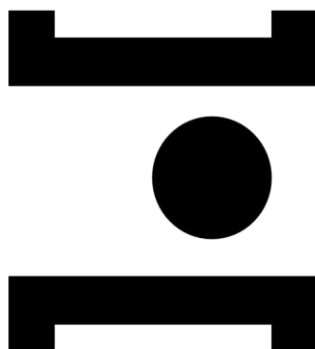


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA COMUNIDADE:
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO PARA A
AUTONOMIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PESSOAS
COM ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS.**

Relatório De Estágio

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Marina Torres Branca

Orientação:

Professor orientador: Prof. Luís Lisboa Santos

Setembro, 2025

Dedicatória

"Dedico esta conquista à minha família:
ao meu marido e filhos, pelo amor e paciência,
à minha mãe, pelo apoio incondicional,
e ao meu pai, cuja memória
me inspira todos os dias."

AGRADECIMENTOS

"À minha família, à minha mãe que foi incansável, pelo amor e apoio incondicional, dedico a minha mais sincera gratidão. Agradeço igualmente ao meu orientador e a todos os enfermeiros que me acompanharam, pela orientação, colaboração e incentivo ao longo deste percurso."

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVD - Atividades de Vida Diária

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ARS – Administração Regional de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

RP – Reabilitação Respiratória Pulmonar

TDF – Teoria de Domínio Comportamental

RESUMO

A reabilitação respiratória em contexto comunitário assume particular importância para pessoas com alterações respiratórias, permitindo ganhos na autonomia e na qualidade de vida. Este trabalho teve como objetivo analisar o contributo do enfermeiro de reabilitação para a promoção da autonomia em pessoas com alterações respiratórias, articulando a evidência científica existente com a experiência prática desenvolvida enquanto estudante. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre a temática, complementada pela reflexão crítica das intervenções realizadas em contexto clínico. A prática desenvolvida corroborou esses resultados, ainda que se tenham identificado desafios relacionados com os recursos disponíveis e a continuidade dos programas comunitários. Conclui-se que a integração da evidência com a prática não só reforça a compreensão do papel do enfermeiro de reabilitação, como também evidencia a necessidade de investir na expansão e sustentabilidade da reabilitação respiratória em contexto comunitário.

Palavras-chave: Reabilitação Respiratória; Enfermagem de Reabilitação; Evidência Científica; Autonomia; Comunidade.

ABSTRACT

Community-based pulmonary rehabilitation is of particular importance for people with respiratory conditions, as it enables gains in autonomy and quality of life. The purpose of this work was to analyse the contribution of the rehabilitation nurse to the promotion of autonomy in people with respiratory conditions, combining the available scientific evidence with the practical experience developed as a student. A systematic review of the literature on the subject was carried out, complemented by a critical reflection on the interventions implemented in a clinical setting. The practice developed corroborated the findings, although challenges were identified regarding available resources and the continuity of community programmes. It is concluded that the integration of evidence with practice not only strengthens the understanding of the rehabilitation nurse's role, but also highlights the need to invest in the expansion and sustainability of community-based pulmonary rehabilitation.

Key-words: Pulmonary Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Scientific Evidence; Autonomy; Community.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	8
2 – DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS	10
2.1 – CONTEXTOS	10
<i>2.1.1 – Contexto Neurológico – traumatológico em Hospital e Centro de Reabilitação .</i>	<i>11</i>
<i>2.1.2 – ULS Almada Seixal - Contexto Neurológico – traumatológico em Unidade de Cuidados da Comunidade.....</i>	<i>13</i>
<i>2.1.4 - Contexto Orto-traumatológico.....</i>	<i>16</i>
<i>2.1.5 - Contexto Unidades de Cuidados na Comunidade</i>	<i>16</i>
<i>2.1.6 – Contexto Opção.....</i>	<i>17</i>
3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
3.1 – TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	18
3.2 - TEORIA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR DE MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO (MDAIF)	20
3.3 – PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	22
3.4 – COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
3.5 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	26
4 – ANÁLISE REFLEXIVA NO ÂMBITO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	32
5 – CONCLUSÃO	50
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES.....	55
APÊNDICE I – QUADRO SÍNTESE DAS VÁRIAS EQUAÇÕES REALIZADAS PARA A PESQUISA.....	55
APÊNDICE II – QUADRO SÍNTESE DOS ARTIGOS	65
APÊNDICE III – PLANOS DE CUIDADOS	71

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional II e Relatório, inserida no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 2º ano e 1º semestre, surgiu-nos a oportunidade de realizar um relatório de Estágio, onde contempla os sete contextos/locais, Contexto Neurológico, Traumatológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e cuidados intensivos pediátrico em Hospital, Centro de Reabilitação, Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

O presente relatório de estágio tem como objetivo descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do papel do Enfermeiro de Reabilitação, com enfoque na prestação de cuidados globais em contexto neurológico, traumatológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e cuidados intensivos pediátrico, dando ênfase ao contexto comunitário que escolhi como tema deste relatório. Estes estágios constituíram uma oportunidade para aprofundar conhecimentos, adquirir competências específicas e compreender a relevância desta especialidade na promoção da recuperação funcional e na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel fundamental na abordagem holística aos utentes com diversas patologias desde o foro neurológico, orto-traumatológico, cardiorrespiratório integrando intervenções direcionadas para a maximização das capacidades funcionais, o alívio de sintomas, a prevenção de complicações e o fortalecimento da autonomia. Num mundo marcado por patologias complexas, como acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranioencefálicos, esclerose múltipla, doenças cardiorrespiratórias, lesões orto-traumatológicas e situações críticas em idade pediátrica, a atuação deste profissional revela-se imprescindível para garantir a continuidade e a eficácia do cuidado. Seja em contexto hospitalar, em centros de reabilitação, em unidades de cuidados na comunidade ou em unidades de cuidados intensivos pediátricos, a intervenção especializada assegura uma abordagem integrada, centrada na recuperação funcional e na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Neste relatório, serão apresentados os principais desafios e aprendizagens decorrentes da prática clínica em reabilitação neurológica – traumatológica, cardiorrespiratória,

orto-traumatológico, respiratório e pediátrico, evidenciando-se a importância de um planeamento de cuidados individualizado, baseado em evidências científicas, e da articulação com equipas multidisciplinares. A experiência vivenciada nestes contextos reforça a ideia de que o Enfermeiro de Reabilitação é um elemento fulcral na resposta às necessidades físicas, emocionais e sociais dos utentes, promovendo um cuidado integral e humanizado.

A escolha do tema “Reabilitação Respiratória na comunidade: Contributo do Enfermeiro de Reabilitação para a autonomia na AVD em Pessoas com alterações respiratórias” surge de forma natural a partir da minha experiência profissional no contexto comunitário, onde acompanho de perto os desafios vividos por pessoas com limitações respiratórias. Como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, reconheço a importância de uma intervenção próxima, contínua e personalizada, que vá além do tratamento clínico e promova a capacitação da pessoa para gerir a sua condição no dia a dia. A reabilitação respiratória na comunidade, aliada à promoção da autonomia na atividade de vida diária, representa uma resposta concreta às necessidades reais destas pessoas e reforça o papel diferenciado do enfermeiro de reabilitação. Este tema, para além de refletir uma área de atuação que me é particularmente significativa, representa também uma oportunidade de crescimento profissional e académico, permitindo consolidar conhecimento e contribuir para práticas mais eficazes e centradas na pessoa.

No primeiro capítulo inicia-se com os objetivos deste trabalho, de seguida no capítulo dois, com a descrição dos contextos de estágio, abordando os contextos da prática por onde tive oportunidade de passar. Em seguida, desenvolve-se o processo teórico, explorando modelos e teorias fundamentais para a prática de enfermagem, como a teoria de Dorotea Orem e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo. O relatório também contempla uma análise dos Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Reabilitação e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um terceiro capítulo da revisão sistemática da literatura, culminando numa reflexão crítica sobre o desenvolvimento dessas competências ao longo do estágio, dando enfoque no tema por mim escolhido, acerca da intervenção do enfermeiro de reabilitação na autonomia da AVD à pessoa com alterações respiratórias na comunidade.

2 – DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS

A realização dos estágios I e II com utentes do foro cardiopulmonar, neuro-traumatológico e cuidados intensivos pediátrico assim como utentes do foro neurológico e traumatológico, constituiu uma oportunidade para integrar conhecimentos teóricos com a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de competências técnicas e interpessoais essenciais para a atuação do enfermeiro especialista. Durante este período, foram por mim desenvolvidas atividades que englobaram a observação e participação ativa em avaliações neurológicas, cardiopulmonares e orto traumatológicas, elaboração de planos de cuidados e de reabilitação, bem como o acompanhamento dos utentes com diversas patologias neurológicas, cardíacas, respiratórias e orto traumatológicas. Esta reflexão crítica visa analisar de forma aprofundada as atividades desenvolvidas, destacando os principais desafios enfrentados, as aprendizagens adquiridas e as competências consolidadas, promovendo, assim, a construção de um perfil profissional especializado, alinhado às exigências e especificidades da enfermagem de reabilitação.

2.1 – CONTEXTOS

Este estágio de cardiopulmonar, orto-traumatológico, cuidados intensivos pediátrico e neurológico contempla sete contextos, seis em internamento e outro na comunidade.

Foram por mim escolhidos, no sentido de irem ao encontro da minha zona geográfica de residência e por serem locais que me suscitaram muito interesse pela complexidade de casos e desafios que iria encontrar em cada um deles, no sentido de ser uma experiência única para o meu crescimento a nível profissional enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Passo assim a apresentar cada um deles e as suas especificidades.

2.1.1 – Contexto Neurológico – traumatológico em Hospital e Centro de Reabilitação

2.1.1.1- Contexto Reabilitação

O primeiro contexto do estágio de natureza Neurológica realizou-se de 11 novembro 2024 a 07 Dezembro 2024, num Serviço de Reabilitação de Adultos na região de Lisboa.

A instituição é reconhecida, nacional e internacionalmente, pelos cuidados especializados que disponibiliza no âmbito da medicina física e de reabilitação, tanto em regime de internamento como ambulatório. É vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico, com multideficiência congénita e adquirida, de qualquer idade, provenientes de Portugal ou do estrangeiro.

O Serviço de Reabilitação de Adultos situa-se no 4º piso do edifício (temporariamente, o serviço de origem é o 3º Esq do edifício, que se encontra em obras), é constituído por um refeitório dos utentes e uma copa, um ginásio, 12 quartos de 2 camas cada, sendo que cada enfermaria tem uma casa de banho com sanita e chuveiro com equipamentos adaptados. Uma sala de enfermagem, uma sala de reabilitação, como o *stading frame*, espelho de correção postural, talas pneumáticas, talas de barbas, espirómetro de incentivo, instrumentos de avaliação do estado neurológico, material para estimulação cognitiva e sensorial. Existe também um ginásio (destinado à atividade profissional dos fisioterapeutas), um armazém, uma sala de sujos, uma sala de médicos e o gabinete da enfermeira chefe.

Este serviço destina-se ao internamento de utentes com Acidente Vascular Cerebral, Traumatismo Crânio Encefálico, Amputados, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Síndrome de Guillian Barré, entre outras disfunções neurológicas que comprometem o autocuidado.

A unidade de cuidados de internamento contempla nas manhãs 4 enfermeiros, a enfermeira chefe e o 2º elemento do serviço, juntamente com 4 assistentes operacionais. Nas tardes 3 enfermeiros e dois assistentes operacionais e na noite 1 enfermeiro e um assistente operacional. Aos fins de semana o rácio de enfermeiros depende da lotação do serviço, sendo que a maioria destes utentes saí para passar o fim de semana com as famílias.

A equipa de enfermagem é constituída por Enfermeiros generalistas e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Reabilitação. Os Enfermeiros Especialistas em Enferma-

gem de Reabilitação, integram a escala do serviço, não contemplando turnos exclusivamente de prestação de cuidados de reabilitação, contudo é sempre possível que o exerçam durante a prestação de cuidados.

A cada terça-feira existe uma Reunião de Objetivos, onde são discutidos planos e objetivos de cada utente individualmente, assim como o seu desenvolvimento nos autocuidados e planeamento da alta. Nessa reunião está presente uma equipa multidisciplinar, que integra fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Enfermeiro responsável pelo utente, Assistente Social, Psicólogo, Médico Fisiatra, Enfermeiro do departamento do treino de atividades de vida diárias.

A meio de cada semana, normalmente à quarta-feira existe uma reunião “Visita” ao ginásio com os utentes presentes, metade do serviço numa semana e outra metade noutra, onde está presente a equipa médica, os fisioterapeutas e a enfermeira chefe e onde é feita a reavaliação da parte física e motora do utente.

Ao longo do decorrer destes dias de estágio, foi-me possível conhecer a dinâmica de alguns departamentos pelos quais alguns destes utentes podem passar. Um deles é o Laboratório de Marcha, que é um espaço reservado ao registo e análise rigorosa e detalha do padrão da marcha dos utentes e alterações e dessa forma adequar os tratamentos, como a administração de toxina botulínica e avaliação da necessidade de cirurgia em casos mais graves, outro departamento que tive oportunidade de passar foi o espaço reservado às Provas de Função Respiratória, onde está apenas presente uma técnica e o utente e é avaliada a função dos músculos inspiratórios e expiratórios e capacidades funcionais pulmonares. O departamento do Estudo Urodinâmico que é dedicado à avaliação do tipo de bexiga do utente e avaliação das necessidades do mesmo, neste espaço está um Urologista e uma enfermeira de apoio.

No auditório principal, foi possível observar a Locomoção com Lokomat, sendo que seria uma utente de 40 anos do sexo feminino que após AVC Hemorrágico apresenta alteração do padrão da marcha, realizando sessões 2 vezes por semana, cerca de 30 minutos de acordo com tolerância e limiar de dor e cansaço, para treino de marcha. Este treino é avaliado por EEER e terapeuta ocupacional. Fiz acompanhamento das EEER no departamento de Atividade de Vida Diárias (AVD). Na sala de treino de AVD, encontram-se simuladas as diversas divisões de uma habitação e os ER desenvolvem intervenções restaurativas da funcionalidade. O objetivo destas intervenções será melhorar a sua independência e são treinadas/desenvolvidas competências e estratégias compensatórias para melhorar a adaptação ao meio ambiente no seu lar.

2.1.1.2 – ULS Almada Seixal - Unidade de Neurocirurgia

Este subcapítulo destina-se à descrição sumária do segundo contexto do estágio de natureza Neurológica realizou-se de 09 dezembro 2024 a 21 de Dezembro 2024, no Serviço de Neurocirurgia, com a cooperação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O serviço situa-se no 6º piso das instalações do Hospital Garcia de Horta. O espaço físico do serviço, tem uma sala de reuniões, um gabinete de sala de tratamentos, dois wc's com chuveiro, um gabinete da enfermeira chefe, um gabinete de trabalho de enfermagem e uma sala de armazém técnico, onde são guardados os equipamentos de reabilitação e monitores cardíacos, bombas infusoras, entre outros equipamentos.

O serviço contempla 19 camas com enfermarias de três camas mistas e três roupeiros individuais correspondentes a cada cama, uma unidade de cuidados intermédios com quatro camas onde permanecem um enfermeiro e um auxiliar durante o turno. As restantes camas da enfermaria estão distribuídas por uma equipa de quatro enfermeiros.

É um serviço que tem cerca de oito enfermeiros especialistas, dos quais cinco são de Reabilitação e os restantes de Médico Cirúrgica. Os enfermeiros especialistas, apenas dois elementos é que não têm utentes distribuídos e fazem em exclusivo cuidados de reabilitação aos utentes. A restante equipa, embora especialista, tem utentes atribuídos e presta cuidados de enfermagem geral.

Como critério de admissão para a unidade de cuidados intermédios, os utentes têm de ter uma linha arterial e monitorização cardíaca para poderem lá permanecer.

Atualmente o serviço tem cerca de 40/50% dos utentes com casos sociais.

2.1.2 – ULS Almada Seixal - Contexto Neurológico – traumatológico em Unidade de Cuidados da Comunidade

2.1.2.1- UCC - ULS Almada Seixal

O contexto do estágio de natureza Comunitária em ensino clínico realizou-se de 06 janeiro 2025 a 31 Janeiro 2025, com um total de 119 horas correspondentes a 19 turnos de 7h cada, tendo a colaboração do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Almada tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do Concelho de abrangência, atra-

vés da intervenção de cariz comunitário e domiciliário de uma equipa multidisciplinar, constituída por dez enfermeiros, dos quais três são especialistas em enfermagem de reabilitação, uma enfermeira especialista em saúde mental, uma enfermeira especialista em saúde materna e uma enfermeira especialista em saúde comunitária, e os restantes enfermeiros de cuidados gerais, uma assistente social, uma fisioterapeuta.

Esta atua em parceria com várias entidades do Concelho, concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A UCC integra um leque de 40 vagas de utentes das diversas áreas do foro médico que podem ser referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de duas formas, caso estejam internados no Hospital de abrangência, através do serviço onde se encontram internados, os profissionais de saúde do serviço do Hospital onde se encontra internado referenciam os utentes para potencial ingresso na RNCCI. A proposta de referenciação é enviada à Equipa de Gestão de Altas (EGA) do Hospital, a qual deve avaliar e confirmar toda a informação até ao momento da alta. Após confirmação da informação, a EGA envia a proposta para a Equipa Coordenadora Local (ECL) e são encaminhados para a UCC. Outra forma de referenciação para a UCC, se estiverem na comunidade (domicílio, hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos) a referenciação é efetuada pela equipa médica das unidades de saúde familiar (USF) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) dos Agrupamentos de Centros de Saúde e posteriormente segue o mesmo caminho como anteriormente já foi citado em cima.

Após esta referenciação o utente é admitido na UCC, é contactado o cuidador de referência e é agendada uma visita ao domicílio onde se encontra o utente. É feita uma colheita de dados do mesmo e estabelecido um plano de cuidados de reabilitação ao mesmo, com uma frequência de 2 a 3 vezes por semana cerca de 40/50 min de prestação de cuidados diretos e posteriormente realizados registos em SClinic.

2.1.3 – ULS São José - Contexto Cardiorrespiratório - Unidade de Cardiologia

O contexto do estágio no serviço de Cardiologia em ensino clínico realizou-se de 17 fevereiro 2025 a 08 março 2025, na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, com um total de 48 horas correspondentes, tendo a colaboração de dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

O serviço de Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, situa-se no 2º Piso do edifício, é um hospital localizado na cidade de Lisboa.

O Hospital faz parte da Unidade Local de Saúde São José, que incorpora os Hospitais Santo António dos Capuchos, São José, Santa Marta, Dona Estefânia, Curry Cabral, Maternidade Alfredo da Costa, Instituto Gama Pinto e Júlio de Matos.

O serviço tem duas enfermarias/unidades de Intermédios com quatro camas cada e uma unidade de Intensivos com cinco camas. Nos turnos das manhãs o rácio compreende seis enfermeiros e um enfermeiro de reabilitação com dois auxiliares de ação médica, nas tardes cinco enfermeiros e um auxiliar de ação médica e na noite quatro enfermeiros e um auxiliar de ação médica. Neste momento na Unidade existem quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

O espaço físico da unidade dispõe de uma copa, dois armazéns de material, um Wc/chuveiro, gabinete enfermeiro chefe, um gabinete médico uma sala de trabalho e um gabinete de Investigação.

O serviço pela sua complexidade e por realizar o Programa de Reabilitação Cardíaco utiliza o Ginásio do Hospital que se encontra no piso 1, em colaboração com os Técnicos de Cardiopneumologia, Fisioterapeutas e Fisiatra. Relativamente ao Programa de Reabilitação Cardíaco os utentes podem ser referenciados através dos médicos de família dos Centro de Saúde ao qual a pessoa pertence, através do internamento no hospital ou até de outros serviços referenciados do Centro Hospitalar, embora a resposta não seja a mais breve que desejariam devido a constrangimentos de falta de profissionais aptos para a realização do programa tem sido demorada a resposta a estes utentes e por vezes passam meses em filas de espera até serem chamados para integrar o Programa de Reabilitação Cardíaco que tem uma duração de 3 a 6 meses em regime de Ambulatório.

2.1.3.1 – ULS São José - Unidade de Pneumologia

O contexto do estágio no serviço de Pneumologia, em ensino clínico realizou-se de 10 a 29 de Março 2025, no Serviço de Pneumologia do Hospital, com um total de 48 horas, tendo a colaboração de duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

O serviço situa-se no 2º Piso do Hospital do Edifício, tem capacidade para treze camas, quatro das quais são para Pneumologia geral, um quarto com camas mistas, e as restantes nove camas são para utentes transplantados (pós- transplante imediato, rejeições, infeções entre outras). Neste serviço as patologias mais comuns são a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Asmas Agudizadas, Enfisemas Pulmonares, Pneumonias, Empiemas, Derrames, Pneumotórax e Neoplasia do Pulmão.

A equipa de enfermagem divide-se por diferentes serviços que fazem parte do próprio serviço de Pneumologia, como a enfermaria, a consulta de Transplante, técnica de Fibroscopia e Hospital de Dia.

Nos turnos das manhãs o rácio compreende três enfermeiros na enfermaria, um na técnica Fibroscopia, um no Hospital de Dia e outro enfermeiro na Consulta de Transplantes, nas tardes e noites são dois enfermeiros para a enfermaria. Neste momento na Unidade existem cinco enfermeiros especialistas, três em Enfermagem de Reabilitação e dois de Médico Cirúrgica.

2.1.4 - Contexto Orto-traumatológico

2.1.4.1- Unidade de Ortopedia

O contexto do estágio no serviço de Ortopedia, em ensino clínico realizou-se de 31 Março 2025 a 26 abril 2025, no Serviço de Ortopedia da região de Lisboa, com um total de 57 horas, tendo a colaboração da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O Hospital Ortopédico está localizado na marginal que une Lisboa a Cascais, é uma referência na área da ortopedia e traumatologia. Com 118 anos de história é hoje uma unidade de saúde com uma notável reputação.

Em 2018, foi inaugurado o novo edifício hospitalar, onde se insere este serviço de Ortopedia que fiz estágio de ensino clínico, este serviço contempla duas alas, a Ala Mar com nome de São Domingos e a Ala Terra com nome de Sta Catarina. Cada Ala tem capacidade para 30 camas, dispostas por dois quartos de isolamento, dez quartos duplos e oito quartos individuais, sendo que todos os quartos têm wc com chuveiro no seu interior.

O serviço recebe utentes da ARS (Administração Regional de Saúde), através da consulta, do Hospital São Francisco Xavier e uma pequena parte com algumas cirurgias privadas. As cirurgias major do serviço são a Prótese Total da Anca, a Prótese Total do Joelho e a Cirurgia da Coluna.

2.1.5 - Contexto Unidades de Cuidados na Comunidade

2.1.5.1- ULS Almada Seixal - UCC

O contexto do estágio de natureza Comunitária em ensino clínico realizou-se de 28 Abril 2025 a 07 Junho 2025, com um total de 103 horas correspondentes a 15 turnos de 7h cada, tendo a colaboração do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Como o contexto de estágio se repetiu por assuntos a que nos foram alheios, não volto a repetir a caracterização do contexto por ser o mesmo, que foi referido mais atrás no trabalho (Ponto 2.1.2.1).

2.1.6 – Contexto Opção

2.1.6.1 – ULS São José - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O contexto do estágio de Opção, em ensino clínico realizou-se de 15 Junho 2025 a 28 Junho 2025, no Serviço de Intensivos Pediátricos, com um total de 54 horas, tendo a colaboração da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O serviço neste momento encontra-se em obras e a Unidade situa-se em funcionamento no 2º Piso do Hospital, uma sala com capacidade para seis vagas e um quarto de isolamento com duas camas, uma sala de enfermagem/sala de trabalho, uma copa, armazém para material e farmácia. A Unidade recebe utentes provenientes de vários locais como da urgência, cirurgias programadas e de outros hospitais.

As patologias mais comuns no serviço são Queimados, Neoplasias, Leucemias vindas do IPO, Neurocirurgia, Escolioses, Atrofias da bexiga, Sépsis, Afogamentos e evacuados.

Neste momento no serviço existem seis enfermeiros especialistas (três de saúde infantil e pediátrica, dois de reabilitação e um em utente crítico), com mais três que estão neste momento a frequentar a especialidade. Nos turnos das manhãs o rácio compreende cinco enfermeiros na enfermaria (um deles é o segundo elemento que não assume utentes para a prestação de cuidados direta e três vezes por semana existe um enfermeiro de reabilitação escalado num turno de 12h, normalmente as terças, quintas e domingos), nas tardes e noites são escalados quatro enfermeiros.

Na Unidade o método de trabalho implementado é por Enfermeiro Responsável, com um modelo de filosofia de Cuidados em Pediatria que se baseia na abordagem centrada na família e na parceria de cuidados, onde a criança e a família são vistas como parceiros ativos no processo de cuidados, assentes no Modelo de Enfermagem de Virgínia Hendersen.

No serviço existe um Projeto de Melhoria Contínua de Reabilitação com a implementação de um programa contínuo de reabilitação na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) no sentido da inclusão de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem

de Reabilitação (EEER), de forma a garantir um atendimento mais especializado e focado nas necessidades respiratórias e motoras das crianças internadas.

3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cuidado ao utente neurológico, traumatológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e cuidados intensivos pediátrico, exige um profundo conhecimento das complexidades inerentes às condições que afetam o sistema nervoso central, periférico e músculo-esquelético. Estas condições frequentemente impactam a funcionalidade, a autonomia e o bem-estar da pessoa. No intuito de abordar estas necessidades, a teorização em enfermagem desempenha um papel central, sendo um guia orientador para a prática clínica e promove um cuidado integral e personalizado.

Nesse contexto, o processo teórico da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem oferece uma estrutura sistematizada que permite compreender e intervir nas necessidades específicas de cada pessoa, tendo em conta os seus défices e potencialidades. Este referencial orienta assim a prática de enfermagem a partir da avaliação da capacidade da pessoa em cuidar de si mesmo, estabelecendo um plano de cuidados que atende às suas limitações impostas e, simultaneamente, estimule a recuperação da autonomia e da funcionalidade. Dessa forma, o processo teórico de Orem fundamenta-se no equilíbrio entre dependência e independência, proporcionando uma base sólida para o cuidado centrado na pessoa em contextos de elevada complexidade clínica.

3.1 – TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem considera uma teoria geral composta por quatro teorias inter-relacionadas, que são: a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria do Cuidado Dependente. Dentre estas, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem destaca-se por estruturar a prática de enfermagem em três sistemas: Sistema Totalmente Compensatório – quando o enfermeiro assume completamente os cuidados à pessoa;

1. Sistema Parcialmente Compensatório – quando o enfermeiro e a pessoa partilham as responsabilidades do autocuidado;

2. Sistema de Apoio-Educação – quando a pessoa é instruída a realizar o seu próprio autocuidado. (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Autocuidado enfatiza que o autocuidado é um conjunto de ações contínuas voltadas para a manutenção da saúde e do bem-estar. O conceito de self-care agency é central para avaliar a capacidade da pessoa de se autocuidar, sendo esta influenciada por fatores pessoais, sociais e ambientais. Segundo White et al. (2011), a espiritualidade também desempenha um papel fundamental na motivação e nas decisões da pessoa acerca do seu autocuidado. A forma como as crenças e práticas espirituais podem estar relacionadas com fatores condicionantes básicos (idade, gênero, estado de saúde e orientação sociocultural) bem como capacidades e disposições para o autocuidado, nomeadamente ao nível da motivação (Orientação de metas para o autocuidado que estejam de acordo com as suas características o significado de vida, saúde e bem-estar), na qual as crenças espirituais além de fornecer uma “lente” através da qual uma pessoa encontra significado na vida, na saúde e na doença, influenciam os objetivos a alcançar.

Estas reflexões destacam a importância dos resultados anteriormente apresentados sobre o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado em pessoas idosas, funcionando como um mecanismo de adaptação e influenciando os seus comportamentos de autocuidado.

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a executa por elas para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a plena autonomia, designamos por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Défice de Autocuidado está interligada com a Teoria do Autocuidado e com o conceito de dependência social, apresentado pela autora. Esta teoria explica e desenvolve os motivos pelos quais as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem, os quais podem estar associados a dificuldades ao nível do conhecimento, da tomada de decisão e da realização de ações relacionadas com o autocuidado e a saúde. O conceito de défice de autocuidado refere-se ao desajuste entre a capacidade da pessoa para agir e a sua necessidade de cuidados. Quando esse défice é identificado em termos de limitações ao autocuidado, permite orientar a escolha do sistema de enfermagem mais adequado e compreender o papel da pessoa no seu próprio cuidado. Orem identificou três tipos de limitações que dificultam a realização do autocuidado: (a) falta de conhecimento, (b) dificuldades na capacidade de avaliar e tomar decisões, e (c) dificuldades na execução das

ações necessárias para alcançar um determinado objetivo, o que se reflete tanto na análise como na prática do autocuidado (Orem, 2001).

O défice de autocuidado pode ser temporário ou permanente, podendo ser reduzido ou ultrapassado, total ou parcialmente, caso a pessoa disponha das capacidades necessárias e consiga utilizá-las de forma eficaz. A avaliação da natureza e da gravidade do défice de autocuidado, bem como a identificação dos recursos disponíveis e do potencial para o desenvolvimento do autocuidado, são aspetos fundamentais na conceção e implementação de um sistema de enfermagem adequado.

À luz do Modelo de Orem, os metaparadigmas enunciados pela autora, centram-se no Foco, como o autocuidado, no Homem, que define que Indivíduo utiliza o autocuidado para manter a vida e a saúde, recupera-se da doença e consegue enfrentar o seu impacto; A Saúde como resultado das práticas aprendidas pelos indivíduos para manter a vida e o bem-estar; O Ambiente como os elementos externos com os quais o homem interage na sua luta para manter o cuidado; e a Enfermagem que auxilia o indivíduo a maximizar, progressivamente o seu potencial para o autocuidado. Em suma, a teoria de Orem continua a ser uma referência essencial na enfermagem, estruturando os cuidados de forma a promover a autonomia e o bem-estar da pessoa.

3.2 - TEORIA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR DE MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO (MDAIF)

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC), em 2023, adotou oficialmente o Modelo de Calgary como referencial para a Enfermagem de Saúde Familiar, destacando seu carácter sistémico e a visão da família como unidade funcional de cuidados. Por sua vez, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo (MDAIF) já era o referencial oficial na prática e formação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Familiar em Portugal, que melhor permite um olhar sistémico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento como modelo nacional desde 2011.

A adoção simultânea desses modelos reflete uma integração entre um referencial internacional sólido (Calgary) e um modelo construído e ajustado à realidade portuguesa (MDAIF).

Nesta tomada de posição, a MCEEC relembra que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa,

família e comunidade, tomando como cliente a família como unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (unidade).

Opto por abordar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo em detrimento do Modelo de Calgary, por se tratar de uma referência desenvolvida no contexto português, mais próxima da realidade sociocultural e organizacional dos cuidados de saúde em que se insere a minha prática clínica. Além disso, este modelo apresenta uma abordagem integrada e dinâmica da família e da comunidade, contemplando dimensões que facilitam a identificação de necessidades, recursos e potencialidades, permitindo uma intervenção de enfermagem mais ajustada e contextualizada às especificidades da população alvo.

A avaliação familiar centra-se nas áreas de atenção em três categorias, sendo elas a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional, constituindo-se como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direcionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar (Figueiredo,2011)

A categoria da avaliação estrutural, incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família alargada e os sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde. Esta categoria entende a família enquanto sistema aberto, cujo processo transformativo é influenciado pelos diversos níveis estruturais do ambiente. Dentro desta categoria, o modelo tem em conta a composição da família, o tipo de família, a família extensa, sistemas mais amplos e classe social. Os elementos a atender na avaliação desta categoria passam pelo rendimento familiar (como a relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e satisfação das necessidades básicas dos membros da família), edifício residencial (espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e proteção, inclui, como categoria estrutural, aspetos da habitação relacionados com a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação), precauções de segurança (as competências da família direcionadas para a manutenção da segurança do ambiente visando a prevenção de riscos provenientes de acidentes ou perigo que comprometam a saúde dos membros da família), abastecimento de água (Integra o abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos, considerados com aspetos primários na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias. O Abastecimento de Água reporta-se à acessibilidade de água potável) e animal doméstico (O risco

biológico que advém do contacto com animais domésticos, justifica a inserção de um item sobre as condições de vigilância, segurança e higiene destes animais).

A categoria da avaliação de Desenvolvimento, incide sobre a dimensão de desenvolvimento e possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. Esta inclui as dimensões da satisfação conjugal (centra-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, percecionada como apoiante nas suas múltiplas vertentes, que se interligam), planeamento familiar (associada aos processos de tomada de decisão do casal relativamente à regulação do número de filhos e espaçamento entre os mesmos. Este enquadramento pressupõe o conhecimento e acessibilidade dos casais a métodos de planeamento familiar, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, o acesso a consultas pré-concepcionais que ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis), adaptação à gravidez (O nascimento do primeiro filho implica no casal que a função conjugal se mova para a função parental. Assim, no período de gravidez desponta a necessidade de adaptação às mudanças físicas e o casal terá que se ajustar ao desafio de redefinir os seus papéis na estrutura familiar, abrindo progressivamente espaço para o filho) e papel parental (Os papéis familiares caracterizam-se essencialmente pelos padrões comportamentais dos membros da família face à expectativa e crença sobre o papel, resultante, entre outros fatores do modelo funcional do sistema e dos fatores culturais adjacentes à co construção desse mesmo modelo).

Relativamente à última categoria do modelo, refere-se à avaliação Funcional, que contempla o papel do prestador de cuidados (nesta dimensão considerou-se essencial a identificação de compromisso ou dependência do autocuidado em algum elemento da família) e o processo familiar (a sistematização das dimensões desta área de atenção, teve como base a nomeação do processo familiar, como conceito central para a compreensão da dimensão funcional expressiva da família e definido como o padrão transacional que decorre das interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família) (Figueiredo,2011).

3.3 – PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de ER constituem a norma de atuação consensual que visa caracterizar, medir e orientar para a prática clínica de excelência (Pontes et al, 2016). Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem

de Reabilitação, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros orientam a prática profissional de forma a garantir cuidados de excelência.

Os Padrões de Qualidade definidos constituem um ponto de partida para a construção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação, devendo ser sistematicamente aperfeiçoados. Pretende-se que estes se constituam como um instrumento essencial para a promoção da segurança e melhoria contínua dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, bem como um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem de reabilitação, que estimule a criação de projetos inovadores e de melhoria contínua da qualidade (OE,2001).

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Desta forma, a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, constituem uma prioridade (OE, 2001).

Assim, os Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação constituem o pilar para a construção desses indicadores e para a avaliação sistemática da qualidade e eficácia dos resultados dos cuidados prestados. Estes padrões estão definidos no Regulamento n.º 350/2015, de 6 de junho, e incluem os seguintes domínios: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado das pessoas, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão em enfermagem. Trata-se de uma visibilidade dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que são aceitáveis a esperar.

No domínio “Satisfação do cliente”, temos como enunciado descritivo – “... o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes “. No domínio da “Promoção da Saúde, temos como enunciado descritivo – “... o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”. No domínio “Prevenção de Complicações”, temos como enunciado descritivo – “... o enfermeiro especialista em enfermagem de rea-

bilitação previne complicações para a saúde dos clientes.” No domínio “Bem-estar e o Autocuidado”, temos como enunciado descritivo – “... o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação maximiza os bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”. No domínio “Readaptação Funcional”, temos como enunciado descritivo– “... o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde”. No domínio “Reeducação Funcional”, temos como enunciado descritivo– “... o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade”. No domínio “Promoção da Inclusão Social”, temos como enunciado descritivo – “... o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve processos de promoção da inclusão social das pessoas com deficiência”. No domínio “Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, temos como enunciado descritivo – “... o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”

A implementação destes padrões visa garantir que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e centrados na pessoa, promovendo a autonomia e a qualidade de vida destas pessoas em processo de reabilitação (OE, 2015). A prática clínica em enfermagem de reabilitação deve ser guiada por um compromisso com a qualidade, fundamentada em modelos teóricos e sustentada por evidências científicas.

3.4 – COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências são transversais a todas as áreas de especialidade em enfermagem, e incluem quatro domínios essenciais, o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, com a competência do desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade que abrange a competência de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, o domínio da gestão dos cuidados, com a competência de gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais com a competência no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade (Regulamento nº 140/2019).

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação personalizados. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção tem como objetivo identificar precocemente alterações na saúde e implementar medidas preventivas no âmbito da enfermagem de reabilitação. Pretende garantir a preservação das capacidades funcionais das pessoas, reduzir os riscos de complicações e prevenir o surgimento de incapacidades. Além disso, envolve a realização de intervenções terapêuticas direcionadas para a otimização das funções residuais, a recuperação ou manutenção da autonomia nas atividades de vida diárias e a minimização das limitações decorrentes de doenças ou acidentes. Estas intervenções abrangem diversas áreas, do foro neurológico, respiratório, cardíaco, ortopédico, entre outras.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na educação das pessoas e cuidadores, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e comunidade, proporcionando-lhes assim, direito à dignidade e à qualidade de vida.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação estão diretamente relacionadas ao foco da especialidade, que é a promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas. Estas constituem o cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática dos cuidados, a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizam a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE,2019).

No que concerne à competência “Cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática dos cuidados”, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação identifica as necessidades de intervenção específicas no domínio de ER em pessoas, ao longo do ciclo vital, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição à participação de natureza permanente ou temporária. Para isso, concebe, implementa e avalia planos e programas específicos tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade.

Relativamente à competência “Capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” o

EEER analisa a problemática da deficiência, a limitação da atividade e a restrição da participação social atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autônomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico visando uma consciência social inclusiva. Por último, no que concerne à competência “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, o EEER interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitem maximizar as suas capacidades funcionais, permitindo assim um melhor desempenho motor, cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal (Regulamento nº 392/2019).

3.5 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática da literatura constitui uma metodologia rigorosa e estruturada de síntese do conhecimento científico disponível sobre uma temática específica, permitindo responder a uma questão de investigação bem definida com base na melhor evidência disponível (Pereira et al., 2018). Este tipo de revisão segue um protocolo de pesquisa que inclui critérios explícitos de inclusão e exclusão, estratégias de pesquisa padronizadas e uma análise crítica dos estudos selecionados, o que contribui para a minimização de viés e o aumento da fiabilidade dos resultados (Sousa et al., 2020).

Na área da Enfermagem de Reabilitação, a revisão sistemática assume particular relevância, dado que permite identificar intervenções eficazes, avaliar resultados clínicos e orientar a prática baseada na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Rodrigues & Fernandes, 2021). A sua aplicação promove ainda a tomada de decisão informada e a atualização contínua dos profissionais, aspetos essenciais num contexto de constante evolução científica e tecnológica.

METODOLOGIA

O meu trabalho de pesquisa iniciou-se pela questão de investigação: “Qual o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a autonomia na AVD em pessoas com alterações respiratórias na comunidade?”, guiando-me pela metodologia PICO (População, Intervenção, Comparação, Outcome), de forma a garantir um enquadramento estruturado e objetivo. A formulação da pergunta permitiu identificar os principais conceitos envolvidos, os quais serviram de base para a construção da estratégia de pesquisa.

Comecei por realizar a validação dos descritores nas plataformas **MeSH (Medical Subject Headings)** e **DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)**, assegurando a terminologia científica adequada e a uniformização dos termos a utilizar. Esta etapa foi essencial para garantir uma pesquisa abrangente e precisa, permitindo o desenvolvimento de uma procura robusta que fosse capaz de identificar os estudos mais relevantes relacionados com a reabilitação respiratória na comunidade e o papel do enfermeiro de reabilitação na promoção da autonomia em pessoas com alterações respiratórias. A Revisão Sistemática da Literatura decorreu de 1 a 31 de maio 2025, através das bases de dados Scielo, PubMed, Medline, BVS, CINAHL Complete e EBSCOhost, onde comecei por fazer pesquisa através de várias equações utilizando o operador booleano “AND”, primeiramente, apercebendo-me que não encontraria artigos com todos os meus descritores, tendo havido a necessidade de colocar o operador booleano “OR” em algumas equações e aplicados filtros de texto integral, limite temporal (últimos 5 e 10 anos) e texto free. Este processo resultou na identificação de um total de 1404 artigos, conforme detalhado no quadro-síntese das equações de pesquisa apresentado em Apêndice I. Após a aplicação rigorosa dos critérios de inclusão e exclusão definidos previamente com base na estratégia PI[C]OD, foram selecionados e analisados 11 artigos para compor a amostra final da revisão sistemática.

Assim os descritores por mim validados são: Rehabilitation, Nursing, Community, Activities of daily living e Respiratory Changes.

Para a seleção dos artigos procedi à definição de critérios de inclusão, através da estratégia PI[C]OD (Participantes, Intervenção, Comparação, Out-comes, Desenho do Estudo). (Tabela 1).

PICOD	Crítérios de Inclusão
P (Participantes)	Pessoas com alterações respiratórias (ex.: DPOC, asma, doenças intersticiais) que vivem na comunidade
I (Intervenção)	Reabilitação respiratória desenvolvida por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação
C (Comparação)	
O (Outcome / Desfecho)	Melhoria da autonomia nas Atividades de Vida Diária (AVD's), capacidade funcional, qualidade de vida, autogestão

PICOD Critérios de Inclusão

D (Desenho do estudo) - Ensaio clínico randomizado (RCTs), estudos quase-experimentais, estudos qualitativos e revisões sistemáticas

TABELA 1 - PICOD

Toda a metodologia de pesquisa foi realizada de acordo com as diretrizes do protocolo de apresentação de revisões sistemáticas PRISMA.

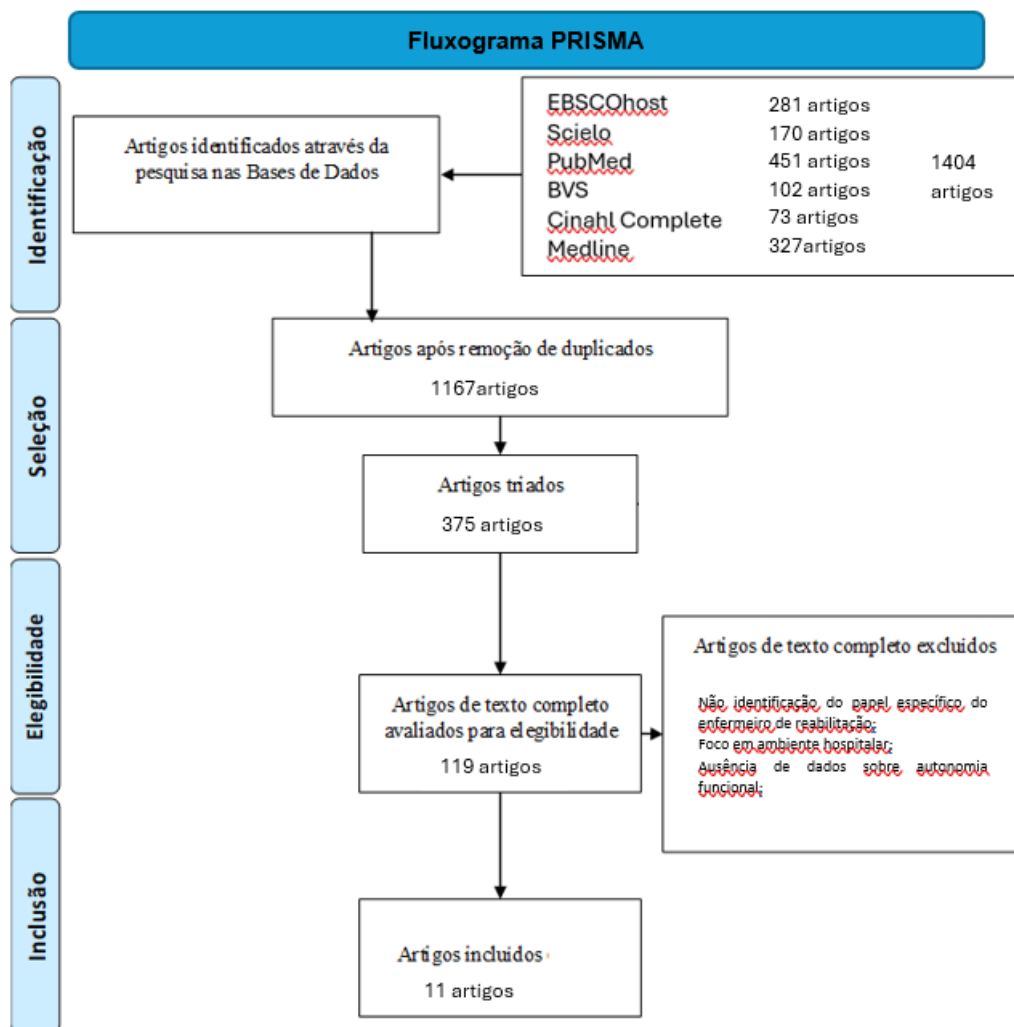


IMAGEM 1 - PRISMA

RESULTADOS

Em anexo encontra-se o quadro síntese dos artigos encontrados na evidência científica e que podem ser consultados. (Apêndice II)

DISCUSSÃO

Nesta revisão sistemática da literatura incluíram-se os onze artigos selecionados que evidencia a crescente valorização da reabilitação respiratória pulmonar (RP) domiciliar e comunitária como componente essencial no cuidado de pessoas com alterações respiratórias, essencialmente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), especialmente no contexto do envelhecimento populacional e da gestão integrada em cuidados de saúde primários e comunitários.

O estudo de Neves et al. (2016), realizado no Brasil, foi um dos primeiros a demonstrar que os programas de RP domiciliária e na comunidade, combinam exercício físico com supervisão e educação para a saúde, apresentam eficácia comparável aos programas convencionais de ambulatório, promovendo melhorias significativas na capacidade funcional, redução da dispneia e aumento da qualidade de vida. Este resultado é reforçado por uma meta-análise que compila 23 ensaios clínicos, salientando a robustez da RP fora do ambiente hospitalar e evidenciando que, para além da eficácia clínica, a intervenção domiciliária pode facilitar o acesso e a adesão, minimizando barreiras logísticas que usualmente limitam a participação destas pessoas.

Complementando essa abordagem, o estudo de Oliveira et al. (2022) acrescenta uma análise mais ampla, considerando 76 estudos e destacando os benefícios clínicos da RP domiciliar e comunitária, incluindo a redução de internamentos hospitalares e o aumento da adesão terapêutica. No entanto, esta revisão também evidencia barreiras importantes como a desigualdade no acesso aos recursos, a necessidade de suporte tecnológico e a motivação dos utentes, fatores que podem comprometer a implementação efetiva e sustentável destes programas. A identificação destas barreiras reforça a necessidade de estratégias integradas que contemplem não apenas os aspetos clínicos, mas também os sociais e tecnológicos de forma a otimizar o cuidado.

No contexto português, Oliveira et al. (2024) salientam a importância de integrar a RP nos cuidados de saúde primários, argumentando que esta estratégia pode influenciar positivamente a funcionalidade dos utentes, reduzir o número de exacerbações e melhorar a qualidade de vida. Este enfoque nos cuidados de saúde primários revela um alinhamento com as recomendações internacionais para os cuidados na comunidade e gestão da

DPOC. Paralelamente, Faria et al. (2020) destacam, através de um estudo focado em idosos residentes na comunidade, a elevada prevalência de fatores de risco como sedentarismo, risco de quedas e isolamento social, sustentando a necessidade de programas de enfermagem de reabilitação personalizados que vão ao encontro das especificidades deste grupo populacional vulnerável.

Monteiro et al. (2022) reforçam a centralidade do enfermeiro especialista em reabilitação no sucesso destes programas, enfatizando o seu papel na liderança, comunicação e promoção do trabalho em equipa multidisciplinar. Esta dimensão organizacional evidencia que a eficácia da RP domiciliar e comunitária depende não apenas do protocolo clínico, mas também da estruturação e coordenação adequadas das equipas de saúde, incluindo o desenvolvimento de competências específicas e estratégias cooperativas no contexto da atenção ao idoso.

Do ponto de vista comportamental, Hanrahan et al. (2021/2022) propõem um modelo teórico baseado na Teoria de Domínio Comportamental (TDF), para mapear as estratégias de mudança comportamental e promoção da atividade física em adultos com DPOC. A análise sugere que intervenções bem estruturadas, com metas claras, suporte social e acompanhamento contínuo são determinantes para a adesão prolongada às práticas de autocuidado e exercício. Complementando, Cravo et al. (2021) destacam a importância dos planos personalizados de autogestão, suportados por equipas multidisciplinares e ferramentas digitais, como meio para promover a equidade em saúde, melhorar os resultados clínicos e otimizar a experiência do utente, sobretudo num contexto de crescente digitalização dos cuidados.

A revisão sistemática com meta-análise em rede conduzida por Manifold et al. (2024) no Reino Unido corrobora estes achados, demonstrando que programas de RP domiciliar, comunitário ou com promoção ativa da atividade física trazem benefícios mensuráveis na redução do sedentarismo e melhoria do sono, fatores fundamentais para a qualidade de vida dos utentes. Este estudo enfatiza a importância da adaptação individualizada da intervenção às características e contexto dos utentes, reafirmando a necessidade de abordagens flexíveis e centradas na pessoa.

Lenferink et al. (2017), numa revisão internacional, evidenciam a eficácia das intervenções de autogestão com planos de ação específicos para as exacerbações, demonstrando uma redução significativa dos internamentos e mortalidade, ao mesmo tempo que promovem ganhos na qualidade de vida. Estes dados sustentam a relevância de capacitar

os pacientes para a autogestão da doença, fortalecendo o conceito de empoderamento e autonomia em saúde.

Do ponto de vista qualitativo, Middleton et al. (2023) exploraram as experiências de idosos em programas comunitários de exercício com apoio por pares, como o “Lungs in Action”. Os resultados destacam que a motivação intrínseca, o envolvimento social e o suporte emocional são fatores decisivos para a adesão e sucesso das intervenções, evidenciando a importância do componente relacional e do apoio comunitário como elementos facilitadores da reabilitação.

Finalmente, o estudo de Umbacía Salas et al. (2020), realizado na Colômbia, oferece uma síntese atualizada da evidência sobre a RP em diferentes cenários (hospitalar, ambulatorio e comunitário), concluindo que, independentemente do contexto, os ganhos em termos de sintomas respiratórios, capacidade funcional e qualidade de vida são consistentes. Este achado reforça a universalidade e transversalidade dos benefícios da RP, suportando a sua implementação em múltiplos níveis de cuidado.

Implicações e Perspetivas Futuras

Em suma, os estudos analisados reforçam a eficácia da RP domiciliária e comunitária, sublinhando a importância da personalização dos cuidados, do papel central da enfermagem especializada, e da integração de estratégias educacionais, comportamentais e sociais para o sucesso das intervenções. A implementação de programas adaptados às realidades locais, culturais e individuais é essencial para promover a autonomia, funcionalidade e bem-estar das pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias crônicas. Futuramente, urge investir em soluções inovadoras, como a tele-reabilitação, o uso de tecnologias digitais para monitorização remota e estratégias de envolvimento comportamental, que possam ampliar o acesso e a sustentabilidade da RP, especialmente em regiões com recursos limitados.

Além disso, a formação contínua dos profissionais de saúde e o fortalecimento do trabalho interdisciplinar constituem alicerces para a consolidação de modelos integrados de cuidado, garantindo respostas eficazes e centradas na pessoa. Novos estudos devem explorar ainda mais as barreiras e facilitadores à adesão, o impacto de componentes psicoemocionais e sociais, e os resultados a médio e longo prazo destes programas, para melhor orientar políticas públicas e práticas clínicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise sistemática dos 11 artigos selecionados, é possível concluir que a reabilitação em contexto domiciliário e comunitário, particularmente no âmbito da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e na população idosa, representa uma abordagem eficaz, segura e cada vez mais valorizada nos sistemas de saúde atuais. A evidência científica demonstra que intervenções de reabilitação respiratória fora do ambiente hospitalar, incluindo programas supervisionados à distância, suporte por pares, educação em saúde para a autogestão e exercício físico estruturado, promovem ganhos significativos na capacidade funcional, qualidade de vida, redução de sintomas respiratórios e redução de internamentos.

Verifica-se ainda a importância crescente da enfermagem de reabilitação na gestão integrada e personalizada do cuidado, nomeadamente no apoio à funcionalidade, autonomia e envolvimento ativo da pessoa na sua recuperação. A literatura revela que o trabalho em equipa interdisciplinar, com um papel destacado do enfermeiro especialista em reabilitação, é determinante na construção de planos de cuidados centrados na pessoa e orientados para resultados mensuráveis.

Além disso, as barreiras como a adesão, os custos e a acessibilidade são reconhecidas, mas também existem fatores facilitadores relevantes como a tele-reabilitação, a educação e o suporte social. Por fim, destaca-se a necessidade de programas adaptados às realidades locais e às especificidades da população-alvo, com ênfase na promoção da atividade física, na mudança comportamental sustentável e no envelhecimento ativo na comunidade.

Esta revisão sistemática permite, assim, sustentar a pertinência e o impacto positivo de estratégias de reabilitação em contexto domiciliário e comunitário, orientando futuras intervenções de enfermagem de reabilitação baseadas em evidência científica.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA NO ÂMBITO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Hesbeen (2010) destaca que a reabilitação é uma área de grande riqueza, tanto pela sua dimensão humana quanto pela diversidade das suas intervenções. Para este autor, a reabilitação não só enriquece a prática dos cuidados de saúde, como também exige um relacionamento sólido entre enfermeiro/ utente. Esse vínculo deve demonstrar um verdadeiro interesse pela pessoa, refletindo-se na personalização dos cuidados por meio de um plano com objetivos realistas e ajustados a cada indivíduo, de forma a potenciar ao máximo as suas capacidades e proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida possível.

O Enfermeiro Especialista (EE) é um profissional com conhecimentos aprofundados em enfermagem e competências avançadas que lhe permitem tomar decisões complexas dentro da sua área de especialidade. A sua abordagem visa influenciar a prestação de cuidados de forma eficaz nas organizações de saúde. No exercício das suas funções, o EE realiza uma avaliação direcionada às necessidades individuais da pessoa ou grupo, recorrendo a instrumentos de avaliação creditados. Com base nessa análise, elabora um plano de cuidados personalizado, com o objetivo de otimizar os resultados em saúde e promover ganhos efetivos para as pessoas (International Council of Nurses, 2020).

Ao longo deste subcapítulo, serão abordados os vários domínios das competências comuns e específicas do EEER e a evidência científica, com recurso a uma reflexão sobre as competências adquiridas ao longo de todos os contextos de estágios por onde tive oportunidade de passar, dando enfoque ao contexto da comunidade por ser o tema por mim escolhido.

O aperfeiçoamento das competências na enfermagem de reabilitação tem como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se em resultados que evidenciam a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Para que este desenvolvimento aconteça, é fundamental que ao longo do percurso profissional haja formação contínua, prática clínica e momentos de reflexão, assim como treino específico. Estes elementos são considerados fundamentais para o exercício especializado na área da enfermagem de reabilitação (Barata, 2017).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) resultam da capacidade destes profissionais para ajustar a sua atuação às necessidades emergentes dos cuidados especializados. Além disso, derivam da evolução do conhecimento científico e da exigência de integrar de forma contínua os avanços da investigação na prática clínica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve integrar continuamente os conhecimentos científicos na sua prática, desenvolvendo cuidados baseados na evidência e contribuindo para a investigação na sua área (Regulamento

nº392/2019). Neste sentido, a autonomia no exercício da enfermagem de reabilitação está intrinsecamente ligada à atualização constante do conhecimento e ao aperfeiçoamento de competências, garantindo a qualidade dos cuidados prestados (Barata, 2017).

Os cuidados centrados na pessoa pressupõem uma parceria na construção de relações terapêuticas entre os profissionais de saúde, os utentes e os seus cuidadores. Essas relações devem basear-se na confiança (Brink & Skott, 2013) e num acompanhamento contínuo ao longo do processo de reabilitação (Hesbeen, 2010). Segundo este autor, o cuidado centrado na pessoa consiste em capacitar a pessoa a desenvolver estratégias para lidar com a sua nova realidade, ajudando-a a conviver com as suas limitações, deficiências ou características específicas, tendo como finalidade a sua reintegração social.

Segundo Olga Ribeiro (2021), de forma a dar respostas ajustadas e eficazes a estes desafios múltiplos e complexos, em que a continuidade dos cuidados no tempo é uma dimensão essencial, com ambientes terapêuticos caracterizados por uma grande prevalência/incidência de doenças crónicas do processo respiratório e neuromusculoesquelético, torna-se crucial a intervenção dos EEER, pela natureza das suas competências profissionais específicas e altamente diferenciadas.

Ainda segundo a mesma autora, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação atuam numa área que considero fundamental para a saúde das populações: o autocuidado, e mais especificamente a dependência relacionada com os autocuidados. Esta mudança de paradigma, que valoriza a promoção da autonomia, foi oficialmente reconhecida tanto a nível social como político em 2006, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A criação da mesma, tornou-se um dos três pilares do Serviço Nacional de Saúde e representa um modelo de intervenção que combina cuidados de saúde e apoio social, especialmente direcionado às pessoas idosas. Baseia-se nos conceitos de dependência e funcionalidade, orientando a sua ação para a reabilitação, a readaptação e a reintegração da pessoa.

Na reabilitação, o autocuidado emerge como fio condutor de todo o processo. Na comunidade, a intervenção do enfermeiro direciona-se para os focos de ventilação, dispneia em repouso, movimento corporal, intolerância à atividade, limpeza da via aérea e adesão ao regime terapêutico, com a promoção do autocuidado como eixo transversal. Desenvolveram-se estratégias e intervenções em parceria com a pessoa e cuidadores, valorizando a sua participação ativa no reconhecimento de alterações e sinais de alerta, na prática de exercícios para otimizar a respiração, na gestão do esforço físico, na manutenção da permeabilidade das vias aéreas e na adesão consistente ao regime terapêutico.

As ações privilegiaram a prevenção de situações de agravamento, a monitorização do próprio bem-estar e a adoção de estilos de vida saudáveis que favoreçam um estilo de vida ativo e significativo para a pessoa e família. O empoderamento da pessoa com compromisso respiratório é facilitador para que esta desempenhe um papel ativo na sua recuperação, sendo este um dos pilares do processo de reabilitação (Ribeiro, 2021).

Começo por me referir a uma das competências específicas: J1- “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº392/2019), ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi-me possível contactar com pessoas de várias faixas etárias, com crenças, valores próprios e condições socio- económicas diversas, cada uma com as suas limitações da funcionalidade, tanto a nível ortopédico, como neurológico e respiratório que, pela sua condição de saúde, se encontravam com algum grau de dependência ou incapacidade. No sentido de direccionar e individualizar os cuidados prestados a cada pessoa, foram implementados planos de cuidados individuais e específicos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) avalia o potencial de cada pessoa, promovendo a otimização das suas capacidades funcionais e cooperando na adaptação ao novo estilo de vida. Dessa forma, contribui para a melhoria do desempenho e do desenvolvimento pessoal, além dos ganhos em saúde, visíveis na prevenção ou redução de complicações e incapacidades, bem como na recuperação das capacidades existentes. O objetivo final é proporcionar à pessoa o máximo de autonomia possível, minimizando o impacto das suas limitações (Hoeman, 2011; OE, 2015).

A colheita de dados surge para uma avaliação inicial completa, assim como o registo diário dos cuidados de enfermagem de reabilitação e a utilização de escalas são complementares para a elaboração de um plano de reabilitação pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Estes instrumentos permitem avaliar e acompanhar a evolução do estado de saúde da pessoa, garantindo a continuidade dos cuidados prestados e promovendo ganhos em saúde.

As escalas utilizam-se no sentido de padronizar a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, possibilitando decisões fundamentadas em estudos e evidência científica. Além disso, permitem uma avaliação objetiva, criteriosa e uniforme, facilitando a comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados.

O registo desses dados deve ser considerado na elaboração do plano de cuidados, permitindo monitorizar e avaliar os progressos ao longo do percurso de reabilitação. Algumas das escalas mais utilizadas incluem a Medida de Independência Funcional (MIF), a

Escala de Barthel, a Escala de Equilíbrio de Berg, a escala de Borg de percepção do esforço, a Escala de Braden e a Escala de Morse, entre outras.

Após avaliação da funcionalidade e identificação de alterações que causam limitações ou incapacidades, bem como de implementar as intervenções planeadas, segue-se a fase de avaliação e análise. Nesta etapa, procede-se à reformulação de objetivos, estratégias e programas, utilizando indicadores específicos dos cuidados de reabilitação, com o propósito de medir os ganhos em saúde (Regulamento nº392/2019).

A realização destes contextos de ensino clínico revelou-se particularmente enriquecedora para o aprofundamento do conhecimento, fundamentalmente sobre a realidade dos cuidados em reabilitação respiratória no contexto comunitário. A vivência em diferentes cenários da prática permitiu-me contactar com uma diversidade de situações clínicas e estratégias de intervenção, fundamentais para a promoção da autonomia nas atividades de vida diária (AVD) em pessoas com alterações respiratórias. Estas experiências foram determinantes para o desenvolvimento das minhas competências técnicas e relacionais enquanto enfermeira de reabilitação, contribuindo de forma significativa para a minha formação pessoal e profissional.

Ao longo dos estágios tive um vasto leque de oportunidades e experiências de aprendizagem com pessoas desde a idade adulta até ao idoso, tendo a oportunidade de passar por um serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e com vários tipos de alterações de saúde, aos vários níveis dos focos de enfermagem. Não sendo possível evidenciar todas ao longo deste relatório, vou dando ênfase à temática por mim escolhida, apoiando-me em pesquisas bibliográficas, com o intuito de aprimorar as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) onde também descrevi e realizei reflexões. A metodologia de análise e reflexão por mim escolhida baseou-se na elaboração de jornais de aprendizagem semanais com recurso ao *Ciclo de Gibbs*. Clarke e Boud (2018) referem que os diários de aprendizagem podem constituir ferramentas eficazes de feedback, ao possibilitarem o registo contínuo de comentários e a sua comparação com os resultados obtidos durante o percurso formativo.

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento profissional dos enfermeiros ocorre em cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A reflexão crítica é uma competência essencial para que o enfermeiro alcance o nível de perito, pois permite a análise e a aprendizagem contínua a partir das experiências clínicas vividas.

Em cada ensino clínico, as primeiras duas semanas, foram mais intensas, pela chegada ao contexto, em que tudo era novo, áreas diferentes, rotinas novas que se encaixaram no meu processo de integração. Conheci e interagi com a maioria dos elementos da

equipa multidisciplinar e desde início que me senti bem acolhida por todos os elementos da equipa em todos os locais de estágio, sendo relevante evidenciar a disponibilidade dos enfermeiros cooperantes e do professor orientador.

Inicialmente foi-me apresentada a dinâmica e funcionalidade dos serviços, estando já interiorizada na segunda semana de estágio. O mais marcante foi perceber as diferenças de funcionamento das equipas, nomeadamente na forma como organizavam o trabalho, comunicavam entre si e se relacionavam com a pessoa cuidada. Esta diversidade permitiu-me refletir sobre diferentes estilos de liderança e colaboração, reconhecer estratégias eficazes e adaptar a minha própria atuação, potenciando o desenvolvimento da minha autonomia e capacidade de integração em contextos distintos. A nível hospitalar a integração foi sendo feita gradualmente devido à maioria dos enfermeiros trabalharem por *roulement*.

Na UCC existe uma equipa transdisciplinar onde todos os elementos da equipa colaboram na elaboração e implementação do plano de cuidados e um dos elementos da equipa, neste caso o EEER, assume o papel de gestor de caso dos cuidados, intervindo na sua área e no encaminhamento para as outras áreas caso seja necessário para a pessoa. A nível hospitalar, trata-se de uma equipa interdisciplinar, onde a equipa identifica objetivos, onde existe colaboração entre todos os elementos da equipa. Estas duas situações, tem por base uma visão holística da pessoa, onde existe colaboração entre todos os elementos e onde os objetivos são delineados em conjunto. Segundo Hoeman (2011) cada um estabelece os seus objetivos específicos e atua dentro do limite da intervenção da própria disciplina para os atingir. Segundo Monteiro et al. (2022), refere que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação destaca-se pela sua atuação centrada na funcionalidade, na promoção da independência e na integração em equipas multidisciplinares, reforça-se a importância da formação especializada e da valorização do papel do enfermeiro de reabilitação nos serviços de saúde e refere que a presença destes profissionais enriquece o cuidado à pessoa idosa, contribuindo para planos personalizados e reabilitadores, especialmente em contextos comunitários.

Na UCC por onde tive a oportunidade de passar, a cada EEER, são responsáveis por cerca de cinco a sete utentes de quem são gestoras de caso, sendo responsáveis por implementar intervenções de enfermagem e avaliar os resultados obtidos, tal como por avaliar as prioridades e os dias a que são prestados os cuidados de reabilitação, sempre com consentimento da pessoa e família. Existem reuniões mensais que reúnem todos os elementos da equipa, juntamente com um elo de ligação com a ECL, para debater os casos das pessoas e perceber o seu desempenho de recuperação ou necessidade de encami-

nhamento para as UMDR e ULDM e a preparação para a alta, onde é mais visível a responsabilidade e a autonomia profissional, o que reforça a importância do EEER de ser portador de conhecimentos científicos devido a se deparem com várias situações complexas de cuidados a que tem que dar resposta (OE, 2010). Tudo isto foi facilitador para a minha integração e onde a partilha dos cuidados a serem prestados a cada utente, permite um bom funcionamento da equipa e promove a realização de cuidados de qualidade.

A nível hospitalar e da comunidade observei e colaborei com o enfermeiro orientador na avaliação, planeamento, implementação de intervenções e registos dos cuidados prestados. Tive a oportunidade de realizar em ambos os locais de estágio notas de alta e avaliações iniciais.

A comunicação terapêutica é fundamental para estabelecer uma relação eficaz entre enfermeiros e utentes com alterações motoras, cognitivas e respiratórias, promovendo uma melhor compreensão das necessidades da pessoa e contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. Coelho e Sequeira (2014) destacam que a comunicação terapêutica é essencial em intervenções além das psicoterapêuticas, sugerindo a necessidade de aprofundamento desse tema na formação dos enfermeiros, visando aprimorar a qualidade dos cuidados. Campos (2017) reforça que a comunicação terapêutica facilita o processo relacional, auxiliando a pessoa e família a viverem melhor com a doença, visando o bem-estar e uma melhor qualidade de vida. Além disso, a comunicação clara e esclarecida é crucial na comunicação de notícias menos agradáveis, em patologias do foro neurológicas, ortopédicas, cardíacas e respiratórias permitindo o esclarecimento de todos os envolvidos no processo de acompanhamento destas alterações e promovendo uma maior adesão às intervenções terapêuticas. Como nos refere Ribeiro (2021), a abordagem deve ser educativa e relacional, fomentando a adesão sustentada com base em metas realistas e significativas para a pessoa.

Desenvolvi uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação, durante os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de aperfeiçoar as minhas competências relacionais com o utente e família, construindo uma relação terapêutica e profissional. Para isso, utilizei uma comunicação adaptada a cada pessoa, praticando a escuta ativa, demonstrando compreensão empática e respeito, promovendo a tomada de decisões em parceria e valorizando a singularidade de cada pessoa. Sempre guiada pelos valores universais como igualdade, justiça, altruísmo, solidariedade, dignidade e liberdade, procurei garantir a autonomia da pessoa, respeitando a sua privacidade e intimidade. Como futura EEER, reconheço mais ainda a importância da autonomia da pessoa na tomada de decisão, algo que antes não estava tão desperta e

esforço-me para compreender melhor as decisões da pessoa e o seu meio envolvente. Tal é notório no estudo de Faria et al (2020), que nos fala que o conhecimento aprofundado do contexto de vida dos idosos é essencial para que os programas de reabilitação sejam personalizados, eficazes e orientados para a manutenção da autonomia. Reforça ainda a importância de avaliar previamente as necessidades reais da população idosa na comunidade como uma base sólida para o desenvolvimento de programas de reabilitação com impacto positivo na qualidade de vida destas pessoas.

Os momentos de interação e de promoção da relação de confiança são contínuos sendo mais evidentes quando realizamos a colheita de dados, durante a prestação direta de cuidados de enfermagem e no diálogo com a pessoa/família, onde foi sempre promovido um ambiente seguro.

A minha conduta foi guiada pelo código deontológico do enfermeiro e pelo regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, estando presente nos planos de cuidados e nos jornais de aprendizagem que desenvolvi, onde também é evidente a consciencialização da relação, como uma ferramenta fundamental, assim como o envolvimento da pessoa e cuidador, no processo de reabilitação. No caso do senhor L.M. que sofria de uma patologia crónica do foro respiratório onde a esposa era a principal cuidadora, ficou evidente a importância de estar atenta às dúvidas, necessidades e sinais de desgaste da principal cuidadora, oferecendo-lhe apoio, aliviando algumas responsabilidades e reconhecendo todo o seu esforço. Elogiar os cuidados prestados é essencial, especialmente quando refletem na qualidade de vida e no conforto, algo que procurei fazer ao longo das visitas. Neste caso a intervenção do EEER, no foco da Ventilação, em que o mesmo atende a princípios de treino com vista a uma ventilação eficaz da pessoa, como o ensino e treino da reeducação respiratória, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da pessoa, reduzindo os sintomas e aumentando a capacidade de esforço do mesmo às atividades de vida do seu dia a dia. No processo de reabilitação, o cuidador informal deve ser sempre valorizado, pois é quem está sempre presente e assume um papel fundamental. O seu bem-estar deve ser valorizado através de incentivos e reconhecimento, já que é um parceiro fulcral e próximo dos enfermeiros. Pelo facto de os cuidadores serem os nossos principais parceiros de cuidados, é essencial que haja uma boa relação. A minha passagem pelos cuidados de saúde primários, despertaram em mim esta importância fulcral na prestação dos cuidados de saúde, pois é fundamental os ensinamentos e envolvimento do prestador de cuidados para que se assegure da melhor forma, para o bem-estar e conforto da pessoa que é cuidada. Falando do estudo de Middleton et al. (2023), que sustenta esta ideia, que a presença de apoio entre os pares, como “Lungs in Action”, num contexto comunitário, aumenta significativamente o envolvimento e a adesão ao exercício físico em

peças idosas com doenças respiratórias crônicas, sendo considerados fatores chave para a participação sustentada e o sucesso das intervenções.

Sempre que prestei cuidados apresentei-me e pedi o consentimento da pessoa para a prestação dos mesmos, forneci o máximo de informação para a obtenção de um consentimento informado, respondi às questões colocadas, potencieei a sua autonomia para a tomada de decisões e capacitei para o autocuidado.

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos foram realizados vários planos de cuidados (Apêndice III), tendo sido facilitadores para a organização da minha linha de pensamento e melhorar a linguagem científica, assim como para a minha atuação no campo das intervenções de enfermagem de reabilitação e na avaliação dos resultados obtidos.

Diariamente realizei notas de enfermagem. A nível hospitalar os registos eram feitos no *SClinico* em notas gerais e no mapa de cuidados. Na comunidade, os registos eram realizados em duas plataformas que não fazem cruzamento de dados, na plataforma da rede nacional de cuidados continuados integrados (*Gestcare*) e no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) denominado de *SClinico*. O *Gestcare* para mim foi novo, desconhecia, em relação ao *SClinico* já tinha trabalhado, mas a alguns anos que não trabalhava com ele o que foi importante lembrar e aperfeiçoar de como eram realizados os registos e como os consultar para promover a continuidade de cuidados.

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem, uma das teóricas escolhida por mim, veio dar força à minha prática de cuidados realizada nos diversos ensinamentos clínicos por onde passei, demonstrando-se crucial para o desenvolvimento dos meus conhecimentos e das minhas competências, pelo enfoque que tem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. De acordo com Orem (2001, p. 43), o autocuidado refere-se à realização de ações iniciadas e executadas pelo próprio indivíduo com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Trata-se de uma função reguladora essencial do ser humano, que deve ser desenvolvida de forma consciente e intencional. No caso de pessoas dependentes, esse cuidado pode ser desempenhado por terceiros para garantir condições adequadas à preservação da saúde física e mental, ao crescimento e ao bem-estar geral. Ao aplicar a Teoria do Autocuidado de Orem, o EEER reconheceu a pessoa como um participante ativo no processo de reabilitação, incentivando-a a envolver-se ativamente no seu próprio cuidado e a participar nas tomadas de decisão informada que afetam a sua saúde e recuperação. Ao capacitar a pessoa para a gestão autónoma da sua condição, o EEER não apenas maximiza a funcionalidade, mas também contribui para uma transição mais linear para a vida e reinserção social da pessoa na comunidade. No caso concreto de uma das

peessoas que prestei cuidados, capacitei-o para a autogestão da sua condição, ensinando e treinando alguns exercícios respiratórios, que lhe dariam maior qualidade de vida.

Como refere Ribeiro (2021), um dos focos de enfermagem é a Ventilação, que nos remete para a ventilação eficaz e dispneia em repouso, refere que a reeducação respiratória, quando feita de forma sistemática, contribui para a redução da sintomatologia e aumento da capacidade de esforço, impactando diretamente na qualidade de vida e independência funcional. Cravo et al (2021), argumentam que planos personalizados de autogestão, apoiados por equipas multidisciplinares e ferramentas digitais, são fundamentais para a gestão eficiente da ventilação relacionada com DPOC, contribuindo para a equidade em saúde e melhores resultados clínicos e humanísticos. Por sua vez, Lenferink et al. (2017), demonstra que intervenções estruturadas de autogestão, especialmente aquelas que incluem planos de ação personalizados para exacerbações e acompanhamento profissional, são mais eficazes do que os cuidados habituais prestados, de forma a melhorar os ganhos em saúde, reduzir hospitalizações e aumentar a autonomia da pessoa com alterações respiratórias. A evidência apoia fortemente a integração dessas estratégias em programas de saúde comunitária e domiciliária de reabilitação.

Manifold et al (2024), num estudo fornece evidência robusta que assenta em programas de reabilitação pulmonar, especialmente com uma abordagem multidimensional e foco na atividade física, são eficazes para melhorar os comportamentos de saúde (atividade, sedentarismo e sono) em pessoas com alterações do foro respiratório, em contexto comunitário e domiciliário.

Dorothea Orem fornece ferramentas práticas para avaliar e intervir nos déficits de autocuidado, permitindo que o cuidado de enfermagem seja direcionado e eficaz. A conjugação dessas teorias permite que a prática de enfermagem vá além da prestação de cuidados, focando-se na adaptação e independência da pessoa a longo prazo.

A teorização em enfermagem, fundamentada em Orem, oferece uma base sólida para o cuidado à pessoa que apresenta diversas alterações que impactam a sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida decorrentes de alterações do foro neurológico, ortopédico, respiratório e cardíaco unindo uma visão humanística e sistêmica a estratégias práticas. A teoria de Orem enfatiza o papel do autocuidado como elemento central para a recuperação e manutenção da saúde e independência. Assim, a prática de enfermagem fundamentada em quadros teóricos consolidados não apenas aperfeiçoa a qualidade dos cuidados como também promove a autonomia, dignidade e qualidade de vida do utente.

Como me faz muito sentido quando falamos em comunidade, falar do Modelo de Henriqueta Figueiredo, que pronuncia alguns conceitos do Modelo de Avaliação Familiar

de Calgary (MAFC), desenvolvido por Wright e Leahey, tornou-se essencial na minha prestação de cuidados em contexto de estágio clínico nos cuidados de saúde primários. A sua aplicabilidade permite uma abordagem holística e sistematizada da família enquanto unidade de cuidado, auxiliando na identificação de padrões relacionais, dinâmicas familiares e fatores que influenciam a saúde. Durante o estágio, utilizei este modelo para avaliar a estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família, facilitando a implementação de intervenções direcionadas e personalizadas, promovendo a capacitação familiar e a continuidade dos cuidados. Assim o Modelo de Henriqueta Figueiredo reforça a minha prática clínica, garantindo uma intervenção mais humanizada e centrada nas necessidades individuais e familiares.

Aprofundar os conhecimentos técnicos e científicos na área dos cuidados a pessoas com alterações cognitivas, motoras e respiratórias, com foco na promoção da atividade física, serviu como base para uma prática de qualidade sustentada em evidências. Para alcançar essas competências, utilizei todos os conteúdos abordados ao longo do primeiro ano do curso, incluindo aulas teóricas, teórico-práticas e práticas, além das pesquisas realizadas em livros, artigos e bases de dados. Toda essa informação foi essencial para a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos.

A partilha de informação por parte dos enfermeiros e docentes orientadores, os documentos/normas presentes e disponíveis nos diversos locais de estágio, foram essenciais para a consolidação de conhecimentos, quer teóricos, quer práticos, tendo contribuído assim para a melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Relativamente a outras das competências específicas do EEER: J2- “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019). Cabe assim ao EEER, capacitar a pessoa e família para que a mesma consiga desempenhar as suas atividades de vida diárias o mais autonomamente possível ultrapassando os obstáculos.

A abordagem acerca das principais alterações respiratórias e motoras em pessoas com alterações do foro respiratório, a abordagem sobre os meios complementares de diagnóstico e a sua avaliação, as principais alterações sensório-motoras, o futuro para estas pessoas, os cuidados a ter com os posicionamentos, entre outros, foram essenciais para o planeamento de programas de reabilitação.

Uma das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, diz respeito à criação de um ambiente terapêutico seguro. Cabe assim ao enfermeiro especialista assegurar um espaço de prestação de cuidados que garanta proteção às pessoas (Regula-

mento nº 140/2019). Desta forma, foram selecionados recursos como ajudas técnicas, andarilhos e canadianas, garantindo a sua manutenção e conservação para garantir a segurança do enfermeiro, do utente e dos cuidadores. Além disso, foram implementadas intervenções focadas na prevenção de quedas, como a remoção de tapetes e a reorganização do mobiliário no domicílio, entre outras medidas.

É fundamental criar um programa que maximize as capacidades da pessoa, promovendo a sua autonomia nos desafios encontrados no dia a dia que, devido a certas particularidades, podem ser mais difíceis de superar (Hesbeen, 2010).

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é central, assumindo a responsabilidade na planificação, implementação e avaliação de programas individualizados que visam otimizar a função respiratória, promover a autonomia e prevenir a deterioração funcional. Os exercícios respiratórios, como a respiração diafragmática e a dissociação dos tempos respiratórios, demonstram evidência científica na melhoria da ventilação, na redução do esforço respiratório e no alcance de uma respiração mais eficaz (Spruit et al., 2013). A reeducação respiratória, quando feita de forma sistemática, contribui para a redução da sintomatologia e o aumento da capacidade de esforço, impactando diretamente na qualidade de vida e independência funcional (Ribeiro, 2021). A prática regular e contínua destes exercícios contribui para o controle da dispneia e favorece a reexpansão pulmonar, sendo particularmente útil na prevenção de complicações respiratórias e na manutenção da função pulmonar residual. Como refere Olga Ribeiro (2021), programas de capacitação para a autogestão da doença devem ser estruturados, multidisciplinares e personalizados, incentivando a adaptação positiva ao estado de saúde e o desenvolvimento de competências para melhor gestão da condição. A motivação é crucial, pois a mudança comportamental requer que a pessoa reconheça benefícios e sinta essa mesma alteração no seu bem-estar. Paralelamente, o treino das atividades de vida diária (AVD), como parte integrante da reabilitação, é fundamental para a promoção da autonomia e da autogestão da sua saúde. Estratégias como o ensino da gestão de energia, a adaptação do ambiente e a divisão das tarefas são intervenções eficazes que permitem à pessoa viver com maior independência e dignidade (McCarthy et al., 2015). A monitorização contínua do esforço, através da escala de Borg e dos sinais vitais, permite ajustar a intensidade e o tipo de atividade de forma segura e adequada às capacidades da pessoa.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, ao integrar estes componentes no plano de cuidados, atua como facilitador da capacitação da pessoa com alterações respiratórias, promovendo o autocuidado e prevenindo os internamentos recorrentes. Esta abordagem centrada na pessoa permite uma resposta eficaz às necessidades

bio-psico-sociais, alinhada com os princípios da reabilitação e com as políticas de saúde orientadas para o envelhecimento ativo e saudável.

Assim, a integração dos exercícios respiratórios e do treino de AVD nos programas de reabilitação respiratória intensifica o compromisso da enfermagem de reabilitação com uma prática baseada na evidência, centrada na funcionalidade e na promoção da qualidade de vida. As Atividades de Vida Diária (AVD) são ações essenciais para a autonomia e qualidade de vida das pessoas. Em indivíduos com alterações respiratórias — como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Fibrose pulmonar ou outras doenças respiratórias crônicas — a realização das AVD pode estar comprometida pela dispneia, fadiga, fraqueza muscular, ansiedade e fragilidade física. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel central na avaliação, planeamento, implementação e monitorização de estratégias específicas que visam restaurar ou manter a autonomia funcional. Como nos sustenta esta ideia o estudo de Umbacía Salas et al. (2020), realizado na Colômbia, oferece uma síntese atualizada da evidência sobre a RP em diferentes cenários (hospitalar, ambulatório e comunitário), concluindo que, independentemente do contexto, os ganhos em termos de sintomas respiratórios, capacidade funcional e qualidade de vida são consistentes. Reforça a universalidade e transversalidade dos benefícios da RP, suportando a sua implementação em múltiplos níveis de cuidado.

Na atividade de vida “Higiene Pessoal”, estas atividades exigem esforço físico, movimento coordenado e controle respiratório. Em utentes respiratórios, estas atividades podem causar dispneia intensa e sensação de exaustão. Cabe ao EEER ensinar técnicas de conservação de energia (realizar pausas, sentar-se durante o banho, usar produtos de apoio), incentivar o uso de cadeiras de banho, barras de apoio e duches adaptados, treinar técnicas respiratórias como respiração diafragmática e dissociação dos tempos respiratórios para controlo da dispneia durante o esforço e promover o planeamento da atividade para o momento do dia em que a pessoa se sente com mais energia. Durante uma visita domiciliária a um utente com DPOC, identifiquei que o momento da higiene pessoal lhe provocava dispneia intensa e cansaço extremo, levando-o a evitar o banho diário. Após avaliação, instruí e treinei técnicas de conservação de energia com a pessoa, como sentar-se durante o banho e preparar previamente todo o material para evitar deslocações repetidas. Sugeri e treinei o uso de uma cadeira/banco de banho e possível colocação de barras de apoio, bem como a realização de pausas entre as fases da higiene. Instruí e treinei técnicas respiratórias para controlo da dispneia, nomeadamente respiração diafragmática e dissociação dos tempos respiratórios enquanto realizava movimentos. Sugeri à pessoa e cuidador para programar o banho para o período da manhã, quando o mesmo refere

sentir-se mais disposto e menos cansado. Na visita seguinte, a pessoa já referiu maior conforto e segurança, evidenciando a adesão ao regime terapêutico. “A promoção da autonomia na higiene pessoal requer uma intervenção centrada nas capacidades do utente, permitindo-lhe executar tarefas com segurança e confiança.” (Ribeiro, 2021).

Na atividade de vida “Alimentar-se”, embora pareça uma atividade simples, a alimentação pode causar fadiga, especialmente quando há comprometimento da musculatura respiratória e dificuldade na deglutição. Cabe ao EEER, ensinar a comer lentamente, com respiração controlada, aconselhar refeições ligeiras e fracionadas, avaliar risco de aspiração e adaptar consistência dos alimentos, se necessário e posicionar corretamente a pessoa no caso de ser acamada (posição de Fowler ou semi-Fowler) para facilitar a respiração e a deglutição. Numa das visitas domiciliárias, a um utente com insuficiência respiratória crónica e historial de pneumonia por aspiração, presenciei que aquando da refeição apresentava fadiga acentuada e acessos de tosse frequentes durante as refeições. Instruí a pessoa e família para realizar pequenas pausas entre garfadas, mastigar lentamente e coordenar a respiração com a deglutição. Sugeri refeições ligeiras e fracionadas ao longo do dia para evitar períodos de exaustão. Reforcei a importância de manter-se sentada em posição de Fowler durante e após as refeições. Em articulação com a família, ajustei a consistência dos alimentos para evitar risco de aspiração, utilizando purés e líquidos com espessante. “A autonomia na alimentação reforça a dignidade e autoestima do utente, sendo uma prioridade na intervenção reabilitadora.” (Spruit et al., 2013).

Na atividade de vida “Vestuário”, esta atividade exige movimentos dos membros superiores, que muitas vezes provocam agravamento da dispneia devido ao aumento do consumo de oxigénio e alteração do padrão ventilatório. Cabe ao EER, recomendar vestuário fácil (com fechos à frente, tecidos leves), ensinar o uso de técnicas de gestão de energia, propor a realização da tarefa em etapas, com pausas e apoio sentado e avaliar a necessidade de dispositivos auxiliares, como calçadeiras de cabo longo ou ganchos de vestir. Em contexto prático prestei cuidados a um utente com DPOC a realizar oxigenoterapia domiciliária, observei que se sentia exausto e apresentava dispneia ao vestir-se e calçar-se, sobretudo ao colocar camisolas pela cabeça. Recomendei o uso de vestuário prático, com fechos frontais e tecidos leves, que reduzissem o esforço respiratório. Instruí técnicas de gestão de energia, incentivando-o a vestir-se sentado e a realizar pausas entre cada peça de roupa. Demonstrei o uso de dispositivos auxiliares, como calçadeira de cabo longo, para minimizar a flexão e o esforço. Nas visitas seguintes, a pessoa e a família referiram ter maior atenção na escolha do vestuário, maior conforto, menos cansaço e maior autonomia no vestir.

Na atividade de vida, “locomoção e transferência”, refere-se às atividades de mobilidade que implicam um dos domínios mais afetados nas doenças respiratórias, comprometendo a participação social e autonomia global. Cabe ao EEER, avaliar a capacidade de marcha e resistência ao esforço, propor exercícios de fortalecimento muscular e treino de marcha com recurso a planos de reabilitação respiratória controlada e adequada, ensinar a utilização de auxiliares de marcha (bengalas, andarilhos), dispositivos de segurança e acompanhar na realização de exercícios respiratórios antes, durante e após a atividade física.

Durante o acompanhamento domiciliário de um utente com alterações respiratórias, observei limitações acentuadas na marcha, com necessidade de pausas frequentes e insegurança da pessoa e família nas transferências. Era uma pessoa com algumas limitações na capacidade funcional e resistência ao esforço evidente a curtas distâncias. Elaborei um plano de exercícios de fortalecimento muscular e treino de marcha adaptado, integrando exercícios respiratórios controlados antes, durante e após o esforço. Instruí e treinei a correta utilização do andarilho para melhorar a estabilidade e reduzir o gasto energético, bem como estratégias para realizar transferências seguras (ex.: da cama para a cadeira) com pausas para recuperação. “O treino da marcha e a promoção da mobilidade funcional são fundamentais para quebrar o ciclo de sedentarismo e dependência associado à dispneia.” (Guedes et al., 2021).

Na atividade de vida “Eliminação”, as idas à casa de banho são frequentemente urgentes e cansativas, sendo agravadas por limitações respiratórias e de mobilidade. Cabe ao EEER, promover rotinas regulares para evitar urgências, adaptar o meio ambiente (uso de barras de apoio, cadeiras sanitárias junto à cama) e treinar a gestão do esforço associado à transferência e higiene pessoal. Ainda referente à mesma pessoa que mencionei em cima este referiu episódios frequentes de dispneia intensa e fadiga ao deslocar-se aquando às idas à casa de banho, especialmente durante a noite. Avaliei o espaço e identifiquei barreiras arquitetónicas que dificultavam a sua deslocação. Sugeri a criação de algumas rotinas regulares de eliminação de forma a evitar urgências e sugeri a colocação de uma cadeira sanitária junto à cama para reduzir deslocações noturnas e eventuais quedas.

Na atividade de vida “Lazer”, a participação da pessoa em atividades de lazer e entretenimento é fundamental para a promoção do bem-estar psicológico e social de pessoas com alterações respiratórias crónicas. Um exemplo prático ocorreu com um utente em contexto domiciliário com alterações respiratórias decorrentes da DPOC que, após treino respiratório e fortalecimento muscular, começamos a realizar no momento da visita domiciliária uma pequena caminhada ao parque perto da sua casa, realizava caminhadas

curtas, com pausas frequentes e monitorização do esforço e saturação de oxigénio. Com o tempo, observou-se um aumento progressivo na distância percorrida e na confiança da pessoa, permitindo-lhe encontros sociais ao ar livre com amigos. Esta intervenção não só melhorou a capacidade física da pessoa, como também promoveu a sua autonomia e qualidade de vida. De acordo com o estudo de Manifold et al. (2024), a reabilitação respiratória, especialmente quando associada à promoção da atividade física, resulta em aumentos significativos no número de passos diários e na redução do tempo sedentário, contribuindo para a melhoria do estado funcional e psicológico destas pessoas. Portanto, a integração de atividades de lazer adaptadas ao nível de capacidade da pessoa é uma estratégia eficaz na reabilitação respiratória comunitária, alinhada com as evidências científicas atuais.

Além da intervenção direta nas AVD, o enfermeiro de reabilitação atua como facilitador da aprendizagem, motivador da pessoa e elemento de articulação com outros profissionais e serviços. Avalia continuamente o desempenho funcional, individualiza o plano de cuidados de acordo com a evolução e objetivos da pessoa, envolve a família no processo de reabilitação e promove a capacitação da pessoa para a gestão da sua doença, com enfoque na autonomia e na prevenção de internamentos evitáveis. “A intervenção do enfermeiro de reabilitação deve integrar a dimensão física, psicológica e social, garantindo uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e na sua funcionalidade.” (Ribeiro, 2021).

Durante o meu estágio em contexto domiciliário, acompanhei um utente do sexo masculino, com 74 anos, com alterações crónicas respiratórias decorrentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em fase GOLD III, com antecedentes de múltiplas exacerbações e internamentos hospitalares nos últimos dois anos. O utente encontrava-se recentemente debilitado após um episódio de agudização, apresentando limitação importante ao nível do foco da ventilação e dispneia em repouso, cansaço fácil a pequenos esforços (grau 4 na escala de Medical Research Council - mMRC) e com grandes dependências nas atividades básicas de vida diária, nomeadamente no banho, vestir-se e nas deslocações dentro de casa. Como nos refere o estudo de Oliveira et al. (2024), que sustenta esta ideia, a integração da RP nos cuidados de saúde primários, defendendo a sua inclusão como estratégia de gestão da DPOC com impacto positivo na funcionalidade, no número de exacerbações e na qualidade de vida.

É no topo da complexidade das situações que presenciamos, que surgem as dúvidas, a incerteza, o medo, mas é também daí que surge a necessidade de desenvolver capacidades e conhecimentos que nos permitam agir com plena serenidade, de modo a transmitir segurança e conforto à pessoa e cuidador. A experiência do contato diário com

a população evidencia a real dimensão da necessidade de cuidados de reabilitação, que vai além das expectativas comuns e se revela ainda mais urgente e abrangente do que se imagina.

Como futura EEER, tive uma intervenção estruturada com foco na reabilitação respiratória e funcional. Os objetivos principais passaram por promover a reexpansão pulmonar e otimizar a ventilação alveolar, reduzir a percepção da dispneia, melhorar a tolerância ao esforço, capacitar o utente para retomar, com autonomia, atividades básicas de autocuidado. Dessa forma instrui e treinei com a pessoa exercícios respiratórios específicos adaptados à sua condição clínica, nomeadamente, respiração diafragmática, dissociação dos tempos respiratórios particularmente útil após esforços como subir degraus ou deslocar-se para o WC e treino do padrão respiratório durante o esforço, combinando inspiração antes do movimento e expiração controlada durante a execução, nomeadamente ao levantar-se ou lavar-se no chuveiro.

Estes exercícios foram integrados de forma funcional e adaptada à realidade do domicílio da pessoa, em sessões diárias de curta duração, sempre respeitando a fadiga e com monitorização de sinais vitais, essencialmente a saturação de oxigénio e percepção do esforço da pessoa. Progressivamente, introduzi o treino de atividades de vida diária (AVD), com recurso a estratégias de gestão da energia (por exemplo, sentar-se durante o banho, preparar previamente o vestuário, usar calçadeira de cabo longo) e planificação da atividade em períodos de menor fadiga.

Ao fim de três semanas de intervenção, o utente demonstrava maior controlo da respiração, menor ansiedade perante a dispneia e recuperou autonomia para realizar parcialmente o banho no lavatório, vestir-se com ajuda mínima, são coisas simples que motivam estas pessoas. Mais do que ganhos clínicos, observou-se um impacto relevante na autoestima e na percepção de qualidade de vida do utente, refletido também no relato da esposa e cuidadora principal, que verbalizava sentir-se mais tranquila e menos sobrecarregada.

Este caso exemplifica de forma clara a importância da intervenção precoce e contínua da enfermagem de reabilitação na comunidade, integrando assim conhecimentos especializados em fisiologia respiratória, funcionalidade e educação para a saúde, com vista à promoção da autonomia, prevenção de complicações e manutenção da pessoa no seu domicílio, sempre com foco na pessoa como ser bio-psico-social.

Neste processo é de referir a importância da preparação para uma alta segura, que foi tido em atenção por mim nos vários contextos, sendo que a nível hospitalar foi importante ter uma articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar, como o caso da assistente social, para poder fazer a ponte com o cuidador e assim ter um vasto conjunto de aspetos em conta para quando a pessoa pudesse regressar a casa, ter todas as condições que necessitaria. Ao nível do contexto da comunidade, éramos nós que, através da visitação domiciliar, nos deslocávamos ao domicílio da pessoa e poderíamos avaliar quais as necessidades de que a mesma mais carecia e ajudar no acompanhamento do processo de aquisição de algum produto de apoio ou necessidade.

As dificuldades socioeconômicas ainda são os principais obstáculos que impactam os objetivos e os resultados esperados na reabilitação. A pobreza e a solidão vivenciadas por essas pessoas influenciam negativamente a recuperação, pois, muitas vezes, não há um cuidador disponível para dar continuidade aos cuidados necessários, tornando-se difícil o nosso desvinculo. Em várias situações que acompanhei, a continuidade dos cuidados de reabilitação era comprometida por múltiplas necessidades, e garantir uma alta adequada, com um cuidador responsável e capacitado para manter os cuidados, nem sempre era uma tarefa simples.

Relativamente à competência específica do EEER: J3- “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019), a Enfermagem de Reabilitação, em contexto comunitário, desempenha um papel central na promoção da autonomia e qualidade de vida da pessoa com alterações respiratórias. O objetivo da intervenção do enfermeiro não se limita ao foco da ventilação e dispneia, ou seja, de toda a parte pulmonar, mas abrange o fortalecimento da capacidade funcional a nível global da pessoa e a capacitação para o autocuidado, nomeadamente no desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD).

Quando existe défice de autocuidado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) intervém de forma ativa, implementando estratégias personalizadas para suprir necessidades imediatas e, sobretudo, para alcançar a máxima independência. Este processo envolve a avaliação funcional, o planeamento de intervenções terapêuticas, a educação para a saúde e a adaptação do ambiente, de acordo com as orientações científicas (Spruit et al., 2013; GOLD, 2024).

A utilização de dispositivos como o espirómetro de incentivo, que tive a oportunidade de treinar com um utente em contexto clínico, é uma das ferramentas eficazes para melhorar a expansão pulmonar, prevenir atelectasias e fortalecer a musculatura respiratória (Agostini & Singh, 2009). Paralelamente, a reeducação funcional respiratória – incluindo

o treino de posições de descanso, consciencialização dos tempos respiratórios, controlo da respiração e respiração abdomino-diafragmática– visa otimizar a função respiratória, reduzir a dispneia e aumentar a tolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

No contexto comunitário, estas intervenções ganham relevância acrescida, pois podem ser adaptadas ao espaço físico, aos recursos existentes e às rotinas da pessoa, promovendo maior adesão e impacto funcional.

Em suma, os estudos analisados reforçam a eficácia da reabilitação pulmonar em ambientes comunitários, com ênfase no papel da enfermagem de reabilitação, na personalização dos cuidados e na integração de estratégias educacionais, comportamentais e sociais. Estes dados sustentam a pertinência da implementação de programas de RP adaptados às realidades e centradas nas necessidades das pessoas com alterações respiratórias, particularmente em contextos comunitários e domiciliários, como forma de promover autonomia, funcionalidade e bem-estar.

5 – CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu compreender, de forma robusta, a importância da reabilitação respiratória na comunidade e o contributo específico do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a promoção da autonomia nas atividades de vida diária em pessoas com alterações respiratórias. A escolha deste tema revelou-se pertinente não só pela sua atualidade e relevância na prática clínica, mas também pelo impacto crescente das doenças respiratórias crónicas na sociedade, que exigem respostas precoces, inovadoras, eficazes baseadas na evidência científica.

A revisão sistemática da literatura por mim realizada possibilitou identificar que os programas de reabilitação respiratória constituem uma intervenção estruturada e de elevada eficácia, com benefícios comprovados na melhoria da tolerância ao esforço, na redução da dispneia, na diminuição do número de exacerbações e hospitalizações, bem como na promoção da qualidade de vida destas pessoas. Constatou-se, igualmente, que a capacitação da pessoa e família desempenha um papel central na manutenção dos ganhos em saúde obtidos, reforçando a relevância da componente educativa e motivacional.

A prática clínica desenvolvida por mim ao longo dos ensinamentos clínicos permitiu relacionar a evidência científica com a realidade dos cuidados, comprovando que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é determinante para potenciar a autonomia, prevenir complicações e reduzir o impacto funcional da doença. Foi evidente, que a sua atuação não se

limita ao treino da função respiratória ou à prescrição de exercício terapêutico, mas abrange também a educação para a saúde, a gestão de sintomas, a promoção da adesão ao regime terapêutico e a capacitação para a autogestão. Esta abordagem holística, centrada na pessoa e integrada na comunidade, contribui para ganhos efetivos em saúde e para um maior envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação.

Deste modo, conclui-se que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no âmbito da reabilitação respiratória em contexto comunitário, assume um papel fundamental na promoção da autonomia e da qualidade de vida de pessoas com alterações respiratórias, contribuindo ainda para a redução do peso destas doenças nos sistemas de saúde. Este relatório constituiu, simultaneamente, uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, permitindo desenvolver competências especializadas, reforçar a importância da prática baseada na evidência e consolidar uma postura reflexiva e crítica na prática dos cuidados, imprescindível ao exercício autónomo e responsável da profissão.

Por fim, é fundamental a necessidade de continuar a investir na investigação nesta área, de forma a sustentar práticas inovadoras, adaptadas às necessidades da população, e a garantir que os cuidados de enfermagem de reabilitação mantêm elevados padrões de qualidade.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barata, L. F. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional: A importância da formação contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 123–136). Lusodidacta.
- Benner, P. E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Prentice Hall.
- Brink, P., & Skott, C. (2013). Trust in nurse–patient relationships: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1–2), 1–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.12012>
- Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *PsiLogos*, 15(1), 91–101.
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31–38.

- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). Reeducação funcional respiratória. In M. C. O. C. Cordeiro & E. C. P. C. Menoita (Coords.), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61–115). Lusociência.
- Cravo, A., Attar, D., Freeman, D., Holmes, S., Ip, L., & Singh, S. J. (2022). The importance of self-management in the context of personalized care in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17, 231–243. <https://doi.org/10.2147/COPD.S343108>
- Crespo Lopes, J., & Stará, J. (2022). Reflective portfolios as decolonial pedagogical practices. *Educar em Revista*, 38. <https://doi.org/10.1590/1984-0411.85774>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Norma n.º 004/2021 – Programa de Reabilitação Respiratória na Comunidade*. DGS. <https://www.dgs.pt/>
- Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. da S., Ribeiro, O. M. P. L., Gomes, B. P., & Fernandes, C. S. N. (2020). Elderly residents in the community: Gaining knowledge to support a rehabilitation nursing program. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl. 3), e20200194. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0194>
- Guedes, N., Dias, C., & Marques, A. (2021). Eficácia da reabilitação respiratória na comunidade em pessoas com DPOC: Revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 27(2), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2020.11.003>
- Hanrahan, C., Broderick, J., O'Connor, T. M., & McVeigh, J. G. (2021/2022). Behaviour change and physical activity interventions for physical activity engagement in community-dwelling adults with chronic obstructive pulmonary disease: Protocol for a systematic review. *HRB Open Research*, 4, Article 110. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13399.2>
- Hesbeen, J. (2010). *A importância da reabilitação na prática de enfermagem*. Editora Saúde.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4.ª ed.). Lusociência.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Lenferink, A., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P. D. L. P. M., Frith, P. A., Zwerink, M., Monninkhof, E. M., van der Palen, J., & Effing, T. (2017). Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(8), CD011682. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011682.pub2>

- Manifield, J., Chaudhry, Y., Singh, S. J., Ward, T. J. C., Whelan, M. E., & Orme, M. W. (2024). Changes in physical activity, sedentary behaviour and sleep following pulmonary rehabilitation: A systematic review and network meta-analysis. *European Respiratory Review*, 33(172), 230225. <https://doi.org/10.1183/16000617.0225-2023>
- McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003793. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3>
- Middleton, R., Metusela, C., Marriott-Statham, K., Ferguson, C., & Davidson, P. M. (2023). The engagement of older people living with chronic lung disease in a peer support community-based exercise programme: A qualitative study. *Health Expectations*, 26(6), 2409–2417. <https://doi.org/10.1111/hex.13847>
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M. F. P. da S., & Schoeller, S. D. (2022). Trabalho de equipa no cuidado a pessoas idosas: Especificidades do especialista em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), e241. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.241>
- Neves, L. F., dos Reis, M. H., & Gonçalves, T. R. (2016). Home or community-based pulmonary rehabilitation for individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(6), e00085915. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085915>
- Oliveira, G., Félix, R., Ruivo dos Santos, P., Monteiro, L., & Tejo, C. (2024). Managing chronic obstructive pulmonary disease in primary health care: The impact of pulmonary rehabilitation. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 40(1), 58–67. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i1.13749>
- Oliveira, T. M. D., Pereira, A. L., Costa, G. B., de Souza Mendes, L. P., de Almeida, L. B., Velloso, M., & Malaguti, C. (2022). Embedding pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease in the home and community setting: A rapid review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, Article 780736. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.780736>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Diário da República. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67552234/details/maximized>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Pereira, R., Ribeiro, Í. J. S., Freire, I. V., de Oliveira, B. G., Casotti, C. A., & Boery, E. N. (2018). Stress and quality of life among university students: A systematic literature review. *Health Professions Education, 4*(2), 2. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.002>
- Perrenoud, P. (1999). *Savoir réfléchir sur sa pratique, objectif central de la formation des enseignants?* Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_26.html
- Ribeiro, C., Costa, A. S., Silva, R. M., & Gomes, M. I. (2021). Foundations of nursing practice: Theoretical models in rehabilitation. *Journal of Nursing Theory, 30*(4), 445–453. <https://doi.org/10.1111/jon.12351>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação* (1.ª ed.). Lidel.
- Rodrigues, M. C., & Fernandes, M. C. (2021). A importância da revisão sistemática na enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação* (pp. 123–145). Editora Científica.
- Sousa, M. R., Ribeiro, A. L. P., & Almeida, M. M. (2020). Revisão sistemática da literatura: Metodologia e aplicação na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(6), e20200203. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0203>
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., & Wouters, E. F. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 188*(8), e13–e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing theorists and their work* (5th ed.). Mosby.
- Umbacía-Salas, F. Á., Silva-Rodríguez, L. J., Palencia-Mojica, C. L., & Polanía-Robayo, A. Y. (2020). Rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista de Investigación en Salud, 7*(2), 119–137. <https://doi.org/10.24267/23897325.421>

White, M. E., McKinley, S., & McDowell, J. (2011). Spirituality and spiritual self-care: An extension of Orem's self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 236–243. <https://doi.org/10.1177/0894318411407072>

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUADRO SÍNTESE DAS VÁRIAS EQUAÇÕES REALIZADAS PARA A PESQUISA

EBSCOhost	SciELO	PUBMED	BVS	CINAHL Complete	Medline Complete
<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 5Anos) =0 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 10Anos) =0 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto completo e gratuito e Ultimos 10Anos) =2 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 5Anos) =0 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 10Anos) =0 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 10Anos) =0 artigos</p>
<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes = 352 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND nursing AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes</p>

(Filtros: Texto Integral e Ultimos 5Anos) =106 artigos	(Filtros: Texto Integral e Ultimos 10Anos) =34 artigos (Filtro: Ultimos 5Anos) =12 artigos	(Filtros: Texto completo, gratuito, Systematic Review e Ultimos 5Anos) =217 artigos	(Filtros: Texto Integral, revisão literatura, revisão sistemática e Ultimos 10Anos) =24 artigos (Filtro: Ultimos 5Anos) =12 artigos	(Filtros: Texto Integral e Ultimos 5Anos) =73 artigos	(Filtros: Texto Integral e Ultimos 5Anos) =327 artigos
<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 5Anos) =175 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND Community AND Activities of daily living OR Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 10Anos) =426 artigos (Filtro: Ultimos 5Anos) =158 artigos</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto completo, gratuito e Ultimos 10Anos) 1 artigo</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND Community AND Activities of daily living AND Respiratory Changes (Filtros: Texto Integral e Ultimos 10Anos) =1 artigo</p>		
		<p>Pesquisa com palavras chave:</p>	<p>Pesquisa com palavras chave:</p>		

		<p>Rehabilitation AND Community AND Ac- tivities of daily living OR Respiratory Changes (Filtros: Texto com- pleto, gratuito, Sys- tematic Review e Ul- timos 5Anos) =139 artigos</p>	<p>Rehabilitation AND Community AND Ac- tivities of daily living OR Respiratory Changes (Filtros: Texto Inte- gral, revisão literatura, revisão sistemática e Ultimos 5Anos) =89 artigos</p>		
		<p>Pesquisa com pa- lavras chave:</p> <p>Rehabilitation AND Community AND Respiratory Changes (Filtros: Texto com- pleto, gratuito e Ulti- mos 10Anos) =174 artigos</p>			

		(Filtro: Ultimos 5Anos) =92 artigos			
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE II – QUADRO SÍNTESE DOS ARTIGOS

Título Estudo, País, Ano	Autor	Objetivo	Intervenção/ Exercício	Duração/ Frequência	Avaliação
1- Home or community-based pulmonary rehabilitation for individuals with COPD: a systematic review and meta-analysis, Brasil 2016	Leonardo Fratti Neves; Manoela H. dos Reis; Tonantzin R. Gonçalves	Avaliar efeitos de Reabilitação Pulmonar domiciliar/comunitária (RPDC) vs controle e vs Reabilitação Pulmonar ambulatorio (RPA)	Exercício físico e componente educacional por mais de quatro semanas em casa/comunidade	23 ensaios clínicos randomizados incluídos; duração mínima de 4 semanas; frequência conforme estudos originais	Capacidade funcional (Teste da caminhada de 6 minutos, Teste de caminhada progressiva em "shuttle"), MRC (Medical Research Council Dyspnea Scale) classificação da dispneia, qualidade de vida (SGRQ, CRQ)
2- Embedding Pulmonary Rehabilitation for COPD in the Home and Community Setting: A Rapid Review, Brasil 2022	Túlio Medina Dutra de Oliveira, Adriano L. Pereira, Giovani B. Costa, Liliane P. de Souza Mendes, Leonardo B. Almeida, Marcelo Velloso, Carla Malaguti	Analisar componentes, benefícios, barreiras e facilitadores da reabilitação pulmonar em casa e comunidade	HBPR: exercícios com intensidade leve a moderada, supervisionados minimamente ou via telereabilitação; CBPR: exercícios presenciais com fisioterapeutas	Incluiu 76 estudos – 57 estudos de reabilitação pulmonar domiciliária (HBPR) e 19 estudos, de reabilitação pulmonar comunitária (CBPR); frequência e duração variáveis conforme protocolo dos estudos	Capacidade funcional, qualidade de vida, internamentos, custos, adesão, barreiras/facilitadores

<p>3- <i>Managing chronic obstructive pulmonary disease in primary health care: the impact of pulmonary rehabilitation, Portugal</i> 2024</p>	<p>Guilherme Oliveira, Rita Félix, Pedro Ruivo dos Santos, Luís Monteiro, Cristina Tejo</p>	<p>Explorar o impacto da reabilitação pulmonar no contexto de cuidados de saúde primários na gestão da DPOC</p>	<p>Programa de reabilitação pulmonar (exercício e educação respiratória) integrado no Serviço de Atenção Primária do Sistema de Saúde.</p>		<p>Capacidade funcional, dispneia, qualidade de vida, número de exacerbações</p>
<p>4- <i>Elderly residents in the community: gaining knowledge to support a rehabilitation nursing program, Portugal</i> 2020</p>	<p>Ana da Conceição Alves Faria, Maria Manuela Martins, Olga Ribeiro, Bárbara Gomes, Carla Fernandes</p>	<p>Analisar as condições sociodemográficas e de saúde de idosos comunitários, para fundamentar programas de enfermagem de reabilitação</p>	<p>Avaliação de estilo de vida, equilíbrio e participação social (base para intervenção posterior)</p>	<p>Coleta de dados entre set/2018–jul/2019 (48 idosos)</p>	<p>Perfil demográfico e clínico, incidência de queda, sedentarismo, estado emocional</p>
<p>5- Trabalho de Equipa no Cuidado a Pessoas Idosas: Especificidades do Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Portugal 2022</p>	<p>Maria Clara Duarte Monteiro; Maria Manuela Martins; Soraia Dornelles Schoeller</p>	<p>Comparar a prática dos enfermeiros gerais e especialistas em reabilitação no trabalho em equipa no cuidado ao idoso</p>	<p>Questionário ad hoc sobre práticas de equipa</p>	<p>Amostra: 192 enfermeiros no Norte de Portugal a exercer funções com idosos em contexto hospitalar e comunitário.</p>	<p>Interdependência de tarefas, estratégias de comunicação, liderança</p>

<p>6- <i>Behaviour change and physical activity interventions for physical activity engagement in community dwelling adults with COPD: protocol for a systematic review</i></p> <p>Irlanda 2021/2022</p>	<p>Ciara Hanrahan, Julie Broderick, Terence M. O'Connor, Joseph G. McVeigh</p>	<p>Avaliar intervenções de mudança comportamental e atividade física para aumentar o envolvimento na atividade física em adultos com DPOC residentes na comunidade, mapeando-as segundo os domínios teóricos (TDF) de Michie.</p>	<p>Diversas intervenções de mudança comportamental (ex. aconselhamento, suporte social, definição de metas), combinadas com atividades físicas</p>	<p>Não restrito a tipo ou duração; inclui diversos ensaios por ser um protocolo</p>	<p>Resultados primários: nível de atividade física e sedentarismo. Secundários: qualidade de vida, capacidade de exercício, eventos adversos, adesão</p>
<p>7- <i>The Importance of Self-Management in the Context of Personalized Care in COPD</i>, Reino Unido 2021 publicado em 2022</p>	<p>Ana Cravo, Darush Attar, Daryl Freeman, Steve Holmes, Lindsay Ip, Sally J Singh</p>	<p>Discutir evolução e mecanismos de auto-gestão na DPOC, avaliar programas multidisciplinares e sugerir componentes ideais para planos personalizados de auto-gestão</p>	<p>Revisão de intervenções com foco em educação, monitorização de sintomas e estratégias personalizadas (digital e presencial)</p>	<p>Baseado em estudos existentes: variados, sem intervenção original</p>	<p>Avaliação: eficácia clínica (resposta a sintomas/exacerbações), resultados humanísticos (qualidade de vida), equidade em saúde</p>
<p>8- <i>Changes in physical activity, sedentary behaviour and</i></p>	<p>James Manifold, Yousuf Chaudhry, Sally J. Singh, Thomas J.C. Ward,</p>	<p>Comparar eficácia relativa de diferentes intervenções baseadas em reabilitação pulmonar</p>	<p>Programas de reabilitação pulmonar: centro (CBPR), doméstica, e</p>	<p>≥3 semanas (critério incluído nos estudos originais)</p>	<p>Avaliação com contadores de passos, tempo em MVPA, tempo sedentário e sono através</p>

<i>sleep following pulmonary rehabilitation: a systematic review and network meta-analysis</i> , Reino Unido 2024	Maxine E. Whelan, Mark W. Orme	sobre atividade física, sedentarismo e sono	CBPR com promoção de atividade física		de uma meta análise de rede
<i>9-Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with COPD (Review)</i> , vários países 2017	Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PDLPM, Frith PA, Zwerink M, Monninkhof EM, van der Palen J, Effing TW	Avaliar eficácia de intervenções estruturadas de autocontrole com planos de ação para exacerbações vs cuidados habituais	Intervenções multicomponentes (educação, planos de ação escritos, feedback profissional) não excluindo programas de reabilitação pulmonar	Seguimento de 2 a 24 meses (variável nos estudos incluídos)	Qualidade de Vida (HRQoL), medido pelo questionário (SGRQ), internamentos respiratórios, hospitalizações gerais, mortalidade, dispnéia (mMRC)
<i>10- The engagement of older people living with chronic lung disease in a peer support community-based exercise programme: A qualitative study</i> ,	Rebekkah Middleton, Christine Metusela, Kelly Marriott-Statham, Caleb Ferguson, Patricia Davidson	Explorar a experiência de idosos com doença pulmonar crônica participantes num programa de exercício comunitário com apoio por pares	Programa “Lungs in Action” em centro comunitário de lazer local com exercício em grupo e suporte por pares	Recrutamento de 2 semanas de entrevistas de grupo (n = 14 participantes)	Análise temática qualitativa – temas: motivação, envolvimento social autêntico e alcance sustentável

Austrália 2023					
11- Rehabilitación Pulmonar en Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva Crónica Colômbia 2020	Flor Á. Umbacía-Sa-las; Laura J. Silva-Rodríguez; Clara L. Palencia-Mojica; Alba Y. Polanía-Ro-bayo	Análise da evidência ci-entífica atual (últimos 5 anos) sobre reabilita-ção pulmonar na DPOC	Protocolos de RP em ambientes hospitalar, comu-nitário e ambulato-rial com questioná-rios respiratórios	53 artigos; Média de 100 pacientes por programa; idade média 59 anos; fre-quência variável (não deta-lhada)	Atividade física, dis-pneia, sintomas respira-tórios e qualidade de vida

APÊNDICE III – PLANOS DE CUIDADOS

Estudante 1MER : Marina Torres Branca nº 080109018

Hospital Santa Marta - Serviço Pneumologia

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Reabilitação e Funcionalidade

Colheita de Dados

O utente C.P. é do sexo masculino, tem 63 anos, é português e natural de Lisboa.

O senhor C.P. é ateu e solteiro.

O utente C.P. atualmente está desempregado, de profissão era Padeiro. Vive sozinho, apenas tem um elemento mais próximo que é um amigo, que o visita todos os domingos no serviço.

Desconhece alergias.

O utente C.P. deu entrada na urgência do HSJ no dia 23/01/2025 com sintomas de dispneia, tosse, expetoração com 3 dias de evolução, sub- febril, com maior cansaço.

Como antecedentes pessoais tem HTA e Dislipidémia.

Manter Ambiente Seguro: Habita numa cave, com cinco degraus de acesso à entrada da casa, com saneamento básico, eletricidade casa de banho com poliban. Não tem história de quedas recentes.

Comunicar: Vígil, calmo, sem alterações de audição.

Respirar: Respiração predominantemente abdominal, regular, simétrica de amplitude média.

Avaliação Cardio- Respiratória: Com edemas dos pés e tornozelos.

Pele e mucosas: Rosada e hidratada, sem dor.

Comer e beber: Estado nutricional inadequado, com peso acima do normal.

Apresenta dentição completa. Independente.

Eliminar: Controlo de esfíncter, solicita urinol, por gestão do esforço.

Higiene Pessoal e Vestir-se: Ajuda parcial nos cuidados de higiene e vestir-se (consegue tomar banho, necessita de ajuda para aprontar a roupa e utensílios no Wc).

Sem alterações na integridade cutânea.

Manter a temperatura: 36°C à entrada, sem história de convulsões.

Mover-se: Independente

Equilíbrio estático e dinâmico mantido

Trabalhar e divertir-se: Desempregado, gosta de sair para ir às compras, mas tem dificuldade pelas alterações respiratórias e cansaço fácil a pequenos esforços.

Expressar a sexualidade: Sem dados

1.1. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Foco de Atenção	Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Especificações	Horários
Autonomia	Potencial de reconstrução de autonomia, comprometido em grau moderado relacionado com: ventilação ineficaz, manifestado por: Dispneia		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a consciencialização das mudanças no seu estado de saúde; - Crença demonstrada que é capaz de recuperar; - Desejo expresso em se tornar mais independente; - Motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem; - Capacidade cognitiva; - Capacidade física; 		SOS
Adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico comprometido relacionado com: ventilação ineficaz, manifestado por: Dispneia		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a adesão ao regime terapêutico; - Ensinar sobre técnica inalatória de acordo com o dispositivo que usa ao utente e cuidador; 		Todos os turnos, 1x turno

			- Treinar técnica inalatória de acordo com o dispositivo que usa com o utente e cuidador;		
Autogestão da doença	Potencial para melhorar o conhecimento sobre autogestão da doença relacionado com: ventilação ineficaz, manifestado por: Dispneia		- Informar sobre os sinais e sintomas associados à patologia respiratória (DPOC); - Elaborar um plano de ação e automonitorização dos sintomas decorrentes da doença respiratória crónica; - Elaboração de um plano de hábitos de vida saudáveis;		SOS
Capacidade para tomar banho	- Capacidade para tomar banho comprometida em grau reduzido -Cohecimento sobre técnica de adaptação para tomar banho comprometido em grau reduzido. - Conhecimento sobre dispositivo de apoio para tomar	Aumentar a capacidade da pessoa para executar o autocuidado higiénico de forma independente.	- Avaliar com a pessoa a capacidade para tomar banho com uso da Escala SCIM; - Ensinar técnica de adaptação para tomar banho (utilizando a cadeira para se sentar no chuveiro); - Treinar técnica de adaptação para tomar banho (com auxílio de cadeira para se sentar no chuveiro); - Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o autocuidado: Higiene;	Estimular a autonomia do utente, incentivando-o a usar a ca-	Turno Fixo: 8h-16h

	<p>banho comprometido em grau reduzido.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: Higiene; - Avaliar com a pessoa a relação entre uso de dispositivo de apoio e autonomia para tomar banho; - Providenciar dispositivos para o autocuidado:Higiene; - Ensinar a pessoa sobre dispositivo de apoio para tomar banho; - Treinar a pessoa sobre dispositivo de apoio para tomar banho. - Incentivar a pessoa a participar ativamente no autocuidado Higiene; - Tomar banho no chuveiro; 	<p>deira para gerir os gastos de energia e não se sentir tão cansado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o utente a usar a cadeira para se sentar no chuveiro; <p>Utente sentado em cadeira sanitária, com dispositivo de segurança na parede (barra de apoio) da casa de banho. Utilização de esponja com cabo comprido.</p>	
--	---	--	---	---	--

Ingestão Nutricional	- Com risco de compromisso da Ingestão Nutricional	- Manter o estado nutricional adequado; - Garantir a ingestão adequada de macronutrientes e micronutrientes;	- Avaliar o risco de compromisso de ingestão nutricional; - Pedir colaboração da nutricionista;		7/7 dias
Úlcera de Pressão	- Alto risco de úlcera de pressão.	- Promover a integridade cutânea.	- Reavaliar Risco de Úlcera de Pressão; - Avaliar integridade da pele; - Aplicar creme hidratante; - Aliviar zona de pressão através de dispositivos; - Incentivar a posicionar 3/3h; - Vigiar sinais de úlcera de pressão.		15 em 15 dias SOS
Queda	- Alto risco de queda.	- Prevenir quedas.	- Reavaliar risco de queda; - Elevar as grades da cama; - Manter cadeira/ cama travada;		7 em 7 dias SOS

Ventilação comprometida	- Ventilação comprometida relacionado com: ventilação ineficaz, manifestado por: Dispneia		<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de auscultação; - Executar técnicas para otimizar a ventilação (exercícios de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática, reeducação seletiva costal com abertura costal drt/esq, reeducação seletiva costal da hemicupula drt/esq, abertura bilateral dos arcos costais com bastão); - Ensinar sobre as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Treinar as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação. - Ensinar e treinar a posição de repouso e relaxamento, 		Todos os turnos, 1x turno e SOS
Dispneia em repouso			<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas de descanso e relaxamento (posição de cocheiro); 		Todos os turnos,

			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento; - Treinar o uso de técnicas de descanso e relaxamento; <p>Executar técnicas de correção postural.</p>		1x turno e SOS
Limpeza das Vias Aéreas comprometida	Limpeza das Vias Aereas comprometida relacionado com: ventilação ineficaz, manifestado por: Dispneia		<ul style="list-style-type: none"> - Auscultação do toráx; - Ensinar sobre técnicas para limpeza das vias aéreas; - Executar técnicas para limpeza das vias aéreas (drenagem postural, manobras acessórias percussão, vibração e compressão, tosse assistida e dirigida, huffing, técnica de expiração forçada, ciclo ativo da expiração) - Treinar técnicas de limpeza das vias aéreas; - Incentivar a ingestão hídrica. 		<p>Todos os turnos,</p> <p>1x turno e SOS</p>

<p>Intolerância à atividade</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso; - Ensinar sobre vigilância da resposta à atividade física; - Monitorizar a percepção subjetiva de esforço aplicando a Escala de Borg Modificada; - Durante o esforço incentivar a sincronia respiratória com os movimentos executados; - Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia; - Ensinar sobre exercícios de resistência; - Executar exercícios de resistência; - Treinar exercícios de resistência; - Vigiar períodos de atividade e repouso; - Incentivar a manter atividade física de forma contínua no dia a dia; - Planejar repouso. 		<p>Turno da Manhã e Tarde</p>
--	--	--	--	-------------------------------

Movimento Corporal (dos membros superiores e membros inferiores)	Movimento corporal dos membros superiores e inferiores comprometido relacionado com: ventilação ineficaz, manifestado por: Diminuição da amplitude dos movimentos em todos os segmentos dos MS e MI		<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular dos MS e MI (exercícios ativos assistidos e exercícios ativos com e sem recurso a dispositivos) - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares dos MS e MI; - Treinar exercícios musculares e articulares dos MS e MI. 		Turno da Manhã e Tarde
---	---	--	--	--	------------------------

Estudante: Marina Branca Nº 080109018

1º Mestrado Enfermagem Reabilitação

PROCESSO DE ENFERMAGEM

ADMISSÃO PARA CIRURGIA PROGRAMADA

Utente admitida no serviço da Ala Santa Catarina para cirurgia programada no dia 07 Abril 2025 no 1º tempo 8h para uma PTJ drt.

Colheita de Dados

A utente M.S. é do sexo feminino, tem 66 anos, é portuguesa e natural de Mem Martins.

A senhora M.S. é ateu e casada.

A utente M.S. tem escolaridade 4º ano tem como profissão empregada de limpeza. Atualmente coabita com o marido e uma filha.

As alergias são desconhecidas.

A utente M.S. deu entrada no Serviço para realizar cirurgia de PTJ drt a dia 07/04.

Como antecedentes pessoais tem Hipertensão Arterial.

Há entrada possui produtos de apoio canadianas.

Manter Ambiente Seguro: Habita na cave de prédio sem elevador, com cerca de 10 degraus de escadas de acesso, com saneamento básico, eletricidade casa de banho com banheira. Não tem história de quedas recentes.

Comunicar: Vígil, calma, sem alterações da visão , sem alterações da audição.

Respirar: Nega hábitos tabágicos.

Avaliação Cardio- Respiratória: Sem edemas e sem alterações circulatórias periféricas.

Pele e mucosas: Rosada e hidratada, sem dor.

Comer e beber: Estado nutricional adequado.

Apresenta dentição completa.

Eliminar: Controlo de esfíncter, desloca-se de forma independente ao wc.

Higiene Pessoal e Vestir-se: Independente nos cuidados de higiene e vestir-se

Sem alterações na integridade cutânea.

Manter a temperatura: 36,2°C à entrada, sem história de convulsões.

Mover-se: Apresenta défice da marcha, com claudicação.

Equilíbrio sentado/pé, estático e dinâmico sem alterações.

Trabalhar e divertir-se: Empregada de limpeza.

Dormir: Toma medicação em SOS.

Morrer: Não é possível avaliar a sua perceção sobre o seu estado.

Foco de Enfermagem	Diagnóstico	Resultados esperados/ Indicadores (NOC)	Intervenções	Avaliação (Escala Liker)	Horário
Movimento Corporal (Membro Inferior)	Mobilidade comprometida Relacionada com: Gonartrose drt Manifestada por: Diminuição da amplitude do joelho, com alterações da marcha	1. Movimento Articular 1.1: Quadril, joelho e tornozelo. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio reduzido da variação normal)	- Ensinar sobre exercícios musculares e articulares (exercícios isométricos de para fortalecimento dos músculos flexores do joelho que pode desenvolver quando se encontrar no recobro após cirurgia). - Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos de todos os segmentos do Membro inferior drt) - Treinar exercícios musculares e articulares.	Movimento Articular 1.1: Quadril, joelho e tornozelo drt Nível obtido:	Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h
Risco de Queda	Risco de Queda em grau moderado		- Reavaliar o Risco de Queda, através da escala de Morse Modificada - Manter o ambiente seguro - Baixar a cama até à cota 0		De 7 em 7 dias Todos os turnos e SOS

Andar com auxiliar de marcha	<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre auxiliar de marcha</p> <p>Relacionada com: Gonartrose drt</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude do joelho, com alterações da marcha</p>	<p>- Capacidade para adquirir os conhecimentos sobre auxiliares de marcha, andar com os auxiliares de marcha;</p>	<p>- Ensinar sobre auxiliares de marcha: ajuste correto das canadianas e condições de segurança;</p> <p>- Ensinar sobre andar com auxiliares de marcha (caminhar: canadianas, membro operado e membro são com passos curtos);</p> <p>- Treinar o andar com auxiliar de marcha, canadianas;</p> <p>- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliares de marcha (eliminar tapetes, desimpedir o caminho e ter atenção aos animais de estimação gatos e cães que se colocam muitas vezes na frente dos pés);</p>		<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>
Adesão ao Regime de Reabilitação	<p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao</p>	<p>- Consciencialização sobre a relação entre a adesão ao programa de reabilitação e a recuperação e ter conhecimento</p>	<p>- Ensinar sobre o programa de reabilitação (ensinar à pessoa as fases do processo de reabilitação após a cirurgia ao membro operado PTJ, a pessoa irá permanecer na cama nas primeiras horas após cirurgia e o levante será</p>		<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>

	<p>programa de reabilitação e a recuperação</p> <p>Relacionada com: Gonartrose drt</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude do joelho, com alterações da marcha</p>	<p>sobre as fases do programa de reabilitação, minimizando a ansiedade e promovendo o seu envolvimento e adesão;</p>	<p>feito normalmente nas primeiras 24h, pelo enfermeiro, podendo apresentar algum dreno; os objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação serão, nesta primeira fase para prevenir contraturas e atrofia muscular dos grupos musculares adjacentes à articulação através da execução de exercícios musculares, prevenir a rigidez da articulação através da mobilização precoce da mesma; promover o fortalecimento muscular dos MS's com vista a potenciar a utilização dos meios auxiliares de marcha após o levante; assim após o levante é objetivo promover o fortalecimento muscular dos grupos musculares envolvidos no movimento da respetiva articulação, através dos exercícios musculartoarticulares ativos-assistidos ou ativos resistidos, prevenir a rigidez da articulação e promover um aumento</p>		
--	--	--	--	--	--

			progressivo da amplitude do movimento, promover a deambulação eficaz com as canadias)		
--	--	--	---	--	--

Realizado acolhimento da pessoa e família ao serviço, feitos ensinios das rotinas e visitas do serviço.

Aconselhada a adquirir um banco para a banheira, de forma a facilitar o banho em casa.

Processo de Enfermagem

Fase 2 da Reabilitação Cardíaca

Ginásio – Hospital Santa Marta

Estudante: Marina Branca nº 080109018

Diagnóstico	Resultados esperados (NOC)	Intervenções	Avaliação (Escala de Liker)	Horário
-------------	----------------------------	--------------	-----------------------------	---------

<p>Promoção da Adesão ao Programa de Reabilitação: relacionada com medo de recorrência do evento cardíaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre a doença cardíaca e os benefícios da reabilitação para evitar complicações. - Ensinar sobre o papel do exercício físico na melhoria da função cardiovascular. - Ensinar estratégias de autogestão para monitorização dos sintomas e sinais de alarme (dispneia, dor torácica). - Demonstrar técnicas de autocontrole da frequência cardíaca e percepção do esforço (Escala de Borg). - Avaliar a adesão às sessões de reabilitação e identificar barreiras. - Supervisionar a prática dos exercícios. - Reforçar o cumprimento das orientações médicas e da equipa multidisciplinar. - Promover estratégias de reforço positivo para aumentar a motivação do utente (através de sessões de grupo). - Ensinar técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade associada à atividade física. - Ensinar sobre alimentação saudável e impacto na saúde cardiovascular. - Potenciar o envolvimento de familiares e cuidadores na reabilitação, promovendo apoio emocional e motivacional. - Promover sessões educativas periódicas dirigidas ao indivíduo e família/cuidador, procurando a participação destes, sobre o conhecimento da doença, FRCV, EF e AF, atividade sexual, aspetos psicológicos, alimentação, medicação, reinserção socio-laboral. 	<p>2x por semana</p>
---	---	----------------------

<p>Risco de intolerância à atividade física: relacionado com capacidade cardiovascular comprometida.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar sinais vitais antes, durante e após a atividade para garantir segurança. (telemetria) - Avaliar sinais de intolerância ao exercício (dispneia, fadiga, dor torácica). - Supervisionar exercícios aeróbicos e de resistência muscular. - Ensinar técnicas de autoavaliação (Escala de Borg, frequência cardíaca máx). - Incentivar a realização de alongamentos e exercícios de aquecimento e retorno à calma. 		<p>2x por semana</p>
<p>Déficit no conhecimento: relacionado com gestão da condição cardíaca.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar o utente e cuidador sobre sinais de alerta de complicações cardiovasculares. - Ensinar sobre o uso correto da medicação - Ensinar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico. - Incentivar a adoção de hábitos saudáveis: dieta equilibrada, cessação tabágica e controle do stress. 		<p>2x por semana</p>
<p>Ansiedade: relacionada com medo de recorrência do evento cardíaco</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o envolvimento familiar e social no processo de reabilitação. - Promover sessões de relaxamento para diminuir os efeitos e sinais da ansiedade no utente. - Encaminhar para apoio psicológico se necessário. 		<p>2x por semana</p>

Horário

					1x Turno: Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h
--	--	--	--	--	---

**PROCESSO DE ENFERMAGEM –
CENTRO REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO**

ESTÁGIO I – CONTEXTO NEUROLOGIA ALCOITÃO

Processo de Enfermagem D.M.

Reabilitação e Funcionalidade

Colheita de Dados (realizada com questionário de colheita de dados do serviço)

A utente D.M. é do sexo feminino, tem 49 anos, é portuguesa e natural de ...

A senhora D.M. é ateu e solteira.

A utente D.M. tem escolaridade até ao 10º ano e como profissão era Professora de Yoga. Atualmente coabita com a filha

As alergias são desconhecidas.

A utente D. M. deu entrada no Serviço com diagnóstico médico de Aneurisma, para internamento a 07 Agosto 2024, com incapacidade de Tetraparésia espástica.

Como antecedentes pessoais tem hipotireoidismo e Hipertensão Arterial.

Há entrada não tem produtos de apoio e o tratamento da roupa pessoal é feito em casa.

Manter Ambiente Seguro: Habita num prédio com elevador, com saneamento básico, eletricidade casa de banho com banheira. Tem histórico de consumo de substâncias aditivas como LSD, marijuana, cocaína dos 17-21 anos. Não tem história de quedas recentes.

Comunicar: Vígil, calma, com alterações da visão (uso de óculos), sem alterações da audição, apresenta hipofonia.

Respirar: Hábitos tabágicos de 15 cigarros por dia, com pouca tolerância ao esforço.

Avaliação Cardio- Respiratória: Sem edemas e sem alterações circulatórias periféricas.

Pele e mucosas: Rosada e hidratada, sem dor.

Comer e beber: Estado nutricional adequado, com perda de peso recentemente.

Há entrada encontra-se com PEG.

Apresenta dentição completa. Necessita de ajuda total na higiene oral.

Eliminar: Controlo de esfíncter, solicita ida ao wc, com ajuda total.

Higiene Pessoal e Vestir-se: Ajuda total nos cuidados de higiene e vestir-se

Sem alterações na integridade cutânea.

Manter a temperatura: 36°C à entrada, sem história de convulsões.

Mover-se: Incapacidade de Tetraparésia espástica, desloca-se em cadeira de rodas climática, com alterações da postura.

Equilíbrio sentado/pé, estático e dinâmico com alterações deficientes. Não consegue posição ortostática. Com alterações musculo esqueléticas dos quatro membros.

Ajuda total nas transferências, mobilizações e alternâncias de decúbito.

Trabalhar e divertir-se: Sem dados

Exprimir a sexualidade: Sem dados

Dormir: Toma medicação em SOS.

Morrer: Não é possível avaliar a sua perceção sobre o seu estado, e a perceção dos familiares é pouco adequada com expectativas elevadas.

Foco de Enfermagem	Diagnóstico	Resultados esperados/ Indicadores (NOC)	Intervenções	Avaliação (Escala Liker)	Horário
Movimento Corporal (Membro Superior)	Mobilidade comprometida (relacionado com: Tetraparêisa Manifestado por: Diminuição da amplitude dos segmentos das articulações)	<p>1. Movimento Articular</p> <p>1.1: Ombros, cotovelos e punhos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>1.2: Pescoço. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>1.3: Dedos das mãos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>2. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (moderadamente comprometido)</p> <p>2.2: Tónus Muscular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p>	<p>- Ensinar sobre exercícios musculares e articulares de todo o Membro superior.</p> <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular de todo o segmento (exercícios passivos em todos os segmentos das articulações do membro superior)</p> <p>- Treinar exercícios musculares e articulares</p>	<p>Movimento Articular</p> <p>1.1: Ombros, cotovelos e punhos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>Nível obtido: Nível 3 (Desvio Moderado da variação normal)</p> <p>1.2: Pescoço. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>1.3: Dedos das mãos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>2. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 2 (substancialmente comprometido) →</p>	1x Turno: Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h

		2.3: Movimento articular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (moderadamente comprometido)		Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido) 2.2: Tônus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido) 2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido)	
Movimento Corporal (Membro Inferior)	Mobilidade comprometida Relacionada com: Tetraparésia	2. Movimento Articular 1.1: Quadril, joelhos e tornozelos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)	- Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos de todos os segmentos do Membro inferior) - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares	Movimento Articular 1.1: Quadril, joelhos e tornozelos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio	Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h

	<p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos segmentos das articulações dos Membros inferiores</p>	<p>1.2: Dedos dos pés. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>3. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (moderadamente comprometido)</p> <p>2.2: Tônus Muscular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (moderadamente comprometido)</p>	<p>- Treinar exercícios musculares e articulares</p>	<p>moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>1.2: Dedos dos pés. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>2. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 2 (substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.2: Tônus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível</p>	
--	--	---	--	--	--

				<p>2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	
Espasticidade	<p>Espasticidade presente</p> <p>Relacionado com: Aneurisma</p> <p>Manifestada por: Tetraparésia</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar em padrão antiespástico - Executar massagem (em ambos os membros superiores e inferiores 1vez a cada turno) - Aplicar tala (feita pela ortoprotesia no MSE) - Treinar posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Incentivar posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) 		<p>Hora a Hora</p> <p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>

<p>Equilíbrio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio estático comprometido - Equilíbrio dinâmico comprometido <p>Relacionado</p> <p>com: Aneurisma</p> <p>Manifestado</p> <p>por: Tetraparésia</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Executar a técnica de treino de equilíbrio estático (em pé, através do Standing Frame) - Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé) - Ajuda parcial no treino de equilíbrio estático (em pé) - Correção da postura na cadeira de rodas (quais os exercícios que faz) 		<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>
<p>Capacidade para transferir-se</p>	<p>Capacidade para transferir-se comprometida</p> <p>Relacionada</p> <p>com: Tetraparésia</p> <p>Manifestada</p> <p>por: Diminuição da amplitude dos</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda parcial à pessoa a transferir-se na rotação do tronco na posição de pé; - Ensinar a técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira de rodas - Ensinar a técnica de adaptação para transferir-se da cadeira de rodas para a cama - Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira; 		<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>

	movimentos e força muscular		- Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira para a cama;		
Capacidade para tomar banho	Capacidade para tomar banho comprometida Relacionada com: Tetraparésia Manifestada por : Diminuição dos movimentos que condicionam a capacidade para tomar banho	1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária 1.1: Higiene. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)	- Ensinar a técnica de adaptação para tomar banho (para conseguir lavar a cabeça e parte posterior do corpo) - Treinar a técnica de adaptação para tomar banho (para conseguir lavar a cabeça e parte posterior do corpo) - Ensinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho (barras laterais de segurança) - Treinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho - Ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho (cuidador) - Ensinar ao cuidador sobre técnica de tomar banho - Treinar com o cuidador a técnica de tomar banho	1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária 1.1: Higiene. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 3 (Moderadamente comprometido)	Turno Fixo : 8h-16h e SOS

<p>Capacidade para vestir-se /despir-se</p>	<p>Capacidade para vestir-se /despir-se comprometida</p> <p>Relacionada com: Tetraparésia</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular para conseguir vestir-se e despir-se</p>	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Vestir-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 Muito Satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado)</p>	<p>- Reavaliar com a pessoa a capacidade para vestir-se/despir-se</p> <p>- Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se</p> <p>- Treinar a técnica de adaptação de vestir-se/despir-se</p> <p>- Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se</p>	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Vestir-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 (Muito satisfeito)</p> <p>Nível obtido: Nível 4 (Muito satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes demonstrado) →</p>	<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h e SOS</p>
--	--	---	--	--	--

				Nível 4 (Frequentemente demonstrado) Nível obtido: Nível 4 (Frequentemente demonstrado)	
Capacidade para arrancar-se	Capacidade para arrancar-se comprometida Relacionada com: Tetraparésia Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular para conseguir arrancar-se	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Arranjar-se Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 Muito Satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado)</p>	<p>- Reavaliar com a pessoa a capacidade para arrancar-se</p> <p>- Ensinar técnica de adaptação para arrancar-se (pentear-se sentada, vestir-se sentada)</p> <p>- Treinar a técnica de adaptação para arrancar-se</p> <p>- Incentivar a pessoa a arrancar-se</p>	<p>. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Arranjar-se Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 (Muito satisfeito)</p> <p>Nível obtido: Nível 4 (Muito satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p>	Turno Fixo 8h-16h

				<p>3.1: : Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado) Nível obtido: Nível 4 (Frequentemente demonstrado)</p>	
Alimentar-se	<p>Alimentar-se comprometido</p> <p>Relacionado com: Tetraparésia</p> <p>Manifestado por: Dificuldade em conseguir alimentar-se</p>	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Alimentar-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pessoa a alimentar-se - Ajuda parcial a pessoa na alimentação por via oral - Vigiar a refeição - Reavaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para alimentar-se; - Ensinar sobre dispositivo de apoio para comer (prato com rebordo lateral) - Treinar sobre dispositivo de apoio para comer 	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Alimentar-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Muito comprometido)</p>	<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>

<p>Eliminação urinária</p>	<p>Eliminação urinária comprometida por incontinência urinária</p> <p>Relacionada com: Aneurisma</p> <p>Manifestado por: Utente não conseguir controlar esfíncter urinário</p>	<p>1. Autocuidado 1.1: Higiene íntima. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 1 (Gravemente comprometido)</p> <p>2. Continência Urinária 2.1: Mantém padrão previsível de micção. Nível 2 (Nunca demonstrado) → Nível 2 (Raramente demonstrado)</p> <p>3. Equilíbrio Hídrico 3.1: Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>4. Estado de Conforto: Físico 4.1: Incontinência Urinária. Nível 2 (Substancial) → Nível 3 (Moderado)</p> <p>5. Adaptação à Mudança</p>	<p>- Monitorizar Balanço hídrico a cada 24H</p> <p>- Vigar características da urina</p> <p>- Reforçar sobre os cuidados com algália, prevenção de infeções, à pessoa e cuidador.</p>	<p>1. Autocuidado 1.1: Higiene íntima. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 1 (Gravemente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 1 (Gravemente comprometido)</p> <p>2. Continência Urinária 2.1: Mantém padrão previsível de micção. Nível 2 (Nunca demonstrado) → Nível 3 (Raramente demonstrado) Nível Obtido: Nível 3 (Raramente comprometido)</p> <p>3. Equilíbrio Hídrico 3.1: Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>4. Estado de Conforto: Físico</p>	<p>Todos os turnos</p>
-----------------------------------	--	--	--	--	------------------------

		5.1: Reconhece o motivo da mudança no ambiente de vida. Nível 3 (Moderadamente demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado)		4.1: Incontinência Urinária. Nível 2 (Substancial) → Nível 3 (Moderado) Nível Obtido: Nível 3 (Moderado) 5. Adaptação à Mudança 5.1: Reconhece o motivo da mudança no ambiente de vida. Nível 3 (Moderadamente demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado) Nível obtido: Nível 4 (Frequentemente demonstrado)	
Risco de Úlcera de pressão	Risco de úlcera de pressão em grau elevado Relacionado com: Tetraparésia Manifestada por: Imobilidade	1. Integridade Tecidual: Pele e Mucosas 1.1: Lesões na pele. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) 1.2: Eritema. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) 1.3: Integridade tecidual. Nível 4 (Suavemente comprometido) → Nível 5 (Não comprometido)	- Avaliação regular do risco de úlcera de pressão, através da Escala de Braden - Vigiar a integridade da pele - Aplicar creme hidratante em todo o corpo - Utilização de dispositivos auxiliares de alívio de pressão (almofadas, colchão por pressões alternadas)	1. Integridade Tecidual: Pele e Mucosas 1.1: Lesões na pele. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) Nível obtido: Nível 5 (Nenhum) 1.2: Eritema. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) Nível obtido: Nível 5 (Nenhum)	De 15 em 15 dias Todos os turnos e SOS

	<p>reduzida e diminuição da força muscular e amplitude articular</p>	<p>2. Mobilidade 2.1: Movimento dos músculos. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) 2.2: Movimento das articulações. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	<p>- Incentivar levante para cadeira de rodas e alternância de posicionamentos no leito.</p>	<p>1.3: Integridade tecidual. Nível 4 (Suavemente comprometido) → Nível 5 (Não comprometido) Nível obtido: Nível 5 (Não comprometido) 2. Mobilidade 2.1: Movimento dos músculos. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido) 2.2: Movimento das articulações. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	
--	--	---	--	--	--

<p>Risco de Queda</p>	<p>Risco de Queda em grau moderado</p> <p>Relacionado com: Tetraparésia</p> <p>Manifestado por: Diminuição da mobilidade e amplitude dos movimentos em ambos os membros superiores e inferiores</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar o Risco de Queda, através da escala de Morse Modificada - Manter o ambiente seguro - Baixar a cama até à cota 0 - Levantar as grades da cama - Travar a cadeira de rodas 		<p>De 7 em 7 dias</p> <p>Todos os turnos e SOS</p>
<p>Atitude face aos Cuidados dificultadora</p>	<p>Atitude face aos Cuidados dificultadora presente</p> <p>Relacionada com: Condição de saúde atual</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Escuta ativa, para promover a expressão da pessoa e mais tarde conseguir abordagens mais adequadas à pessoa; 		

	Manifestada por: Labilidade emocional e renitência aos cuidados				
--	--	--	--	--	--

NOTA: É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 06/12/2024).

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Estudo de Caso F.V.

Colheita de Dados (realizada com questionário de colheita de dados do serviço)

A utente F.V. é do sexo feminino, tem 54 anos, é portuguesa e natural de Rio Maior.

A senhora F.V. é católica não praticante e divorciada.

A utente F.V. tem escolaridade até ao 9º ano e como profissão antes de estar aposentada era Empregada Fabril. Atualmente coabita com a filha.

As alergias são desconhecidas.

A utente F.V. deu entrada no Serviço com diagnóstico médico de Esclerose Múltipla, para internamento a 01 Outubro 2024, com incapacidade de Paraparésia

Sem antecedentes pessoais conhecidos.

Há entrada tem como produtos de apoio cadeira de rodas, canadianas e banco de duche e o tratamento da roupa pessoal é feito em casa.

Manter Ambiente Seguro: Habita num prédio com elevador e na entrada do prédio tem 8+5 degraus com rampa, com saneamento básico, eletricidade casa de banho com polibãñ. Tem história de quedas recentes, no último mês.

Comunicar: Vígil, orientada no tempo e espaço, calma, com alterações da visão (mas refere que vê melhor tv e ler ao perto), tem acuidade visual , sem alterações da audição e sem alterações da linguagem.

Respirar: sem hábitos tabágicos, tolerância ao esforço moderada.

Avaliação Cardio- Respiratória: apresenta edemas de ambos os pés bimaléolares e sem alterações circulatórias periféricas.

Pele e mucosas: Rosada e hidratada, sem dor.

Comer e beber: Peso 80kg e 1,65cm altura, estado nutricional adequado, sem perda de peso recentemente. Alimenta-se por via oral, dieta geral. Faz 4-5 refeições por dia

Apresenta dentição incompleta, sem prótese.

Eliminar: Controlo de esfíncter intestinal, com um padrão em dias alternados. Sem controlo de esfíncter vesical. Faz auto-esvaziamentos e micções. Já desde fevereiro.

Independente nos cuidados de Higiene Pessoal e Vestir-se

Sem alterações na integridade cutânea.

Manter a temperatura: 36,2°C à entrada, sem história de convulsões.

Mover-se: Incapacidade de Paraparésia espástica, desloca-se em cadeira de rodas autonomamente.

Equilíbrio sentado/pé, estático e dinâmico sem alterações deficientes. Consegue posição ortotática.

Independente nas transferências, mobilizações e alternâncias de decúbito.

Trabalhar e divertir-se: Reformada passa muito tempo em casa pela mobilidade condicionada, mas fala ao telefone. Ocupa os tempos livres a ver TV e limpezas por casa.

Exprimir a sexualidade: >Divorciada à 26anos, não tem atualmente companheiro.

Dormir: Sem alterações, refere dormir cerca de 7h das 00h até as 7h. Faz períodos de descanso diários.

Morrer: Tem uma perceção do seu estado de saúde adequada para o estado da doença que apresenta, assim como os seus familiares.

Foco de Enfermagem	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação	Horário
Mobilidade	<p>Mobilidade comprometida</p> <p>Relacionada com: Esclerose Múltipla</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios ativos- assistidos, ativos - resistidos) em todos os segmentos dos MS e MI. - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares em todos os segmentos dos MS e MI - Treinar exercícios musculares e articulares de todos os segmentos dos MS e MI. 		<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>
Capacidade para tomar banho	<p>Capacidade para tomar banho comprometida</p> <p>Relacionada com: Esclerose Múltipla</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a técnica de adaptação para tomar banho (com uso de barras laterais de segurança e banco de banho) - Treinar a técnica de adaptação para tomar banho - Ensinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho (barras laterais de segurança, banco de banho) 		<p>Turno Fixo : 8h-16h e SOS</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Treinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho - Ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho 		
Capacidade para vestir-se /despir-se	<p>Capacidade para vestir-se /despir-se comprometida</p> <p>Relacionada com: Esclerose Múltipla</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar com a pessoa a capacidade para vestir-se/despir-se - Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Treinar a técnica de adaptação de vestir-se/despir-se - Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se 		<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h e SOS</p>
Capacidade para arranjar-se	<p>Capacidade para arranjar-se comprometida</p> <p>Relacionada com: Esclerose Múltipla</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar com a pessoa a capacidade para arranjar-se - Ensinar técnica de adaptação para arranjar-se - Treinar a técnica de adaptação para arranjar-se - Incentivar a pessoa a arranjar-se 		<p>Turno Fixo 8h-16h</p>

		- Incentivar levantar para cadeira de rodas e alteração de posicionamentos no leito.		
Risco de Queda	Risco de Queda em grau elevado Relacionada com: Esclerose Múltipla Manifestada por: Diminuição da mobilidade	- Avaliar o Risco de Queda, através da escala de Morse Modificada - Manter o ambiente seguro - Baixar a cama até à cota 0 - Levantar as grades da cama - Travar a cadeira de rodas		De 7 em 7 dias Todos os turnos e SOS

NOTA: É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 06/12/2024).

**PROCESSO DE ENFERMAGEM – SERVIÇO
NEUROCIRURGIA DO HOSPITAL GARCIA DE HORTA**

Estudante MER Marina Torres Branca nº 080109018

ESTÁGIO I – CONTEXTO NEUROLOGIA – TRAUMATOLOGIA

Serviço de Neurocirurgia Hospital Garcia de Orta

Processo de Enfermagem J.M.

Reabilitação e Funcionalidade

Colheita de Dados

O utente J.M. é do sexo masculino, tem 61 anos, é português e natural de Castelo Branco onde reside.

O senhor J.M. é católico, casado e com dois filhos, sendo o Filho que é a pessoa de referência.

O utente J.M. tem como profissão Vendedor Comercial. Atualmente coabita com a esposa.

As alergias são desconhecidas.

O utente J. M. foi transferido para HGO com diagnóstico médico de Hemorragia intracerebral hemisférica não especificada para internamento a 09 Novembro 2024, recorreu ao serviço de urgência do Hospital de Abrantes por cefaleias, hemiparesia à esq e disartria, teve agravamento do estado de consciência feito TAC CE que revelou agravamento da hemorragia com compressão, tendo sido helitransportado para a Neurocirurgia do HGO.

Défices: Hemiplégia esq, hemiparesia drt e disartria.

Como antecedentes pessoais tem Hipertensão Arterial e Ex- Fumador à 20 anos.

Manter Ambiente Seguro: Habita numa moradia com algumas escadas. Não tem história de quedas recentes.

Comunicar: Vígil, calmo, com alterações da visão (???), sem alterações da audição, apresenta hipofonia.

Respirar: Hábitos tabágicos de 15 cigarros por dia, à 20 anos, com pouca tolerância ao esforço.

Avaliação Cardio- Respiratória: Sem edemas e sem alterações circulatórias periféricas.

Pele e mucosas: Rosada e seca, com dor.

Comer e beber: Estado nutricional adequado, com perda de peso recentemente.

Apresenta dentição completa. Necessita de ajuda total nos cuidados de higiene.

Eliminar: Controlo de esfíncter vesical, incontinência urinária, usa fralda, com ajuda total.

Higiene Pessoal e Vestir-se: Ajuda total nos cuidados de higiene e vestir-se

Com alterações na integridade cutânea.

Manter a temperatura: 36°C à entrada, sem história de convulsões.

Mover-se: Incapacidade de Hemiplégia esq e hemiparesia drt com alterações da postura.

Equilíbrio sentado/pé, estático e dinâmico com alterações deficientes. Não consegue posição ortostática. Com alterações musculo esqueléticas do Hemicorpo esq e diminuição da força à drt.

Ajuda total nas transferências, mobilizações e alternâncias de decúbito.

Trabalhar e divertir-se: Era vendedor de molduras.

Exprimir a sexualidade: Refere que quando isto lhe aconteceu que estava a ter relações sexuais.

Dormir: Toma medicação em SOS.

Morrer: Não é possível avaliar a sua perceção sobre o seu estado.

Foco de Enfermagem	Diagnóstico	Resultados esperados/ Indicadores (NOC)	Intervenções	Avaliação (Escala Liker)	Horário
Movimento Corporal (Membro Superior)	Mobilidade comprometida (relacionado com: Hemiplégia Esq e hemiparesia drt Manifestado por: Diminuição da amplitude dos segmentos das articulações	<p>3. Movimento Articular</p> <p>1.1: Ombro, cotovelo e punho esq. Nível 1 (Desvio grave da variação normal) → Nível 2 (Desvio substancial da variação normal)</p> <p>1.2: Pescoço. Nível 1 (Desvio grave da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>1.3: Dedos da mão esq. Nível 1 (Desvio grave da variação normal) → Nível 2 (Desvio substancial da variação normal)</p> <p>4. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.2: Tônus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) →</p>	<p>- Ensinar sobre exercícios musculares e articulares de todo o Membro superior esq</p> <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular de todo o segmento (exercícios passivos em todos os segmentos das articulações do membro superior)</p> <p>- Treinar exercícios musculares e articulares</p>	<p>Movimento Articular</p> <p>1.1: Ombro, cotovelo e punho esq Nível obtido: Nível 1</p> <p>1.2: Pescoço. Nível obtido: Nível 3</p> <p>1.3: Dedos da mão esq Nível obtido: Nível 1</p> <p>2. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível obtido: Nível 1</p> <p>2.2: Tônus Muscular. Nível obtido: Nível 2</p> <p>2.3: Movimento articular Nível obtido: Nível 1</p>	1x Turno: Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h

		Nível 2 (Substancialmente comprometido)			
Movimento Corporal (Membro Inferior)	<p>Mobilidade comprometida</p> <p>Relacionada com: Hemiplégia esq e Hemiparésia drt</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos segmentos das articulações dos Membros inferiores</p>	<p>4. Movimento Articular</p> <p>1.1: Quadril, joelho e tornozelo. Nível 1 (Desvio grave da variação normal) → Nível 2 (Desvio substancial da variação normal)</p> <p>1.2: Dedos do pé esq Nível 1 (Desvio grave da variação normal) → Nível 2 (Desvio substancial da variação normal)</p> <p>5. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.2: Tônus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível</p>	<p>- Ensinar sobre exercícios musculares e articulares</p> <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos de todos os segmentos do Membro inferior esq)</p> <p>- Treinar exercícios musculares e articulares</p>	<p>Movimento Articular</p> <p>1.1: Quadril, joelho e tornozelo esq</p> <p>Nível obtido: Nivel 1</p> <p>1.2: Dedos do pé esq.</p> <p>Nível obtido: Nivel 1</p> <p>2. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular.</p> <p>Nível obtido: Nivel 1</p> <p>2.2: Tônus Muscular.</p> <p>Nível obtido: Nivel 2</p> <p>2.3: Movimento articular.</p> <p>Nível obtido: Nivel 1</p>	<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>

		<p>2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>			
Espasticidade	<p>Espasticidade presente em grau elevado</p> <p>Relacionado com: Hemiplégia esq e Hemiparésia drt</p> <p>Manifestada por: MI com tendência a rotação externa e ligeira adução</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliação da Escala de Ashworth; - Posicionar em padrão antiespástico MI e MS; - Executar massagem terapêutica no membro superior e inferior esq (1x turno) e aplicação de bandas neuromusculares (no membro superior e região cervical) - Treinar posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Incentivar posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) 		<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h</p>

<p>Equilíbrio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio estático comprometido - Equilíbrio dinâmico comprometido <p>Relacionado com: Hemiplégia esq e Hemiparésia drt</p> <p>Manifestado por: Falta de força muscular nos MI's</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Executar a técnica de treino de equilíbrio estático (em pé, através do Turner) - Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (em pé) - Ajuda Total no treino de equilíbrio estático (em pé) - Correção da postura corporal em equilíbrio ortoestático. 		<p>Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h</p>
<p>Capacidade para transferir-se</p>	<p>Capacidade para transferir-se comprometida</p> <p>Relacionada com: Hemiplégia</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda Total à pessoa a transferir-se na rotação do tronco na posição de pé; - Ensinar a técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira de rodas 		<p>Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h</p>

	<p>esq e Hemiparésia drt</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular do Hemicorpo esq</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a técnica de adaptação para transferir-se da cadeira de rodas para a cama - Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira; - Treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira para a cama; 		
<p>Capacidade para tomar banho</p>	<p>Capacidade para tomar banho comprometida</p> <p>Relacionada com: Hemiplégia esq e Hemiparésia drt</p> <p>Manifestada por: Dificuldade em</p>	<p>2. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Higiene. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Executar técnica do banho em maca banheira - Ensinar a técnica de adaptação para tomar banho - Treinar a técnica de adaptação para tomar banho 	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Higiene.</p> <p>Nível obtido: Nivel 1</p>	<p>Turno Fixo : 8h-16h e SOS</p>

	prestar os cuidados de higiene em todo o corpo				
Capacidade para vestir-se /despir-se	<p>Capacidade para vestir-se /despir-se comprometida</p> <p>Relacionada com: Hemiplégia esq e Hemiparésia drt</p> <p>Manifestada por: Dificuldade em vestir-se e despir-se em todo o vestuário</p>	<p>2. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Vestir-se. Nível 1(Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 Muito Satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: : Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 2 (Raramente demonstrado) → Nível 3 (Poucas vezes demonstrado)</p>	<p>- Reavaliar com a pessoa a capacidade para vestir-se/despir-se</p> <p>- Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se</p> <p>- Treinar a técnica de adaptação de vestir-se/despir-se</p> <p>- Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se</p>	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Vestir-se.</p> <p>Nível obtido: Nivel 1</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade.</p> <p>Nível obtido: Nivel 4</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: : Realiza atividades de acordo com as recomendações.</p> <p>Nível obtido: Nivel 3</p>	<p>Turno Fixo 8h-16h</p> <p>Turno Fixo 16h-00h e SOS</p>

<p>Capacidade para arrancar-se</p>	<p>Capacidade para arrancar-se comprometida Relacionada com: Hemiplégia esq e Hemiparésia drt Manifestada por: Diminuição da capacidade para arrancar-se.</p>	<p>2. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Arranjar-se Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 Muito Satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 2 (Raramente demonstrado) → Nível 3 (Poucas vezes demonstrado)</p>	<p>- Reavaliar com a pessoa a capacidade para arrancar-se</p> <p>- Ensinar técnica de adaptação para arrancar-se (pentear-se, vestir-se)</p> <p>- Treinar a técnica de adaptação para arrancar-se</p> <p>- Incentivar a pessoa a arrancar-se</p>	<p>. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Arranjar-se</p> <p>Nível obtido: Nível 1</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade</p> <p>Nível obtido: Nível 4</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: Realiza atividades de acordo com as recomendações.</p> <p>Nível obtido: Nível 3</p>	<p>Turno Fixo 8h-16h</p>
<p>Alimentar-se</p>	<p>Alimentar-se comprometido Relacionado com: Hemiplégia</p>	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p>	<p>- Incentivar a pessoa a alimentar-se pela recusa e pela dificuldade em levar os alimentos à boca;</p>	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Alimentar-se.</p> <p>Nível obtido: Nível 2</p>	<p>Turno Fixo 8h-16h Turno Fixo 16h-00h</p>

	<p>esq e Hemiparésia drt</p> <p>Manifestado por: Dificuldade em conseguir levar os alimentos à boca</p>	<p>1.1: Alimentar-se. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	<p>- Ajuda Total a pessoa na alimentação por via oral.</p> <p>- Vigiar a refeição</p> <p>- Reavaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para alimentar-se;</p>		
Eliminação urinária	<p>Eliminação urinária comprometida por incontinência urinária</p> <p>Relacionada com: Hemorragia Intracraniana</p> <p>Manifestado por: Utente não conseguir controlar esfíncter urinário</p>	<p>6. Autocuidado</p> <p>1.1: Higiene íntima. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>7. Continência Urinária</p> <p>2.1: Mantém padrão previsível de micção. Nível 1 (Nunca demonstrado) → Nível 2 (Raramente demonstrado)</p> <p>8. Equilíbrio Hídrico</p> <p>3.1: Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p>	<p>- Monitorizar Balanço hídrico a cada 24H</p> <p>- Vigiar características da urina</p> <p>- Reforçar sobre os cuidados com algália, prevenção de infeções, à pessoa e cuidador.</p>	<p>6. Autocuidado</p> <p>1.1: Higiene íntima.</p> <p>Nível obtido: Nível 2</p> <p>7. Continência Urinária</p> <p>2.1: Mantém padrão previsível de micção.</p> <p>Nível Obtido: Nível 2</p> <p>8. Equilíbrio Hídrico</p> <p>3.1: Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas.</p> <p>Nível obtido: Nível 3</p> <p>Estado de Conforto: Físico</p> <p>4.1: Incontinência Urinária.</p> <p>Nível Obtido: Nível 2</p>	<p>Todos os turnos</p>

		<p>9. Estado de Conforto: Físico</p> <p>4.1: Incontinência Urinária. Nível 2 (Substancial) → Nível 3 (Moderado)</p> <p>10. Adaptação à Mudança</p> <p>5.1: Reconhece o motivo da mudança no ambiente de vida. Nível 3 (Moderadamente demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado)</p>		<p>Adaptação à Mudança</p> <p>5.1: Reconhece o motivo da mudança no ambiente de vida. Nível obtido: Nível 4</p>	
Risco de Úlcera de pressão	Risco de úlcera de pressão em grau elevado Relacionado com: Hemiplégia		<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliação regular do risco de úlcera de pressão, através da Escala de Braden - Vigiar a integridade da pele - Aplicar creme hidratante em todo o corpo 	<p>3. Integridade Tecidual: Pele e Mucosas</p> <p>1.1: Lesões na pele. Nível obtido:</p> <p>1.2: Eritema. Nível obtido:</p> <p>1.3: Integridade tecidual. Nível obtido:</p>	De 15 em 15 dias

	esq e Hemiparésia drt		<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de dispositivos auxiliares de alívio de pressão (almofadas, colchão por pressões alternadas) - Incentivar levantar para cadeira de rodas e alternância de posicionamentos no leito. 	<p>4. Mobilidade</p> <p>2.1: Movimento dos músculos. Nível obtido:</p> <p>2.2: Movimento das articulações.</p> <p>Nível obtido:</p>	Todos os turnos e SOS
Risco de Queda	<p>Risco de Queda em grau moderado</p> <p>Relacionado com: Hemiplégia esq e Hemiparésia drt</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar o Risco de Queda, através da escala de Morse Modificada - Manter o ambiente seguro - Baixar a cama até à cota 0 - Levantar as grades da cama - Travar o cadeirão. 		<p>De 7 em 7 dias</p> <p>Todos os turnos e SOS</p>
Labilidade emocional	<p>Labilidade emocional presente</p> <p>Relacionada com: Condição de saúde atual</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Escuta ativa, para promover a expressão da pessoa e mais tarde conseguir abordagens mais adequadas à pessoa; - Colaboração de especialista em Psicologia; 		1x por turno e SOS

	Manifestada por: Labilidade emocional (choro fácil)				
Dor	Dor presente (MS esq) Relacionada com: Hemiplégia esq Manifestada por: Desconforto à mobilidade do MS esq		- Reavaliar a dor através da Escala numérica; - Executar técnicas de alívio da dor (Realização de massagem local, aplicação de calor/frio, etc)		1x por turno e SOS
Ferida cirúrgica	Ferida cirúrgica presente na região abdominal Relacionada com: Cirurgia craneana		- Avaliar as características da ferida; - Executar os cuidados à ferida a cada 3 dias e SOS;		Turno Fixo 8h-16h e SOS Data Termo: 13/12/2024

	Manifestada por: Incisão na região abdominal drt.				
--	---	--	--	--	--

NOTA: É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 20/12/2024).

PROCESSO DE ENFERMAGEM
UCC “A OUTRA MARGEM” (ALMADA)

Estudante MER Marina Torres Branca nº 080109018
ESTÁGIO I – CONTEXTO UCC “A Outra Margem” - Almada

**Processo de Enfermagem A.R.
Reabilitação e Funcionalidade**

Colheita de Dados

O utente A.R. é do sexo masculino, tem 87 anos, é português e natural de Alvor/Portimão

O senhor A.R. é ateu e casado.

O utente A.R. tem escolaridade e como profissão era operário da Lisnave. Atualmente coabita com a esposa, filho e nora. Sendo a esposa o cuidador do utente.

As alergias são desconhecidas.

O utente A.R. deu entrada na UCC a dia 14/01/2025 por Imobilidade decorrente de AVC 2023.

Como antecedentes pessoais tem HTA e Dislipidémia.

Manter Ambiente Seguro: Habita num prédio com elevador, com saneamento básico, eletricidade casa de banho. Não tem história de quedas recentes.

Comunicar: Vígil, calmo, sem alterações da audição.

Respirar: Eupneico em ar ambiente

Avaliação Cardio- Respiratória: Sem edemas e sem alterações circulatórias periféricas.

Pele e mucosas: Rosada e hidratada, sem dor.

Comer e beber: Estado nutricional inadequado, muito emagrecido

Apresenta dentição completa. Necessita de ajuda parcial na higiene oral.

Eliminar: Controlo de esfíncter, solicita urinol, com ajuda total.

Higiene Pessoal e Vestir-se: Ajuda total nos cuidados de higiene e vestir-se

Sem alterações na integridade cutânea.

Manter a temperatura: 36°C à entrada, sem história de convulsões.

Mover-se: Acamado

Equilíbrio sentado/pé, estático e dinâmico com alterações deficientes. Não consegue posição ortostática. Com alterações musculoesqueléticas dos dois membros.

Ajuda total nas transferências, mobilizações e alternâncias de decúbito, que não cumpre.

Trabalhar e divertir-se: Sem dados

Exprimir a sexualidade: Sem dados

Dormir: Toma medicação em SOS.

Morrer: Não é possível avaliar a sua perceção sobre o seu estado, e a perceção dos familiares é pouco adequada com expectativas elevadas.

Tem apoios da Instituição LAGOS para cuidados de higiene 1x por dia 5 dias por semana.

Diagnósticos de Enfermagem	1º avaliação (Admissão)	2º avaliação (No final de 4 semanas)
Úlcera de Pressão	Risco (Escala de Braden) 12	Risco (Escala de Braden) 12
Queda	Risco (Escala de Morse) 15	Risco (Escala de Morse) 15
Movimento Corporal	MSE: 5/5 e MSD:0/5 MIE: 3/5 e MID: 0/5 (Escala da força)	MSE: 5/5 e MSD:0/5 MIE: 3/5 e MID: 0/5 (Escala da força)

Foco de Enfermagem	Diagnóstico	Resultados esperados/ Indicadores (NOC)	Intervenções	Avaliação (Escala Liker)	Horário
Autonomia	- Potencial de reconstrução de autonomia, comprometido em grau reduzido. <ul style="list-style-type: none"> Motivação reduzida; Crença de que é capaz comprometida; de recuperar 		- Avaliar o potencial de reconstrução de autonomia; <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a consciencialização das mudanças no seu estado de saúde; Crença demonstrada que é capaz de recuperar; Desejo expresso em se tornar mais independente; Motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem; Capacidade cognitiva; Capacidade física; 		Todos os contactos (2x por semana)
Conhecimento do Prestador de Cuidados			- Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado - Ensinar estratégias adaptativas para o autocuidado;		Todos os contactos (2x por semana)
Movimento Corporal (Membro Superior)	Mobilidade comprometida Relacionado com: Hemiplégia drt Manifestado por: Diminuição da amplitude dos segmentos das articulações (MSD, MI's)	Movimento Articular 1.1: Ombros, cotovelos e punhos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)	- Reforço dos ensinamentos sobre exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos resistido) de todo o Membro superior drt; - Executar técnica de exercício muscular e articular de todo o seg-	Movimento Articular 1.1: Ombros, cotovelos e punhos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3	Todos os contactos (2x por semana)

		<p>1.2: Pescoço. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>1.3: Dedos das mãos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal)</p> <p>5. Conseqüências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.2: Tónus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	<p>mento (exercícios passivos em todos os segmentos das articulações do membro superior dt)</p> <p>- Treinar exercícios musculares e articulares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização da articulação glenoumeral, o EEER realiza a abdução e adução, a extensão e flexão até aos 90° - 120°, parando se existir resistência ou dor, a rotação medial e lateral; • Mobilização do cotovelo, movimentos de flexão e extensão; • Mobilização do antebraço, o EEER executa movimentos de pronação e supinação; • Mobilização do punho, o EEER coloca uma das mãos na região palmar da 	<p>1.2: Pescoço. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3</p> <p>1.3: Dedos das mãos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3</p> <p>2. Conseqüências da Imobilidade: Fisiológicas</p> <p>2.1: Força Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 1</p> <p>2.2: Tónus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2</p>	
--	--	--	---	---	--

		<p>2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	<p>pessoa e a outra a apoiar a face interna do antebraço logo abaixo da articulação do punho, iniciando a mobilização na posição neutra, passando à flexão e extensão, e posteriormente, partindo da posição neutra, executar desvio radial e desvio cubital;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização dos dedos, executar a flexão do 1º ao 4º dedo isoladamente ou em simultâneo, assim como a extensão, adução e abdução. A mobilidade do polegar deve ser executada de forma isolada, destacando a flexão e extensão, abdução e adução e, a oponência. 	<p>(Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 1</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 1</p>	
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Reforço dos ensinamentos a pessoa a executar automobilização do membro superior esquerdo; - Incentivar a execução de exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores; 		
Movimento Corporal (Membro Inferior)	Mobilidade comprometida Relacionada com: Hemiparalisia Manifestada por: Diminuição da amplitude dos segmentos das articulações dos Membros inferiores	6. Movimento Articular 1.1: Quadril, joelhos e tornozelos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) 1.2: Dedos dos pés. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) 7. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos no MID, ativos-assistidos e ativos resistidos no MIE); - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares; - Treinar exercícios musculares e articulares; 8. Mobilização da articulação coxofemoral, iniciando com o membro inferior em extensão, o EEER sustentado com as suas mãos as articulações do joelho e tíbia	Movimento Articular 1.1: Quadril, joelhos e tornozelos. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3 1.2: Dedos dos pés. Nível 2 (Desvio substancial da variação normal) → Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) Nível obtido: Nível 3 2. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas	Todos os contactos (2x por semana)

		<p>2.1: Força Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.2: Tónus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>	<p>biotársica e executa a elevação do membro inferior (flexão) até ao limite da amplitude articular, desde que não exista manifestação de dor pela pessoa, a abdução e adução, hiperextensão, rotação medial e lateral.</p> <p>9. Mobilização da articulação do joelho, antes de iniciar a flexão e extensão do joelho, deve iniciar-se pela mobilização crânio-caudal e látero-medial da patela.</p> <p>10. Mobilização da articulação tibiotársica, o EEER, apoiando o membro inferior no seu antebraço, realiza a inversão e eversão, flexão plantar e dorsiflexão;</p>	<p>2.1: Força Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 1</p> <p>2.2: Tónus Muscular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 1</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 1 (Gravemente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 1</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>11. Mobilização dos dedos, poderá ser realizada individualmente ou em simultâneo, com o EEER a apoiar o membro inferior no seu antebraço, estabilizando a articulação tibiotársica, executa movimentos de flexão e extensão;</p> <p>12. Exercício da ponte, com os joelhos fletidos e uma almofada entre eles solicitar à pessoa que eleve a pelve, enquanto o EEER exerce pressão ao nível dos tornozelos;</p> <p>13. Dissociação da cintura pélvica;</p>		
--	--	--	--	--	--

Espasticidade	<p>Espasticidade presente</p> <p>Relacionado com: Hemiplégia drt</p> <p>Manifestada por: diminuição da amplitude dos movimentos de lado drt</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar em padrão antiespástico - Executar massagem (em ambos os membros superiores e inferiores) - Treinar posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Incentivar posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Ensinar o prestador posicionamentos em padrão antiespástico; - Treinar com o prestador de cuidados posicionamentos em padrão antiespástico. 	<p>Todos os contactos (2x por semana)</p>
Equilíbrio	<p>- Equilíbrio estático comprometido</p> <p>Relacionado com: Hemiplégia drt</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Executar a técnica de treino de equilíbrio estático (sentado) - Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado) - Correção da postura sentado; 	<p>Todos os contactos (2x por semana)</p>

	Manifestado por: Imobilidade				
Capacidade para tomar banho	<p>- Capacidade para tomar banho comprometida em grau moderado.</p> <p>Relacionada com: Hemiplégia drt</p> <p>Manifestada por: Incapacidade de tomar banho</p>	<p>3. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Higiene. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a técnica de adaptação para tomar banho na cama (para conseguir lavar a cabeça e parte contro lateral do corpo) - Treinar a técnica de adaptação para tomar banho na cama (para conseguir lavar a cabeça e parte contro lateral do corpo) - Ensinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho (esponja com cabo comprido) - Treinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho - Incentivar a pessoa a participar ativamente no autocuidado Higiene; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho (cuidador) 	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Higiene. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 2</p>	Todos os contactos (2X por semana)

			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar ao cuidador sobre técnica de tomar banho - Treinar com o cuidador a técnica de tomar banho 		
Capacidade para vestir-se /despir-se	<p>Capacidade para vestir-se /despir-se comprometida</p> <p>Relacionada com: Hemiplégia</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular para conseguir vestir-se e despir-se</p>	<p>3. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Vestir-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 (Muito Satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p> <p>3.1: : Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar com a pessoa a capacidade para vestir-se/despir-se - Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Treinar a técnica de adaptação de vestir-se/despir-se - Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se - Treinar a técnica de adaptação para vestir-se/despir-se (cuidador). - Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se; - Ensinar a pessoa a vestir/despir a parte superior do corpo; - Treinar a pessoa a vestir/despir a parte superior do corpo; 	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Vestir-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 2</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 (Muito satisfeito)</p> <p>Nível obtido: Nível 4</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p>	Todos os contactos (2x por semana)

		demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado)	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a pessoa a vestir/despir a parte inferior do corpo; - Treinar a pessoa a vestir/despir a parte inferior do corpo; 	3.1: : Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado) Nível obtido: Nível 4	
Capacidade para arrancar-se	<p>Capacidade para arrancar-se comprometida</p> <p>Relacionada com: Hemiplégia drt</p> <p>Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular para conseguir arrancar-se</p>	<p>3. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Arranjar-se Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) → Nível 4 (Muito Satisfeito)</p> <p>3. Comportamento de aceitação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar com a pessoa a capacidade para arrancar-se - Ensinar técnica de adaptação para arrancar-se (pentear-se , vestir-se) - Treinar a técnica de adaptação para arrancar-se - Incentivar a pessoa a arrancar-se 	<p>. Autocuidado: Atividades de Vida Diária</p> <p>1.1: Arranjar-se Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 2</p> <p>2. Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</p> <p>2.1: Rotina de exercícios implementada para obter ou manter flexibilidade. Nível 4 (Muito satisfeito) →</p>	Todos os contactos (2x por semana)

		<p>3.1: : Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado)</p>		<p>Nível 4 (Muito satisfeito) Nível obtido: Nível 4 3. Comportamento de aceitação: 3.1: : Realiza atividades de acordo com as recomendações. Nível 3 (Poucas vezes demonstrado) → Nível 4 (Frequentemente demonstrado) Nível obtido: Nível 4</p>	
<p>Alimentar-se</p>	<p>Alimentar-se comprometido em grau moderado Relacionado com: hemiplégia Manifestado por: Dificuldade na preparação e organização da refeição</p>	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária 1.1: Alimentar-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pessoa a alimentar-se - Ajuda parcial a pessoa na alimentação por via oral (preparar e organizar a refeição) - Vigiar a refeição pelo prestador de cuidados. - Reavaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para alimentar-se; 	<p>1. Autocuidado: Atividades de Vida Diária 1.1: Alimentar-se. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 3</p>	<p>Todos os contactos (2x por semana)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre dispositivo de apoio para comer (prato com rebordo lateral, copo adaptado) - Treinar sobre dispositivo de apoio para comer (prato com rebordo lateral e copo adaptado) 		
Úlcera de pressão	<p>Risco de úlcera de pressão em grau elevado</p> <p>Relacionado com: Hemiplégia drt</p> <p>Manifestada por: Imobilidade reduzida e diminuição da força muscular e amplitude articular</p>	<p>2. Integridade Tecidual: Pele e Mucosas</p> <p>1.1: Lesões na pele. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum)</p> <p>1.2: Eritema. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum)</p> <p>1.3: Integridade tecidual. Nível 4 (Suavemente comprometido) → Nível 5 (Não comprometido)</p> <p>2. Mobilidade</p> <p>2.1: Movimento dos músculos. Nível 2 (Substancial-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação regular do risco de úlcera de pressão, através da Escala de Braden - Vigiar a integridade da pele - Aplicar creme hidratante em todo o corpo - Utilização de dispositivos auxiliares de alívio de pressão (almofadas, colchão por pressões alternadas) - Incentivar levante para cadeirão e alternância de posicionamentos no leito. 	<p>5. Integridade Tecidual: Pele e Mucosas</p> <p>1.1: Lesões na pele. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) Nível obtido: Nível 5</p> <p>1.2: Eritema. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) Nível obtido: Nível 5</p> <p>1.3: Integridade tecidual. Nível 4 (Suavemente comprometido) → Nível 5 (Não comprometido) Nível obtido: Nível 5</p>	<p>De 15 em 15 dias</p> <p>Todos os contactos e SOS</p>

		mente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) 2.2: Movimento das articulações. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)		<p>Mobilidade</p> <p>2.1: Movimento dos músculos. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 2</p> <p>2.2: Movimento das articulações. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 2</p>	
Queda	Risco de Queda em grau moderado Relacionado com: Hemiplégia drt Manifestado por: Diminuição da mobilidade e amplitude dos movimen-		<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar o Risco de Queda, através da escala de Morse Modificada - Manter o ambiente seguro - Baixar a cama até à cota 0 - Levantar as grades da cama - Travar o cadeirão/cama 		De 7 em 7 dias Todos os contactos e SOS

	tos em ambos os membros superiores e inferiores				
Comunicação	Comunicação comprometida em grau moderado Relacionada com: Acidente Vascular Cerebral Manifestada por: Afasia Motora		<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar frases curtas e simples; - Falar pausadamente e com entoação clara; - Incentivar o uso de gestos, escrita ou tablet; - Implementar estratégias como folhas com imagens ou comunicação escrita; - Ensinar a pessoa a usar expressões faciais e gestos para suprir dificuldades na fala. 		Todos os contactos (2x por semana)

NOTA: É de referir que os resultados esperados se esperam atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 31/01/2025).

Estudante MER Marina Torres Branca nº 080109018
ESTÁGIO I – CONTEXTO UCC “A Outra Margem” - Almada

Processo de Enfermagem L. A.
Reabilitação e Funcionalidade

Colheita de Dados

A utente L.A. é do sexo feminino, tem 80 anos, é portuguesa e natural de Fernão Ferro.

A utente L.A. é ateu e casada.

A utente L.A. tem escolaridade e como profissão era Doméstica. Atualmente coabita com filha, genro e marido. Sendo a filha (Paula) o cuidador da utente.

As alergias são desconhecidas.

A utente L.A. deu entrada na UCC a dia 28/01/2025 por Fratura do fémur com encavilhamento do fémur à esq

Como antecedentes pessoais tem HTA, DM tipo II, Dislipidémia, Cataratas, Patologia do foro depressivo, Síndrome do Túnel Carpico, Hipotiróidismo.

Manter Ambiente Seguro: Habita atualmente em casa da filha num prédio com elevador, com saneamento básico, eletricidade casa de banho.

Comunicar: Vígil, calma, consciente e orientada no T/E/P sem alterações da audição.

Respirar: Eupneica em ar ambiente

Avaliação Cardio- Respiratória: Apresenta ligeiros edemas bilateral dos tornozelos, que de acordo com utente já mantinha anteriormente e sem alterações circulatórias periféricas.

Pele e mucosas: Rosada e hidratada. EM repouso sem dor, ao movimento apresenta uma dor 2 que após repouso melhora.

Comer e beber: Estado nutricional provavelmente inadequado, com aumento de peso nos últimos meses.

Apresenta dentição completa.

Eliminar: Controlo de esfíncter.

Higiene Pessoal e Vestir-se: Ajuda parcial nos cuidados de higiene

Sem alterações na integridade cutânea.

Manter a temperatura: 36°C na admissão, sem história de convulsões.

Mover-se: com dificuldades na marcha, apresenta gonartrose bilateral mais acentuada à esq, manifestado dor 3 à mobilização.

Equilíbrio estático sem alterações e equilíbrio dinâmico comprometido em grau moderado.

Trabalhar e divertir-se: Sem dados

Expressar a sexualidade: Sem dados

Dormir: Toma medicação em SOS.

Morrer: Refere querer viver ainda durante muitos anos, com plena consciência do seu estado de saúde e muita vontade de viver e recuperar

Foco de Enfermagem	Diagnóstico	Resultados esperados/ Indicadores (NOC)	Intervenções	Avaliação (Escala Liker)	Horário
Movimento Corporal (Enfoque na articulação da Anca)	Mobilidade comprometida Relacionada com: Fratura do colo do fêmur Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular do MIE	14. Movimento Articular 1.1: Quadril, joelhos e tornozelos. Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) → Nível 4 (Desvio reduzido da variação normal) 1.2: Dedos dos pés. Nível 4 (Desvio reduzido da variação normal) → Nível 4 (Desvio reduzido da variação normal) 15. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas 2.1: Força Muscular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (moderadamente comprometido)	- Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos no MIE, ativos-assistidos e ativos resistido no MIE); - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares; - Treinar exercícios musculares e articulares; 16. Mobilização da articulação coxofemoral, iniciando com o membro inferior em extensão, o EEER sustenta com as suas mãos as articulações do joelho e tibiotársica e executa a elevação do membro inferior (flexão) até ao limite da amplitude articular, desde que não exista manifestação de dor pela pessoa, a abdução e adução, hiperextensão, rotação medial e lateral. 17. Mobilização da articulação do joelho, antes de iniciar a flexão e extensão do joelho, deve iniciar-se pela mobilização crânio-caudal e látero-medial da patela.	Movimento Articular 1.1: Quadril, joelhos e tornozelos. Nível 3 (Desvio moderado da variação normal) → Nível 4 (Desvio reduzido da variação normal) Nível obtido: Nível 3 1.2: Dedos dos pés. Nível 4 (Desvio reduzido da variação normal) → Nível 4 (Desvio reduzido da variação normal) Nível obtido: Nível 4 2. Consequências da Imobilidade: Fisiológicas 2.1: Força Muscular. Nível 2 (substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente	Todos os contactos (2x por semana)

		<p>2.2: Tônus Muscular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido)</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (moderadamente comprometido)</p>	<p>18. Mobilização da articulação tibiotársica, o EEER, realiza a inversão e eversão, flexão plantar e dorsiflexão;</p> <p>19. Mobilização dos dedos, poderá ser realizada individualmente ou em simultâneo, executa movimentos de flexão e extensão;</p> <p>20. Exercício da ponte, com os joelhos fletidos e uma almofada entre eles solicitar à pessoa que eleve a pelve, enquanto o EEER exerce pressão ao nível dos tornozelos;</p>	<p>comprometido) Nível obtido: Nível 2</p> <p>2.2: Tônus Muscular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 3 (Moderadamente comprometido) Nível obtido: Nível 2</p> <p>2.3: Movimento articular. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido) Nível obtido: Nível 2</p>	
Equilíbrio	<p>- Equilíbrio dinâmico comprometido</p> <p>Relacionado com: Fratura do colo do fêmur à esq</p>		<p>- Executar a técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico;</p> <p>- Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático e dinâmico;</p> <p>- Treinar a técnica de equilíbrio estático e dinâmico;</p>		<p>Todos os contactos (2x por semana)</p>

	<p>Manifestado por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular do MIE</p>				
<p>Andar com auxiliar de marcha</p>	<p>- Potencial para melhor o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha</p> <p>Relacionado com: Fratura do colo do fêmur à esq</p> <p>Manifestado por: Diminuição da ampli-</p>		<p>- Analisar com a pessoa a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar;</p> <p>- Ensinar sobre auxiliar de marcha (andarilho, condições de segurança, as zonas de apoio);</p> <p>- Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha – andarilho;</p> <p>- Treinar a andar com auxiliar de marcha – andarilho;</p>		<p>Todos os contactos (2x por semana)</p>

	tude dos movimentos e força muscular do MIE				
Úlcera de pressão	Risco de úlcera de pressão em grau elevado Relacionado com: Fratura do colo do fêmur à esq Manifestada por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular do MIE	3. Integridade Tecidual: Pele e Mucosas 1.1: Lesões na pele. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) 1.2: Eritema. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) 1.3: Integridade tecidual. Nível 4 (Suavemente comprometido) → Nível 5 (Não comprometido) 2. Mobilidade 2.1: Movimento dos músculos. Nível 2 (Substancialmente comprometido)	- Avaliação regular do risco de úlcera de pressão, através da Escala de Braden - Vigiar a integridade da pele - Aplicar creme hidratante em todo o corpo - Incentivar levantar para cadeirão e alternância de posicionamentos no leito.	6. Integridade Tecidual: Pele e Mucosas 1.1: Lesões na pele. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) Nível obtido: Nível 5 1.2: Eritema. Nível 4 (Leve) → Nível 5 (Nenhum) Nível obtido: Nível 5 1.3: Integridade tecidual. Nível 4 (Suavemente comprometido) → Nível 5 (Não comprometido) Nível obtido: Nível 5 Mobilidade	De 15 em 15 dias Todos os contactos e SOS

		<p>→ Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>2.2: Movimento das articulações. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p>		<p>2.1: Movimento dos músculos. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 2</p> <p>2.2: Movimento das articulações. Nível 2 (Substancialmente comprometido) → Nível 2 (Substancialmente comprometido)</p> <p>Nível obtido: Nível 2</p>	
Queda	<p>Risco de Queda em grau moderado</p> <p>Relacionado com: Fratura</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliar o Risco de Queda, através da escala de Morse Modificada - Manter o ambiente seguro - Baixar a cama até à cota 0 - Usar calçado adequado para andar - Travar o cadeirão/cama 		<p>De 7 em 7 dias</p> <p>Todos os contactos e SOS</p>

	do colo do fémur à esq Manifestado por: Diminuição da amplitude dos movimentos e força muscular do MIE				
--	--	--	--	--	--

NOTA:
É de referir que os resultados esperados se esperam

atingir até ao término do presente ensino clínico (Data: 31/01/2025).