaliya, V. K. (2013). Functional status in post-CABG patients following physiotherapy. A retrospective analysis. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 7 (3), 270-275.
- Reis, A. (2015). Enfermeiros em contextos de multiculturalidade: dos discursos à prática clínica em CSP. *Revista da UIIPS*, 3 (5), 58-74. Acedido a: 24/02/2019. Disponível em: https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1980/1/Revista%20UIIPS_2015_3%20%285%29_Pags.58-74.pdf.
- Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série. (N.º 119/2015 de 22-06-2015), 16655 – 16660.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*. II Série. (N.º 26/2019 de 6-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. II Série (N.º 85/2019 de 2019-05-03), 13565 – 13568.
- Rodrigues, C., Martins, V., Munhá, J. & Branco, C. (2015). Estado da reabilitação respiratória em Portugal in Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. *Relatório de análise da capacidade instalada de reabilitação respiratória nos hospitais do serviço nacional de saúde* (pp. 4-9). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 12/12/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-506885-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171. Acedido a 10/02/2019. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>.
- Saviato, R. M. & Leão, E. R. (2016). Assistência em enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20 (1), 198-202. DOI: 10.5935/1414-8145.20160026.

Schub, T. & DeVesty, G. (2018). Bed rest, prolonged: preventing complications – cardiovascular system. *Cinahl Information Systems*. Acedido a 30/04/2019. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=dd565f43-4ca1-4511-ad3f-dc8d0d4c57d7%40sessionmgr4009>.

Sociedade Europeia de Cardiologia (2019). *About cardiovascular disease in europe. 2017 statistics*. Acedido a 1/04/2019. Disponível em <https://www.escardio.org/portal/site/Escardio/menuitem.c9f480f01a3ca18798f54de7202031ca/?vgnnextoid=024f192dab83a410VgnVCM1000004e03a8c0RCRD&vgnnextchannel=bb2a192dab83a410VgnVCM1000004e03a8c0RCRD&vgnnextfmt=default&vgnnextlocale=EN>.

Shakouri, S., Salekzamani, Y., Taghizadieh, A., Sabbagh-Jadid, H., Soleymani, J., Sahebi, L. & Sahebi, R. (2015). Effect of respiratory rehabilitation before open cardiac surgery on respiratory function: A randomized clinical trial. *Journal of Cardiovascular & Thoracic Research*, 7 (1), 13-17. DOI: [10.15171/jcvtr.2015.03](https://doi.org/10.15171/jcvtr.2015.03).

Snowdon, D., Haines, T. P., Skinner, H. (2014). Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 60, 66–77. Acedido a 12/02/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2014.04.002>.

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45, 204-211.

Urell, C., Emter, M., Hedenstrom, H. & Westerdahl, E. (2016). Respiratory muscle strength is not decreased in patients undergoing cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 11 (41), 2-5. <https://doi.org/10.1186/s13019-016-0433-z>.

Varandas, M. & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 22, 141-158. Acedido a: 24/03/2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502012000300009.

Woten, M. & Schub, E. (2017). Preoperative teaching: preparing adults for surgery. *Cinahl Information Systems*. Acedido a 12/04/2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=3&sid=373e2670-aa32-4693-b58c-feaf413b707c%40sdc-v-sessmgr05&bdata=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d#AN=T705585&db=nrc>.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação



9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II - Projeto de Estágio

**Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Submetida a
Cirurgia Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Aldina Maria de Lurdes Pinto, n.º 8358

Lisboa

Julho 2018



9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II - Projeto de Estágio

Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Submetida a
Cirurgia Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

Orientadora: Professora Doutora Maria de Fátima Marques

Discente: Aldina Maria de Lurdes Pinto, n.º 8358

Lisboa

Julho 2018

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	5
1. DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA	7
1.1. Identificação do projeto	7
1.2. Pertinência e justificação da escolha do tema	7
1.3. Enquadramento teórico	10
1.3.1. A pessoa submetida a cirurgia cardíaca	10
1.3.2. As Intervenções de Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca	11
1.3.3. Contributos da investigação	14
1.3.4. Referencial teórico	17
2. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO PROJETO	19
2.1 Apresentação das instituições envolvidas	19
2.2 Objetivos	21
2.3 Planeamento das atividades	22
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

APÊNDICES

Apêndice I – Prisma *flow*

Apêndice II - Síntese dos artigos incluídos na revisão *scoping*

Apêndice III - Competências, objetivos específicos e atividades a desenvolver nos locais de Ensino Clínico

Apêndice IV – Cronograma de atividades

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CC – Cirurgia Cardíaca

CCT – Cirurgia Cardiorácica

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELTGOL - Expiração Lenta Total com Glote Aberta em Decúbito Infralateral

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

TEF - Técnica Expiração Forçada

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

INTRODUÇÃO

A realização deste projeto de estágio visa dar resposta a vários objetivos, nomeadamente ser um guia orientador para o período de estágio; explicitar os objetivos específicos formulados para serem concretizados em estágio; apresentar o planeamento das atividades a desenvolver para atingir os objetivos formulados e constituir um instrumento da minha avaliação; culminando no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), durante o ensino clínico.

A problemática que irei abordar é a pessoa submetida a cirurgia cardíaca e as intervenções de reeducação funcional respiratória (RFR) realizadas pelo EEER. Esta escolha prende-se com o facto da cirurgia cardíaca ter feito parte da minha prática quotidiana de cuidados durante vários anos, e onde, por vezes os internamentos se prolongam por complicações respiratórias (atelectasias, derrames pleurais, pneumonias, entre outras).

O percurso metodológico para a fundamentação deste projeto foi realizado através de *Scoping Review*. Após a formulação da questão de investigação e definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi utilizada a mnemónica PCC, e recurso ao motor de busca EBSCO e às bases de dados *Medline* e *Cinahl*, utilizando como descritores os termos indexados *thoracic surgery; cardiovascular surgical procedures; cardiac surgery; cardiovascular surgery; rehabilitation nursing; nursing care; rehabilitation; rehabilitation, pulmonary; breathing exercises*. Foram obtidos 6 artigos (Apêndice II) que cumpriam os critérios de inclusão. Adicionalmente foi também consultada literatura cinzenta, recorri ainda a pesquisa livre através do motor de busca Google e manuais de referência da biblioteca da ESEL.

A intervenção do EEER no desenvolvimento de estratégias, de planos de intervenção que permitam a redução de complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca tem um importante impacto na promoção da autonomia da pessoa e família, na redução do tempo de internamento, com diminuição dos custos emocionais e económicos para a pessoa e família.

O EEER encontra-se capacitado para formular um plano de enfermagem de reabilitação com componentes de RFR, motora e educacional, que promovem o readquirir da autonomia na satisfação das necessidades de autocuidado, durante o processo de recuperação pós-cirúrgico, assim como auxiliam na vivência da transição que está a ocorrer.

A filosofia de cuidados de enfermagem e a prática desses mesmos cuidados deve ser sustentada por um modelo teórico que dê resposta aos objetivos da prestação e que sustente o exercício profissional; assim, utilizarei a Teoria das Transições de Meleis, uma teoria de médio alcance, que ajuda na construção e sustentação da problemática que me proponho estudar, uma vez que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca está a passar por um processo de transição saúde-doença, na medida em que há uma mudança no seu estado de saúde (podendo existir simultaneamente outras transições), e Meleis (2010) define transição como a vivência de uma mudança numa fase da vida, numa condição ou em determinado nível para outra situação, que abrange os domínios do tempo e a sua perceção; aqui, é importante a atuação do enfermeiro, ao ajudar a pessoa a readquirir a sua autonomia o mais rápido e eficazmente possível, ao ajudar a desenvolver a mestria para compreender e ultrapassar a transição que está a vivenciar e a adaptar-se à sua nova identidade na condição atual.

O objetivo geral deste projeto é desenvolver competências técnicas, científicas e humanas, segundo as competências comuns e específicas do EEER, incidindo nas intervenções de RFR na pessoa após a cirurgia cardíaca, não descurando outras áreas de intervenção que venham a surgir, como intervenções do foro sensório-motor, neurológico, cognitivo, de alimentação ou de eliminação.

Este trabalho está organizado em três capítulos; no primeiro é definida a área temática, a identificação do projeto com a justificação da sua pertinência, terminando com o enquadramento teórico. O segundo capítulo foca a preparação e planeamento do projeto, sendo aqui apresentadas as instituições envolvidas, os objetivos específicos e as atividades delineadas para o período de ensino clínico e finalmente, no terceiro e último capítulo são tecidas algumas considerações finais.

1. DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

1.1 Identificação do Projeto

O presente projeto de formação intitula-se “Reeducação funcional respiratória na pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”.

De modo a caracterizar o âmbito do projeto foram escolhidas as seguintes palavras-chave:

- reabilitação respiratória, cirurgia cardíaca, cuidados de enfermagem, enfermagem de reabilitação.

A duração prevista para este projeto é de 5 meses, tendo início a 24 de setembro de 2018 e *términus* a 8 de fevereiro de 2019, e será desenvolvido num serviço de Cirurgia Cardiorádica (CCT) de um Centro Hospitalar de Lisboa e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

1.2. Pertinência e Justificação da Escolha do Tema

O aumento da esperança média de vida conduz a um envelhecimento da população, com conseqüente aumento das doenças crónicas, tais como as doenças cardiovasculares. Estas doenças constituem a principal causa de morte em Portugal (INE, 2018) e na Europa, sendo inclusivamente a maior causa de morbilidade neste continente (SEC, 2018), e uma das mais importantes causas de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos (DGS, 2017). Existe um número elevado de pessoas que experimentam a cronicidade da doença cardíaca, o que condiciona uma diminuição da sua qualidade de vida e para o sistema de saúde, um elevado impacto económico.

Mundialmente, estima-se que as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela morte de 17,7 milhões de pessoas, em 2015, representando 31% dos óbitos globais, sendo assim a primeira causa de morte mundial (OMS, 2017).

Dos 17,7 milhões de mortes, é estimado que 7,4 milhões foram causadas por doença cardíaca coronária e 6,7 milhões por acidente vascular cerebral.

Anualmente na Europa morrem 3,9 milhões de pessoas (45% do total de óbitos) e mais de 1,8 milhões (37% do total de óbitos) na União Europeia, cuja causa são as doenças cardiovasculares (EHN, 2017).

Em termos económicos, as doenças cardiovasculares custam cerca de 210 biliões de euros à economia europeia (EHN, 2017). Mais de 54 mil milhões de euros, que representam 26% do custo total relacionado com estas doenças, são devidos à perda de produtividade, seja pela mortalidade como pela morbilidade. Dos restantes custos, 53% são referentes aos custos diretos com cuidados de saúde e 21% com os cuidados informais prestados às pessoas com estas doenças (EHN, 2017).

Seguindo a tendência mundial, Portugal depara-se com um aumento da procura de cuidados de saúde relacionados com a doença crónica, onde se inclui a procura de cuidados cardíacos.

Os dados epidemiológicos obtidos permitem-nos afirmar que as doenças cardiovasculares têm um importante peso na economia, para a própria pessoa, os seus familiares, para o sistema nacional de saúde e para a economia nacional, tendo uma elevada dimensão como problema de saúde.

A cirurgia cardíaca surge como um tratamento fundamental da doença cardíaca, a par da cardiologia de intervenção. As áreas fundamentais de intervenção cirúrgica são a doença das artérias coronárias e a doença dos aparelhos valvulares, tendo esta aumentado a sua prevalência, visto estar associada à maior longevidade da população, à idade deixar de ser uma barreira biológica à cirurgia e aos resultados cirúrgicos serem cada vez melhores. A cirurgia de revascularização coronária isolada tem vindo a diminuir, devido ao aumento dos procedimentos da cardiologia de intervenção (Antunes et al., 2016). Em Portugal, durante o ano de 2014 foram realizadas 37,2 cirurgias de revascularização coronária por 100 000 habitantes (EHN, 2017).

Em 2015 foram realizadas em Portugal 6403 cirurgias cardíacas, havendo ainda uma lista de espera de 1147 cirurgias. Destas, 1724 foram cirurgias

coronárias, 2572 foram cirurgias valvulares e 624 foram cirurgias coronárias e valvulares (Antunes et al., 2016).

Este procedimento cirúrgico acarreta custos elevados para a economia do país; um estudo realizado por Coelho et al. (2016), demonstra-nos os custos das cirurgias, a coronária ronda os 6539,17€ (com desvio padrão de 3990,26€), para a valvular o valor é 8289,72€ (com desvio padrão de 3319,93€) e para a valvular com coronária associada o custo sobe para 11498,24€ (com desvio padrão de 10 470,57€).

A cirurgia cardíaca tem um importante impacto na qualidade de vida das pessoas, a nível físico, psicológico, social e familiar. É uma cirurgia a um “órgão nobre”, o “motor da vida”, visto não só como órgão anatómico mas também com grande enfoque emocional. Um programa de reabilitação desenvolvido por enfermeiros especialistas em ER será uma mais valia para a redução dos custos económicos, para a alta o mais precoce possível, para uma rápida e eficaz recuperação após a cirurgia e para a promoção da autonomia da pessoa, de acordo com o seu potencial. Destaca-se assim a componente social da pertinência deste tema.

A cirurgia cardíaca esteve presente na minha prática clínica diária desde que iniciei funções profissionais em 1990, estando também presente o interesse pela reabilitação destas pessoas, nomeadamente a RFR, pelas complicações respiratórias que surgem. Sendo a reabilitação na função respiratória uma área considerada emergente para investigação (OE, 2015), aliada à minha motivação para o desenvolvimento deste tema, considero pertinente que após vários anos a cuidar de pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, como enfermeira generalista, pretenda agora, como estudante de especialidade em enfermagem de reabilitação, conhecer as intervenções do EEER na RFR e na reabilitação geral da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

1.3. Enquadramento Teórico

1.3.1. A Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca

A cirurgia cardíaca é realizada quando o tratamento clínico não é suficiente para prolongar a vida e quando, sob esse tratamento, os riscos de morbidade e mortalidade são elevados, possibilitando assim à pessoa a cura e/ou a melhoria da qualidade de vida. Neste prisma, a cirurgia cardíaca passa a ser uma fonte de esperança e alívio para a pessoa, ao permitir a existência de um futuro com qualidade e autonomia funcional (Barbosa, 2017). Existem três tipos de cirurgia cardíaca, as corretivas (encerramento de canal arterial, encerramento de comunicações intra-auriculares ou intraventriculares), as reconstrutivas (revascularização do miocárdio, plastia da válvula aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (implantação de válvulas e transplante), (Lira et al., 2012).

A pessoa que é submetida a cirurgia cardíaca sofre várias alterações fisiológicas, a nível cardiovascular e de outros órgãos, provocadas pela complexidade dos procedimentos e técnicas da cirurgia, pela anestesia e pela Circulação extracorporal, o que tem impacto no pós-operatório e pode acarretar complicações (Duarte, 2012).

São várias as complicações que podem advir da cirurgia cardíaca: hemorrágicas, tamponamento, arritmias, renais, gastrointestinais, hiperglicemia, sépsis, neurológicas e respiratórias (Fragata et al., 2009).

Segundo Fragata et al. (2009), as complicações respiratórias são as mais comuns após cirurgia cardíaca e são aquelas que estão associadas a maior morbidade e mortalidade: ventilação prolongada, atelectasia (complicação mais usual, podendo ocorrer em 2/3 das pessoas operadas), derrame pleural, infeção (brônquica ou pulmonar), exacerbação de doença respiratória prévia, insuficiência respiratória e pneumotórax. Como fatores de risco para estas complicações são referidos pelos mesmos autores: a circulação extracorporal, a ventilação mecânica, a DPOC, o tabagismo, a insuficiência cardíaca com congestionamento pulmonar, a idade > 70 anos, a obesidade e a insuficiência renal.

As complicações respiratórias têm um peso significativo para a pessoa e para a economia, ao afetar negativamente a sua recuperação funcional, ao aumentar o custo do tratamento, ao prolongar o tempo de internamento, não esquecendo o aumento da morbidade e mortalidade (Ravaliya, 2013).

As causas de comprometimento pulmonar são multifatoriais, mas a capacidade limitada de respirar profundamente é um importante fator, isto porque após a cirurgia cardíaca há um padrão respiratório restritivo, superficial, devido à dor presente nos primeiros dias de pós-operatório, pela existência de uma esternotomia mediana (Urell et al, 2016). De acordo com Crisafulli et al. (2013), há uma redução da ventilação pulmonar, devido à presença de dor, surgindo também dispneia, situações estas que contribuem para a incapacidade da pessoa em respirar eficazmente, propiciando o aparecimento de complicações respiratórias.

1.3.2. As Intervenções de Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) define o enfermeiro especialista como o profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, que tem sempre em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O EEER possui um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (OE, 2010), tem um perfil de competências específicas que lhe permite cuidar, capacitar e maximizar as capacidades da pessoa com deficiência, limitação da atividade ou com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010).

É importante avaliar os contributos e a intervenção do EEER para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa submetida a cirurgia cardíaca na promoção e recuperação da função respiratória, promovendo um melhor

desempenho respiratório, evitando maiores complicações associadas à cirurgia cardíaca. A intervenção do EEER é essencial na orientação da pessoa para a sua recuperação respiratória e motora, garantindo resultados importantes para a sua saúde e qualidade de vida. Assim, e segundo o regulamento das competências específicas do EEER este deve conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciada, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2010).

O EEER é um dos elementos da equipa interdisciplinar com um papel privilegiado no cuidado e acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, durante todo o internamento e na preparação para a alta, tendo um importante contributo para a promoção da autonomia da pessoa e família, na adaptação à sua situação atual, à transição vivenciada e no incremento da sua qualidade de vida.

Existe evidência científica que a RFR reduz os sintomas, melhora a função muscular, a capacidade de exercício, a função emocional, a qualidade de vida, o conhecimento e a autoeficácia. É uma das intervenções terapêuticas com melhor relação custo-efetividade, e deve ser um componente essencial nos cuidados integrados das pessoas com patologias respiratórias (DGS, 2015).

Os estudos sobre RFR realizados em Portugal estão maioritariamente vocacionados para a patologia pulmonar crónica, como a DPOC, asma e neoplasia do pulmão; num estudo de 2015, realizado pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia e publicado pela DGS, é referido que apesar da sua importância inequívoca, a RFR é subutilizada, não se encontra incluída nos cuidados integrados e está frequentemente inacessível às pessoas, havendo uma deficiente oferta destes cuidados; é constatado que são menos de 2% as pessoas com indicação para reabilitação respiratória que são tratadas nos centros de reabilitação existentes em Portugal.

Para Olazabal (2003), a RFR tem como objetivo o restabelecimento funcional da respiração (Tratado de Pneumologia, 2003), de acordo com a faixa etária e a condição da pessoa. É considerada uma terapêutica não invasiva que deve ser realizada por profissionais treinados, podendo ser aplicada numa grande diversidade de situações e em qualquer faixa etária, com diversas vantagens, como seja a

redução do número de dias de internamento e o aumento da qualidade de vida, entre outros (OE, 2018).

Também denominada de cinesiterapia respiratória, a RFR é um importante método de prevenção das complicações pulmonares associadas à cirurgia cardíaca, reduzindo os custos diretos e indiretos, tornando-se assim num importante aliado para que o pós-operatório decorra sem complicações, e para que a recuperação seja rápida e completa. Trata-se de uma terapêutica baseada no movimento, que atua sobre os fenómenos mecânicos da respiração (Heitor et al., 1988).

Para Fragata et al. (2009, p. 107), a reabilitação respiratória é definida como

a intervenção que utiliza meios e técnicas de tratamento, não invasivas (manuais e/ou instrumentais, o exercício, o posicionamento, a reeducação e o aconselhamento), que têm como objectivo a optimização do transporte, captação e consumo de oxigénio, contribuindo para prevenir, reverter ou minimizar disfunções a esse nível, promovendo a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos doentes.

Ainda segundo Heitor et al. (1988), os objetivos gerais da RFR são a prevenção e correção das alterações do sistema músculo-esquelético, redução da tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenção e correção dos defeitos ventilatórios, melhoria da *performance* dos músculos respiratórios e reeducação ao esforço, redução dos sintomas respiratórios, diminuição da incapacidade, facilitação do desempenho das atividades de vida diária e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A nível cirúrgico a RFR tem como objetivos a preparação da pessoa para a cirurgia, a prevenção e tratamento das complicações respiratórias, circulatórias e posturais, no período pós-operatório e a obtenção de uma recuperação funcional o mais rápida e completa possível (Heitor et al., 1988).

A reabilitação no pós-operatório de pessoas submetidas a cirurgia de revascularização coronária ajuda a otimizar os resultados cirúrgicos, a melhorar a capacidade de exercício, o retornar ao trabalho e a qualidade de vida (Ravaliya, 2013).

1.3.3. Contributos da Investigação

A revisão da literatura utilizada neste projeto foi a revisão *scoping*, seguindo a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (2015), mapeando-se, desta forma, toda a informação publicada sobre a reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

A pesquisa foi realizada recorrendo às bases de dados *Cinahl Plus with Full Text* e *Medline with Full Text*, da plataforma eletrónica EBSCOhost e recorrendo também a literatura cinzenta publicada.

Os termos de pesquisa foram usados segundo a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), tendo sido formulada a questão “Quais as intervenções de reeducação funcional respiratória (C) que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação executa com a pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca (P)?”, em que o contexto é o meio hospitalar.

Foram utilizados descritores *Medical Subject Headings (MeSH)*: *thoracic surgery; cardiovascular surgical procedures; cardiac surgery; cardiovascular surgery; rehabilitation nursing; nursing care; rehabilitation; rehabilitation, pulmonary; breathing exercises*.

Os descritores foram agrupados de acordo com as expressões booleanas *OR* e *AND*, obtendo-se um total de 424 artigos, posteriormente submetidos a análise, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Como critérios de inclusão foram considerados: artigos com acesso ao texto integral (*full text*), escritos em inglês, português ou espanhol, no horizonte temporal entre 2012 e 2018, estudos realizados em contexto de cirurgia cardíaca, no pós-operatório, na pessoa adulta ou idosa, de ambos os sexos, em contexto hospitalar.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, escritos noutras línguas que não as consideradas nos critérios de inclusão, estudos realizados no pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão aos 424 artigos iniciais, obtiveram-se 6 artigos que foram analisados integralmente (Apêndice I), 3 deles escritos por enfermeiros e os restantes escritos por fisioterapeutas.

Todos os estudos analisados referenciam que as complicações respiratórias são as mais frequentes e muito importantes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, levando a maior morbidade e mortalidade e a um aumento dos custos de tratamento e de dias de internamento.

A reabilitação respiratória é uma mais valia na recuperação funcional da pessoa e na prevenção de complicações, visa melhorar a tolerância ao exercício, melhorar os sintomas e o estado geral de saúde; a aplicação de um programa de reabilitação, incluindo especificamente reexpansão pulmonar e/ou treino muscular respiratório representa uma intervenção potencialmente útil, especialmente se for iniciada durante a primeira semana após a cirurgia (Crisafulli et al., 2013). No estudo realizado por estes autores, houve efeitos positivos na utilização de um dispositivo respiratório para treino dos músculos expiratórios. O programa de reabilitação respiratória incluía ainda exercícios de controle de respiração e ELTGOL.

Guner et al. (2015) reitera que a reabilitação respiratória é uma abordagem importante na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, e que melhora os parâmetros cardíacos e respiratórios, sendo importante o posicionamento que o enfermeiro adota durante a realização da RFR. Segundo os autores, o posicionamento correto da pessoa é um critério significativo para um resultado o mais favorável possível. Neste estudo concluiu-se que a reabilitação respiratória realizada durante a ventilação mecânica em decúbito dorsal, a 0°, não forneceu um benefício adicional e causou um maior número de respostas cardíacas, enquanto que a reabilitação respiratória efetuada com a cabeceira da pessoa a 45° pode ser recomendada, pois esta posição induz um menor número de respostas cardíacas.

Os músculos respiratórios e o diafragma desempenham um papel vital no processo respiratório, sendo importantes os exercícios respiratórios que visam o seu fortalecimento (Urell et al, 2015). Neste estudo as pessoas realizaram exercícios de consciencialização da respiração e exercícios de dissociação dos tempos respiratórios, a cada hora durante os primeiros 4 dias de pós-operatório. Após uma esternotomia mediana, a distorção do tórax e a configuração da parede reduz a *compliance* da parede torácica e a capacidade de respirar. É, pois, importante que o EEER avalie corretamente a pessoa antes de iniciar o seu programa de RFR, pois a redução da força muscular dos músculos respiratórios no pós-operatório imediato

após cirurgia cardíaca pode ser devido a dor esternal que afeta a capacidade de respirar. Este estudo concluiu que houve associação entre diminuição da força muscular inspiratória e o comprometimento da função pulmonar.

Para Mueenudheen et al. (2012), após a cirurgia cardíaca, a RFR deve ser iniciada o mais precocemente possível, de modo a prevenir complicações respiratórias. Estes autores realizaram um estudo com dois grupos de pessoas submetidas a cirurgia não complicada de revascularização cardíaca, num dos grupos a RFR consistia em exercícios de respiração profunda com consciencialização da respiração e o outro grupo realizou espirometria de incentivo. Concluíram que não há diferença significativa entre as duas técnicas aplicadas. Constataram que no primeiro, segundo e terceiro dias de pós-operatório houve uma melhoria da oxigenação após uma série de 10 respirações, sejam elas pela realização de exercícios de respiração profunda, sejam pela utilização do espirómetro de incentivo.

Num estudo realizado por Naswa et al. (2017), em que foi comparada a utilização de Acapella e a realização de Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias, em pessoas submetidas a substituição valvular, mas com risco de reentubação mecânica no primeiro dia de pós-operatório, logo, a necessitar de cuidados de RFR para restabelecimento da sua função respiratória, foi concluído que ambos são igualmente eficazes no tratamento de complicações respiratórias pós-operatórias, nas pessoas seguidas em Unidades de Cuidados Intensivos e nas enfermarias. Este estudo iniciou-se no primeiro dia de pós-operatório e terminou aquando da alta.

Gomes et al. (2015) enaltecem as vantagens da realização de RFR na prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia cardíaca, concluem que não há um consenso sobre que técnica será mais apropriada, mas que as mais comuns, segundo um estudo realizado em Hospitais Públicos e Privados brasileiros foram exercícios de consciencialização da respiração com respirações profundas, TEF e indução da tosse, assim como a utilização de dispositivos como o espirómetro de incentivo.

1.3.4. Referencial Teórico

O enfermeiro, ao cuidar de qualquer pessoa, terá que compreender o processo de transição que a mesma está a vivenciar, pois é ela o seu objeto dos cuidados, com voz e poder de decisão no seu processo de cuidados. A Teoria das Transições de Meleis permite que o enfermeiro compreenda esse processo, permitindo também que implemente estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica, adequadas à transição vivenciada pela pessoa (Meleis et al., 2000).

Um processo de transição é um processo singular, diversificado, complexo e com múltiplas dimensões que geram variados significados, segundo as percepções de cada indivíduo. Surge quando se é sujeito a mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis et al., 2000, Meleis, 2012).

Definem-se quatro tipos de transições: desenvolvimento (relacionadas com mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alteração de papéis), saúde/doença (mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou organizacionais), (Meleis, 2010).

A pessoa pode sofrer uma transição única ou múltipla, sequencial ou simultânea, relacionada ou não relacionada. Esta vivência implica uma consciencialização, empenhamento, mudança e espaço temporal para a transição e eventos.

O enfermeiro só consegue auxiliar a pessoa num processo de transição se conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade onde a pessoa está inserida, pois estes aspetos podem facilitar ou dificultar o alcance de uma transição saudável, em que há a reformulação da sua identidade, o domínio de novas habilidades e a alteração dos próprios comportamentos (Meleis, 2010); o profissional tem que estar consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações, geradoras de instabilidade.

A resposta da pessoa ao processo de transição permite saber se a mesma está a vivenciar uma transição saudável. Meleis (2012) refere indicadores de processo e de resultado para essa avaliação. Os indicadores de processo permitem

identificar se a pessoa se encontra na direção de saúde e bem estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos; compreendem o sentir-se ligado (a família, amigos, profissionais de saúde); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores); o estar situado (no tempo, espaço e relações, permitindo que a pessoa enfrente novos desafios e se distancie do passado) e o desenvolver confiança e *coping* (nível de compreensão dos processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação). Os indicadores de resultado compreendem o domínio de novas competências e a reformulação da identidade. Para vivenciar a transição saudável é necessário o desenvolvimento de novas competências.

Para a mesma teórica (2010), os enfermeiros dedicam especial atenção às respostas humanas às transições, que advêm de acontecimentos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida; conseguem antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a pessoa a lidar com o processo de mudança, com a finalidade de promover o máximo de autonomia e bem-estar. Podem influenciar os processos de transição, ao prestar cuidados de forma centrada na pessoa e nas suas reais necessidades (Meleis et al., 2000), devendo ser facilitadores do processo de transição.

A pessoa (e sua família) submetida a cirurgia cardíaca encontra-se num processo de transição saúde-doença, necessita desenvolver novas competências, adquirir novos conhecimentos, readaptar a sua condição de vida atual para alcançar o máximo equilíbrio. Quando a pessoa está num processo de transição tende a ficar mais vulnerável o que pode afetar a sua saúde e bem-estar (Meleis et al., 2010). O enfermeiro deverá ser um agente facilitador da transição, deverá conhecer a pessoa, compreender a sua vivência da situação para conseguir estratégias de facilitação da transição, orientando as suas intervenções em parceria, conhecendo as capacidades da pessoa para vivenciar uma transição saudável, com ênfase nos cuidados centrados na pessoa e suas necessidades.

2. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO PROJETO

2.1. Apresentação das Instituições Envolvidas

O local para realização do ensino clínico na vertente hospitalar foi escolhido devido à especificidade da temática que pretendo estudar, assim, foi escolhido o serviço de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), após ter sido feita a proposta ao docente regente, que foi aceite. Este serviço localiza-se no Hospital de Santa Cruz, uma das unidades que constitui o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, a par do Hospital São Francisco Xavier e do Hospital de Egas Moniz. Este Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas, desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação (CHLO, 2018).

O Hospital de Santa Cruz iniciou a sua atividade em abril de 1980, adotando uma filosofia de cuidados que aliasse a excelência e o rigor profissional e científico com o respeito pela dignidade das pessoas. Pretendia diferenciar-se nas especialidades de cardiologia (médica e cirúrgica) e nefrologia, nas vertentes técnicas e de inovação tecnológica. Aqui se realizou a primeira angioplastia coronária e o primeiro transplante cardíaco, respetivamente em 1984 e 1986.

O serviço de CCT caracteriza-se por prestar cuidados pré e pós-operatórios à pessoa com doença do foro cardíaco, com necessidade de cirurgia. Dispõe de 30 camas, sendo 25 de enfermaria e 5 de cuidados intermédios.

A sua equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnica de serviço social, dietista, duas assistentes técnicas, duas fisioterapeutas, uma farmacêutica e uma técnica de diagnóstico e terapêutica. Para além desta equipa o serviço dispõe de apoio da equipa de anestesia, hemodinâmica, cardiologia e nefrologia, e sempre que solicitado, de todas as especialidades existentes no CHLO.

A equipa de enfermagem é constituída por 30 elementos, estando um em funções de chefia e outro na coordenação, está presente uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação que presta cuidados especializados às pessoas internadas.

A pessoa admitida pode ser proveniente do domicílio, outras instituições, consulta externa, unidade de cuidados intensivos, bloco operatório, hemodinâmica e do serviço de cardiologia.

Quando se trata de uma cirurgia programada, a pessoa é admitida na véspera da cirurgia, realiza os exames de rotina e as preparações pré-operatórias. No dia da cirurgia é transferida para o Bloco Operatório e para a Unidade de Cuidados Intensivos após a cirurgia, onde permanece até poder ser novamente transferida para o serviço de CCT, de acordo com a sua situação clínica, para a enfermaria ou para a Unidade de Cuidados Intermédios.

O serviço foi acreditado pela Direção-Geral da Saúde em 2016.

O ensino clínico em contexto comunitário será realizado na UCC Amadora+, pertencente ao ACES da Amadora. Este local foi escolhido pela proximidade com a minha área de residência e local de trabalho e por estar localizado numa das áreas de influência do Hospital Fernando da Fonseca, com o qual o serviço de CCT tem uma colaboração estreita e um trabalho de *Heart Team*, o que permitirá a possibilidade de interagir com a pessoa submetida a cirurgia cardíaca após a alta, no seu contexto habitacional.

O ACES Amadora é dotado de um conjunto de meios físicos e recursos humanos que prestam cuidados de saúde primários no Concelho da Amadora. É constituído por três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, seis Unidades de Saúde Familiar, um Centro de diagnóstico Pneumológico, uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

A sua missão é promover a saúde, garantir a prestação de cuidados de saúde e a sua continuidade à população do Concelho de Amadora - 171.267 utentes, numa área territorial de 23,8 Km², adequando a utilização de recursos disponíveis, em

articulação com outras entidades, envolvendo o cidadão num processo de melhoria contínua (ACES Amadora, 2018).

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, art.º 11º como entidade que

presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (p. 1184).

Esta UCC foi criada em fevereiro de 2010 e homologada a 12 de julho de 2010, pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A sua equipa é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidade de recursos. Os enfermeiros de reabilitação encontram-se distribuídos por três equipas dirigidas à prestação de cuidados a pessoas de três áreas geográficas do concelho, são elas UCC Amadora, UCC Reboleira e UCC Venda Nova (4 EEER por cada equipa).

2.2. Objetivos

O objetivo geral deste projeto é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, segundo as competências comuns e específicas de EEER, com enfoque na RFR à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, mas não descurando as outras áreas de intervenção do EEER.

Os objetivos específicos foram formulados tendo por base o desenvolvimento de competências na área de reabilitação descritas nos regulamentos das competências comuns e específicas do EEER; assim, defini os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, nomeadamente na RFR;
- Compreender qual o papel do EEER na dinâmica e organização do serviço;

- Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação relacionadas com a reabilitação da pessoa/família com alterações da função sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, intestinal, vesical e de alimentação;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca que facilitem o seu processo de transição.

2.3. Planeamento das Atividades

O cumprimento dos objetivos definidos deve estar alicerçado num plano detalhado, assim, foi necessário perspetivar as atividades a desenvolver, quais os recursos necessários, definir os indicadores e critérios de avaliação. Este planeamento contém também os domínios de competência comuns do enfermeiro especialista e os específicos do EEER a desenvolver; informações que se encontram no Apêndice III, de modo a facilitar a sua compreensão.

A calendarização das atividades é um importante guia para a prossecução das atividades e para o atingir dos objetivos propostos, assim, foi elaborado um cronograma com a determinação das datas de início e fim dos objetivos específicos propostos, podendo ser consultado no Apêndice IV.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto, para além de toda a pesquisa de evidência científica sobre a temática que pretendo estudar, o que permitiu consolidar conhecimentos nas áreas da cirurgia cardíaca e da RFR, irá ser o fio condutor da minha aprendizagem no futuro, com o grande objetivo de desenvolver as competências comuns e específicas inerentes à prática de cuidados do EEER. Pretendo que essas competências sejam desenvolvidas através da execução das atividades propostas e da contínua pesquisa de evidência científica sobre o tema proposto. No entanto, este trabalho não será rígido ou estático, deverá estar em mudança quando necessário, de modo a se ajustar às situações e contextos que irão surgir, permitindo uma aprendizagem o mais sólida possível.

A evidência científica encontrada permite-me afirmar que o EEER, integrado numa equipa interdisciplinar, é um elemento relevante na recuperação pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, uma vez que ao aplicar um programa de reabilitação e RFR irá contribuir para a prevenção de complicações respiratórias, para além de que o processo de reabilitação permite otimizar os resultados cirúrgicos, melhorar a capacidade de exercício, o retornar ao trabalho e a qualidade de vida, o que se traduz em ganhos em saúde, redução dos dias de internamento e consequentemente ganhos económicos para a pessoa/família, para a sociedade e para o país, não esquecendo ainda que a reabilitação promove a recuperação da funcionalidade, a reinserção e o exercício da cidadania.

O EEER tem uma intervenção importante no processo de transição saúde/doença que a pessoa está a vivenciar, ajudando-a a ultrapassar a situação de modo saudável, a adquirir uma nova identidade e a mestria para se adaptar à nova condição de saúde.

São expectáveis constrangimentos e dificuldades na aplicação deste projeto nos locais de ensino clínico, que vou tentar ultrapassar com os recursos postos à minha disposição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M. (Coord.), Abecasis, M., Barata, F., Bernardo, J., Morais, J. & Lopes, H. (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Cirurgia Cardiorácica*. Portugal: República Portuguesa, Saúde.
- Barbosa, P. (2017). *Necessidades da pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de mestrado. Porto. Disponível no RCAAP. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20910/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Pedro%20Barbosa_ep3489.pdf.
- Coelho, P., Rodrigues, V., Miranda, L., Fragata, J. & Barros, P. (2017). Serão preço e custo coincidentes na cirurgia cardíaca do idoso? *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 36. (1). 35-41.
- Cordeiro, M^a. C. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas. Reabilitação respiratória*. Lisboa: Lusociência. ISBN: 978-972- 8930-86- 8.
- Crisafulli, E., Venturelli, E., Siscaro, G., Florini, F, Papetti, A., Lugli, D. & Clini, E. (2013). Respiratory muscle training in patients recovering recent open cardiothoracic surgery: a randomized-controlled trial. *BioMed Research International*. (2013). doi: 10.1155/2013/354276.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). *Diário da República*, 1.ª série, N.º 38 (22-02-2008). 1182-1189.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Doenças cerebro-cardiovasculares em números – 2015. Programa nacional para as doenças cerebro-vasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISSN: 2183-0681.
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Principais indicadores da saúde para Portugal, 2013-2017. Atualizado em abril de 2018*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 14/04/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>.

Duarte, S. M., Stipp, M. C., Mesquita, M. & Silva, M. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Um estudo de caso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 16. (4). 657-665.

European Heart Network (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. Bruxelas: EHN. Acedido a 10/04/2018. Disponível em <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html%20>.

Fragata, J. (coord.), Catela, A., Laranjeira, A., Ferro, A., Vital, C., Bento, C. ... Rodrigues, V. (2009). *Procedimentos em cirurgia Cardiotorácica*. Lisboa: LIDEL. ISBN 978-972-757-630-2.

Gomes, M. & Sotto-Mayor, R. (2003). *Tratado de Pneumologia*. (Vol.3). Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN: 9727331394.

Gomes, P., Vasconcelos, T., Barros, G., Sousa, C. & Bastos, V. (2015). Análise dos protocolos de fisioterapia utilizados em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Fisioterapia Brasil*. 16. (1). 38-42.

Guner, S. I. & Korkmaz, F. D. (2015). Investigation of the effects of chest physiotherapy in different positions on the heart and the respiratory system after coronary artery bypass surgery. *Toxicology and Industrial Health*. 31. (7). 630–637.

Heitor, C., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. (3ª ed). Lisboa: Boehringer Ingelheim.

http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/287?poi_id=2235. Acedido em 02/07/2018.

<http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores>.

Acedido em 02/07/2018.

Instituto Nacional de Estatística (2018). *Dados estatísticos*. Acedido a 12/04/2018. Disponível em <https://www.ine.pt>.

Lira, A., Araújo, W., Souza, N., Frazão, C. & Medeiros, A. (2012). Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 13. (5). 1171-1181.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D. & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23. (1). 12-28.

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development & progress*. (5ª edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Mueenudheen, T. P., Jamal, A. L. & Gupta, V. P. (2012). A comparative study on the effects of incentive spirometry and deep breathing exercise on pulmonary functions after uncomplicated coronary artery bypass grafting surgery. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*. 6. (2). 63-67.
- Naswa, S., Tuteja, R., Gupta, V., Aggarwal, R. & Moiz, J. (2017). Comparison of Acapella® versus active cycle of breathing technique in post-operative pulmonary complications after valve replacement surgeries. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*. 11. (2). 24-29. DOI Number: 10.5958/0973-5674.2017.00030.2.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (PQCER)*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Percurso e programa formativo para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Série 1. (10). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-41-7.
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Doenças Cardiovasculares*. Acedido a 10/04/2018. Disponível em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en.

Portaria n.º 207/2017 de 11 de julho (2017). *Diário da República I Série*. N.º 132 (11/07/2017). 3550-3708.

Ravaliya, V. K. (2013). Functional status in post-CABG patients following physiotherapy – A retrospective analysis. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*. 7. (3). 270-275. DOI Number: 10.5958/j.0973-5674.7.3.106.

Sociedade Europeia de Cardiologia (2018). *About Cardiovascular Disease in Europe. 2017 Statistics*. Acedido a 14/04/2018. Disponível em <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Fact-sheets/About-Cardiovascular-Disease-in-Europe>.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

Urell, C., Emter, M., Hedenstrom, H. & Westerdahl, E. (2016). Respiratory muscle strength is not decreased in patients undergoing cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 11:41. 2-5. DOI 10.1186/s13019-016-0433-z.

Waugaman, S., VanNortwick, C., Dionne, H., Whitmore, E. & Bradley, L. (2015). Early Mobilization in Cardiac Surgery Patients Decreases Complications, Length of Stay, and Readmission. *Critical Care Nurse*. 35. (2). 24-25.

Apêndices

Apêndice I

Prisma flow

Prisma flow

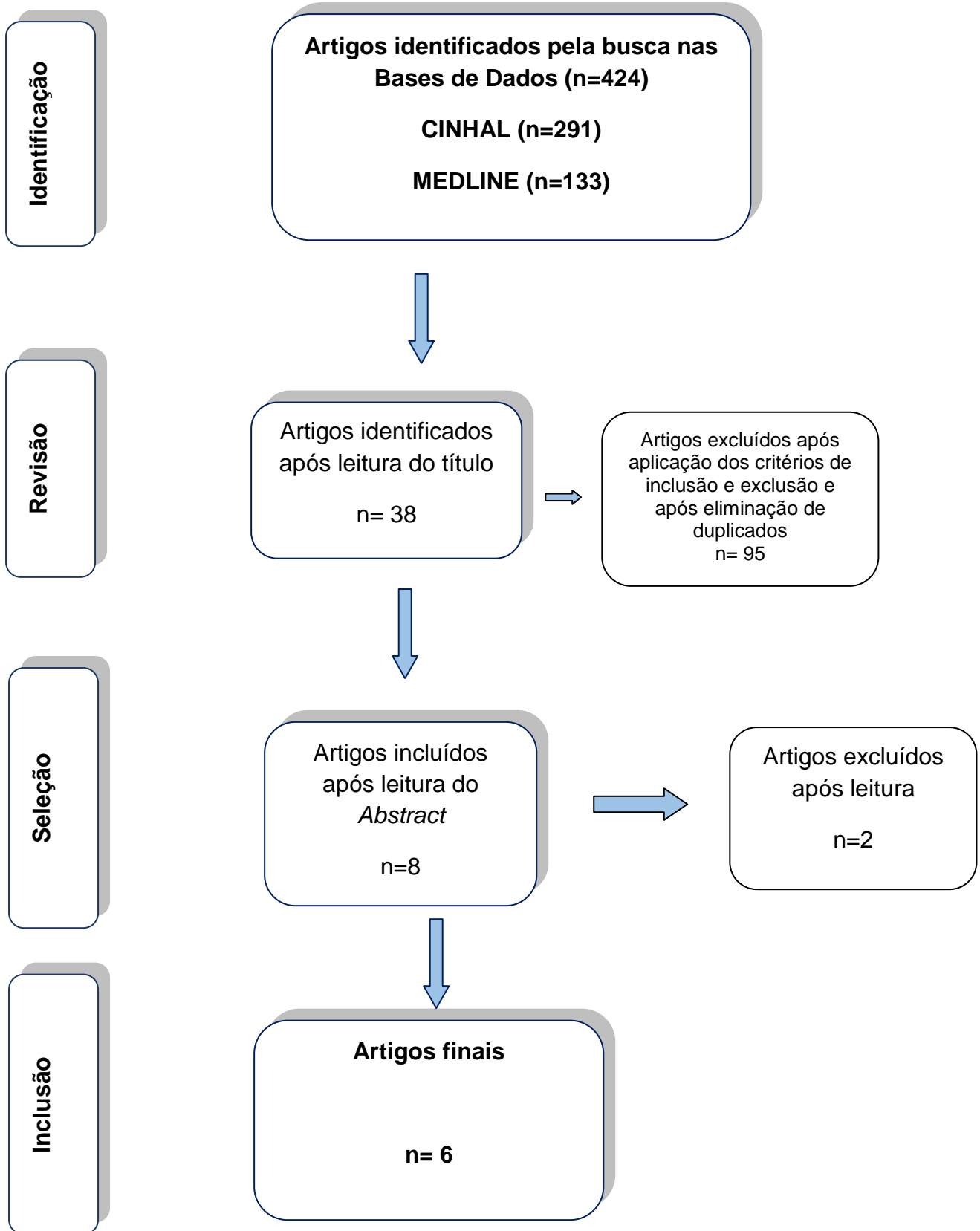


Figura 1 – Metodologia de seleção

Apêndice II

Síntese dos artigos incluídos na revisão *scoping*

SÍNTESE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SCOPING

	Artigo 1
Autor, ano, país e fonte	Crisafulli, E., Venturelli, E., Siscaro, G., Florini, F, Papetti, A., Lugli, D. & Clini, E. (2013) Itália BioMed Research International - Hindawi Publishing Corporation Volume 2013, Article ID 354276, 7 pages http://dx.doi.org/10.1155/2013/354276
Título	Respiratory muscle training in patients recovering recent open cardiothoracic surgery: A randomized-controlled trial
Objetivos	Avaliar a eficácia clínica e a viabilidade de um dispositivo de treino dos músculos expiratórios (EMT) (Respilift) aplicado em pacientes em recuperação de cirurgia cardiotorácica.
População/Amostra	60 pacientes internados em recuperação de cirurgia cardiotorácica recente e que estavam num programa de reabilitação.
Duração do estudo	14 dias consecutivos.
Tipo de estudo	Prospetivo, duplo-cego, randomizado.
Metodologia	Reabilitação respiratória e treino de músculos expiratórios com resistência de 30cm H2O para o grupo ativo e reabilitação respiratória e treino de músculos expiratórios com uma carga simulada para o grupo controle. Cada sessão teve a duração de 15 minutos e foi realizada 2 vezes por dia. O programa de reabilitação respiratória, semelhante para os dois grupos, consistiu em exercícios de controle de respiração e ELTGOL, 20 minutos, duas vezes por dia.
Resultados	Após 14 dias houve melhorias em ambos os grupos nos volumes pulmonares dinâmicos (FEV1, FVC e VC), na força muscular (P _{Imáx} e EMP), trocas gasosas (PaO ₂ /FiO ₂), prova de marcha de 6 minutos e escala de dispneia crônica (MRC), além da melhoria do desempenho expiratório máximo (PE _{max}), este foi significativamente maior no grupo ativo. A presença de dispneia relacionada com a dor torácica, mostrou uma melhoria progressiva ao longo do tempo, semelhante em ambos os grupos, no entanto, melhorou mais rápido e mais significativamente (12 e 14 dias) no grupo ativo.

	<p>Os exercícios de EMT não pioraram a dor torácica.</p> <p>Respilift (aparelho respiratório usado para EMT), provou ser eficaz, num período de 14 dias, em pacientes em recuperação de cirurgia cardiotorácica.</p> <p>A redução mais rápida da presença de dispneia, juntamente com a ausência de qualquer interferência negativa na dor torácica também provou viabilidade e segurança do dispositivo.</p>
Conclusão	<p>A utilização de um dispositivo respiratório para EMT, com resistência, tem efeitos positivos quando comparado com a utilização de um dispositivo sem resistência, na população de pacientes em recuperação de cirurgia cardiotorácica.</p> <p>Em pacientes em recuperação recente, o EMT feito por Respilift é viável e eficaz.</p>

Quadro 1

Artigo 2	
Autor, ano, país e fonte	Guner, S. I. & Korkmaz, F. D. (2015) UK Toxicology and Industrial Health, Vol. 31(7) 630–637
Título	Investigation of the effects of chest physiotherapy in different positions on the heart and the respiratory system after coronary artery bypass surgery
Objetivos	Investigar os efeitos da reabilitação torácica na função cardíaca e no sistema respiratório, quando se utilizam diferentes posicionamentos, nas pessoas submetidas a revascularização miocárdica.
População/Amostra	60 pacientes com mais de 18 anos de idade, hospitalizados e submetidos a revascularização miocárdica, num hospital universitário
Duração do estudo	Entre 3 de março de 2008 e 10 de novembro de 2008
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado
Metodologia	A cabeceira da cama foi elevada a 45° nos pacientes do grupo I (n = 30) e os pacientes do grupo II (n=30) foram mantidos com a cabeceira a 0°, ambos em decúbito dorsal; foram avaliados os efeitos da aspiração endotraqueal, percussão e vibração na função cardíaca e no sistema respiratório. Para manter a homogeneidade entre os dois grupos, foram mantidos semelhantes variáveis como a idade, a pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica, tempo de cirurgia...
Resultados	As respostas associadas às funções cardíacas foram aumentadas em ambos os grupos, a média da TAs, TAd e da FC aumentaram estatisticamente nos pacientes do grupo II, enquanto os valores médios de TAs e FC tiveram um aumento estatisticamente significativo nos pacientes do grupo I.
Conclusão	A reabilitação torácica realizada durante a ventilação mecânica em decúbito dorsal, a 0° não forneceu um benefício adicional e causou um maior número de respostas cardíacas. Nos pacientes ventilados mecanicamente com risco respiratório, a reabilitação respiratória efetuada com a cabeceira do paciente a 45° pode ser recomendado, pois esta posição induz um menor número de respostas cardíacas.

Quadro 2

Artigo 3	
Autor, ano, país e fonte	Urell, C., Emter, M., Hedenstrom, H. & Westerdahl, E. (2016) Suécia Journal of Cardiothoracic Surgery 11:41, p. 2-5 DOI 10.1186/s13019-016-0433-z
Título	Respiratory muscle strength is not decreased in patients undergoing cardiac surgery
Objetivos	Descrever a força muscular respiratória antes e dois meses após a cirurgia cardíaca. Descrever possíveis associações entre força muscular respiratória e função pulmonar.
População/Amostra	36 pacientes adultos (67 ± 10 anos), programados para cirurgia cardíaca (valvular ou revascularização do miocárdio) por esternotomia mediana.
Duração do estudo	De abril de 2010 a março de 2011
Tipo de estudo	Estudo observacional prospetivo
Metodologia	Dois fisioterapeutas e uma enfermeira recrutaram os pacientes internados no Departamento de Cirurgia Cardiorácica do Hospital Universitário de Uppsala, segundo a informação pré-operatória. Foram avaliados 36 pacientes de cirurgia cardíaca submetidos a revascularização miocárdica (n = 16) e cirurgia valvular (n = 20) com esternotomia mediana (idade média de 67 ± 10 anos). Efetuadas avaliações de respiração, força muscular, espirometria e saturação de oxigénio periférico antes da cirurgia e aos dois meses de pós-operatório. Todos os pacientes realizaram exercícios de respiração profunda a cada hora durante os primeiros quatro dias de pós-operatório. Os exercícios respiratórios foram realizados com aparelho de pressão expiratória positiva (PEP- device). Os exercícios incluíram 3 séries de 10 respirações profundas, seguindo as indicações de fazer inalações o mais profundo possível, sustar por um segundo e respirar no dispositivo. Os exercícios foram realizados por hora quando acordado (dia) durante os primeiros dias pós-operatórios. A equipe de enfermagem mobilizou os pacientes o mais cedo possível após a extubação.
Resultados	Não foi encontrado comprometimento significativo na força do músculo respiratório , dois meses após a cirurgia cardíaca, em comparação com valores pré-operatórios. A redução da força muscular dos músculos respiratórios no pós-operatório imediato após cirurgia cardíaca pode ser devido a dor esternal que afeta a possibilidade de realizar os testes musculares respiratórios devidamente. Ainda não está claro se a força muscular é seguramente afetada pela cirurgia, ou se é mascarada por dor ou motivação dos

	<p>pacientes e habilidades para realizar o teste no pós-operatório. Após esternotomia mediana, a distorção do tórax e a configuração da parede reduz a <i>compliance</i> da parede torácica e a capacidade de respirar.</p> <p>Movimentos respiratórios alterados, distorção da configuração da parede torácica e da redução da <i>compliance</i> da parede torácica pode ser uma explicação para a função pulmonar diminuída encontrada dois meses após a cirurgia.</p>
Conclusão	<p>A força muscular respiratória, medida como PImáx e PEmáx, estava de acordo com os valores previstos no pré-operatório e dois meses após a cirurgia cardíaca.</p> <p>Aos dois meses de pós-operatório, houve diminuição significativa de VC, FEV1 e CI. Houve também uma associação entre diminuição da força muscular inspiratória e comprometimento da função pulmonar.</p> <p>A razão para haver alteração significativa da função pulmonar (diminuída), aos dois meses ainda não é conhecida.</p>

Quadro 3

Artigo 4	
Autor, ano, país e fonte	Naswa, S., Tuteja, R., Gupta, V. P., Aggarwal, R. & Moiz, J. A. (2017) New Delhi, India <i>Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy</i> , 11 (2), 24-29 DOI Number: 10.5958/0973-5674.2017.00030.2
Título	Comparison of Acapella® versus active cycle of breathing technique (CATR) in post-operative pulmonary complications after valve replacement surgeries
Objetivos	Comparar a utilização de Acapella com o CATR em pacientes com complicações pulmonares, após cirurgia valvular
População/Amostra	2 grupos de pacientes (cada grupo com 15 pacientes), submetidos a cirurgia de substituição valvular, com risco de complicação pulmonar pós-operatória de grau 2 (pacientes que estão na fronteira de reintubação, necessitando de cuidados respiratórios intensivos para melhorar a sua função pulmonar), no 1º dia pós-operatório. Grupo A - utilização de Acapella e grupo B realizou CATR.
Duração do estudo	Do 1º dia pós-operatório até ao dia da alta
Tipo de estudo	Estudo randomizado, estudo de eficácia.
Metodologia	Dia 1: avaliação, sessão de treino, educação e determinação das configurações corretas de Acapella (grupo A) ou CATR (grupo B). Grupo A (Acapella): ensino aos pacientes sobre a utilização do dispositivo, incluindo: controle respiratório, 10 respirações através do dispositivo, inalar até aproximadamente três quartos da capacidade respiratória máxima, 2-3 segundos de respiração, expiração ativa para capacidade residual funcional, tosse ou expiração forçada num ciclo definido. No grupo B (CATR): controle de respiração, 3-4 exercícios de expansão torácica, controle de respiração, 4 exercícios de expansão torácica, controle de respiração, 1-2 expirações forçadas (Huff e respiração controlada). Nos restantes dias: o Grupo A utilizou Acapella® e o Grupo B realizou o CATR na UCI e enfermaria. No momento da alta: os pacientes foram ensinados a realizar exercícios de respiração profunda, manobras de tosse e huffing e procedimento correto para inalação de vapor.
Resultados	Os resultados obtidos sugerem que houve significativa melhoria em ambos os grupos (p <0,001), portanto, os pacientes em ambos os grupos foram beneficiados na mesma medida. Os pacientes do grupo A estavam com maior pontuação de atelectasias de 2,53 + 2,66 segundo o RX do tórax, no 1º

	<p>dia pela manhã (linha de base). Houve uma melhora significativa no dia 5, quando o score de pontuação pelo RX do tórax foi de 0,53 + 1,2.</p> <p>No grupo B no dia 1 da manhã foi de 1,27 + 1,66, então a melhora foi menor no dia 5, que foi de 0,73 + 1,53.</p> <p>Estatisticamente os resultados obtidos comparando os grupos eram insignificantes.</p> <p>Uma diferença clinicamente significativa foi observada na linha de base nos pacientes do grupo A, que significa presença de secreções nas vias aéreas ou pulmão congestionado, melhorada com a intervenção de reabilitação.</p> <p>Dispositivos oscilantes como o Acapella demonstram diminuir as propriedades viscoelásticas do muco, facilitando a mobilização das vias aéreas.</p>
Conclusão	<p>O Acapella e CATR são igualmente eficazes no tratamento de complicações pulmonares pós-operatórias após cirurgias de substituição de válvula cardíaca, assim podem ser administrados com segurança como adjuvantes das vias aéreas nos regimes de reabilitação torácica de rotina seguidos em Unidades de Terapia Intensiva e unidades de pós-operatório para pacientes cardiotorácicos.</p>

Quadro 4

	Artigo 5
Autor, ano, país e fonte	Mueenudheen, T.P., Moiz, J. A. & Gupta, V. P. (2012) New Delhi, India <i>Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy</i> . 6 (2)
Título	A comparative study on the effects of incentive spirometry and deep breathing exercise on pulmonary functions after uncomplicated coronary artery bypass grafting surgery
Objetivos	Comparar os efeitos do espirômetro de incentivo e os exercícios de consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, na função pulmonar, após cirurgia de revascularização coronária, não complicada
População/Amostra	Amostra de trinta e dois pacientes com idade de 53.875 ± 7 anos programados para cirurgia de revascularização miocárdica. 16 pacientes foram incluídos no Grupo A e receberam Espirometria de Incentivo e 16 pacientes do Grupo B, fizeram exercícios de consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios.
Duração do estudo	3 dias
Tipo de estudo	
Metodologia	Grupo A: posicionados com elevação da cabeceira da cama para 45° no primeiro dia de pós-operatório e em posição ereta com suporte nas costas no segundo e terceiro pós-operatório. Os pacientes foram instruídos a manter o espirômetro na posição vertical e a inalar lentamente e levantar e manter as bolas na primeira e segunda câmaras por 2-3 segundos. Grupo B: realizaram-se exercícios de respiração profunda em posição ereta relaxada. Solicitou-se que os pacientes colocassem a mão dominante sobre o abdômen superior abaixo do apêndice xifoide e outra mão no corpo do esterno e deixassem o abdômen subir na inspiração, mantendo a cintura escapular e a parte superior do peito o mais imóvel possível, sustentando depois a respiração por 2-3 segundos. Ambos os grupos realizaram os exercícios por três séries de 10 respirações consecutivas com uma pausa de um minuto entre cada conjunto.
Resultados	Uma redução acentuada na função pulmonar estava presente no terceiro dia de pós-operatório, já anteriormente encontrada noutros estudos. Houve uma significância estatística na melhoria da oxigenação após uma série de três séries de dez respirações, seja por espirômetro de incentivo ou manualmente no primeiro, segundo e terceiro dias de pós-operatório.

	<p>Os resultados deste estudo sugerem que exercícios de respiração e espirometria de incentivo são de igual efeito, desde que os pacientes não tenham complicação após cirurgia de revascularização do miocárdio. Claramente, se os pacientes desenvolvem infecção torácica ou se surgem complicações, são necessários tratamentos adicionais.</p>
Conclusão	<p>Os dados demonstram que não há diferença significativa entre as duas manobras de reabilitação, ou seja, exercícios de respiração profunda e Espirometria de Incentivo em cirurgia não complicada de revascularização do miocárdio. As implicações são que, desde que um fisioterapeuta encoraje os pacientes, o exercício de respiração profunda é igualmente eficaz como o espirómetro de incentivo em pacientes não complicados e pode ser usado sem qualquer preferência nessa população.</p>

Quadro 5

Artigo 6	
Autor, ano, país e fonte	Gomes, P., Vasconcelos, T., Barros, G., Sousa, C., Bastos, V. (2015) <i>Fisioterapia Brasil</i> . 16 (1), 38-42.
Título	Análise dos protocolos de fisioterapia utilizados em pós-operatório de cirurgia cardíaca
Objetivos	Analisar os protocolos de tratamento fisioterapêutico utilizados em pós-operatório de cirurgia cardíaca.
População/Amostra	Participaram do estudo 17 fisioterapeutas, com idade média de 34,41 (\pm 2,46) anos, que atuam em pós-operatório cardíaco e que trabalham em três hospitais da rede privada e um da rede pública.
Duração do estudo	A colheita de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2009.
Tipo de estudo	Estudo de caráter descritivo, exploratório e transversal com estratégia de análise quantitativa dos resultados.
Metodologia	Aplicado questionário no qual se abordou variáveis sobre o nível de formação do fisioterapeuta, tempo de profissão, bem como as técnicas/manobras e recursos manuais/mecânicos utilizados. Realizada uma análise estatística descritiva, através do programa Microsoft Office Excel versão 2007 nos quais os resultados foram apresentados em forma de quadros e tabelas.
Resultados	Das técnicas ou manobras mais usadas, destacam-se os padrões ventilatórios e compressão-descompressão, seguida de indução da tosse e técnica de expiração forçada (TEF). Dos recursos mais utilizados temos os espirômetros de incentivo, o reanimador de Muller e pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BILEVEL). E na reabilitação cardíaca fase I, a cinesioterapia e os exercícios de reexpansão pulmonar foram os mais citados.
Conclusão	O tratamento fisioterapêutico objetiva prevenir e tratar as complicações respiratórias advindas do processo cirúrgico, através da utilização de diversas técnicas, como padrões ventilatórios, compressão-descompressão, TEF e indução da tosse, assim como a utilização de equipamentos, espirômetros de incentivo, reanimador de Muller e do BILEVEL.

Quadro 6

Apêndice III

Competências, objetivos específicos e atividades

COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES

Domínios de Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores
<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u></p> <p>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>1. Aumentar os conhecimentos e técnicos científicos na área de prestação de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, nomeadamente na RFR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza pesquisa bibliográfica pertinente, com maior enfoque na RFR; - Aprofunda conhecimentos de RFR à pessoa submetida a CC; - Analisa a prestação de cuidados realizada pelo EEER a pessoas submetidas a CC; - Colabora nos cuidados prestados e atividades desenvolvidas pelo EEER; - Reflete e discute com o EEER e restante equipa casos clínicos; - Participa em ações de formação que possam ser realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado pesquisa bibliográfica; - Ter analisado a prestação de cuidados realizada pelo EEER a pessoas submetidas a CC, de modo a prevenir ou minimizar complicações pós-cirúrgicas; - Ter colaborado nos cuidados prestados e atividades desenvolvidas pelo EEER; - Ter refletido e discutido casos clínicos com o EEER e restante equipa; - Ter identificado as intervenções de enfermagem de reabilitação que previnem ou minimizam as complicações pós-cirúrgicas, na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.
<p>Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: Enfermeira Orientadora da ESEL; Enfermeira Orientadora; Pessoa/família submetida a CC; Equipa de enfermagem e equipa multiprofissional. - Materiais: Documentos provenientes de pesquisa bibliográfica; Suporte fornecido nas Unidades Curriculares. - Físicos: Serviço de CCT, Biblioteca da ESEL; Bases de dados. 		

	- Temporais: Ver cronograma.
Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none">- Ter refletido nas intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de modo a prevenir ou minimizar complicações pós-cirúrgicas, tendo por base as pesquisas bibliográficas efetuadas e a discussão e reflexão dos casos clínicos.- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas permitiram a identificação das intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de modo a prevenir ou minimizar complicações pós-cirúrgicas.

Quadro 7

Domínios de Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores
<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u></p> <p>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B – Melhoria da Qualidade B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>	<p>2. Compreender qual o papel do EEER na dinâmica e organização do serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza uma visita guiada à UCC; - Realiza entrevista semiestruturada com a enfermeira Chefe e enfermeira orientadora; - Conhece a dinâmica e funcionamento/organização do serviço; - Apresenta-se à equipa multidisciplinar; - Consulta documentos dos locais de estágio, nomeadamente manuais, protocolos, normas, instrumentos de registo, escalas de avaliação utilizadas nos serviços; - Analisa a intervenção do EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar e no serviço (CCT, cuidados de saúde primários e comunidade); - Colabora nos cuidados prestados e atividades desenvolvidas pelo EEER; - Conhece os recursos humanos, físicos e materiais dos locais de estágio, de modo a perceber a sua mobilização na prestação de cuidados de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado visita guiada à UCC; - Ter realizado entrevistas semiestruturadas com enfermeira Chefe e enfermeira orientadora; - Ter conhecido a dinâmica e funcionamento/organização dos serviços; - Ter consultado documentos dos locais de estágio; - Ter analisado as intervenções do EEER e tê-las contextualizado na dinâmica do serviço; - Ter analisado qual a intervenção do EEER nos cuidados de saúde primários e comunidade; - Ter analisado a prestação de cuidados realizada pelo EEER; - Ter colaborado nos cuidados prestados e atividades desenvolvidas pelo EEER; - Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais dos locais de estágio para a mobilização na

	prestação de cuidados de reabilitação.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: Enfermeira Orientadora da ESEL; Enfermeira Orientadora; Pessoa/família submetida a CC; Pessoa/família com necessidade de cuidados de reabilitação; Equipa de enfermagem e equipa multiprofissional. - Materiais: Documentos do Serviço. - Físicos: Serviço de CCT; UCC. - Temporais: Ver cronograma.
Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Ter refletido nas atividades realizadas e na sua importância para atingir o objetivo; - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para a identificação do papel do EEER na dinâmica e organização do serviço (CCT e UCC).

Quadro 8

Domínios de Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores
<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u></p> <p>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de</p>	<p>3. Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação relacionadas com a reabilitação da pessoa/família com alterações da função sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, intestinal, vesical e de alimentação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família; - Colabora na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de programas de RFR, reeducação funcional motora, reeducação de eliminação e de deglutição; - Concebe e implementa programas de reabilitação à pessoa/família com alterações da função sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, intestinal, vesical e de alimentação; - Concebe e implementa programas de treino de AVD; - Caracteriza a transição ou transições vivenciadas pela pessoa/família; - Rentabiliza as oportunidades de aprendizagens; - Analisa os recursos existentes e utiliza-os de forma adequada e eficiente; - Analisa os recursos disponíveis na comunidade para promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa/família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado reflexão escrita sobre a prática de cuidados à pessoa/família; - Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família e na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de programas de RFR, reeducação funcional motora, de eliminação e de deglutição; - Ter concebido e implementado programas de treino de AVD; - Ter prestado cuidados de ER à pessoa com alterações da função sensoriomotora, neurológica, respiratória, cognitiva, intestinal, vesical e de alimentação; - Ter caracterizado a transição ou transições que a pessoa/família está a vivenciar;

conhecimento.

Competências Específicas do EEER

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

J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade.

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

J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

- Articula com os recursos da comunidade para promoção da continuidade de cuidados;

- Identifica barreiras arquitetónicas para a pessoa com limitação;

- Explica à pessoa/família a utilização de produtos de apoio ou ajudas técnicas, se necessário.

- Ter analisado os recursos existentes e tê-los utilizado de forma adequada e eficiente;

- Ter analisado os recursos disponíveis na comunidade para promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa/família;

- Ter identificado barreiras arquitetónicas;

- Ter explicado e aconselhado à pessoa/família a utilização de produtos de apoio ou ajudas técnicas, quando necessário.

J3.1 – Concede e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.

Recursos

- Humanos: Enfermeira Orientadora da ESEL; Enfermeira Orientadora; Pessoa/família; Equipa de enfermagem e equipa multiprofissional.
- Materiais: Processo clínico da pessoa; Escalas e Instrumentos de Medida; Documentos provenientes de pesquisa bibliográfica; Suporte fornecido nas Unidades Curriculares.
- Físicos: UCC, Domicílio da pessoa, Comunidade, Biblioteca da ESEL; Bases de dados.
- Temporais: Ver cronograma.

Critérios de Avaliação

- De que modo as atividades planeadas foram importantes para atingir o objetivo;
- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas permitiram o desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação relacionadas com reabilitação respiratória e motora e/ou pós-operatório tardio, no domicílio e o desenvolvimento das competências enumeradas.

Quadro 9

Domínios de Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores
<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u></p> <p>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>4. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca que facilitem o seu processo de transição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia a pessoa: estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem); tônus e força muscular, coordenação motora e equilíbrio; - Avalia a pessoa recorrendo a instrumentos e escalas de avaliação existentes no serviço, ou outras (ex. escala MRC); - Identifica as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, com ênfase na RFR, mas visando também o treino de AVD; - Elabora e implementa plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, em parceria com a pessoa/família, tendo em consideração o que é considerado importante no processo de transição; - Avalia as intervenções realizadas e atualiza o plano de cuidados; - Desenvolve competências na auscultação pulmonar; - Desenvolve competências na avaliação de Radiografias de Tórax; - Desenvolve competências na interpretação de exames laboratoriais; - Executa técnicas de RFR à pessoa submetida a CC; - Realiza e ensino à pessoa, de acordo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter demonstrado conhecimento sobre a avaliação e intervenção na pessoa submetida a CC; - Ter evidenciado a teoria na prática; - Ter identificado as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, com ênfase na RFR, mas visando também o treino de AVD; - Ter elaborado, implementado e avaliado planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, em parceria com a pessoa/família; - Ter desenvolvido competências na auscultação pulmonar, avaliação de Radiografias de Tórax e exames laboratoriais; - Ter desenvolvido perícia na execução de técnicas de RFR; - Ter participado no processo de tomada de decisão; - Ter adotado estratégias de
<p><u>Competências Específicas do EEER</u></p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>			

J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade.

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

J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.

com o seu potencial, para prevenção, despiste e resolução de complicações, capacitando-a para a recuperação da mobilidade e maximização da autonomia;

- Participa no processo de tomada de decisão sobre a prestação de cuidados especializados de reabilitação;

- Discute com a enfermeira orientadora questões quotidianas que sejam relevantes para a aprendizagem;

- Caracteriza a transição ou transições vivenciadas pela pessoa/família;

- Adota estratégias de *coping* para a pessoa reformular a sua identidade, para promoção de processo de transição saudável;

- Elabora registos que permitam dar visibilidades aos cuidados de ER prestados.

coping para a pessoa reformular a sua identidade, para promoção de processo de transição saudável;

- Ter assumido responsabilidade na implementação do programa de RFR que facilite o processo de transição;

- Ter realizado registos de EEER pertinentes;

- Ter promovido a aprendizagem em contexto de trabalho;

Recursos

- Humanos: Enfermeira Orientadora da ESEL; Enfermeira Orientadora; Pessoa/família submetida a CC; Equipa de enfermagem e equipa multiprofissional.

- Materiais: Processo clínico da pessoa; Escalas e Instrumentos de Medida; Documentos provenientes de pesquisa bibliográfica; Suporte fornecido nas Unidades Curriculares.

- Físicos: Serviço de CCT, Biblioteca da ESEL; Bases de dados.

	- Temporais: Ver cronograma.
Critérios de Avaliação	- De que modo as atividades planejadas foram importantes para atingir o objetivo; - De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas promoveram a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, facilitando o processo de transição saúde/doença de modo saudável e o desenvolvimento das competências enumeradas.

Quadro 10

Apêndice IV

Cronograma de atividades

Cronograma de atividades

ANO	2018												2019							
MÊS	set	outubro				novembro				dezembro				janeiro			fevereiro	Fev - março		
SEMANA	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	3	7	14	21	28	4	
	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	2	4	11	18	25	1	8	
Local Ensino Clínico	Serviço de Cirurgia Cardiorácica									UCC			FÉRIAS DE NATAL	UCC						
Elaboração Relatório Estágio																				
Objetivo 1																				
Objetivo 2																				
Objetivo 3																				
Objetivo 4																				

Quadro 11

**Apêndice II – Jornal de aprendizagem: Reflexão
sobre o estágio em contexto hospitalar**

JORNAL DE APRENDIZAGEM IV – 6ª E 7ª SEMANAS (05 a 20 de novembro de 2018)

Neste jornal de aprendizagem pretendo refletir sobre o ensino clínico realizado, os sentimentos experienciados, as aprendizagens adquiridas e a evolução sentida.

Este estágio decorreu num serviço de cirurgia cardiotorácica, o mesmo local onde exerci a minha atividade profissional durante quase 28 anos, e no qual, segundo Benner (2001) atuava já como enfermeira perita. O retorno a esse serviço, agora num papel diferente – o de estudante de especialidade em enfermagem, acarretou várias preocupações, novos desafios, entre eles: qual a receptividade dos antigos colegas e da equipa multidisciplinar; como eu própria me iria sentir naquele ambiente e espaço físico tão familiares; se seria capaz de corresponder às expectativas de quem me conhecia, tanto a nível pessoal como profissional; que atitude a adotar perante situações que constituíam o meu quotidiano?

Desde o primeiro dia do estágio que senti ótima receptividade por parte de toda a equipa multidisciplinar; todos sabiam qual o papel que atualmente desempenhava, não existindo qualquer comparação ou atrito em relação ao exercício profissional anteriormente desempenhado no serviço, os papéis “antigo” e “atual” estavam bem definidos e compreendidos pela equipa. No final do estágio posso afirmar que a equipa me considerava como uma enfermeira de reabilitação. Consegui, sem qualquer dificuldade, distanciar-me das intervenções anteriores realizadas por mim no serviço, soube qual o meu papel atual e era com esse que estava preocupada e não com todo o *stress* subjacente à coordenação de um serviço.

O facto de conhecer toda a dinâmica do serviço possibilitou-me avançar mais rapidamente para a prestação direta de cuidados especializados, pois permitiu-me focar apenas nas pessoas/famílias, no estudo e pesquisa a realizar para prestar cuidados e não em conhecer a equipa multidisciplinar, os procedimentos ou as rotinas do serviço.

Este estágio trouxe-me muitas experiências novas, todas positivas; permitiu-me conhecer uma nova realidade onde prestei cuidados, as pessoas cuidadas têm as mesmas características com que lidei durante todo o meu percurso profissional, mas agora a minha intervenção foi diferente, a minha perspetiva dessas pessoas foi outra, agora foi sob o olhar de enfermagem de reabilitação, posso afirmar

convictamente que me senti muito mais realizada, tanto pessoal como profissionalmente.

Inicialmente foram formulados objetivos para o ensino clínico, consegui ir além desses objetivos: prestei cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca na UCINT e enfermaria, houve a possibilidade da prestação de cuidados à pessoa no primeiro dia de pós-operatório (na UCI), da observação participativa na pessoa sob ventilação mecânica e da observação participativa nos utentes de pediatria (pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca). Tive também a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação à pessoa com AVC, em que foi notória a evolução favorável, após a intervenção de enfermagem de reabilitação, não só a nível respiratório como a nível motor, o que foi deveras gratificante e compensador.

Ao longo destas semanas foi muito interessante conseguir aplicar os conhecimentos adquiridos no ano letivo transato, evidentemente que no início houve dúvidas, hesitações, inseguranças, desconhecimento, mas que foram colmatadas com empenho, estudo, pesquisa, assim como com a colaboração, partilha e disponibilidade constantes da enfermeira orientadora para responder a qualquer dúvida. Sei que evolui favoravelmente ao longo de todo o ensino clínico, sentindo-me nas últimas semanas com competência, segurança e à vontade para avaliar a pessoa, elaborar e aplicar um plano de enfermagem de reabilitação adaptado às diferentes pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, consoante as suas necessidades, seja no pré-operatório como no pós-operatório, assim como todo o ensino a realizar para a alta, auxiliando a pessoa a vivenciar a sua transição saúde-doença; senti também um *feedback* positivo da enfermeira orientadora que inclusivamente verbalizou no momento de avaliação que eu tinha ido ao encontro das suas expectativas, considerando-me como sua colega de reabilitação.

Considero que durante as intervenções que realizei atuei sempre adequadamente, com responsabilidade e segurança, tendo uma conduta adequada para com a pessoa/família e para com a equipa multidisciplinar.

Para além do desenvolvimento de competências na área profissional, este estágio possibilitou também um redescobrir de mim e um desenvolvimento pessoal;

o novo modo de intervir perante a pessoa doente/família e perante os meus pares permitiu-me descobrir o meu “eu” como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, muito mais feliz e motivada no seu desempenho profissional, traduzindo-se numa maior segurança, alegria e realização. Posso afirmar que o balanço destas semanas é fortemente positivo tanto a nível pessoal como profissional. Tenho como projeto futuro o regresso a este serviço como especialista em enfermagem de reabilitação.

Termino esta reflexão concluindo que foi muito importante e gratificante realizar o estágio no serviço onde desempenhei funções durante a minha vida profissional, tendo este período contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Apêndice III – Plano de cuidados de ER

Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação (Sr. J. N.)

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
22/10/2018 9:30h	<p>- Défice de conhecimento sobre o pré-operatório e pós-operatório</p> <p>[relacionado com cirurgia cardíaca manifestado pela dificuldade em realizar técnicas respiratórias e exercícios motores]</p>	<p>- Conhecimento melhorado sobre o pré-operatório e pós-operatório de cirurgia cardíaca através da realização de pelo menos três exercícios motores e técnicas respiratórias</p> <p>Indicadores de processo Sentir-se envolvido; Interação com os profissionais; Estar situado; Desenvolver confiança e "coping".</p>	<p>- Ensinar sobre objetivos da sessão de RFR pré cirurgia cardíaca e intervenções a serem realizadas; repercussões da anestesia na função respiratória e necessidade de RFR no pós-operatório.; feridas operatórias (esternotomia, pontos de drenagem torácica) e cuidados a ter; presença de dor, medicação analgésica prescrita e necessidade da pessoa comunicar a dor; sessões de RFR e reeducação funcional motora no pós-operatório;</p> <p>- Instruir e treinar: técnica de contenção de ferida operatória ao esforço (tosse, mobilização na cama, levantar e deitar); técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios; Reeducação diafragmática; Reeducação costal seletiva; técnica da tosse dirigida e assistida, com contenção da sutura; técnica de levante pós-operatório</p>	<p>22/10/2018 – 12:30h</p> <p>Sr. J. N. muito recetivo ao ensino, atento, colocando questões.</p> <p>Antes da transferência para o BO o Sr. J. N. demonstrou saber onde iria ser realizada a cirurgia, que iria ficar ventilado nas primeiras horas de pós-operatório e a importância dos exercícios de RFR e musculares.</p> <p>Foi entregue folheto sobre "Exercícios de RFR no Pré e Pós-operatório".</p> <p>Realizou corretamente os exercícios de contenção de ferida operatória ao esforço, técnicas respiratórias (dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, reeducação costal seletiva), técnica da tosse com contenção da sutura, técnica de levante, mobilização ativa e contração isométrica da musculatura de todos os segmentos</p>

(colocação em decúbito lateral, pernas fora da cama, levante do tronco com o apoio do enfermeiro);
realização de exercícios com os membros inferiores;
mobilização ativa e contração isométrica precoce da musculatura de todos os segmentos corporais;
- **Entregar** folheto sobre “Exercícios de RFR no Pré e Pós-operatório”
- **Esclarecer** dúvidas;
- **Envolver** o prestador de cuidados nos ensinamentos.

corporais, com boa tolerância.

Esclarecidas dúvidas.

Não foi realizado ensino ao prestador de cuidados/família por não se encontrarem presentes.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<p>22/10/2018 9:30h</p>	<p>Ansiedade [relacionada com a necessidade de ser submetido a cirurgia e manifestada por verbalizar medo das consequências]</p>	<p>- Ansiedade diminuída dentro de 4 horas (antes de ir para BO)</p> <p>Indicadores de processo Sentir-se envolvido; Interação com os profissionais; Estar situado; Desenvolver confiança e “coping”.</p>	<p>- Incentivar a exposição de dúvidas, medos e receios; - Proporcionar ambiente propício para a exposição de dúvidas, medos e receios; - Ensinar sobre pré, intra e pós-operatório de cirurgia cardíaca.</p>	<p>O Sr. J. N. colocou as suas dúvidas, medos e receios, foram respondidas as questões colocadas. Foi realizado ensino sobre o pré, intra e pós-operatório.</p> <p>Não foi realizado o ensino à família pois não se encontrava presente.</p> <p>Antes de ser transferido para o BO o Sr. J. N. verbalizou estar mais calmo relativamente à cirurgia e suas consequências.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
23/10/2018	<p>Ventilação comprometida</p> <p>[relacionada com cirurgia cardíaca recente, presença de esternotomia, drenagens torácicas e dor (score 3), manifestada por presença de ruídos adventícios na auscultação pulmonar e saturações de O₂ inferiores a 87% sem</p>	<p>- Ventilação melhorada (ausência de ruídos adventícios à auscultação pulmonar e saturações de O₂ > 94% sem aporte de O₂) dentro de 2 dias</p> <p>-Dor diminuída (score 2/1) dentro de 2 dias</p> <p>- Ser capaz de realizar inspirações profundas, dentro de 2 dias</p> <p>Indicadores de processo Interação com os seus próximos/profissionais Desenvolver confiança e “<i>coping</i>”.</p>	<p>- Realizar RFR 1xdia e SOS (manhã);</p> <p>- Administrar/validar a administração de analgesia;</p> <p>- Explicar à pessoa o que será realizado e quais os objetivos da sessão;</p> <p>- Executar técnica de posicionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição de descanso e relaxamento • Correção postural <p>- Executar cinesiterapia respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dissociação dos tempos respiratórios, com maior ênfase na inspiração (10 exercícios); • Respiração abdomino-diafragmática (10 exercícios); • Abertura costal seletiva inferior bilateral (10 exercícios de cada lado); • Reeducação diafragmática posterior com resistência; <p>- Gerir a oxigenoterapia (gerir o fluxo</p>	<p>23/10/2018 (UCI)</p> <p>Eupneico, com Sat. O₂ de 100% mas com aporte de O₂ por máscara facial a 8 l/min, sem aporte de O₂ a Sat é de 86%. Respiração predominantemente mista, sem recurso a músculos acessórios, superficial, ritmo regular, expansão torácica simétrica, sem alterações dos tempos inspiratórios e expiratórios, 21 c/min.</p> <p>Auscultação pulmonar com roncospersos bilateralmente e ligeira diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda.</p> <p>Sinais vitais sem alterações durante a sessão de RFR.</p> <p>Realizadas técnicas respiratórias previstas, com sucesso.</p> <p>No final da sessão o Sr. J.N. apresentava Sat O₂ de 98%, com máscara facial a 5 l/min.</p> <p>Auscultação pulmonar sem ruídos</p>

aporte de O₂]
[relacionada com presença de esternotomia, dor torácica (score 2) e dificuldade em fazer inspirações profundas, manifestada por diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda]

de O₂ segundo as Sat. avaliadas de modo a manter Sat \geq 94%);
- Instruir e treinar sobre dispositivo auxiliar de ventilação [inspirómetro de incentivo] – realizar 15 inspirações profundas, descansar 30 segundos, repetir mais 15. Executar 4 x dia.
- Executar treino de marcha com controle e dissociação dos tempos respiratórios quando na UCINT ou enfermaria (deambular no corredor da ala B até final da ala A e retorno (70 m) – manhã;
- Incentivar a realização de treino de marcha com a companhia da esposa (prestadora de cuidados), 2x dia – no turno da manhã será com supervisão da EEER;
- Ensinar que deve descansar se surgir cansaço durante a realização das AVD;
- Elogiar os progressos.

adventícios, ligeira diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda.
25/10/2018 (Sr. J.N. encontra-se na enfermaria)
Eupneico, respiração predominantemente mista, sem recurso a músculos acessórios, ritmo regular, expansão torácica simétrica, sem alterações dos tempos inspiratórios e expiratórios, sinais vitais estáveis. Sem aporte de O₂, saturações de 94%. Muito participativo na execução dos exercícios.
Auscultação pulmonar com ligeira diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda.
Realizou **treino de marcha** com a enfermeira e posteriormente na companhia da esposa, tendo percorrido cerca de 70 metros. Não refere cansaço na marcha e na realização das AVD - higiene, toalete, vestir, despir, transferências.
26/10/2018
O Sr. J.N. está eupneico, respiração toracoabdominal, simétrica, profunda,

sat O₂ e sinais vitais dentro dos seus parâmetros habituais. Realizada sessão de RFR, sem qualquer complicação.

Auscultação pulmonar – murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares.

29/10/2018

O Sr. J.N. manteve os sinais vitais estáveis antes e depois da sessão de RFR.

Auscultação pulmonar - murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares.

Realizou **treino de marcha** na companhia da enfermeira e também de forma **independente**. Independente no andar.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
23/10/2018	<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias</p> <p>[manifestado por verbalização da vontade de aprender as técnicas respiratórias]</p>	<p>- Capacidade para usar técnicas respiratórias presente</p> <p>Indicadores de processo</p> <p>Interação com os seus próximos/profissionais</p> <p>Desenvolver confiança e “<i>coping</i>”</p>	<p>- Instruir e treinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de relaxamento • Posições de descanso • Inspirações profundas • Dissociação dos tempos respiratórios • Respiração abdomino-diafragmática <p>- Instruir e treinar sobre dispositivo auxiliar de ventilação [inspirómetro de incentivo] – realizar 15 inspirações profundas, descansar 30 segundos, repetir mais 15. Executar 4 x dia.</p> <p>- Elogiar os progressos;</p> <p>- Incluir o prestador de cuidados nos ensinios.</p>	<p>25/10/2018</p> <p>O Sr. J.N. demonstra interesse e conhecimento sobre as técnicas respiratórias, tendo oportunidade de melhorar a capacidade para as usar.</p> <p>Foram instruídas e treinadas as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação previstas, sendo o Sr. capaz de as realizar de forma autónoma, assim como a utilização do dispositivo auxiliar de ventilação.</p> <p>Realizados os ensinios também à esposa.</p> <p>26/10/2018</p> <p>O Sr. J.N. realiza todos os exercícios de forma autónoma.</p>

Foram reforçados e validados os ensinamentos com a esposa, tendo esta demonstrado ter conhecimentos sobre os exercícios e a utilização do inspirómetro de incentivo.

Dado termo ao diagnóstico de enfermagem.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
23/10/2018	<p>Expetorar ineficaz em grau moderado</p> <p>[relacionado com a presença de dor (score 3), manifestado por dificuldade em expelir as secreções]</p>	<p>- Expetorar eficaz, dentro de 2 dias</p> <p>- Dor diminuída (score 2/1) dentro de 2 dias</p> <p>Indicadores de processo</p> <p>Interação com os profissionais</p> <p>Desenvolver confiança e “<i> coping </i>”</p>	<p>- Executar inaloterapia (atmosfera húmida) durante 10 minutos, uma vez por turno;</p> <p>- Executar técnica de posicionamento [correção postural];</p> <p>- Executar cinesiterapia respiratória, 1xdia (manhã):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abertura costal seletiva inferior bilateral • Técnica de vibração torácica (10 vibrações de cada lado) • CATR – 10 repetições <p>- Incentivar a tossir;</p> <p>- Assistir a tossir (tosse dirigida, assistida);</p> <p>- Incentivar a expetorar;</p> <p>- Providenciar lenços de papel;</p> <p>- Incentivar ingestão de 1,5l de água</p>	<p>23/10/2018</p> <p>Reflexo da tosse presente mas ineficaz, necessitando de ajuda para expelir as secreções.</p> <p>Realizadas manobras acessórias, CATR, tosse assistida, com sucesso; o Sr. J.N. expeliu secreções acastanhadas, espessas, em moderada quantidade.</p> <p>25/10/2018</p> <p>Reflexo da tosse presente e eficaz. Colocado colete de contenção de esterno.</p> <p>O Sr. J.N. consegue tossir e expelir secreções: amareladas, fluidas, em pequena quantidade. Foi incentivada a ingestão de 1,5l de água por dia.</p> <p>26/10/2018</p> <p>Reflexo da tosse presente e eficaz.</p>

por dia;

- Vigiar expectoração.

Consegue tossir e expelir secreções.

Dado termo ao diagnóstico de enfermagem.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
23/10/2018	<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão do regime terapêutico</p> <p>[manifestado pela preocupação em conhecer praticas saudáveis e reconhecer sinais e sintomas de agravamento da doença]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico melhorado até ao dia da alta (4 dias) - Ser capaz de enumerar 6 cuidados a ter após a alta, de modo a promover a sua saúde e recuperação <p>Indicadores de processo Interação com os seus próximos/profissionais Desenvolver confiança e “<i> coping </i>”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre riscos dos hábitos sedentários e importância do exercício físico e realização das AVD na promoção da saúde; - Rever com a pessoa e prestador de cuidados a informação que consta no folheto sobre “<i>Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória no Pré e Pós-operatório</i>”, já entregue; - Instruir e treinar sobre exercícios de RFR e motores que a pessoa deverá realizar durante 6 a 8 semanas após a alta; - Ensinar sobre aumento gradual da atividade física – realização de caminhadas diárias em piso plano durante 30 minutos por dia, iniciando na primeira semana por 10 minutos, na segunda semana 20 minutos, aumentando gradualmente segundo tolerância; - Executar treino de escadas (subir e descer as escadas entre o piso 4 e o piso 5 – 18 degraus); - Ensinar sobre evicção de 	<p>25/10/2018</p> <p>O Sr. J.N. irá ter o apoio da esposa durante um mês, após a alta.</p> <p>Iniciado ensino para a alta, revistas as informações que se encontram no folheto “<i>Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória no Pré e Pós-operatório</i>”.</p> <p>Validados os ensinios realizados nos turnos anteriores, o Sr. J.N. encontra-se recetivo ao ensino, realizando corretamente os exercícios de RFR e motores, técnica de levantar e contenção da sutura operatória ao esforço e tosse.</p> <p>Realizado treino de escadas sem dificuldade e com boa tolerância ao esforço.</p> <p>26/10/2018</p> <p>Reforçados os ensinios anteriormente realizados. O Sr. J.N. respondeu acertadamente à validação do</p>

atividades que exijam esforço;
- Ensinar sobre suspensão da atividade física ou exercício se fadiga ou dispneia;
- Ensinar sobre necessidade de vigilância de tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e peso;
- Instruir e treinar sobre técnica de contenção de ferida operatória ao esforço (tosse, mobilização na cama, alternância da posição de decúbito para posição ortostática e vice-versa, alternância da posição de sentado para posição ortostática e vice-versa);
- Ensinar sobre sintomas cardíacos que impliquem suspensão do exercício (palpitações, tonturas, sudorese profusa, dor precordial) e contato com profissionais de saúde;
- Ensinar sobre cuidados com a esternotomia (observação da sutura, evicção de esforços e elevação dos membros superiores, exposição solar);
- Ensinar sobre cuidados gerais relativos à postura para dormir, banho, AVD;

ensino sobre caminhadas, condução, esforços e sinais de complicações ou alerta. Referiu vontade de continuar o seu regime dietético para perda de peso.

29/10/2018

Reforçados os ensinamentos realizados anteriormente, na presença da esposa.

Foi pesado (pesa menos 4Kg), foi encorajado a continuar o seu regime dietético para perda de peso.

Revistos os exercícios de RFR e motores, técnica de contenção de sutura à tosse e esforço, tendo o Sr. J.N. executado corretamente os mesmos.

- Ensinar a pessoa e prestador de cuidados sobre sinais de complicações (sintomatologia cardíaca – fadiga, dispneia, febre, disritmias, aumento de peso súbito);
- Reforçar ensino sobre regime alimentar adequado para perda de peso;
- Providenciar contato do serviço;
- Esclarecer dúvidas.

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença nas 2^{as} Jornadas
dos Enfermeiros Especialistas
em Enfermagem de Reabilitação do
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

2^{as} JORNADAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO CHLO

DA PRÁTICA CLÍNICA À INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Aldina Faria de Lurdes Pinto
esteve presente nas "2^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO", realizado no dia 16 de Novembro de 2018, no Auditório do Metro do Alto dos Moinhos.

Paula Kourouy
P/la Comissão Científica
**Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO**

Isabel Simões
P/la Comissão Organizadora
**Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO**

Organização:



Com o apoio:



Anexo II – Certificado de presença
no 1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação
do Centro Hospitalar Lisboa Norte

REABILITAR

Iº CONGRESSO
*Enfermagem
de Reabilitação*

12-13 DEZ 2018
HOTEL VIP GRAND
Lisboa

#REABILITARECAPACITAR

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente



Certifica-se que

Aldina Maria de Lurdes Pinto

participou no 1º Congresso de Enfermagem
de Reabilitação, que decorreu nos dias 12 e 13
de Dezembro de 2018, no Hotel Vip Grand em
Lisboa.

Teresa Dotti
Presidente do 1º Congresso
de Enfermagem de Reabilitação