

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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação ao Lactente/Família**  
**com Bronquiolite Aguda**

**Maria Helena Russo**

**Lisboa**

**2019**



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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação ao Lactente/Família**  
**com Bronquiolite Aguda**

**Maria Helena Russo**

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup> Maria do Céu Sá

**Lisboa**

**2019**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.

*“O **crescimento** pessoal e profissional está fora da zona de conforto.  
Aprenda a apreciar a zona de desconforto, pois é lá que o seu futuro é traçado.”*

Josi Mello

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria do Céu Sá por toda a sua disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento neste percurso.

A todas as pessoas que prestei cuidados e a todos os profissionais de saúde que contribuíram para o meu crescimento nesta caminhada em especial à Enfermeira Emília e o Enfermeiro Paulo.

Aos meus colegas do 9º CMEER que partilharam comigo as angústias e as alegrias inerentes a este percurso.

À minha chefe e amiga Patrícia, que muito mais do que me ajudar a conciliar o meu horário laboral com a concretização deste percurso académico, esteve sempre presente com uma palavra amiga e de conforto em todos os momentos.

Aos meus sogros e por me ajudarem com toda a logística necessária.

Aos meus pais pela força e valores transmitidos.

Ao meu marido Cláudio, por toda a paciência e atenção roubada.

Ao meu filho Rodrigo, por na sua inocência de criança me receber de braços abertos sem nunca cobrar a minha ausência.

## **ÍNDICE DE SIGLAS**

AHA- American Heart Association  
ARS- LVT- Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo  
AVD – Atividade de Vida Diária  
AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária  
ATJ – Artroplastia total do joelho  
BA- Bronquiolite Aguda  
DGS- Direção Geral de Saúde  
DRR- Desobstrução Rinofaringea Retrograda  
EC- Ensino Clínico  
ECCI- Equipa Cuidados Continuados Comunidade  
EE- Enfermeiro Especialista  
EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
EO- Enfermeiro Orientador  
ER- Enfermagem de Reabilitação  
ESEL- Escola Superior Saúde Lisboa  
FR- Frequência Respiratória  
GNR- Guarda Nacional Republicana  
OE- Ordem dos Enfermeiros  
PIER- Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação  
RFR- Reabilitação Funcional Respiratória  
RN- Recém-Nascido  
RNCCI- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados  
SPO2- Saturação periférica de Oxigénio  
SUP- Serviço Urgência Pediátrica  
UCC- Unidade Cuidados Comunidade  
USF- Unidade Saúde Familiar  
VSR- Vírus Sincicial Respiratório

## RESUMO

A bronquiolite aguda é uma das doenças com maior prevalência nos lactentes afetando cerca de 70% das crianças no primeiro ano de vida. Esta patologia tem um enorme impacto a nível social, tendo implicação direta com o número de vindas aos Serviços de Urgência Pediátricas. Por esta razão é uma das patologias mais frequentes nos serviços de internamento de pediatria médica durante os períodos de sazonalidade em que se verificam a doença (entre novembro a abril).

Apesar da mais-valia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação estar bem documentada no que concerne à atuação no foro respiratório a intervenção no cliente pediátrico é ainda um terreno pouco explorado e chega até a ser contraditória a opinião da intervenção do mesmo na bronquiolite aguda, constituindo uma área emergente de investigação.

Por este motivo, o relatório aqui apresentado pretende, evidenciar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no lactente/família com bronquiolite aguda e refletir a aquisição e desenvolvimento de competências no sentido da atribuição do título de enfermeiro especialista. Foi utilizado como modelo teórico orientador da prática o modelo de sistemas de Betty Neuman.

Aspirando atingir o nível de perito preconizado por Benner (2001), articular a reflexão sobre a experiência vivenciada nos locais de estágio com os objetivos previamente definidos, permitiu o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas que conduzem à prestação de cuidados como EEER, restabelecendo a homeostasia no sistema criança/família debilitado pelo processo de doença.

**PALAVRAS- CHAVE:** Enfermagem de Reabilitação; Bronquiolite Aguda; Lactente; Família.

## **ABSTRACT**

Acute bronchiolitis is one of the uppermost diseases in infants affecting about 70% of children in the first year of life. This pathology has a huge impact on social level, showing directly on the Paediatric Emergency Rooms daily figures. For this reason, this is the most common pathology in the inpatients services during the seasonal period in which the disease occurs (between november and april).

Despite the added value of the intervention of the rehabilitation urse is well documented with regard to acting in the respiratory forum, the intervention in the paediatric client is still an unexplored ground and even has an contradictory opinions of intervention in the paediatric clients, showing that acute bronchiolitis is an emerging area of investigation.

For this reason, the report presented here aims to highlight the Rehabilitation Nurse intervention in the infant /family with acute bronchiolitis and to reflect the acquisition and development of competences in order to grant the Rehabilitation Nurse title. The theoretical model that guided the practice was the Neuman Systems Model

Aspiring to reach the expert level advocated by Benner (2001), articulating there flection on the experience lived in the internship places with the previously defined objectives, allowed the development of specialized technical, scientific and relational skills that lead to the provision of care as Rehabilitation Nurse, restoring homeostasis in the child / family system weakened by the disease process.

**KEYWORDS:** Rehabilitation Nursing; Acute Bronchiolitis; Infant; Family.

# Índice

INTRODUÇÃO .....	8
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RECURSOS UTILIZADOS NO PERCURSO FORMATIVO .....	21
1.1 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	21
1.1.1. Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....	22
1.1.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	33
1.1.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	35
1.2 Competências comuns do Enfermeiro Especialista .....	37
1.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	38
1.2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	41
1.2.3 Domínio da gestão de cuidados.....	43
1.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	44
2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS .....	46
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
ANEXOS	
APÊNDICES	

## Anexos

**Anexo I** - Modelo de Sistemas de Betty Neuman

**Anexo II** - Documento de identificação de necessidades – “*Transição Segura Hospital /Comunidade – capacitação do cuidador formal*”

**Anexo III** – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

## Apêndices

**Apêndice I** - Projeto de Estágio

**Apêndice II** – Fluxograma de scoping review – “*Como é que a intervenção do EEER influencia a prevenção/recuperação da BA no latente?*”

**Apêndice III** – Estudo de caso “*Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao cliente com Meningioma*”

**Apêndice IV** – Estudo de caso “*Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao lactente com Bronquiolite Aguda*”

**Apêndice V**- Folheto “*Bronquiolite Aguda*”

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular – estágio com relatório, integrada no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMEER), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este tem como objetivo compilar o trabalho desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos que permitiram conduzir à aquisição de competências para a obtenção da categoria profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). No que concerne especificamente à Enfermagem de Reabilitação este “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.” Sendo que “o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (Regulamento n.º 125/2011 p. 8658).

Paralelamente é importante ter em conta as competências preconizadas nos descritores de Dublin, com vista à obtenção do grau de Mestre, para o 2º ciclo de formação e assim se pretende que demonstre conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo-os e permitindo construir a base de desenvolvimento em muitos casos em contexto de investigação; saiba aplicar os conhecimentos em situações novas; tenha capacidade de lidar com situações complexas, desenvolver ou emitir juízo em situações de informação limitada ou incompleta; seja capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades e possua competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida. (Decreto-lei n.º 74/2006, p.2246).

De acordo com o regulamento de Mestrado em Enfermagem da ESEL o objetivo do mestrado, como projeto formativo, assenta na autonomia do aluno, possível através de um processo de construção ativa, onde são mobilizados recursos pessoais, profissionais e de cidadania (ESEL, 2017). Como tal a realização deste relatório terá como base, não só as experiências pessoais, profissionais e académicas, mas também a descrição das atividades levadas a cabo em contexto

de Ensino Clínico (EC) na comunidade numa Equipa de Cuidados na Comunidade<sup>1</sup> (UCC) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) e em contexto hospitalar na Equipa de Enfermagem de Reabilitação de um Hospital privado do distrito de Lisboa. A realização dos ensinamentos clínicos é da máxima importância para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, uma vez que, como defende Benner (2001) “os conhecimentos livrescos poderão limitar a enfermeira quando ela tiver que tomar uma decisão numa dada situação.” É no ensino clínico que se desenvolverão as bases que “tornarão a enfermeira inexperiente confiante e eficaz numa situação real” (Benner, 2001).

Para delinear o projeto de estágio (apêndice I) foi necessário identificar dentro das motivações pessoais, profissionais e académicas, uma problemática que norteasse a definição de objetivos e atividades a realizar com o intuito da aquisição de competências comuns e específicas do EEER. Emergiu assim o tema e título do projeto definido como “*Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao latente/família com Bronquiolite Aguda*”. A escolha do tema englobou várias vertentes: pessoal, social, profissional e académica. Sendo uma das doenças com mais prevalência em latentes até aos dois anos (DGS, 2012)

“Cerca de 70% das crianças no primeiro ano de vida e possivelmente 100% nos primeiros 2 anos se infetam com VSR. A maior parte destas crianças apresenta sintomas ligeiros de infeção respiratória alta (obstrução nasal, coriza, tosse). Apenas cerca de 13% dos lactentes adoecem com bronquiolite aguda no primeiro ano de vida; 2-5% necessitam de internamento e destes 20% podem necessitar de cuidados intensivos.

Perante estes dados percebe-se que esta patologia tem um enorme impacto a nível social, tendo implicação direta com o número de vindas aos Serviços de Urgência Pediátricas (SUP) desequilibrando assim a homeostasia familiar. Por esta razão é uma das patologias mais frequentes nos serviços de internamento de pediatria médica durante os períodos de sazonalidade em que se verificam a doença (entre novembro a abril) (DGS, 2012).

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigoº 11º **UCC** como uma unidade de saúde que “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”

Segundo o documento Saúde Infantil e Juvenil- Portugal emitido pela DGS (2018) a causa principal dos episódios de internamento hospitalar de crianças com menos de um ano de idade está relacionada com afeções do aparelho respiratório, com cerca de 5.000 episódios por ano no período de 2013-2017 (DGS, 2018). Embora não estejam especificadas quais as patologias que conduzem aos internamentos, a bronquiolite aguda (BA) é uma doença frequente nos lactentes<sup>2</sup> com um pico de incidência que entre os 3 e os 6 meses de vida sendo que o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é responsável por 75% dos casos.

Um estudo retrospectivo conduzido por Mendes-da-Silva, Gonçalves-Pinho, Freitas e Azevedo (2018) revelou que entre 2000 e 2015 existiram em Portugal 80.491 internamentos por BA, e que, embora o número de dias de internamento tenha diminuído ao longo do tempo, os custos associados a esta patologia continuam a assumir um grande encargo a nível orçamental do sistema nacional de saúde. Perante estes dados é possível inferir que esta patologia tem um enorme impacto a nível social, uma vez que acrescidos aos custos diretos com o tratamento da doença, eleva-se o grau de absentismo laboral parental para além de afetar negativamente a homeostasia familiar.

Da revisão bibliográfica conduzida ao longo deste período de aprendizagem emerge a necessidade de pesquisa e documentação do impacto da intervenção do EEER na vertente da patologia respiratória (especificamente da BA) no cliente<sup>3</sup> pediátrico.

A BA é caracterizada por uma inflamação aguda, edema e necrose de células epiteliais das vias aéreas, com aumento da produção do muco e broncospasmo. Ao exame objetivo apresenta tipicamente aumento da frequência respiratória (FR), esforço respiratório aumentado (tiragem, adejo nasal, aumento do tempo expiratório), sibilos e tosse (AHA, 2017). A sua transmissão ocorre por contato direto com secreções nasais infetadas, habitualmente em contexto epidemiológico de infeção respiratória, familiar ou outro. É normalmente autolimitada, com uma duração média da fase aguda entre 3 a 7 dias (DGS, 2012).

---

<sup>2</sup> **Lactente** é a criança após os primeiros 28 dias de vida até completar 24 meses. (Cordeiro e Menoita, 2012)

<sup>3</sup> **Cliente** conforme divulgado pela OE (2012) “forma de referir à pessoa que é alvo dos cuidados de Enfermagem (CE)”

A evolução da doença caracteriza-se inicialmente por uma fase precoce de sintomas nasais, seguidos de tosse seca, por vezes acessual, com aumento da frequência respiratória e do esforço respiratório na fase de agravamento. Ao fim do 5º-7º dia ocorre a fase de melhoria, sendo que os sintomas respiratórios como a tosse podem persistir até 3 semanas (DGS, 2012).

As principais complicações são a atelectasia, a pneumonia e a otite média aguda. As manifestações extra respiratórias são raras e consideradas graves (DGS, 2012).

São considerados fatores de risco para maior gravidade da BA (e assumidas ao longo deste relatório como **stressores<sup>4</sup> negativos intrapessoais**) a idade inferior a 12 semanas, história de prematuridade (idade gestacional <a 37 semanas), diagnóstico de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica do lactente (como displasia broncopulmonar, fibrose quística, doença pulmonar difusa ou congénita) doença neuromuscular ou neurológica grave, imunodeficiência e síndrome de Down. A exposição ao fumo do tabaco (**stressor negativo extrapessoal**) deve também ser ativamente identificada e registada aquando a colheita de dados (DGS, 2012).

A avaliação da gravidade da BA deve ser realizada após medidas de desobstrução nasal e deve ter em conta o registo do dia de doença em que se encontra (desde o início da coriza) sendo que o pico de gravidade se encontra entre o 3º e o 5º dia de evolução. É imperativo ter em consideração a FR, o impacto na alimentação e grau de hidratação, presença de episódio de apneia (presenciada ou sugestiva quando sugerida pelos pais), hipoxemia determinada por oximetria de pulso, frequência cardíaca (sendo que a taquicardia é já um mecanismo compensatório da exaustão respiratória), estado de consciência e grau de dificuldade respiratória (DGS, 2012).

Para além das dificuldades enumeradas, a incapacidade dos familiares para prestação de cuidados e vigilância adequados ou dificuldade no acesso aos serviços de saúde constituem também um critério de internamento para vigilância (DGS, 2012).

---

<sup>4</sup> **Stressores** foi um termo introduzido pela Teoria de Sistemas de Betty Neuman que se referem a estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro do sistema do cliente que possuem potencial para causarem desequilíbrio dentro do sistema (Neuman, 2011).

A intervenção do EEER na BA pode ser abordada de diferentes prismas. Se por um lado tem um papel preponderante na recuperação perante a patologia durante o seu período agudo, este desempenha também uma função fundamental na capacitação e maximização de competências parentais que irão servir de fundação para o regresso a casa após o período de internamento. Conforme demonstrado pela literatura o período de recuperação pode-se estender até 3 semanas, sendo que o tempo médio de internamento ronda os 5 dias (DGS, 2012). Perante estes dados compete ao EEER munir os cuidadores (neste caso maioritariamente os pais) de ferramentas que permitam de forma mais tranquila, segura e assertiva a transição de meros expectadores de cuidados para participantes ativos, envolvendo-os no processo de cuidar e nas decisões que envolvem o processo de recuperação da criança.

Do ponto de vista técnico, a especificidade da fisioanatomia da criança, tendo, por exemplo, por base a amplitude de idades que compreendem o lactente faz com que seja difícil estabelecer um plano padrão de acordo com a patologia. Conforme Carvalho, Jonhston e Fonseca (2007) “o julgamento clínico permanece como critério padrão ouro para admissão hospitalar de crianças com BA e não pode ser substituído por critério objetivo”. A individualização de cuidados é sempre a chave para um plano de reabilitação bem-sucedido.

A mobilização de secreções, prevenção e correção da ventilação pulmonar, oxigenação e trocas gasosas, assim como a prevenção de complicações e danos estruturais no pulmão são objetivos de destaque em pediatria. Os exercícios de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) promovem, de um modo geral, a reexpansão pulmonar, diminuição do esforço respiratório e redução do gasto de energia e consumo de oxigénio (Cordeiro e Leite, 2012).

Por forma a validar a tolerância da criança à realização dos exercícios é necessário que sejam avaliados os sinais vitais (tensão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura), assim como saturação periférica de oxigénio que, embora não seja um sinal vital, é um dado importante na predição de evolução clínica (Lima, Melo, Serra, Lima e Lima, 2015). Para além de isso, avaliar os sinais de dificuldade respiratória (cianose, dispneia, pieira, etc.), assim como a tosse, e caracterizá-la consoante a sua frequência, padrão de aparecimento, se é uma tosse produtiva ou seca. Esta avaliação deve ser então registada de forma a

monitorizar a evolução, sendo ainda uma lacuna importante dos EEER em pediatria em virtude de não existirem instrumentos de registo padronizados de forma a dar visibilidade aos cuidados prestados (Cordeiro e Leite, 2012).

As técnicas documentadas mais utilizadas baseiam-se na expiração lenta prolongada, técnicas de expiração forçada (tosse provocada), e as técnicas das vias aéreas extratorácicas (como a desobstrução rinofaríngea retrógrada (DRR), a instilação de solução salina, a aspiração de secreções nas vias aéreas superiores e a nebulização quando indicada). A drenagem postural, a vibração e percussão deve ser utilizada em situações clínicas que assim o permitam (crianças já em fase de recuperação da BA com hipersecreção brônquica mantida) (Cordeiro e Leite, 2012).

Longe de ser consensual, o uso de RFR continua a ser uma prática frequente associada aos internamentos por BA (complicada ou não com sobreinfecção) a literatura recolhida não apresenta nenhuma contraindicação absoluta, no entanto, como foi possível constatar através da revisão de scoping, continua a ser uma “zona cinzenta” dos cuidados prestados pelo EEER à criança.

Para compreender qual a intervenção do EEER na criança/família com BA foi utilizada a revisão scoping uma vez que esta permite mapear a literatura e evidência existente relativamente à temática abordada. A questão inicial (baseada na mnemónica PCC) e os resultados fornecem informação ampla e aprofundada sobre toda a literatura existente, não limitando por isso os desenhos de estudo a qualitativos ou quantitativos. A revisão scoping permite compreender a forma como os dados encontrados se relacionam uns com os outros permitindo assim uma compreensão aprofundada (assim como as lacunas existentes) em determinada área de investigação (Ribeiro, 2014).

Esta revisão de scoping pretende dar resposta a questões como de que modo a intervenção do EEER é importante na recuperação/prevenção da BA no latente. A questão de investigação formulada com base na mnemónica PCC foi então:

**Como é que a intervenção do EEER influencia a prevenção/recuperação da BA no latente?**

A partir da questão de investigação a pesquisa foi levada a cabo no motor de busca EBSCO®, nas bases de dados Medline® e Cinahl® onde foram introduzidos os principais termos de pesquisa adequados à problemática conforme a pergunta formulada. Foram utilizados os termos booleanos “or” e “and” na articulação entre os

termos e selecionados os artigos com texto integral, publicados nos últimos 10 anos e em língua portuguesa ou inglesa. Os termos de pesquisa foram *Child\**, *Baby*, *Toddler*, *Respiratory Therapy*, *Respiratory Physiotherapy*, *Respiratory Rehabilitation* e *Bronchiolitis*. Após a pesquisa cruzada de termos chegou-se a um total de 12 artigos que após leitura de título e abstract foram selecionados 5 para posterior análise.

Roqué, Guiné-Garriga, Granados, Perrota e Vilaró (2017) levaram a cabo uma revisão de literatura em que num universo de 1249 crianças com menos de 24 meses foram submetidas a técnicas de cinesiterapia respiratória como a vibração, percussão, drenagem postural e técnicas de expiração forçada. Concluíram que as técnicas convencionais não demonstraram benefício na diminuição da gravidade da BA. Demonstrou também que técnicas de expiração forçada não melhoram o estado clínico com lactentes com BA severa, conduzindo a condições adversas como choro intenso e vômito. Em crianças com BA moderada as técnicas convencionais combinadas com expirações forçadas conduziram a um alívio significativo da sintomatologia, sem, no entanto, terem impacto direto nos valores de saturação periférica de oxigénio (SPO2) ou na diminuição do tempo de internamento.

Gomes, Galvete, Rosito e Donadio (2016) estudaram o impacto da DRR ao invés da aspiração nasofaríngea em lactentes com BA e concluíram que esta técnica deve ser usada como alternativa menos invasiva, sendo que os latentes com BA moderada são os que mais beneficiam mais. Com a utilização da DRR verificou-se menos taquicardia, menos ocorrência de epistaxis e menos episódios de vômito. Esta técnica levou à redução de parâmetros de dificuldade respiratória como tiragem e pieira. Comparativamente com a aspiração nasofaríngea concluíram que esta induz menos *stress* respiratório e que através da utilização de técnicas menos invasivas é possível obter resultados igualmente satisfatórios.

Rocha, et al (2012) conduziram um estudo que avaliava a efetividade das manobras de expiração forçada no tratamento da BA. Todas as crianças (grupo de estudo e grupo de controlo foram submetidas a manobras de suporte comuns (aspiração de secreções, oxigenioterapia para SPO2 inferior a 92% e alimentação fracionada). A aplicação destas manobras não demonstraram alterações significativas no que se refere a diminuição da severidade dos sinais de dificuldade respiratória ou no incremento de valores de SPO2. No entanto referem que o grupo de estudo apresentou menos complicações expectáveis, apesar de não ser possível

estabelecer uma relação direta com a aplicação das técnicas de RFR e a ausência de complicações. Concluíram também comparativamente com outros estudos efetuados que ocorreram poucos casos de vomito durante as técnicas, o que justificam pelo facto das sessões de RFR serem realizadas 2 horas após a alimentação, eliminando assim um dos efeitos adversos mais frequentemente relatados desta intervenção. Os autores ressaltam que apenas crianças em meio hospitalar foram incluídas no estudo, excluindo assim crianças sem necessidade de internamento (e que englobam grande parte dos casos de BA). Terminam ressaltando que a RFR não deve ser utilizada de forma rotineira, mas sim adequando as necessidades e clínica da criança.

Gadjos et al. (2010) avaliaram a eficácia de RFR (técnicas de expiração prolongada e tosse assistida) em lactentes com primeiro episódio de BA. Concluíram que as intervenções não tiveram impacto na diminuição de tempo de recuperação/internamento destas crianças. No entanto ressaltam que seriam necessários estudos que avaliassem lactentes em ambulatório.

Apenas Carvalho, Jonhston e Fonseca (2017) num artigo de revisão referem que a reabilitação respiratória é indicada no tratamento da BA, justificando-se nas características fisiopatológicas da doença sendo que a RFR promove a desobstrução brônquica, a desinsuflação pulmonar e o recrutamento alveolar. Concluem constatando que existem poucos estudos randomizados controlados que evidenciem resultados positivos do uso destas técnicas nestas crianças.

Após a análise destes estudos é possível concluir que existe grande dificuldade em quantificar os ganhos em saúde da aplicação das técnicas de RFR nos lactentes com BA. Para além da dificuldade da uniformização de registos, as circunstâncias que envolvem estas crianças são múltiplas, o que pode influenciar de forma significativa a forma como é conduzido o plano de reabilitação.

Embora a literatura demonstre que técnicas como percussão, vibração com drenagem postural e expiração prolongada, não tenham impacto no tempo de hospitalização ou da duração do uso de oxigenioterapia, a remoção de secreções continua a ser necessária. A cinesiterapia e aspiração nasofaríngea continuam a ser as técnicas mais utilizadas, e com melhores resultados na prática clínica (Gomes, Galvete, Rosito e Donadio, 2016).

Nenhum dos estudos foi levado a cabo por enfermeiros, o que abre portas para o conceito onde a reabilitação respiratória em pediatria vai muito para além do conjunto de técnicas executadas em determinado momento.

Nenhum dos estudos foi realizado em contexto de comunidade ou ambulatório, o que faz com que exista uma lacuna de dados no que se refere à fase de recuperação, que como descrito na norma de 2012 da DGS pode ir até às 3 semanas pós diagnóstico.

Todos os estudos salvaguardam que o facto de não existir evidência de melhoria não existiu dano para a criança, e apenas um refere a perceção de melhoria e alívio através de entrevista aos pais.

Por fim nenhum dos estudos refere o envolvimento dos pais como elemento promotor de conforto, que diminua a ansiedade ou como tendo um papel ativo nos cuidados. Considerando que é impossível dissociar a criança do ambiente familiar em que está inserido é imperativo documentar de que forma os pais podem ser transportados para a missão de parceiros no cuidar e capacita-los, maximizando as competências previamente adquiridas, para a prevenção de complicações e de que forma se pode conduzir a continuidade de cuidados para o regresso a casa.

Ao longo dos ensinamentos clínicos foi possível colocar em prática algumas destas técnicas, sendo as conclusões da intervenção apresentadas na descrição da aquisição de competências.

Com vista à obtenção/desenvolvimento das competências definidas pela OE para obtenção do título de EEER foram então traçados os objetivos gerais:

- Desenvolver competências específicas de EEER prestando cuidados à criança/família com BA;
- Desenvolver competências específicas de EEER prestando cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Recorrer a um referencial teórico com o intuito de orientar a prática é imprescindível para facilitar a compreensão e atribuir significado às intervenções e aos cuidados que prestados. Afinal “as teorias de enfermagem que têm como objetivo maior definir, caracterizar e explicar, compreender, interpretar, a partir da seleção e inter-relação conceptual, os fenómenos que configuram domínio de interesse da profissão” (Crossetti e Schaurich, 2010). Deste modo, e após alguma pesquisa, percebeu-se que o modelo que melhor permitiria dar resposta às necessidades da criança/família seria o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. A utilização deste modelo facilita a abordagem holística do cliente impedindo a fragmentação dos cuidados ao mesmo. Permite uma visão da pessoa como um sistema que integra o indivíduo, a família e a comunidade (Neuman, 2011).

O sistema encontra-se organizado em vários círculos concêntricos em torno de um núcleo central (anexo I). Este núcleo integra a estrutura básica do indivíduo, aquilo que são os fatores básicos, comuns à espécie e imprescindíveis para a sua sobrevivência. Este núcleo encontra-se protegido por linhas de defesa, mais ou menos flexíveis, consoante a sua função e capacidade de lidar com o agente *stressor*. Este sistema integra sempre cinco variáveis, sendo elas a fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e a de desenvolvimento, sobre as quais Neuman assume ser a Enfermagem a profissão capaz de se relacionar com todas as variáveis e capacitar o indivíduo para dar resposta aos desequilíbrios induzidos pelos stressores (Neuman, 2011).

Quando ocorre uma desarmonia entre partes do sistema (doença) verifica-se uma instabilidade no cliente e família, sendo necessário identificar quais as intervenções (primária, secundária ou terciária) a implementar tendo em conta a perceção do cliente, família e do enfermeiro (Neuman, 2011).

Como EE é importante perceber quais os tipos de *stressores* que podem influenciar a criança/família que se encontra no período de doença. Sendo eles de três tipos (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais). Do ponto de vista da dinâmica familiar todos eles vão estar alterados quer da ótica da criança quer da ótica dos pais. Na visão da criança esta experiência sentimentos de, por exemplo, dor/desconforto (**stressores negativos intrapessoais**), aversão pelo profissional de saúde (**stressores negativos interpessoais**) e ausência de identificação com o meio envolvente (**stressores negativos extrapessoais**). Quanto aos pais estes

podem experimentar sensação de impotência, alteração do papel parental, e em concordância com a criança, intimidação pelo ambiente hospitalar ou pela figura do profissional de saúde. Cabe ao EE, juntamente com a família identificar estes *stressores* e tentar ultrapassá-los.

É também importante definir qual a fase de intervenção é possível intervir, sendo que Neuman define três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. No caso concreto de um internamento por BA já existe doença pelo que é emergente atuar a nível de atuação secundária, no sentido de minimizar o efeito do agente agressor e restaurar a homeostasia. Ao mesmo tempo pode ser trabalhada a prevenção terciária, capacitando os pais para o restabelecimento da saúde (linhas de defesa)<sup>5</sup>, de forma a aproximar-se o mais possível dos níveis prévios à doença e concomitantemente trabalhar na prevenção primária, identificando fatores de risco prevenindo a ocorrência de desequilíbrio.

Quando é abordada a prestação de cuidados à criança é imperativo ter presente que esta se encontra inserida num contexto que começa na unidade familiar e, como tal, o alvo de cuidados em contexto pediátrico deve ser sempre a família<sup>6</sup> (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

A doença e a hospitalização da criança podem ser vistas como fatores de *stress*, que para além de afetarem o desenvolvimento normal da criança atinge também as relações sociais dentro do sistema familiar (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009). A experiência de um internamento hospitalar é considerada por Mota e Emuno (2002) uma situação potencialmente traumática, que conduzem a sentimentos como angústia, ansiedade e medo perante uma situação desconhecida ou ameaçadora. Estes sentimentos, embora aqui descritos como referentes à criança, são facilmente transportados para o sentimento dos pais, dessa forma Gonçalves et al (1999) citado por Gomes, Trindade e Fidalgo, (2009) identifica três áreas de *stress* na família que atravessa um processo de hospitalização: interrupção da vida na comunidade, preocupação com a possível morte ou sequelas da criança (***stressores negativos interpessoais***) e incerteza quanto à capacidade de controlar

---

<sup>5</sup> **Linha de defesa**- é dinâmica e funciona como um amortecedor perante eventos stressantes,

<sup>6</sup> **Família**- Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (Regulamento n.º367/2015 de 29 de junho da OE, 2045 p.17386)

o ambiente que a rodeia (**stressores negativos extrapessoais**). É imperativo que o enfermeiro mantenha uma relação que assente na comunicação terapêutica, funcional e pedagógica, distanciando-se do cuidar tecnológico que conduz à desumanização, conforme defende Hesbeen (2000) que quanto mais técnico se torna o ambiente, maior a necessidade de uma dimensão relacional.

A figura do enfermeiro, assim como a própria ida a um serviço de saúde está frequentemente associada à dor, doença e mal-estar (**stressor negativo interpessoal**). A percepção destes cuidados por parte da criança tem implicação direta sobre a linha flexível de defesa. Esta linha pode ser abordada de duas formas: na minimização da sua agressão, (através da implementação de cuidados não traumáticos/ cuidar a brincar), ou, no seu fortalecimento (por exemplo, através da gestão do ambiente envolvente, providenciando, por exemplo, a presença dos pais durante o procedimento). A aproximação ou distanciamento desta linha em relação ao core do círculo será influenciada pelas experiências vividas e refletirá posteriormente a sensação de bem/mal-estar percecionada. Assim sendo as consequências do processo de hospitalização vão depender da forma como a criança e a família vão ser capazes de processar a experiência de situação de doença.

Sendo a dicotomia criança/familiar algo indissociável no que se refere ao desenvolvimento da criança é impreterível envolver a família nos cuidados prestados aquando a intervenção como EEER. É na família que a criança vai encontrar conforto e sensação de pertença num ambiente que não é o dela, quando se encontra sujeita a uma mudança drástica na vida como ela a conhece.

A ER na sua abordagem ao cliente pediátrico pressupõe assim uma atuação que permita à criança/ família eliminar, atenuar ou ultrapassar obstáculos (stressores) geradores de desconforto.

Betty Neuman integra os conceitos de Saúde, Pessoa, Ambiente e Enfermagem de uma forma que permite integrar os pais como parceiros no cuidar, tirando partido dos seus conhecimentos prévios e maximizando as suas capacidades no sentido de atingir o bem-estar. A **Saúde** é, subjetivamente, especificada como um conjunto de particularidades com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento, permitindo a adaptação às transições nas distintas idades. Quando se fala em **Pessoa** em

pediatria o foco é o binómio criança/jovem e a família uma vez que esta se encontra dependente dos cuidados de terceiros, como forma a suprimir as suas necessidades até adquirir novas capacidades e conhecimentos até alcançar a autonomia. O **Ambiente** converge com os restantes conceitos, proporcionando diferentes estímulos, sejam estes humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e/ou organizacionais que influenciarão os diferentes stressores a que a criança/jovem estará exposta. A **Enfermagem** é evidenciada nos cuidados centrados na família, implicando o estabelecimento de comunicação e envolvimento efetivo nos intervenientes nos cuidados (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho 2015).

O presente relatório encontra-se então estruturado em quatro partes. O primeiro capítulo, de conotação introdutória, pretende fundamentar teoricamente o tema e contextualiza-lo, permitindo assim a clarificação de conceitos essenciais à compreensão da problemática definida. O segundo capítulo tem como ponto de partida os objetivos que serviram de fio condutor para este processo de aprendizagem. Nele serão descritas as atividades conduzidas nos EC, e conseqüente reflexão crítica sobre as mesmas, organizadas consoante sirvam de resposta às competências gerais ou específicas, preconizadas pela OE. No terceiro capítulo consta a avaliação das atividades realizadas e o quarto e último capítulo permitem uma avaliação global do percurso, apresentando as principais conclusões e perspetivas futuras.

## **1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RECURSOS UTILIZADOS NO PERCURSO FORMATIVO**

Neste capítulo serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, integrando no mesmo a mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo. Deste modo serão inicialmente abordados os objetivos previamente delineados no projeto de formação que serviu de guia orientador para o desenvolvimento de competências nos diferentes domínios ao longo dos ensinamentos clínicos, conforme o preconizado para a obtenção de grau académico e de EEER. Abordaremos inicialmente a aquisição de competências específicas do EEER e posteriormente as gerais do EE.

A escolha dos locais de realização de ensino clínico (tanto comunidade como hospitalar) revelou-se uma mais-valia, permitindo com mais facilidade dar resposta aos objetivos propostos, uma vez que ambas as equipas eram vistas como referência nas suas áreas de intervenção e frequentemente requisitadas pela equipa interdisciplinar para dar resposta às necessidades dos clientes. Foi nos locais de EC que as práticas reflexivas assumiram uma importância determinante, sendo este o local onde os enfermeiros interligam os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais, por estar “recheado de imprevisibilidade e por se criar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão” (Peixoto & Peixoto, 2016).

### **1.1 Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação**

O EEER encerra em si um corpo de conhecimentos e competências que permitem melhorar a função, promover a independência e preservar a autonomia do cliente acometido de doença aguda ou crónica. Desenvolve ao longo do seu percurso características que lhe permitem promover o diagnóstico precoce e as ações de enfermagem, de modo a assegurar a manutenção de capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades. O EEER tem no seu foco de atuação o cuidar, capacitar e maximizar, proporcionando assim ao cliente o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro da OE, 2011).

### **1.1.1. Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

No ensino clínico que recorreu na comunidade, a intervenção era maioritariamente desenvolvida em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados<sup>7</sup> (ECCI), onde foi possível acompanhar por diversas vezes clientes e famílias desde o acolhimento, até à sua alta (por melhoria clínica e não necessitarem de continuidade de cuidados por parte da equipa, ou então por transferência para outras unidades da rede).

Quando o cliente era referenciado como reunindo critérios para integrar uma vaga de ECCI era agendada uma visita domiciliária e realizada uma avaliação multidisciplinar do cliente. Nela constam também escalas para avaliação de diversos indicadores, nomeadamente do risco de queda através da escala de Morse, avaliação do risco de úlcera de pressão através da aplicação da escala de Braden, avaliação do nível de independência através da escala de Barthel, escala de Lawton-Brody que avalia as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e, por fim, a avaliação da dor através da escala numérica.

O processo de identificação de necessidades de clientes submetidos a internamentos hospitalares que eram referenciados para acompanhamento pela ECCI encontrava-se facilitado pela implementação do projeto *“Transição Segura Hospital /Comunidade – capacitação do cuidador formal”*<sup>8</sup>. Neste projeto, para além da agilização na referenciação de clientes com necessidade de acompanhamento no domicílio, existia também o preenchimento de um documento de identificação de necessidades (anexo II) por parte do prestador de cuidados. Este documento era

---

<sup>7</sup> **ECCI** são, segundo o decreto-lei nº 101/2006 – Artigo 27º, “equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma...”.

<sup>8</sup> O projeto **“Transição Segura Hospital /Comunidade – Capacitação do Cuidador Formal”** tem como objetivo a formação de cuidadores formais promovendo a adesão ao tratamento e a corresponsabilização dos mesmos nos cuidados básicos de saúde. Permite também uma melhor articulação entre as unidades de saúde através da nomeação de elementos de referência do hospital e comunidade.

preenchido em três momentos: nas primeiras 24 horas de internamento no hospital, aquando a alta hospitalar e aquando a alta na ECCI. Este documento permitia uma preparação para a alta desde a admissão e uma continuidade de cuidados no que respeita as necessidades de formação identificadas/*stressores* por parte do cuidador. Eram assim avaliados os conhecimentos e competências adquiridas e monitorizado o sucesso das intervenções de promoção de capacitação do cuidador implementadas pela equipa. Este momento de exposição de dúvidas era também um momento chave para o estabelecimento da relação de confiança entre o profissional e o cliente/família, uma vez que o cliente não conseguirá seguir instruções no que concerne aos cuidados de saúde que não entendem, e não seguirão recomendações com as quais não concordem (Hoeman, 2008, p.62).

A aplicação das diferentes escalas e recolha de informação que consta neste documento permitem avaliar a capacidade funcional do cliente nas diversas dimensões e avaliar o seu potencial de reabilitação, por outro lado possibilitam mensurar a evolução do cliente, que conduz à avaliação objetiva da eficiência das intervenções de ER implementadas. Posteriormente à colheita de dados, era delineado o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação (PIER) que era ajustado conforme as necessidades/evolução do cliente e família com vista a aquisição de maior autonomia<sup>9</sup>. Os contactos com os clientes eram registados e avaliada a sua evolução, permitindo assim uma continuidade de cuidados e perceção de evolução (positiva ou negativa) e possibilitando o ajuste das medidas instituídas.

Através desta condução do processo, foi-nos possível dar resposta ao objetivo que valida a competência **J1** das competências específicas do EEER: **cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados** onde figura o objetivo específico: **avaliar a funcionalidade do cliente ao longo do ciclo de vida, conceber planos, implementar intervenções e avaliar resultados das intervenções implementadas ao cliente, em todos os contextos da prática de cuidados.**

---

<sup>9</sup> **Autonomia** tem origem em *autos* (eu próprio) e *nomoi* (lei) e é definida por Araújo, Paúl e Martins (2011) como referindo-se à capacidade, à liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e capacidades de se autogovernar. Autonomia refere-se à capacidade de decisão de uma pessoa sobre a sua vida.

Atendendo que a intervenção do EEER pressupõe uma abordagem baseada no conhecimento, não só da anatomofisiologia, mas também da patologia, padrões comportamentais e comunicacionais do cliente a quem presta cuidados foi sentida necessidade de aprofundar conhecimento no âmbito da saúde do cliente adulto/idoso uma vez que esta se encontra fora do âmbito profissional atual. Como tal foi realizada pesquisa bibliográfica e integrada na concretização de um estudo de caso (apresentado em apêndice III) tendo como linha orientadora a Teoria de Sistemas de Betty Neuman.

Evocando a situação específica da Sra. AF, com diagnóstico de meningioma parafalcino, aprofundada e desenvolvida no estudo de caso apresentado em apêndice, foi possível identificar quais os *stressores* que influenciavam positiva e negativamente o cliente/família, tendo sido de extrema importância a análise do ambiente envolvente e do contexto familiar presente. As alterações decorrentes da patologia e o sentimento de angústia relacionada com o estado de saúde atual (**stressores negativos intrapessoais**), influenciavam negativamente a adesão ao PIER. Por seu lado, o suporte familiar/institucional (**stressores positivos interpessoais**) e o aumento de força/ incremento progressivo na autonomia das AVD (**stressores positivos intrapessoais**) eram encarados como elementos protetores do sistema, pelo que se apresentavam como uma força impulsionadora na adesão ao plano de reabilitação delineado. As barreiras arquitetónicas assumiam uma posição de **stressor negativo extrapessoal**, uma vez que apesar das tentativas de minimização no impacto eram apresentadas como um obstáculo importante na implementação do PIER.

Munindo-nos das ferramentas disponíveis, de articulação com a entidade hospitalar e através da integração do cuidador no processo de reabilitação foi possível estabelecer um PIER adequado às necessidades e expectativas da cliente/família, conduzindo assim a um ambiente motivador que se traduzia numa postura mais proactiva perante as atividades propostas.

Ao cuidar da Sra. AF no seu processo de reabilitação no domicílio, devida a proximidade de acompanhamento com a família, foi percebida a falta de um instrumento que avaliasse o grau de exaustão do cuidador. No contacto com o cliente era frequentemente notório o cansaço e sensação de impotência perante algumas situações. Perante este facto e, após pesquisa bibliográfica disponível, foi

proposto que fosse integrada na colheita de dados e posterior avaliação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit- Adaptada por Sequeira (2010) (anexo III), ficando a aguardar diferimento em reunião de equipa aquando a conclusão do EC.

No âmbito do EC em contexto hospitalar, uma vez que a equipa de ER atuava em todas as valências do hospital, permitiu assim serem desenvolvidos planos de intervenção nas diversas áreas de atuação, motora, cardiorrespiratória, cognitiva, tanto no cliente adulto/ idoso como no cliente pediátrico. Os registos foi uma das lacunas constatadas no EC, uma vez que estes eram realizados em texto livre, impedindo a padronização e dificultando a perceção de evolução do estado do cliente, dificuldade já apontada por Cordeiro e Menoita (2012).

No EC hospitalar foi possível desenvolver competências na área de atuação do lactente/família com BA. Os conhecimentos prévios adquiridos na componente teórica permitiram avaliar a adequação e pertinência dos dados colhidos e escalas aplicadas nas diversas situações que surgiram ao longo do EC. Através do ambiente promotor de troca de experiências e discussão com os orientadores foram aplicadas as escalas adequadas aos clientes conforme as situações/*stressores* identificados. O desenvolvimento do estudo de caso referente à situação de uma lactente com BA (apêndice IV) permitiu clarificar conceitos e técnicas adequadas, não só à patologia, mas concomitantemente à especificidade do relacionamento do cliente pediátrico e família.

A ideia da criança como um adulto pequeno e “em aperfeiçoamento” tem vindo a ser abandonada ao longo dos anos. As suas características no que concerne ao seu desenvolvimento físico e cognitivo tornam mandatária uma abordagem específica tendo em conta as suas particularidades. Como EEER a prestar cuidados às necessidades respiratórias, o conhecimento acerca dos *stressores* negativos intrapessoais relacionados com a anatomofisiologia que predispõem a criança à patologia respiratória é essencial, traduzindo-se em cuidados mais eficazes que conduzem a uma recuperação mais rápida e à reposição da homeostasia da dinâmica familiar. Neste sentido os autores Wilkins, Stoller & Kacmarek (2009), Cordeiro & Leite (2012) e Marques, Vieira & Sousa (2016) apresentam as principais características anatomofisiológicas do sistema respiratório da criança a ser consideradas na intervenção do EEER. Na via aérea superior:

- **A cabeça apresenta elevadas dimensões e é pesada.** À medida que a criança vai crescendo, a proporção da cabeça, comparativamente ao comprimento, vai diminuindo: no recém-nascido (RN) a proporção é de 1:4 (no adulto é de 1:12). Também a flexão acentuada da cabeça em decúbito dorsal deve ser tida em conta, uma vez que pode causar obstrução da via aérea (ao nível dos tecidos moles da laringe), principalmente em crianças de baixo tónus muscular.
- **A cavidade nasal é pequena, curta e estreita,** posicionando-se quase completamente entre as orbitas. Os seios perinasais desenvolvem-se durante a infância, atingindo a sua dimensão final na puberdade
- **A língua é relativamente grande em relação à cavidade oral,** preenchendo grande parte da cavidade oral nas crianças. Existe um elevado risco de obstrução da via aérea, especialmente nas situações de alteração do estado de consciência ou em crianças com baixo tónus muscular.
- **A laringe é alta e afunilada,** assumindo na infância uma posição baixa, localizada entre C3 e C6. A região mais estreita da via aérea situa-se ao nível da cartilagem cricoide (em vez da glote). Outra particularidade prende-se com a conexão direta com a parte nasal e a faringe durante a deglutição. Esta especificidade permite criar 2 “caminhos” quase separados, um para a respiração e outro para a deglutição, permitindo ao recém-nascido e ao lactente que respirem e mamem em simultâneo.
- **A epiglote alta, longa e pouco flexível** encontra-se localizada entre C3 e C4, assumindo uma posição mais horizontal.

Na via aérea inferior:

- **A traqueia é estreita, curta e maleável:** O comprimento e diâmetro da traqueia aumentam com o crescimento: RN prematuro: 2 cm de comprimento e 2-3 mm de diâmetro; RN: 5-6 cm de comprimento e 4 mm de diâmetro (até 1 ano de idade); Adulto: 1,2 a 1,5 cm de diâmetro. Também a cartilagem traqueobrônquica é elástica, facilmente compressível e com uma compliance aumentada: elevado risco de colapso
- **A estrutura brônquica pouco firme e com elevado número de glândulas mucosas:** O brônquio principal ramifica-se a partir da traqueia em ângulos

menos agudos que no adulto, particularmente à direita; A estrutura da cartilagem brônquica é menos firme e facilmente colapsável; Tecido linfático espesso, implicando um risco de obstrução (por diminuição do lúmen) até aos 2 anos; O músculo brônquico até aos 5 anos pouco desenvolvido: broncospasmo é raro; Existe maior nº de glândulas mucosas até aos 2 anos.

- **Bronquíolos com diâmetro reduzido:** Nos RN e lactentes é de 1mm; Existe uma elevada resistência ao fluxo de ar: conduz a maior esforço respiratório; Capacidade residual funcional elevada (60% capacidade pulmonar total), que se traduz numa distensibilidade pulmonar aumentada e numa tendência para a hiperinsuflação.

Na caixa torácica:

- **Tórax de configuração arredondada:** onde a circunferência torácica é semelhante à circunferência abdominal (primeiros 2 anos de vida); Apresenta uma elevada elasticidade devido ao predomínio de estruturas cartilaginosas, dando pouco suporte estrutural e podendo estimular um tórax em barril.
- **Costelas horizontalizadas, menos rígidas e mais flexíveis:** existe menor mobilidade costal e expansão torácica (até aos 2 anos); O arcabouço torácico é mais semelhante a uma caixa, com as costelas orientadas horizontalmente ou elevadas onde a excursão diafragmática é dificultada podendo traduzir-se num padrão respiratório irregular; A ossificação das costelas e esterno está normalmente completa aos 25 anos, resultando numa maior rigidez da parede torácica, que se move mais na dimensão ântero-posterior com o esforço inspiratório.

A musculatura da respiração:

- **As fibras musculares tipo I (resistentes à fadiga) em quantidade reduzida:** leva a uma exaustão muscular mais rápida, conduzindo a hipoventilação alveolar e, conseqüentemente, falência respiratória. Há um suprimento precário de energia muscular: o suprimento de glicogénio no tecido muscular é reduzido e depletado rapidamente quando a atividade muscular está aumentada (p.e. na dispneia).

- **Músculos acessórios da respiração:** são inervados pelos nervos acessório e cervicais (C1-3) e são responsáveis pelo aumento do diâmetro do tórax durante a inspiração, sendo que o esternocleidomastóideo atua sob o esterno e os escalenos atuam sob as duas primeiras costelas. O facto do coração e timo serem relativamente grandes, deixa também menos espaço para os pulmões e para a sua expansão.
- **Diafragma apresenta um ângulo de inserção horizontalizado:** é inervado pelo nervo frénico (C3-5); O diafragma no RN é composto por 25% de fibras musculares tipo I (adulto 50%); Responsável por 80% do trabalho respiratório; apresenta contração pouco eficaz o que torna a ventilação menos eficiente (menor capacidade de aumentar o diâmetro do tórax); Durante a inspiração, o diafragma move-se para baixo, mas a flexibilidade da parede torácica move-se muito pouco na dimensão ântero-posterior; O conteúdo visceral abdominal restringe a movimentação vertical do diafragma, constituindo um obstáculo à sua contração.
- **Músculos intercostais são mais fracos e menos eficazes:** Inervados pelos nervos intercostais (D1-11); Externos: aumentam o diâmetro torácico (responsáveis pela inspiração); Internos: diminuem o diâmetro torácico (responsáveis pela expiração forçada); Os músculos da parede torácica tentam puxa-la para cima e para a frente para aumentar o diâmetro torácico e o volume pulmonar.
- **Músculos abdominais pouco desenvolvidos:** Inervados nervos torácicos, ílio-hipogástrico e ílio-inguinal (D6-L1); Reto abdominal, oblíquo externo, oblíquo interno, transversos: empurram o diafragma para cima comprimindo o conteúdo abdominal (responsáveis pela expiração forçada); Reflexo de tosse pouco eficaz (RN e lactentes suscetíveis à obstrução por muco).

As características anatomofisiológicas podem assim comprometer a eficiência respiratória, traduzindo-se numa baixa reserva pulmonar, devido as suas repercussões na compliance e na ventilação/perfusão pulmonar e consequentemente numa maior predisposição do lactente a patologias do foro respiratório. A imaturidade do sistema respiratório pode então ser percebida como um **stressor negativo interpessoal** que requer intervenção e suporte avançado

(**stressor positivo extrapessoal**) e atuação por parte de profissionais especializados (**stressor positivo interpessoal**).

Importante ressaltar que embora sejam aqui apresentadas as características diretamente relacionadas com o sistema respiratório, a criança deve ser abordada com um todo, tendo em conta não só os sinais e sintomas, mas também a auscultação pulmonar, exames complementares de diagnóstico e especial ênfase à vitalidade da criança e interação com o meio (Cordeiro & Menoita, 2012).

Estabelecendo assim a tríade onde constam as especificidades anatomofisiológicas da criança, o domínio de conhecimentos perante o diagnóstico de BA e uma colheita de dados adequada é então possível identificar os stressores que influenciam direta ou indiretamente a conduta do EEER e a formulação do PIER. Estes variam consoante são percebidos pela criança, pela família ou pelo enfermeiro.

A atuação do EEER deve focar-se em exercícios de RFR que promovam a reexpansão pulmonar, a diminuição do trabalho respiratório e a redução do consumo de oxigénio (Cordeiro & Menoita, 2012). As técnicas utilizadas são semelhantes às aplicadas em adulto, no entanto devem ser adequadas às particularidades da faixa etária atendendo à tolerância e capacidade de execução (Latado, 2017).

Depois da abordagem inicial, consulta de processo clínico e estabelecimento de uma relação de confiança com a criança/família, a avaliação e monitorização de parâmetros vitais (tensão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura), assim como valores de saturação periférica de oxigénio, é indispensável. Tal vai permitir não só avaliar a tolerância da criança à sessão, mas também monitorizar resultados após a sessão. A caracterização e classificação do padrão respiratório, simetria da respiração, sinais de trabalho respiratório aumentado, e presença e caracterização da tosse são também imprescindíveis para detetar possíveis complicações e conduzir a implementação do PIER. Perante a presença de sinais de dificuldade respiratória deve-se classificar a gravidade do mesmo, utilizando como guia o quadro I e avaliar a capacidade de execução dos exercícios, sem prejuízo ou agravamento do estado.

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO RESPIRATÓRIO					
Vantagens	Padrão respiratório	Tiragem intercostal	Retração do apêndice xifoide	Adejo nasal	Gemido expiratório
0 pontos	Sincronismo dos movimentos toraco-abdominais	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
1 ponto	Não há elevação do tórax ao elevar-se o abdómen	Moderada	Pouco visível	Mínimo	Só audível com estetoscópio
2 pontos	Respiração paradoxal com depressão do tórax ao elevar-se o abdómen	Acentuada	Acentuada	Marcado	Audível sem estetoscópio

Quadro I- Classificação da gravidade do quadro respiratório. Fonte: Cordeiro e Menoita (2012) Adaptado de base na tabela de Silverman – Anderson, consultado no livro “Manual de boas práticas na reabilitação respiratória” p.329

A limpeza das vias aéreas extratorácicas desempenha um papel fulcral no lactente até aos 5 meses de idade, uma vez que a respiração bucal não se encontra estabelecida até aos 3 a 5 meses de vida, qualquer obstrução major do nariz é uma potencial ameaça a vida (Latado, 2017). Concomitantemente sendo as vias aéreas superiores estreitas, estas ficam facilmente obstruídas por muco pelo que garantir a sua permeabilidade é essencial. A utilização de manobras como a desobstrução rinofaringea retrograda (DRR)<sup>10</sup>, associada a instilação de soro fisiológico morno permite a desobstrução eficaz, substituindo frequentemente a necessidade de aspiração de secreções<sup>11</sup> (diminuindo o trauma associado a intervenção) (Latado, 2017).

<sup>10</sup> A **DRR** consiste em encerrar a boca do lactente, aproveitando o fluxo inspiratório, fazendo uma ligeira extensão, forçando assim a inspiração pelo nariz, mobilizando desta forma as secreções.

<sup>11</sup> A **aspiração de secreções** está indicada na criança que consegue tossir, mas não consegue eliminar as secreções por deglutição ou expectoração. Consiste na introdução de uma sonda de calibre adequado, conectada a um sistema de vácuo, desde a cavidade oral ou narina até à traqueia

Os exercícios de higiene brônquica tomam especial destaque no lactente com BA. Uma vez que o cliente é uma criança com idade inferior a 2 anos a sua colaboração é limitada, adotando maioritariamente uma postura passiva ao longo da sessão. A técnica de expiração lenta prolongada é obtida pela aplicação de pressão manual toraco-abdominal lenta, com início no final de uma expiração espontânea e se mantém até ao volume residual, sendo o objetivo obter um volume expirado mais elevado que uma expiração normal. Esta técnica exige grande perícia e sincronismo por parte do EEER atendendo à frequência respiratória do lactente ser tendencialmente elevada (Cordeiro & Menoita, 2012).

A higiene brônquica pode ser facilitada se aos exercícios já referidos for associado a aerossoloterapia que, utilizada de forma criteriosa, ajuda a fluidificação de secreções e a sua progressão ao longo da árvore traqueobrônquica. (Cordeiro & Menoita, 2012). A otimização desta técnica pode ser conseguida quando administrada terapêutica broncodilatadora e mucolítica antes da sessão de RFR e anti-inflamatórios e antibióticos depois da sessão (Souto, 2017).

São também utilizadas as técnicas expiratórias forçadas, no caso do lactente a tosse provocada, uma vez que a tosse dirigida pressupõe a participação da criança. A tosse provocada é uma tosse reflexa, induzida pelo EEER com intuito de libertar a expectoração que foi mobilizada pelas técnicas anteriores até às vias aéreas centrais e é induzida através da estimulação de recetores mecânicos situados na parede da traqueia torácica. É aplicada pressão dos dedos na traqueia logo acima do esterno, apoiando a mão livre na região abdominal com o intuito de diminuir a dissipação energética da tosse para o abdómen (região menos tonificada e, por conseguinte, com menos resistência). Esta técnica, embora eficaz na desobstrução das vias aéreas superiores, leva facilmente à fadiga, pelo que deve-se evitar o recurso sistemático (Latado, 2017).

Nas técnicas complementares de higiene brônquica como a drenagem postural, e as vibrações são também frequentemente integradas na sessão de RFR no lactente com BA. A drenagem postural <sup>12</sup> utiliza a adoção de diferentes posições

---

para remoção das secreções e não deve ultrapassar os 15 segundos de duração. Sendo uma técnica invasiva deve ser utilizada com ponderação (Latado, 2017).

<sup>12</sup> **Drenagem postural** tem como objetivo drenar as secreções brônquicas para as regiões centrais dos pulmões utilizando a gravidade (Cordeiro & Menoita, 2012).

promovendo a mobilização das secreções das diversas áreas pulmonares, baseando-se na segmentação da árvore brônquica sendo que cada posição é variável conforme o segmento pulmonar a ser drenado. O tempo de permanência em cada posição é variável e deve ser ajustado conforme a tolerância da criança. A drenagem postural pode ser realizada ao colo da mãe ou na cama, com auxílio de almofadas e inclinação do leito. As vibrações<sup>13</sup> têm como efeito mobilizar as secreções, tornando-as mais fluidas. Aumentam também a amplitude dos movimentos ciliares e promove o relaxamento dos músculos da parede torácica, melhorando a perfusão alveolar. As vibrações podem ser manuais ou instrumentais, sendo que devem ser usadas com precaução (garantindo a estabilização da cabeça) em crianças com menos de 3 meses e RN, devido ao risco de hemorragia intracraniana. (Martins e Sá, 2018), As percussões<sup>14</sup> são, de modo geral, mal suportadas pela criança pequena, pelo que devem ser substituídas por vibrações manuais.

O momento de realização da sessão de RFR deve ser um momento de partilha com a família e pautado pelo forte componente educacional, promovendo a capacitação e autonomia fomentando o elo e o desenvolvimento do papel parental (Cordeiro & Menoita, 2012).

A construção dos estudos de caso e dos PIER ao longo dos EC permitiram dar assim resposta às unidades de competência descritas, encerrando em si a capacidade de avaliar a alteração da funcionalidade nas diferentes dimensões, recolher informação pertinente, assim como aplicar escalas adequadas à avaliação da função, identificar stressores que influenciam a capacidade do cliente conduzir as Atividades de Vida Diárias (AVD) de forma independente. Após a avaliação e identificação de necessidades, foram concebidos planos individualizados à condição e expectativas do cliente, implementadas intervenções planeadas e posteriormente avaliados os resultados dessas intervenções.

---

<sup>13</sup> As **vibrações** são movimentos oscilatórios rítmicos e rápidos, de pequena amplitude, exercidos na parede torácica provocando vibrações a nível brônquico. Podem ser substituídas em pediatria, empiricamente, por escoas de dentes automática. (Cordeiro & Menoita, 2012).

<sup>14</sup> As **percussões** consistem em percutir com as mãos em concha ou ventosa nas áreas do tórax onde foram identificadas presença de secreções. Podem, empiricamente, ser substituídas por uma máscara de anestesia neonatal (Cordeiro & Menoita, 2012).

### **1.1.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

A promoção das capacidades com vista a restituir a independência que o torna capaz de viver como um cidadão autónomo é um dos focos de ação do EEER. Esta capacitação revela-se, não só no potencializar as ações relacionadas com as AVD, mas também em atividades de ordem mais complexa, ao nível instrumental (atividades instrumentais de vida diária (AIVD)), cujo propósito é a integração na comunidade. A associação de ambas reflete-se na autonomia e independência do cliente, espelhando significativamente a perceção do mesmo no que concerne ao seu conceito de qualidade de vida (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

No EC que decorreu na UCC, a proximidade com o ambiente onde se insere o cliente permitiu trabalhar e conseqüentemente dar resposta à competência **J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, desenvolvendo o objetivo proposto, **prestar cuidados de ER de forma a capacitar o cliente para a minimizar as suas limitações e maximizar a sua autonomia**. A articulação do hospital com a comunidade permitia, assim que o cliente era referenciado, o levantamento de necessidades identificadas pelo próprio /cuidador, através da análise do documento do projeto *“Transição Segura Hospital /Comunidade – capacitação do cuidador formal”* (anexo II). Eram percebidas as primeiras necessidades com as quais a equipa se iria deparar, seja no âmbito de défice de conhecimentos nas técnicas específicas do autocuidado, seja na transposição e identificação de, por exemplo, barreiras arquitetónicas (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659). A abordagem pautava por delinear estratégias para promover a adaptação à nova condição, frequentemente por meio do uso de produtos de apoio/ajudas técnicas, como equipamentos para promoção do autocuidado higiene (nomeadamente barras de apoio, assentos de banheira), andarilhos, calcadeiras, pinças, etc. No que respeita as técnicas de autocuidado, era previamente combinada a presença do cuidador para que fossem validados os conhecimentos previamente adquiridos em ambiente hospitalar. As visitas domiciliárias eram agendadas sempre que possível para ir de encontro as necessidades de formação do cliente/cuidador, por exemplo, horário da higiene ou alimentação, possibilitando o ensino “à pessoa e/ou cuidador, técnicas específicas

de autocuidado” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659). Era também fornecido, em formato de papel, um conjunto de exercícios para que o cuidador (ou o cliente, caso lhe fosse possível) colocasse em prática na ausência do EEER.

O envolvimento da comunidade na adoção de práticas inclusivas era também notório. Mensalmente tinha lugar nas instalações da UCC uma reunião de parceiros, onde participavam ER, Guarda Nacional Republicana (GNR), Santa Casa da Misericórdia, e Assistentes Sociais, do município e da UCC. Nesta reunião eram discutidos casos da comunidade e fazia-se o balanço das medidas previamente instituídas. Eram debatidas situações de necessidade de referenciação, de apoio domiciliário e de assistência do foro económico. Nestas reuniões eram também debatidas propostas de melhoria de acessibilidade, que posteriormente eram propostas à câmara municipal. A título de exemplo, acerca do mau estado de conservação da rua de acesso a uma casa de uma utente que se deslocava em andarilho. A referida cliente não deambulava no exterior uma vez que o mau estado da via fazia com que esta estivesse alagada devido às chuvas, isolando assim a senhora dentro da habitação. Tal situação foi reportada pela equipa de saúde e seria transmitido em reunião posterior na câmara municipal para se proceder à reparação da estrada. Desta forma foi possível “orientar para a eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659).

A participação nesta reunião foi sem dúvida uma mais-valia no desenvolvimento das competências do EEER, uma vez que permitia intervenção perante a comunidade, promovendo a minimização de entraves à acessibilidade e promovendo a integração do cliente na cidadania, conforme o preconizado do regulamento de competências específicas do EEER (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659) onde figura que este deve ser capaz de

“Analisar a problemática da deficiência, limitação de atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva”

No que concerne ao objetivo estabelecido onde se pretendia prestar cuidados de ER de forma a capacitar o lactente com BA/família para a minimizar as suas limitações e maximizar a sua autonomia a capacitação era principalmente

direcionada para a atuação dos pais nos cuidados à criança. Foi possível trabalhar com as famílias adoção de estratégias promotoras de bem-estar da criança com patologia aguda respiratória. À luz do apresentado por Cordeiro e Menoita (2012) era promovida a elevação da cabeceira através de almofadas em cunha no berço e a utilização adequada de aparelhos de aerossoloterapia promovendo assim “a utilização de produtos de apoio (...) dispositivos de compensação, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659). A utilização de nebulizadores está longe de ser considerada uma técnica isenta de riscos, e, embora não seja uma contraindicação extrema, Cordeiro e Menoita (2012) alertam que a estase de secreções e aparecimento de broncoespasmo é uma realidade. É por isso importante que a criança esteja acompanhada, acordada, e numa posição sentada ou semi-sentada. Sendo uma prática corrente no domicílio estas advertências assumiam uma particular importância. Era também abordada a técnica de desobstrução das vias aéreas superiores por meio de instilação nasal de soro fisiológico morno nas narinas e, se necessária consequente aspiração de secreções com aspirador manual (Cordeiro & Menoita, 2012).

A capacitação dos pais numa situação de recuperação no lactente com BA tem lugar de destaque na intervenção do EEER, uma vez que o período de recuperação se pode prolongar até 3 semanas é imprescindível que os pais se sintam seguros e capazes de promover a recuperação da criança, diminuindo ansiedade e permitindo o restabelecimento do bem-estar para níveis de saúde prévios (**prevenção terciária**).

### **1.1.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

A maximização das capacidades funcionais visa potenciar o rendimento e desenvolvimento pessoal através da interação com o cliente (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro da OE, 2011). À medida que os EC decorriam era notória a necessidade de aprofundar os conhecimentos adquiridos na fase teórica deste percurso formativo que permitissem “demonstrar conhecimento aprofundado acerca das funções cardiorrespiratórias e motoras” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659). A revisão de literatura, a pesquisa em livros e

documentos existentes permitiam, para além de solidificar conhecimentos, a aquisição de novas estratégias e integração de novos conhecimentos no ato de cuidar à luz da ER. Foi imprescindível a articulação com os enfermeiros orientadores no sentido de colocar em prática os conhecimentos adquiridos. O conhecimento aprofundado acerca das funções cardiorrespiratórias e motoras permitiu-me delinear PIER adequados às necessidades e expectativas dos clientes/famílias. Em contexto hospitalar surgiu oportunidade de contactar com uma situação de uma cliente submetida a artroplastia total do joelho (ATJ) que se encontrava em 2º dia de pós-operatório, muito ansiosa uma vez que morava num primeiro andar sem elevador e sentia-se insegura no que respeita a sua capacidade de subir e descer essas escadas. Chegou a ser proposto pela equipa pedir a um filho que a acolhesse em sua casa, mas percebeu-se que tal ideia, assim que verbalizada, transtornava a cliente. Foi discutido e descrito então o PIER na sua totalidade, permitindo assim que a cliente se familiarizasse e interioriza-se o que seria esperado dela ao longo dos restantes dias de internamento. Foram realizados ensinamentos de exercícios isométricos (com contrações isométricas abdominais, glúteos e quadríceps), e exercícios isotónicos, com mobilização ativas assistidas do membro intervencionado de acordo com tolerância da pessoa (flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho; abdução/adução da articulação coxofemoral; flexão/extensão do joelho e dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica. Realizou também mobilizações passivas do membro intervencionado com tala dinâmica, iniciando com 0-30º e aumentando progressivamente de acordo com tolerância e prescrição médica. Paralelamente foram realizados exercícios de treino de AVD como transferências, deambular com auxiliares de marcha e subir e descer escadas. Com o passar dos dias a cliente foi-se mostrando mais receptiva à implementação do PIER e menos receosa, até que quando chegou o momento que receava (treino de escadas) esta encontrava-se mais confiante e não apresentou dificuldade em realizar o exercício. A intervenção foi adequada tendo em conta, por exemplo, o lado onde se localizava o corrimão em casa da cliente, dando-lhe segurança na execução de forma a “ensinar, instruir e treinar sobre técnicas para maximizar o desempenho a nível motor (...), tendo em conta os objetivos individuais da pessoa” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659). “Monitorizando os resultados obtidos” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659) foi possível verificar

que o PIER implementado foi adequado, uma vez que o fortalecimento da relação terapêutica permitiu a cliente expor as suas dúvidas e anseios. Por outro lado, o facto de integrar as preocupações da cliente no plano possibilitou que esta fosse mais segura para o domicílio, permitindo que esta se mantivesse assim em sua casa, diminuindo a influência dos **stressores negativos extrapessoais** implicados na mudança do seu ambiente com o qual se encontra familiarizada.

Esta situação específica permitiu dar resposta à competência **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa** onde figura o objetivo **conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório ao cliente de forma a maximizar as suas capacidades**. Foi possível planear intervenções personalizadas, aplicadas ao cliente/família, com vista a melhoria das funções afetadas, tendo sempre em conta as expectativas dos mesmos.

Na intervenção perante o latente com BA foi prioritário ter presentes os **stressores intrapessoais** assim como basearmo-nos nas capacidades prévias dos pais e analisar conjuntamente o impacto da doença no regresso a casa. Foi de máxima importância clarificar alguns aspetos da doença, nomeadamente o facto de ser expectável uma recuperação de até três semanas, assim como a explicitação dos sinais de alarme que motivem a vinda ao serviço de urgência. A validação dos ensinamentos com os pais e a compreensão demonstrada permitiu “monitorizar a implementação de programas concebidos” assim como os seus resultados (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8659). Para além da capacitação dos pais no que respeita a técnicas de otimização da via aérea (desobstrução nasal, posicionamento, etc.) já referidas, foi abordada a importância do fracionamento da alimentação (alimentar mais vezes e menos quantidade), e da massagem abdominal. Ambas as medidas previnem a distensão abdominal, promovendo uma maior expansão pulmonar (Carvalho, Jonhston & Fonseca, 2007).

## **1.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

As competências definidas no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p.

4744) definem este como aquele a quem é reconhecido competência no âmbito científico, técnico e humano para prestar cuidados de Enfermagem em alguma área de especialidade. Estas competências, transversais às áreas especializadas, envolvem dimensões da educação de clientes e pares, orientação, aconselhamento e liderança. É-lhes também incumbida a responsabilidade de conduzir investigação relevante e pertinente na sua área de atuação, melhorando continuamente a prática da enfermagem.

### **1.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No que concerne ao domínio **A1 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** foi estipulado o objetivo **Prestar cuidados especializados de ER tendo por base os princípios éticos e deontológicos, assim como o respeito pela dignidade e direitos humanos**. Conforme o descrito no Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4746, o EE deve demonstrar um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” assente na “avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”

No decurso dos EC foi possível prestar cuidados onde figuraram permanentemente os aspetos éticos e deontológicos que regem a profissão, respeitando os direitos humanos nas relações estabelecidas e os cuidados prestados as famílias e clientes. O código deontológico profissional é definido por Nunes, Amaral e Gonçalves (2005, p.7) como um pilar essencial para a prática, encontrando-se nele enunciados os deveres profissionais, incluídos nos direitos dos cidadãos e comunidades a quem são prestados os cuidados de enfermagem. A deontologia reflete a necessidade de que uma profissão detenha determinadas características, pelo que se trata de um conjunto de regras que indica como o enfermeiro deverá atuar perante o seu estatuto de membro do corpo social a que pertence, sendo o seu foco a “correção da ação”. É imprescindível ter presente os conhecimentos que advém da documentação que regula os aspetos éticos e legais da profissão para a aquisição de competências como EE.

Para dar início ao EC foi imperativo conhecer os serviços na sua forma estrutural e organizacional. A integração nas equipas, compreendendo a sua

dinâmica e os elementos que as integram, é pedra basilar para possibilitar o desenvolvimento do percurso delineado previamente. Para além da entrevista realizada aos Enfermeiros Orientadores (EO), foram consultadas normas e procedimentos em vigor nas instituições. Na UCC, a consulta do relatório de atividades no ano transato permitiu visualizar com clareza quais as áreas de intervenção da equipa, projetos em vigor, assim como resultados obtidos das ações levadas a cabo nesse ano. Esta leitura possibilitou também o planeamento e preparação do EC, conhecendo de antemão onde incidia e prática do EEER foi possível orientar a pesquisa e o estudo para as situações que mais frequentemente necessitavam de intervenção especializada. Através da consulta de processos de clientes que no momento se encontravam abrangidos pelo programa da RNCCI foi possível ter contacto com os instrumentos de avaliação utilizados e aprofundar conhecimento acerca daqueles que seriam menos familiares.

Na unidade hospitalar esta pautava-se por um vasto número de panfletos que reunia informações importantes a serem transmitidas aos clientes, sendo estas uma sumula das instruções de trabalho no que respeita a condutas perante determinadas intervenções (nomeadamente Prótese Total do Joelho, Prótese Total da Anca, exercícios respiratórios pré e pós cirúrgicos, etc.). Foi sentida a necessidade da criação de um panfleto (apêndice V), onde figurassem aspetos importantes no que respeita aos cuidados à criança com BA. As especificidades desta patologia, muitas das vezes associada a insegurança parental, eram causadoras de ansiedade nas famílias no regresso a casa. A criação deste suporte em papel, de simples leitura, permitia aos pais consultar posteriormente no domicílio, transmitindo-lhes tranquilidade e munindo-os de algumas ferramentas para atenuar os sintomas que advêm da doença. Este panfleto permitia também aos profissionais terem um suporte escrito para orientar a sua intervenção no que respeita a capacitação e regresso a casa, tendo tido um feedback positivo por parte da equipa.

A articulação da equipa multidisciplinar, assim como o reconhecimento das funções do EEER na mesma foi fulcral para o desenvolvimento dos objetivos propostos. Na UCC a EEER é também coordenadora da equipa, sendo esta reconhecida como uma referência na intervenção às diferentes famílias e respetivos elementos, não só no seio da equipa de enfermagem, mas também na equipa multidisciplinar. A EEER atua, na maioria dos casos, de forma autónoma dando

resposta às necessidades dos clientes. Por seu lado também tem uma intervenção muito importante e pró-ativa nas reuniões de articulação com outras entidades e classes profissionais movendo recursos para dar resposta às situações identificadas. Para além da intervenção nos cuidados gerais e ao nível da reabilitação, esta assume também gestão e supervisão de cuidados, assim como de serviço, sendo vista como referência na tomada de decisão e resolução de situações complexas.

Na equipa de ER da instituição hospitalar, ambos os EE são vistos como peritos<sup>15</sup> na sua área de atuação, sendo solicitados nas equipas para avaliação e assessoria nos cuidados. A atuação desta equipa junto do doente era articulada com a avaliação do fisiatra, no entanto a definição e posterior atualização do PIER assentava na autonomia dos EEER. Os ER trabalhavam em conjunto com a equipa médica e restantes técnicos de reabilitação, possibilitando assim uma panóplia de cuidados abrangentes nas diferentes dimensões do cuidado ao doente.

A integração nas equipas foi sempre facilitada pelo acolhimento por parte dos seus constituintes tendo sido levada a cabo com sucesso. A validação frequente dos cuidados prestados e entre ajuda com a restante equipa foi fundamental para os resultados obtidos.

A promoção de cuidados que respeitem os direitos humanos foi sempre uma preocupação constante ao longo dos EC. A prestação de cuidados na comunidade acarreta sempre o contacto com realidades muitas vezes desfasadas do ideal, sendo imprescindível um olhar minucioso e abrangente no que concerne às reais necessidades do cliente. A título de exemplo as condições sanitárias deficitárias no domicílio de um senhor, isolamento térmico insuficiente, associado a insuficiência económica, tornavam aquele cliente numa pessoa vulnerável e frágil a complicações de saúde (agravadas por condições pré-existentes de historial de patologia respiratória). O foco de atuação, para além do relacionado com a recuperação de saúde para níveis prévios à doença, foi articular com o serviços sociais no sentido de proporcionar o cumprimento do Artigo 25º da declaração universal dos direitos humanos “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem – estar, principalmente quanto à

---

<sup>15</sup> **Enfermeiro Perito** é aquele que tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis (Benner, 2001, p.54).

alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários (...)” (DRE, 2019).

Em todos os contextos foi assegurada a confidencialidade e direito a privacidade, assim como o respeito à escolha e foi tida em consideração os valores e costumes dos clientes aos quais foram prestados cuidados.

### **1.2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Para a aquisição das competências propostas no domínio **B- Domínio da melhoria contínua da qualidade**, é expectável que o EE assuma um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias na área da governação clínica, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e concomitantemente promovendo a segurança do ambiente terapêutico (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4747). Para dar resposta a este domínio foi estabelecido o objetivo **“Desenvolver competências para a prestação de cuidados de ER com enfoque na promoção da melhoria contínua de cuidados no ambiente seguro”**.

Durante os EC, a construção da identidade como EEER teve sempre como foco a prestação de cuidados de excelência, orientados para os resultados, garantindo sempre a segurança de todos os envolvidos na prestação de cuidados (clientes e pares). A possibilidade de acompanhar a EO na UCC em matérias de coordenação permitiu uma visão abrangente dos objetivos da instituição no que respeita às diretrizes da qualidade e aos projetos de melhoria contínua. A consulta do “Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação” (Regulamento N.º 350/2015, de 22 de Junho 2015, p.16655) possibilitou o entendimento claro do que era expectável que o EEER desenvolvesse no contexto. Estes dois pontos foram elementos promotores do desenvolvimento neste domínio de competências.

Embora não tenha sido possível participar presencialmente nas reuniões de articulação da UCC com o Hospital de referência, a transmissão de informação por parte da EO permitiu ter contacto com os projetos vigentes. Estes eram focados na articulação e transição de cuidados do ambiente hospitalar para a comunidade, sendo que tal permitia diminuir os casos de falta de referenciação das situações que necessitavam de acompanhamento pós-alta.

Dada a proximidade com o momento de auditoria aos processos de clientes na RNCCI foi oportuno participar nas auditorias internas e aferição de não conformidades nos mesmos, “avaliando a qualidade das práticas clínicas” através da utilização de indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das mesmas (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4747). Após detetadas as irregularidades, em conjunto com a EO, foram reestruturados os processos e avaliações em falta, tendo sido posteriormente discutido em reunião de equipa as situações anómalas para posterior correção. Este processo permitiu o desenvolvimento de práticas de qualidade, orientando intervenções para a melhoria. Com vista a “seleção de estratégias de melhoria” (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4747), propôs-se a introdução de uma check-list de construção do processo, para minimizar assim as intercorrências, tarefa que ficou delegada a uma enfermeira da equipa e que aguardava deferimento.

A segurança era também tema recorrente nas reuniões, tanto relacionada com o cliente como com os elementos constituintes da equipa de saúde, sendo abordadas as necessidades de formação dos clientes/família, assim como dos profissionais. Foi realizado o levantamento de necessidades de formação na equipa, sendo uma das necessidades apontadas o risco ergonómico nas mobilizações de clientes. Encontrando-se a unidade em processo de auditoria não foi possível realizar nenhuma sessão de formação formal, mas foi prestada assessoria quando oportuno ou solicitado acerca dessa temática, fomentando assim a “adesão à saúde e segurança ocupacional” (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4748).

No EC em contexto hospitalar, a qualidade dos cuidados é algo que está profundamente enraizado nas equipas. Sendo uma unidade acreditada pela *Joint Comission International* existe já uma serie de protocolos, normas e procedimentos que orienta a atuação para os cuidados de excelência que a entidade preconiza. A atuação da EEER regia-se pelas normas emanadas pela entidade reguladora e era submetida a auditorias internas frequentes para garantir o cumprimento das mesmas. O alto grau de exigência era visível e era incutida em toda a equipa a necessidade e importância do cumprimento das normas orientadoras sendo que, de um modo geral, as equipas já se encontravam à vontade no desenvolver do seu exercício profissional sob as orientações estipuladas.

### 1.2.3 Domínio da gestão de cuidados

No domínio da gestão de cuidados preconiza-se que o EE seja capaz de gerir cuidados de enfermagem, otimizando respostas da equipa, articulando-os com os restantes intervenientes, assim como adaptar a liderança e a gestão dos recursos ao contexto onde se encontra inserido (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4748).

O processo de liderança<sup>16</sup> está primordialmente orientado para a consecução dos objetivos da organização, que devem ser conhecidos pelos colaboradores de forma a aumentar a produtividade, atingir metas e a obter maior satisfação no local de trabalho. O papel do líder é fundamental, uma vez que será ele que através de estímulos impele o desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando de melhor desempenho e maior colaboração (Fradique e Mendes, 2013).

Neste domínio pretende-se dar resposta ao objetivo **“Participar ativamente na gestão e coordenação de cuidados de ER, assegurando a articulação eficaz com outros membros da equipa multidisciplinar”**. A participação da EO na gestão de cuidados era evidente, sendo que era esta que geria os pedidos de referência para unidades da RNCCI (de média ou longa duração, paliativos, etc.) assim como atendia e delegava as situações de intervenção de outros profissionais da equipa. A gestão de recursos como a utilização da carrinha de cuidados ao domicílio era de extrema importância, uma vez que esta era partilhada com a Unidade de Saúde Familiar (USF). A planificação de cuidados era realizada diariamente, “otimizado o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”, tendo como objetivo a promoção da qualidade (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4749). Antes da saída eram analisados os processos e registos anteriores para possibilitar a adequação das intervenções a serem realizadas. Era assim assumido, conjuntamente com a EO, a organização do trabalho, com vista a um atendimento mais eficiente, assumindo o líder a posição de ponto de apoio da equipa, quer na educação, quer na

---

<sup>16</sup> Cunha et al. (2007, p. 332) define **liderança** como a capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar os outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros.

coordenação de serviço, estimulando a equipa a desenvolver plenamente o seu potencial, refletindo-se invariavelmente na qualidade da assistência (Fradique e Mendes, 2013).

Reconhecendo “os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa”, foi fomentado o ambiente positivo e favorável à prática, através da promoção do trabalho em equipa, respeito mútuo, técnicas de escuta ativa e reforço positivo (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4749). O incremento da autonomia ao longo da EC permitiu trabalhar algumas das técnicas de liderança com vista ao desenvolvimento e aplicação prática no futuro como EEER.

#### **1.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento de competências no que concerne ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais prende-se com a demonstração do autoconhecimento e assertividade, assim como fundamentar a prática clínica especializada na evidência científica. Este pressuposto serviu de base para atingir o objetivo **“Utilizar o conhecimento científico como base para o desenvolvimento de cuidados de ER que promovam o crescimento pessoal e da equipa”**.

A prática reflexiva é apresentada por Boud, Keogh & Walker (1985) citada por Peixoto e Peixoto (2016) como as atividades, intelectuais e afetivas, em que indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão. Segundo os mesmos autores, a prática reflexiva serve, para além do desenvolvimento de teorias cognitivas, como um moderador da aprendizagem, conseguindo a pessoa, através da reflexão, perceber e criticar os conhecimentos tácitos que se formam em torno das experiências (Peixoto & Peixoto, 2016).

A reflexão foi uma atividade constante ao longo dos ensinamentos clínicos, surgindo na forma de discussões de casos e situações com os EO assim como na forma de jornais de aprendizagem desenvolvidos, nascendo de “um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, dando origem a um processo mental, seguido de um ato de pesquisa, indagação, para encontrar matéria que resolva a dúvida e esclareça a perplexidade” (Peixoto & Peixoto, 2016). As reuniões com os EO e com a Professora

permitiram “reconhecer os recursos e limites pessoais e profissionais” (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4749).

Como guia orientador da prática reflexiva foi utilizado o ciclo reflexivo de Gibbs, assentes na descrição da situação (“o que aconteceu?”), pensamentos e sentimentos (“o que estou a sentir?”), avaliação (“o que foi bom ou mau nesta experiência?”), análise (“que sentido posso tirar desta situação?”), conclusão (“que mais poderia ter feito?”) e planear a ação (“se isto acontecer novamente o que farei de forma diferente?”) (Gibbs, 1988). Esta organização de pensamento proporcionou a estruturação necessária para “otimizar o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente ou com a equipa multidisciplinar” (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4749).

A mobilização de conhecimentos prévios e pesquisa bibliográfica pertinente permitiu a responsabilização por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas (próprias e da equipa) e promovendo o desenvolvimento de habilidades e competências (Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro 2019, p. 4749).

## 2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS

Com a realização do relatório de estágio apresentado foi possível refletir acerca das aprendizagens conduzidas em contexto de EC. De uma forma geral foi possível desenvolver as competências planeadas, quer as comuns inerentes à prática do enfermeiro especialista, quer as específicas do EEER, conforme descrito no capítulo anterior. A realização de uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) permite avaliar os pontos fortes, limitações e as dificuldades aquando a implementação do projeto de estágio.

A elaboração do projeto de estágio que norteasse o desenvolvimento de competências em EC foi um elemento facilitador neste percurso. Sendo este passível de reestruturação, foi possível adaptar às experiências e necessidades sentidas ao longo do caminho percorrido, tornando-se por isso numa ferramenta que potencializou as aprendizagens. Também a redação deste relatório, através da reflexão ao longo da prática, permitiu de forma objetiva expor as atividades e aprendizagens que conduziram ao desenvolvimento das competências preconizadas. O conhecimento previamente adquirido em contexto teórico, assim como a pesquisa bibliográfica permanente, serviu de suporte e fundamentação à intervenção na prática clínica. Ao longo dos EC e na abordagem do cliente o Modelo de Sistemas de Betty Neuman esteve sempre presente, não só na avaliação, como também no planeamento das intervenções e posterior avaliação das ações implementadas. Por estas razões considera-se que estas atividades desenvolvidas foram potenciadoras do desenvolvimento de competências sendo apontadas como pontos fortes (**Strengths**).

No que respeita às limitações encontradas (**Weaknesses**), em contexto hospitalar, o contacto com as famílias na perspetiva da preparação para a alta ficou aquém das expectativas, uma vez que, atendendo aos seus compromissos laborais, era difícil a sua presença nos momentos de intervenção com o cliente. Na UCC os recursos materiais e humanos, muitas das vezes escassos, colocaram alguns entraves à intervenção, nomeadamente a possibilidade de maior número de visitas domiciliárias por indisponibilidade de motorista ou da própria carrinha que servia as unidades.

As escolhas dos locais de EC foram essenciais no percurso traçado. As oportunidades (**opportunities**) emergentes desta escolha permitiram, não só atingir os objetivos propostos como também ter contacto com outras realidades, conduzindo a uma construção mais abrangente do “eu profissional” enquanto futuro EEER. A integração na ECCI permitiram uma atuação em contexto domiciliário, conduzindo a uma visão mais inclusiva do cliente, integrado no seu ambiente. O acompanhamento do projeto “*Transição Segura Hospital /Comunidade – capacitação do cuidador formal*” possibilitou a continuidade de cuidados na transição do ambiente hospitalar para o ambiente do domicílio, proporcionando assim, não só a articulação dos cuidados, mas o envolvimento da família desde o momento da admissão no hospital. No EC em contexto hospitalar foi possível contactar com patologias diversas que acometiam clientes de diferentes faixas etárias, permitindo assim a aquisição de competências, nas diversas áreas de atuação. O facto de a equipa de reabilitação prestar cuidados em todos os serviços do hospital permitiu uma panóplia de experiências que de outra forma não teria sido possível.

O número reduzido de crianças a quem foi possível prestar cuidados poderia ter sido uma ameaça à implementação dos objetivos específicos do projeto de estágio (**Threats**). No entanto foi possível acompanhar o lactente/família ao longo do internamento, o que possibilitou a implementação e posterior avaliação do PIER de forma estruturada e completa.

Através da aprendizagem experiencial desenvolvida nos contextos de EC, foi possível “apropriar (tornar próprios) os saberes procedentes da experiência”, através de processos contínuos de ação e reflexão (Pimentel, 2007).

A possibilidade de desenvolver competências nos diferentes contextos de cuidados proporcionou uma nova visão mais abrangente do cuidar enquanto profissional. O ingresso na área comunitária permitiu um novo olhar sobre os cuidados de saúde, não só no restabelecimento da mesma no que concerne à doença, mas também nos âmbitos de inclusão, acessibilidade e gestão de recursos existentes. Foi também o primeiro contacto com o cliente adulto/idoso, tendo sido imprescindível aprofundar conhecimentos, não só no âmbito da ER, mas também da patologia, farmacologia e dinâmica familiar e social em que este se encontra inserido. No que respeita ao contexto hospitalar, foi possível abordar

o cliente ao longo do ciclo de vida, em situação de agudização ou doença súbita, mobilizando conhecimentos prévios e transportando os mesmos para uma articulação entre as necessidades e expectativas do cliente/família.

Globalmente considera-se que o percurso levado a cabo contribuiu para o desenvolvimento das competências definidas pela OE assim como as competências estabelecidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensinos. Estas competências foram aplicadas nos diferentes contextos, adequadas aos problemas identificados, demonstrando capacidade de decisão perante situações complexas e fazendo a articulação, não só com a equipa multidisciplinar, mas também tendo em conta as expectativas do cliente e da família.

No que remete para o desenvolvimento de competências específicas do EEER foram assim prestados cuidados ao cliente com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e nos diferentes contextos. Foi possível capacitar a pessoa com limitações da atividade e restrição da participação, promovendo a cidadania, assim como a maximização da funcionalidade, promovendo as capacidades individuais de cada cliente.

Desta forma, consideram-se atingidos os objetivos delineado previamente no projeto de estágio.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório aqui apresentado teve como objetivo demonstrar através da descrição de atividades o percurso decorrido que conduz à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Foi um percurso pautado por aprendizagens e desafios constantes, que se revelou determinante na construção do “eu” profissional enquanto futura EEER.

A realização dos EC foi uma mais-valia, uma vez que permitiu a otimização das experiências e articulação com os conteúdos programáticos do curso e, no âmbito do projeto delineado anteriormente prestar cuidados a “pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro 2011 p.8658). Desenvolver competências nos dois contextos (comunidade e hospitalar) permitiu ter contacto com ambas as realidades, diversificando o leque de aprendizagens e enfatizando a importância da articulação de cuidados ao nível da prestação e continuidade dos cuidados de enfermagem.

As limitações de tempo disponível em cada EC não permitiram a implementação/ acompanhamento de algumas atividades planeadas, no entanto foram imprescindíveis no processo de aprendizagem através da pesquisa bibliográfica assim como o desenvolvimento do pensamento crítico na análise de situações. O número de crianças a quem foi possível prestar cuidados no âmbito do projeto foi também diminuto, uma vez que, embora no que respeita a sazonalidade, fosse expectável um grande número de internamentos, tal não foi observado. Apesar disso as oportunidades que surgiram foram aproveitadas ao máximo, possibilitando dar resposta aos objetivos propostos no âmbito da prestação de cuidados à criança e família com BA.

Recorrer a um modelo conceptual que norteasse a prática como o modelo de sistemas de Betty Neuman foi exigente, mas bastante compensador, uma vez que permitiu trabalhar todas as dimensões envolvidas no cuidar do cliente de forma estruturada e organizada. A permanente necessidade de identificação de *stressores* permitiu a consciencialização das principais alterações induzidas pela situação de doença na criança/família, não só na sua vertente física, mas também na vertente social de espoliação de papéis e abalo da homeostasia familiar. A sua aplicação no

adulto/idoso foi adequada envolvendo não só as dimensões motoras e respiratórias, mas também sensorial, cognitiva, ambientais/familiares.

Do ponto de vista de perspectivas futuras considera-se que a área de reabilitação em pediatria é uma área em desenvolvimento, com todas as fragilidades associadas a um território de conhecimentos ainda pouco explorado. É expectável com o passar do tempo o aprofundar de conhecimentos no que respeita a estratégias de abordagem, técnicas e desenvolvimento de competências no cuidar em reabilitação do cliente pediátrico e sua família.

O percurso desenvolvido permitiu também a aquisição de competências no domínio da autonomia e responsabilidade profissional, demonstrada na mobilização de estratégias para o processo de tomada de decisão. O olhar para o EEER como autónomo dentro da sua área de atuação e como membro integrante de uma equipa multidisciplinar permitirá a melhoria contínua dos cuidados prestados ao cliente, possuindo este uma posição privilegiada na promoção do bem-estar, restituição dos níveis de saúde assim como a capacitação do cliente e maximização da funcionalidade em situação de fragilidade (transitória ou permanente).

Desta forma considera-se que os objetivos estabelecidos no início deste percurso formativo foram abrangentes o suficiente para a contemplação das diferentes competências preconizadas pela OE, sejam elas específicas ou comuns ao EE. A aquisição competências constituiu um acréscimo incontestável de saber, que se foram refletindo na prática profissional concomitantemente ao desenvolver deste percurso formativo, aspirando a implementação de programas de regulares de ER no hospital de atual exercício profissional. Abrem-se também as portas para oportunidades a título particular, sendo uma das necessidades sentidas na comunidade servirá como motivação futura para o desenvolvimento do novo “eu profissional” enquanto EEER.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, Isabel, Paúl, Constança, & Martins, Manuela. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 869-875. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400011>

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

Carvalho, Werther Brunow de, Johnston, Cíntia, & Fonseca, Marcelo Cunio. (2007). Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(2), 182-188. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000200027>

Conselho de Enfermagem. (2011). “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cordeiro, M. e Leite, T. (2012). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. In Cordeiro, M. e Menoita, E. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. (pp. 321 - 352). Lisboa: Lusociência.

Cunha, M. [et al.] (2007) - Manual de comportamento organizacional e gestão. 6ª ed. Damaia: Editora RH.

Diário da República (2010). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Lisboa. Acedido a 21/06/2019, disponível em <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro (2009). Artigo 11º *Diário da República I Serie*, N.º 28/2008 consultado a 26/09/2018 acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março (2006). Artigo 60º *Diário da República I Serie-A*, N.º 74/2006 consultado a 26/09/2018 acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>

Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho (2006). Artigo 27º *Diário da República I Série-A*, Nº 101/2006 consultado a 26/09/2018 acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Decreto-Lei N.º 115/2013 de 7 de Agosto (2013). Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República I Série*, N.º 151 (7-8-2013). 4749-4772.

Decreto-Lei N.º 161/96, de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República, I Série* N.º 205 (1996-09-04) 2959 – 2962.

Direção Geral de Saúde (2018). *Saúde Infantil e Juvenil- Portugal*. Lisboa: DGS

Escola Superior De Saúde De Lisboa (2017). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-licenciatura de Especialização*. Acedido a 06/07/2018, disponível em <https://www.esel.pt/NR/rdonlyres/2DDB3E36-3328-4DAC-97ED-16346D1BE93C/0/RegulamentodeMestradoEnfeCursosdeP%C3%B3sLicenciaturadeEspecializa%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Fradique, M., e Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, serie III (10), 45-53. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>

Gadjos, V., Katsahian, S., Beydon, N., Abadie, V., Pontual, L., Larrar, S., et al (2010) - Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial, *PLoS Medicine* (em linha) Vol 7 Nº 9. Pag 1-12 DOI: 10.1371/journal.pmed.1000345.s003

Gomes, R., Calvete, F., Rosito, G., Donadio, M. (2016) - Rhinopharyngeal Retrograde Clearance Induces Less Respiratory Effort and Fewer Adverse Effects in Comparison With Nasopharyngeal Aspiration in Infants With Acute Viral Bronchiolitis. **Respiratory Care** (em linha). Vol 61. Nº 12 Pag. 1613- 1619. Daedalus Enterprises. DOI: 10.4187/respcare.04685

Gomes, C., Trindade, G., Fidalgo, J. (2009). - Vivências de pais de crianças internadas na unidade de cuidados intensivos do hospital pediátrico de Coimbra.

Revista de Enfermagem Referência, II (11), acedido a 14/10/2019, disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2009pdf/11-105116.pdf>

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Latado, V. (2017). A criança com necessidade de cuidados de reabilitação. Em C. Marques Vieira, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 297-305). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.

Martins, H., Sá, M. (2018). *The use of airway cleaning techniques in neonatology*. Acedido a 25/11/2019 disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/27929>

Mendes-da-Silva, M. Gonçalves-Pinho, A. Freitas, I. Azevedo. (2018). *Trends in hospitalization for acute bronchiolitis in Portugal: 2000–2015* Pulmonology Journal DOI: 10.1016/j.pulmoe.2018.05.002

Motta, Alessandra Brunoro, e Enumo, Sônia Regina Fiorim. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100004>

Nunes, Amaral e Gonçalves. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23/07/2019, disponível em

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Consultado em 23/04/2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação* Acedido a 21/06/2019, disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV (11),121-131. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. (pp. 159-168). *Estudos de Psicologia*. Consultado a 27/10/2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a08v12n2.pdf>

Postiaux, G., (2004). *Fisioterapia Respiratória Pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed

Regulamento N.º 125/2011, de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8658-8659

Regulamento N.º 140/2019, de 6 de Fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 26 (06-02-2019). 4744 – 4750

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2.ª Série, N.º 119. Acedido a 10 de Agosto de 2018, de <https://dre.pt/application/file/a/67552329>

Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2.ª Série, N.º 119. Acedido a 10 de Agosto de 2018, de <https://dre.pt/home/-/dre/67552235/details/maximized>

Regulamento N.º 367/2015, de 29 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República II Série*, N.º 124 (06/02/2019) 17384-17391. Acedido em 27/04/2019, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ribeiro, J.L.P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, saúde & Doenças*. Vol. 15 N.º 3. Acedido a 06/07/2018, disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862014000300009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300009)

Rochat, I., Leis, P., Bouchardy, M., Oberli C., Sourial, H., Friedli-Burri, M., Perneger, T., Argiroffo, C. (2011) Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. **Springer** (em linha). Ed 171 Pag 457-462 DOI 10.1007/s00431-011-1562-y

Roqué, M., Giné-Garriga, M., Granados, C., Perrotta, C., (2017) - Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. **Cochrane Database of Systematic Reviews** (Em linha), Issue 2. Art. No.: CD004873. DOI: 10.1002/14651858.CD004873.pub5.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência* – vol. II, n.º12, 9-16.

Schaurich, Diego, & Crossetti, Maria da Graça Oliveira. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-

2007. *Escola Anna Nery*, 14(1), 182-188. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027>

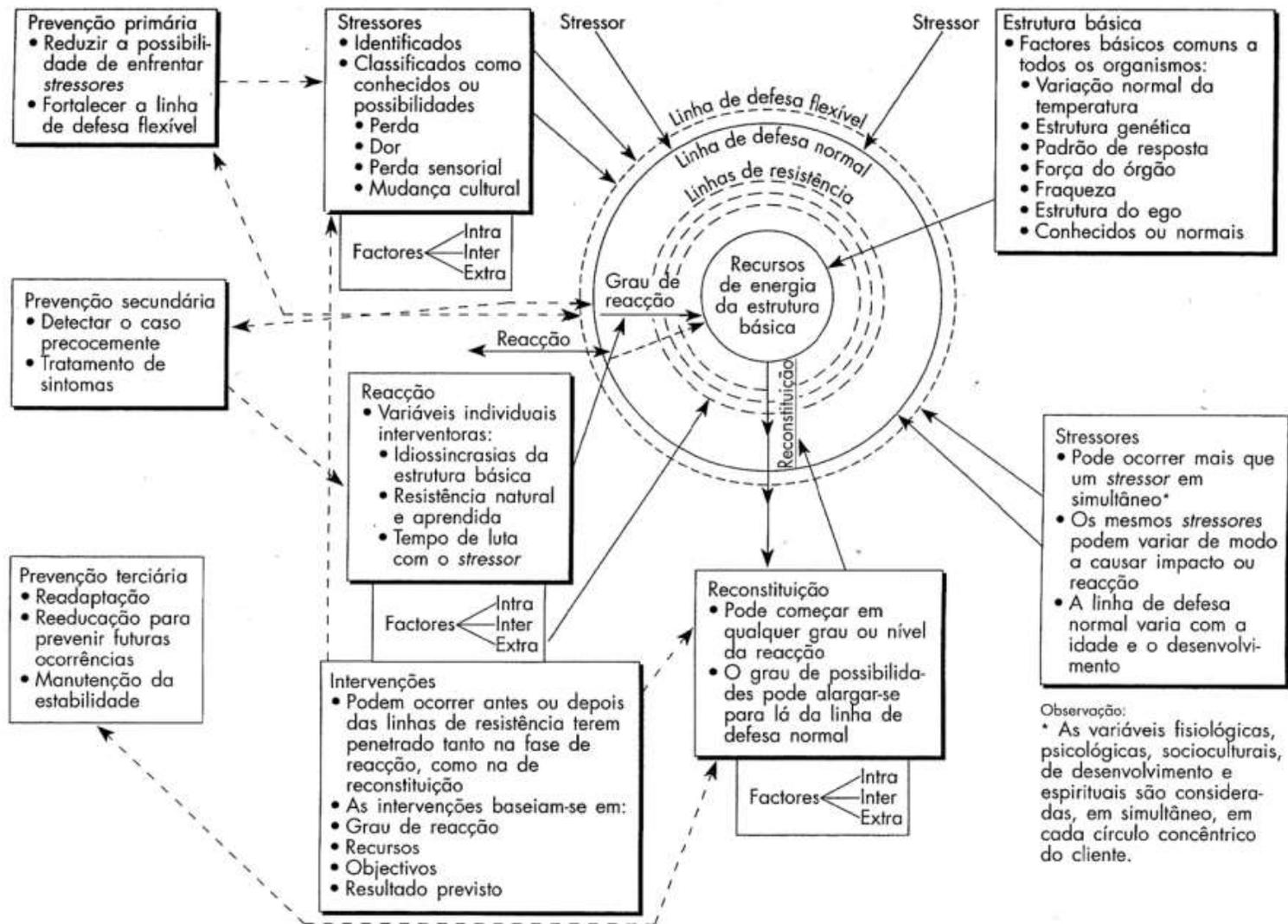
Souto, N. (2017). Enfermagem de Reabilitação em Neonatologia. Em C. Marques Vieira, & L. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 297-305). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.

University of Edinburgh (2019) *Gibb's Reflective Cycle: Reflection toolkit the university of Edinburgh*. Acedido em 15/07/2019, disponível em <https://www.ed.ac.uk/reflection/reflectors-toolkit/reflecting-on-experience/gibbs-reflective-cycle>





**ANEXO I**  
**Modelo de Sistemas de Betty Neuman**



## **ANEXO II**

### **Folha de identificação de necessidades:**

*“Transição Segura Hospital /Comunidade – capacitação do cuidador formal”*

**Educação para a Saúde -  
- Auto Avaliação do Cuidador**

Identificação do Utente

Identificação do Cuidador

No sentido de o apoiar na preparação da alta, solicitamos que nos ajude a identificar as áreas em que necessita de orientação. Assim, coloque uma cruz (x) na coluna que considere aplicável.

	AUTO - AVALIAÇÃO INICIAL Data: ___ / ___ / _____			AUTO-AVALIAÇÃO NA ALTA Data: ___ / ___ / _____		AUTO - AVALIAÇÃO NA COMUNIDADE DATA: ___ / ___ / _____		
	Sinto-me capaz sem treino	Sinto-me capaz com treino	Não sou capaz	Sinto-me capaz	Não me sinto capaz	Sinto-me capaz sem treino	Sinto-me capaz com treino	Não sou capaz
<b>Doença; Situação clínica; Opções de tratamento; Prognóstico; Promoção saúde</b>								
<b>Higiene</b>								
Banho no chuveiro / banheira								
Banho na cama								
Lavagem do cabelo								
Cortar as unhas								
Cuidados à boca (lavar dentes)								
<b>Prevenção de úlceras de pressão</b>								
Cuidados com a pele								
Posicionamentos								
<b>Vestir e despir / calçar e descalçar</b>								
<b>Comer e beber</b>								
Alimentação com talheres / seringa								
Sonda nasogástrica								
Ingestão de líquidos								
Cuidados com a alimentação								
<b>Mobilidade</b>								
Transferência (cama /cadeira)								
Mobilização na cama								
Andar								
Apoios Técnicos (andarrilho, canadiana, tripé)								
<b>Prevenção de quedas</b>								
Estratégias de prevenção								
Abordagem em caso de queda efetiva								
<b>Medicação</b>								
Medicamentos prescritos								
Horário								
Duração do tratamento								
Interações / Efeitos secundários								
Acondicionamento e validades								
<b>Gestão de sintomas (dor; náusea..)</b>								
Reconhecer sinais de alerta relacionados com a doença (Ex: Escala de Mews)								
Utilização de equipamentos médicos								
Outras dúvidas:								
AUTO-AVALIAÇÃO INICIAL: <input type="checkbox"/> Cuidador: _____ / Assinatura: _____ Profissional: Assinatura: _____ / N.º Mecanográfico: _____								
AUTO-AVALIAÇÃO NA ALTA: <input type="checkbox"/> Cuidador: _____ / Assinatura: _____ Profissional: Assinatura: _____ / N.º Mecanográfico: _____								
AUTO-AVALIAÇÃO NO ACES: <input type="checkbox"/> Cuidador: _____ / Assinatura: _____ Profissional: Assinatura: _____ / N.º Mecanográfico: _____								

## **ANEXO III**

### **Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**

Adaptada por Sequeira (2010)

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejaría devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejaría poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

<47 – Sem Sobrecarga

47 a 55 – Sobrecarga Leve

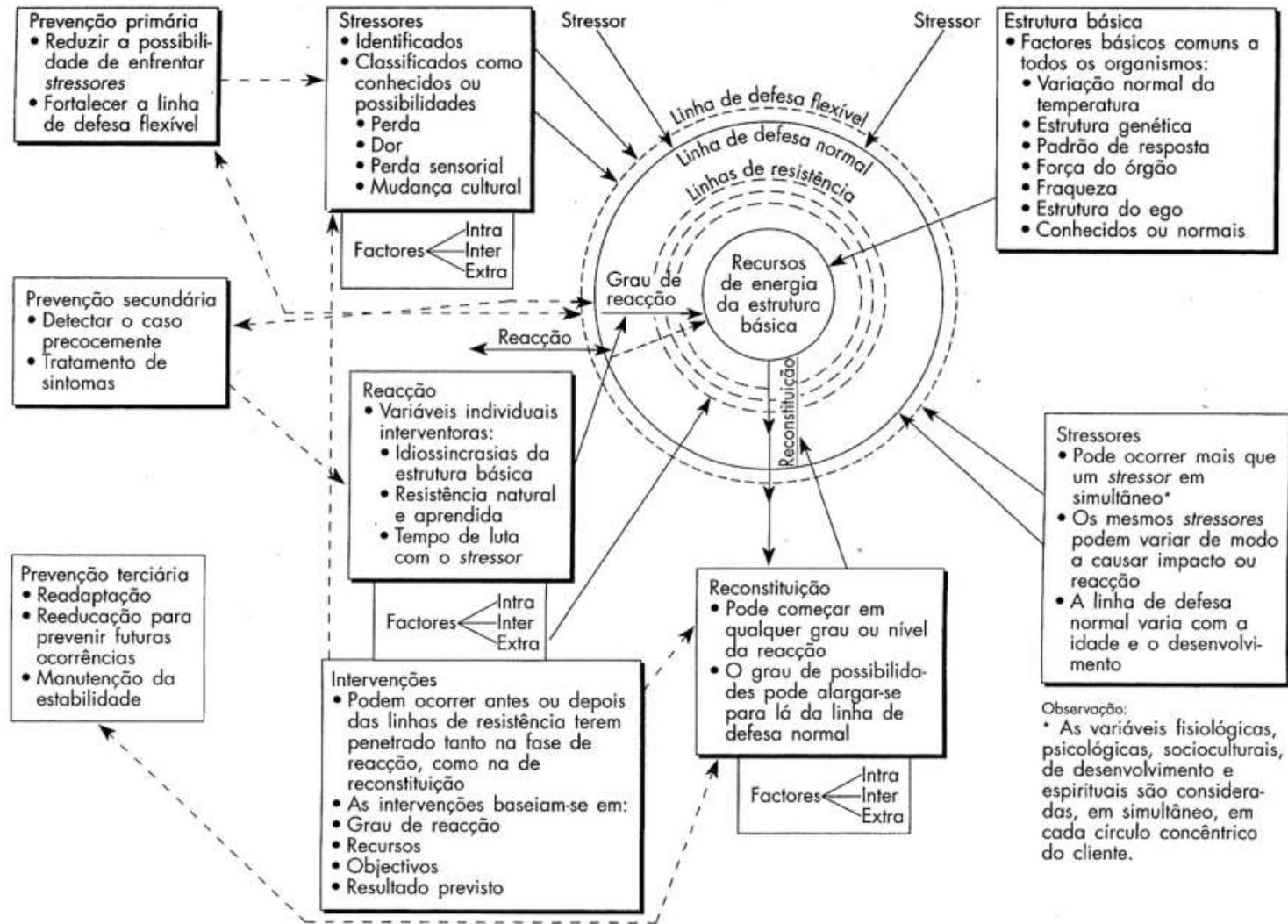
>55 – Sobrecarga Intensa

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Projeto de estágio**

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao lactente/  
família com Bronquiolite Aguda



**Educação para a Saúde -  
- Auto Avaliação do Cuidador**

Identificação do Utilizador

Identificação do Cuidador

No sentido de o apoiar na preparação da alta, solicitamos que nos ajude a identificar as áreas em que necessita de orientação. Assim, coloque uma cruz (x) na coluna que considere aplicável.

	AUTO - AVALIAÇÃO INICIAL Data: ___ / ___ / ____			AUTO-AVALIAÇÃO NA ALTA Data: ___ / ___ / ____		AUTO - AVALIAÇÃO NA COMUNIDADE DATA: ___ / ___ / ____		
	Sinto-me capaz sem treino	Sinto-me capaz com treino	Não sou capaz	Sinto-me capaz	Não me sinto capaz	Sinto-me capaz sem treino	Sinto-me capaz com treino	Não sou capaz
<b>Doença; Situação clínica; Opções de tratamento; Prognóstico; Promoção saúde</b>								
<b>Higiene</b>								
Banho no chuveiro / banheira								
Banho na cama								
Lavagem do cabelo								
Cortar as unhas								
Cuidados à boca (lavar dentes)								
<b>Prevenção de úlceras de pressão</b>								
Cuidados com a pele								
Posicionamentos								
<b>Vestir e despir / calçar e descalçar</b>								
<b>Comer e beber</b>								
Alimentação com talheres / seringa								
Sonda nasogástrica								
Ingestão de líquidos								
Cuidados com a alimentação								
<b>Mobilidade</b>								
Transferência (cama /cadeira)								
Mobilização na cama								
Andar								
Apoios Técnicos (andarrilho, canadiana, tripé)								
<b>Prevenção de quedas</b>								
Estratégias de prevenção								
Abordagem em caso de queda efetiva								
<b>Medicação</b>								
Medicamentos prescritos								
Horário								
Duração do tratamento								
Interações / Efeitos secundários								
Acondicionamento e validades								
<b>Gestão de sintomas (dor; náusea..)</b>								
<b>Reconhecer sinais de alerta relacionados com a doença (Ex: Escala de Mews)</b>								
<b>Utilização de equipamentos médicos</b>								
<b>Outras dúvidas:</b>								
<b>AUTO-AVALIAÇÃO INICIAL:</b> <input type="checkbox"/> Cuidador: _____ / Assinatura: _____ <b>Profissional:</b> Assinatura: _____ / N.º Mecanográfico: _____								
<b>AUTO-AVALIAÇÃO NA ALTA:</b> <input type="checkbox"/> Cuidador: _____ / Assinatura: _____ <b>Profissional:</b> Assinatura: _____ / N.º Mecanográfico: _____								
<b>AUTO-AVALIAÇÃO NO ACES:</b> <input type="checkbox"/> Cuidador: _____ / Assinatura: _____ <b>Profissional:</b> Assinatura: _____ / N.º Mecanográfico: _____								

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visita devido ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

<47 – Sem Sobrecarga

47 a 55 – Sobrecarga Leve

>55 – Sobrecarga Intensa

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular de Opção II**

# **Projeto de Estágio**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**  
**EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AO**  
**LACTENTE/ FAMILIA COM**  
**BRONQUIOLITE AGUDA**

**M<sup>a</sup> Helena Russo, n.º 8309**

**LISBOA**

**Setembro, 2018**

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular de Opção II**

# **Projeto de Estágio**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**  
**EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AO**  
**LACTENTE/FAMILIA COM**  
**BRONQUIOLITE AGUDA**

**M<sup>a</sup> Helena Russo, n.º 8309**

**Regente: Prof. Miguel Serra**  
**Prof. Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Maria Céu Sá**

**LISBOA**  
**Setembro, 2018**

**“Não são as nossas habilidades  
que mostram quem realmente somos,  
mas as nossas escolhas.”  
Albus Dumbledore**

## **Siglas e Abreviaturas**

ARS – Administração Regional de Saúde

BA – Bronquiolite Aguda

DGS – Direção Geral de Saúde

DRR - Desobstrução Rinofaríngea retrógrada

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem Lisboa

FR – Frequência respiratória

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MFR – Medicina Física de Reabilitação

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR- Reabilitação Funcional Respiratória

SPO2- Saturação Periférica de Oxigénio

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIPed – Unidade Cuidados Intermédios Pediátricos

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

VSR – Vírus Sincicial Respiratório

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	15
1.1 Especificidades Anatômicas do Lactente .....	15
1.2 A problemática do lactente com Bronquiolite Aguda.....	16
1.3 Intervenção do EEER no lactente com BA .....	19
1.4 Metodologia.....	21
2. MODELO TEORICO .....	25
2.1 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman .....	25
3. PLANEAMENTO DO PROJETO .....	27
4. CONCLUSÃO.....	29

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de estágio

APÊNDICE II – Histórico de pesquisa nas bases de dados

APÊNDICE III – Plano de atividades

APÊNDICE IV – Guião de Entrevista UCSP Vila Franca de Xira

APÊNDICE V – Guião de Entrevista Unidade Reabilitação Hospital Lusíadas

### ANEXOS

ANEXO I – Modelo dos sistemas de Betty Neuman

# INTRODUÇÃO

Este projeto de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Opção II do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMEER), e tem como objetivo delinear objetivos e atividades a realizar nos contextos de ensino clínico com vista à aquisição de competências que permitam a obtenção da categoria profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) sendo este título atribuído pela Ordem dos Enfermeiros quando é reconhecida “competência científica, técnica e humana aos enfermeiros para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem” (Regulamento n.º 167/2011 p. 11114). No que concerne especificamente à disciplina de Enfermagem de Reabilitação este “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.” Sendo que “o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (Regulamento n.º 125/2011 p. 8658)

Um projeto caracteriza-se por ser um plano de trabalho cujo intuito é resolver/estudar uma problemática e que preocupa os intervenientes que o irão realizar (Ferrito e Ruivo, 2010). O objetivo do mestrado como projeto formativo assenta na autonomia do aluno, possível através de um processo de construção ativa, onde são mobilizados recursos pessoais, profissionais e de cidadania (ESEL, 2017). É também importante ter em conta as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e assim como se pretende que demonstre conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo-os e permitindo contruir a base de desenvolvimento em muitos casos em contexto de investigação; saiba aplicar os conhecimentos em situações novas; tenha capacidade de lidar com situações complexa, desenvolver ou emitir juízo em situações de informação limitada ou incompleta; seja capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara

e sem ambiguidades e possua competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida. (Decreto-lei n.º 115/2013, p.4760).

Foi então necessário identificar, dentro das nossas motivações pessoais, profissionais e académicas, uma problemática que norteasse a definição de objetivos e atividades a realizar com o intuito da aquisição de competências comuns e específicas do EEER.

O tema e título do projeto foi então definido como “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao latente/família com Bronquiolite Aguda (BA)”

A escolha do tema englobou várias vertentes: pessoal, social, profissional e académica. Sendo uma das doenças com mais prevalência em latentes até aos dois anos (DGS, 2012)

“cerca de 70% das crianças no primeiro ano de vida e possivelmente 100% nos primeiros 2 anos se infetam com VSR. A maior parte destas crianças apresenta sintomas ligeiros de infeção respiratória alta (obstrução nasal, coriza, tosse). Apenas cerca de 13% dos lactentes adoecem com bronquiolite aguda no primeiro ano de vida; 2-5% necessitam de internamento e destes 20% podem necessitar de cuidados intensivos.

Perante estes dados percebe-se que esta patologia tem um enorme impacto a nível social, tendo implicação direta com o número de vindas aos Serviços de Urgência Pediátricas (SUP) desequilibrando assim a homeostasia familiar. Por esta razão é uma das patologias mais frequentes nos serviços de internamento de pediatria médica durante os períodos de sazonalidade em que se verificam a doença (entre novembro a abril) (DGS, 2012).

Nas Unidades de Cuidados Intermédios Pediátricos (UCIPed) são frequentes os internamentos de latentes com Bronquiolite Aguda (BA). Numa Unidade da ARS LVT nos anos de 2016 e 2017 foram internadas 430 crianças sendo que 150 tinham como diagnóstico BA ou BA complicada com sobreinfecção. Destas, 18 crianças com agravamento do estado com necessidade de ventilação não invasiva e 2 delas com necessidade de ventilação invasiva e posterior transferência para um hospital central por complicações associadas à patologia.

Perante estes dados e, sendo a BA uma doença tão prevalente até aos 2 anos de vida, percecionou-se várias áreas de atuação por parte do EEER à luz do seu quadro de competências nomeadamente:

- realização de técnicas de higiene brônquica, que, embora, conforme será apresentado na revisão de scoping posteriormente, apenas se aplica numa fase posterior à fase aguda de doença, é benéfica na remoção de secreções a nível brônquico e resolução/prevenção de atelectasias;
- capacitação e maximização das competências parentais, permitindo assim a integração dos pais na parceria de cuidados prestados e preparando dessa forma a alta desde a admissão;
- mobilização de competências desenvolvidas no domínio académico de pesquisa e domínio da revisão de literatura de acordo com a metodologia scoping que permita integrar novas praticas proporcionando desta forma cuidados atualizados baseados na melhor e mais recente evidência.

Neste projeto delineiam-se três grandes objetivos que são eles:

- Desenvolver competências específicas de EEER prestando cuidados à criança/família com BA;
- Desenvolver competências específicas de EEER prestando cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida com alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratorio, alimentação, eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com vista ao desenvolvimento destas competências serão desenvolvidos dois estágios realizados em dois locais: UCC de [REDACTED] (em contexto de cuidados na comunidade) e Departamento de Reabilitação no Hospital [REDACTED] (em contexto hospitalar). Estes ensinios clínicos serão levados a cabo por um período de 8 semanas em cada contexto com início a 24 de setembro 2018 e término a 4 de fevereiro 2019.

Este projeto servirá de guia orientador da prática clínica e inicia-se com um breve enquadramento teórico relativo à patologia, onde é abordada a problemática da criança/família com BA, seguida da intervenção do EEER e terminaremos o capítulo com a metodologia scoping que nos revelará o estado da arte no que concerne a este tema. Posteriormente uma breve exposição do modelo teórico que norteará a prática e finalmente o planeamento do projeto onde serão delineados os objetivos e atividades a serem conduzidas no estágio para posterior análise e justificação de ação em relatório de estágio à luz da evidência científica. Pretende-se por isso questionar e aperfeiçoar as dimensões do saber, saber ser e saber fazer de forma a desenvolver o conhecimento e a competência para o desenvolvimento da prática conforme preconizado por Benner (2001).

**Palavras-Chave:** Reabilitação; Enfermagem; Lactente; Família; Bronquiolite;

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sendo este projeto apenas o ponto de partida e suporte para a aquisição de competências é expectável que esse seja passível de alterações ao longo do tempo tendo em conta as exigências dos locais de estágio e diferentes alterações de percurso académico. Como tal, espera-se que a pesquisa bibliográfica seja contínua ao longo do tempo, servindo de base para a melhor e mais atual prática.

## 1.1 Especificidades anatómicas do lactente

A criança está atualmente longe de ser encarada como um pequeno adulto, como tal, e tendo em conta as suas particularidades anatómicas, o seu processo de desenvolvimento de doença e posteriormente de recuperação vão estar dependentes destas particularidades e da capacidade do EEER as reconhecer e adequar o seu plano terapêutico:

- Vias aéreas superiores: a respiração do lactente até aos 4 meses é predominantemente nasal pelo que no caso de obstrução entra facilmente em exaustão. A laringe encontra-se numa posição mais alta e a epiglote é longa e flácida. A língua é proporcionalmente maior relativamente ao adulto o que conduz facilmente a obstrução em caso de diminuição do estado de consciência;
- Diâmetro das vias aéreas: vias aéreas de tamanho reduzido e de menor diâmetro torna-os vulneráveis ao edema oferecendo maior resistência para os pulmões, associado a uma estrutura brônquica menos firme que faz com que os brônquios sejam mais facilmente colapsáveis, conduzindo a uma maior prevalência de broncoespasmo;
- A superfície alveolar: só se encontra totalmente desenvolvida cerca dos 8 anos de idade, sendo que é durante a fase da lactancia que ocorre o maior número de multiplicação dos

alvéolos, no entanto, necessitam de frequências respiratórias mais elevadas para garantir oxigenação adequada;

- Estrutura torácica: devido à forma arredondada do torax e as costelas horizontalizadas até cerca dos dois anos as crianças apresentam menos mobilidade torácica e conseqüentemente menos expansão torácica;
- Imaturidade do diafragma: o diafragma encontra-se inserido de forma mais horizontal e a musculatura encontra-se pouco fortalecida, levando rapidamente à exaustão e conseqüente apneia;
- Imaturidade do sistema pulmonar: até aos dois anos as comunicações interductais e interalveolares não estão totalmente desenvolvidas o que potencia a formação de atelectasias;

## 1.2 A problemática do lactente com Bronquiolite Aguda

A BA é uma doença frequente nos lactentes<sup>1</sup> com um pico de incidência que entre os 3 e os 6 meses de vida sendo que o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é responsável por 75% dos casos. É caracterizada por uma inflamação aguda, edema e necrose de células epiteliais das vias aéreas, com aumento da produção do muco e broncoespasmo. Ao exame objetivo apresenta tipicamente aumento da frequência respiratória (FR), esforço respiratório aumentado (tiragem, adejo nasal, aumento do tempo expiratório), sibilos e tosse (AHA, 2017).

Verifica-se um padrão de sazonalidade em Portugal, sendo mais frequente de novembro a abril. A sua transmissão ocorre por contato direto com secreções nasais infetadas, habitualmente em contexto epidemiológico de infeção respiratória, familiar ou outro. É normalmente autolimitada, com uma duração média da fase aguda entre 3 a 7 dias (DGS, 2012).

A evolução da doença caracteriza-se inicialmente por uma fase precoce de sintomas nasais, seguidos de tosse seca, por vezes acessual, com aumento

---

<sup>1</sup> **Lactente** é a criança após os primeiros 28 dias de vida até completar o segundo ano de idade.

da frequência respiratória e do esforço respiratório na fase de agravamento. Ao fim do 5<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> dia ocorre a fase de melhoria, sendo que os sintomas respiratórios como a tosse podem persistir até 3 semanas (DGS, 2012).

A BA pode ser classificada como leve, moderada ou grave (DGS, 2012) tendo em conta a avaliação dos seguintes critérios apresentados no Quadro I

Quadro I – Classificação da Gravidade do Quadro Respiratório

<b>CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO RESPIRATÓRIO</b>					
<b>Vantagens</b>	<b>Padrão respiratório</b>	<b>Tiragem intercostal</b>	<b>Retração do apêndice xifoide</b>	<b>Adejo nasal</b>	<b>Gemido expiratório</b>
0 pontos	Sincronismo dos movimentos toraco-abdominais	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
1 ponto	Não há elevação do tórax ao elevar-se o abdómen	Moderada	Pouco visível	Mínimo	Só audível com estetoscópio
2 pontos	Respiração paradoxal com depressão do tórax ao elevar-se o abdómen	Acentuada	Acentuada	Marcado	Audível sem estetoscópio

Fonte: Cordeiro e MENOITA (2012) Adaptado de base na tabela de Silverman – Anderson, consultado no livro “Manual de boas práticas na reabilitação respiratória” p.329

As principais complicações são a atelectasia, a pneumonia e a otite média aguda. As manifestações extra respiratórias são raras e consideradas graves (DGS, 2012).

São considerados fatores de risco para maior gravidade da BA a idade inferior a 12 semanas, história de prematuridade (idade gestacional <a 37 semanas), diagnóstico de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica do lactente (como displasia broncopulmonar, fibrose quística, doença pulmonar difusa ou congénita) doença neuromuscular ou neurológica grave, imunodeficiência e síndrome de Down. A exposição ao fumo do tabaco deve

também ser ativamente identificada e registada aquando a colheita de dados (DGS, 2012).

A avaliação da gravidade da BA deve ser realizada após medidas de desobstrução nasal e deve ter em conta o registo do dia de doença em que se encontra (desde o início da coriza) sendo que o pico de gravidade se encontra entre o 3º e o 5º dia de evolução. Ter em consideração a FR, o impacto na alimentação e grau de hidratação, presença de episódio de apneia (presenciada ou sugestiva quando sugerida pelos pais), hipoxemia determinada por oximetria de pulso, frequência cardíaca (sendo que a taquicardia é já um mecanismo compensatório da exaustão respiratória), estado de consciência e grau de dificuldade respiratória (recorrendo ao Quadro I já apresentado) (DGS, 2012).

Para além das dificuldades enumeradas a incapacidade dos familiares para prestação de cuidados e vigilância adequados ou dificuldade no acesso aos serviços de saúde constituem também um critério de internamento para vigilância (DGS, 2012).

A transferência para unidade de cuidados intensivos pediátricos deve verificar-se sempre que se verifique insuficiência respiratória progressiva com necessidade de aumento do débito de oxigénio persistentemente acima de 3L/min e com incapacidade de manter SPO2 >90% ou após avaliação gasimétrica se verifique  $\text{pH} \leq 7,3$ . É também critério para transferência deterioração do estado clínico geral ou do estado de consciência com sinais crescentes de exaustão, acompanhados ou não de apneias recorrentes ou bradicardia (DGS, 2012).

### **1.3 Intervenção do EEER no lactente com Bronquiolite**

#### **Aguda**

A intervenção do EEER na BA pode ser abordada de diferentes prismas. Se por um lado tem um papel preponderante na recuperação perante a patologia durante o seu período agudo, este desempenha também uma função fundamental na capacitação e maximização de competências parentais que irão servir de fundação para o regresso a casa após o período de internamento. Conforme demonstrado pela literatura o período de recuperação pode-se

estender até 3 semanas, sendo que o tempo médio de internamento ronda os 5 dias (DGS, 2012). Perante estes dados compete ao EEER munir os cuidadores (neste caso maioritariamente os pais) de ferramentas que permitam de forma mais tranquila, segura e assertiva a transição de meros expectadores de cuidados para participantes ativos, envolvendo-os no processo de cuidar e nas decisões que envolvem o processo de recuperação da criança.

Do ponto de vista técnico, a especificidade da fisioanatomia da criança, tendo, por exemplo, por base a amplitude de idades que compreendem o lactente faz com que seja difícil estabelecer um plano padrão de acordo com a patologia. Conforme Carvalho, Jonhston & Fonseca (2007) “o julgamento clínico permanece como critério padrão ouro para admissão hospitalar de crianças com BA e não pode ser substituído por critério objetivo”. A individualização de cuidados é sempre a chave para um plano de reabilitação bem-sucedido.

A mobilização de secreções, prevenção e correção da ventilação pulmonar, oxigenação e trocas gasosas, assim como a prevenção de complicações e danos estruturais no pulmão são objetivos de destaque em pediatria. Os exercícios de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) promovem, de um modo geral, a reexpansão pulmonar, diminuição do esforço respiratório e redução do gasto de energia e consumo de oxigénio (Cordeiro e Leite, 2012).

Por forma a validar a tolerância da criança à realização dos exercícios é necessário que sejam avaliados os sinais vitais (tensão arterial, saturação periférica de O<sub>2</sub>, frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura). Para além disso avaliar os sinais de dificuldade respiratória (cianose, dispneia, pieira, etc), assim como a tosse, e caracterizá-la consoante a sua frequência, padrão de surgimento, se é uma tosse produtiva ou seca. Esta avaliação deve ser então registada de forma a monitorizar a evolução, sendo ainda uma lacuna importante dos EEER em pediatria em virtude de não existirem instrumentos de registo padronizados de forma a dar visibilidade aos cuidados prestados (Cordeiro e Leite, 2012).

As técnicas documentadas mais utilizadas baseiam-se na expiração lenta prolongada, técnicas de expiração forçada (tosse provocada), e as técnicas das vias aéreas extratorácicas (como a DRR, a instilação de solução salina, a aspiração de secreções nas vias aéreas superiores e a nebulização quando

indicada). A drenagem postural, a vibração e percussão deve ser utilizada em situações clínicas que assim o permitam (crianças já em fase de recuperação da BA com hipersecreção brônquica mantida) (Cordeiro e Leite, 2012).

Longe de ser consensual, o uso de RFR continua a ser uma prática frequente associada aos internamentos por BA (complicada ou não com sobreinfecção) a literatura recolhida não apresenta nenhuma contraindicação absoluta, no entanto, como foi possível constatar através da revisão de scoping, continua a ser uma “zona cinzenta” dos cuidados prestados pelo EEER em pediatria.

## 1.4 Metodologia

Para compreender qual a intervenção do EEER na criança/família com BA foi utilizada a revisão scoping uma vez que esta permite mapear a literatura e evidência existente relativamente à temática abordada. A questão inicial (baseada na mnemónica PCC) e os resultados fornecem informação ampla e aprofundada sobre toda a literatura existente, não limitante por isso os desenhos de estudo a qualitativos ou quantitativos. A revisão scoping permite compreender a forma como os dados encontrados se relacionam uns com os outros permitindo assim uma compreensão aprofundada (assim como as lacunas existentes) em determinada área de investigação (Ribeiro, 2014).

Esta revisão de scoping pretende dar resposta a questões como de que modo a intervenção do EEER é importante na recuperação/prevenção da BA no latente. A questão de investigação formulada com base na mnemónica PCC foi então:

Como é que a intervenção do EEER influencia a prevenção/recuperação da BA no latente?

A partir da questão de investigação a pesquisa foi levada a cabo no motor de busca EBSCO®, nas bases de dados Medline® e Cinahl® onde foram introduzidos os principais termos de pesquisa adequados à problemática conforme a pergunta formulada. Foram utilizados os termos booleanos “or” e “and” na articulação entre os termos e selecionados os artigos com texto integral, publicados nos últimos 10 anos e em língua portuguesa ou inglesa. Os termos

de pesquisa foram *Child\*, Baby, Toddler, Respiratory Therapy, Respiratory Physiotherapy, Respiratory Rehabilitation* e *Bronchiolitis*, Após a pesquisa cruzada de termos chegou-se a um total de 12 artigos que após leitura de título e abstract foram selecionados 5 para posterior análise.

Este trabalho integrará também bibliografia pesquisada através da plataforma Google onde constam documentos de instituições publicas como Direção Geral de Saúde (DGS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ata Pediátrica Portuguesa.

Roqué, Guiné-Garriga, Granados, Perrota e Vilaró (2017) levaram a cabo uma revisão de literatura em que num universo de 1249 crianças com menos de 24 meses foram submetidas a técnicas de cinesiterapia respiratória como a vibração, percussão, drenagem postural e técnicas de expiração forçada. Concluíram que as técnicas convencionais não demonstraram benefício na diminuição da gravidade da BA. Demonstrou também que técnicas de expiração forçada não melhoram o estado clínico com lactentes com BA severa, conduzindo a condições adversas como choro intenso e vômito. No em crianças com BA moderada as técnicas convencionais combinadas com expirações forçadas conduziram a um alívio significativo da sintomatologia, sem, no entanto, terem impacto direto nos valores de saturação periférica de oxigénio (SPO2) ou na diminuição do tempo de internamento.

Gomes, Galvete, Rosito e Donadio (2016) estudaram o impacto da desobstrução rinofaríngea retrógrada (DRR) ao invés da aspiração nasofaríngea em lactentes com BA e concluíram que esta técnica deve ser usada como alternativa menos invasiva, sendo que os latentes com BA moderada são os que mais beneficiam mais. Com a utilização da DRR verificou-se menos taquicardia, menos ocorrência de epistaxis e menos episódios de vomito. Esta técnica levou à redução de parâmetros de dificuldade respiratória como tiragem e pieira. Comparativamente com a aspiração nasofaríngea concluíram que esta induz menos stress respiratório e que através da utilização de técnicas menos invasivas é possível obter resultados igualmente satisfatórios.

Rocha, et al (2012) conduziram um estudo que avaliava a efetividade das manobras de expiração forçada no tratamento da BA. Todas as crianças (grupo de estudo e grupo de controlo foram submetidas a manobras de suporte comuns (aspiração de secreções, oxigenioterapia para SPO2 inferior a 92% e

alimentação fracionada). As aplicações destas manobras não demonstraram alterações significativas no que se refere a diminuição da severidade dos sinais de dificuldade respiratória ou no incremento de valores de SPO<sub>2</sub>. No entanto referem que o grupo de estudo apresentou menos complicações expectáveis, apesar de não ser possível estabelecer uma relação direta com a aplicação das técnicas de RFR e a ausência de complicações. Concluíram também comparativamente com outros estudos efetuados que ocorreram poucos casos de vomito durante as técnicas, o que justificam pelo facto das sessões de RFR serem realizadas 2 horas após a alimentação, eliminando assim um dos efeitos adversos mais frequentemente relatados desta intervenção. Os autores ressalvam que apenas crianças em meio hospitalar foram incluídas no estudo, excluindo assim crianças sem necessidade de internamento (e que englobam grande parte dos casos de BA). Terminam ressalvando que a RFR não deve ser utilizada de forma rotineira, mas sim adequando as necessidades e clínica do doente.

Gadjos et al. (2010) avaliaram a eficácia de RFR (técnicas de expiração prolongada e tosse assistida) em lactentes com primeiro episódio de BA. Concluíram que as intervenções não tiveram impacto na diminuição de tempo de recuperação/internamento destas crianças. No entanto ressalvam que seriam necessários estudos que avaliassem lactentes em ambulatório.

Apenas Carvalho, Jonhston e Fonseca (2007) num artigo de revisão referem que a reabilitação respiratória é indicada no tratamento da BA, justificando-se nas características fisiopatológicas da doença sendo que a RFR promove a desobstrução brônquica, a desinsuflação pulmonar e o recrutamento alveolar. Rematam constatando que existem poucos estudos randomizados controlados que evidenciem resultados positivos do uso destas técnicas nestas crianças.

Após a análise destes estudos é possível concluir que existe grande dificuldade em quantificar os ganhos em saúde da aplicação das técnicas de RFR nos lactentes com BA. Para além da dificuldade da uniformização de registos, as circunstâncias que envolvem estas crianças são múltiplas, o que pode influenciar de forma significativa a forma como é conduzido o plano de reabilitação.

Embora a literatura demonstre que técnicas como percussão, vibração com drenagem postural e expiração prolongada não tenham impacto no tempo de hospitalização ou da duração do uso de oxigenioterapia, a remoção de secreções continua a ser necessária e a cinesiterapia e aspiração nasofaríngea continuam a ser as técnicas mais utilizadas, e com melhores resultados na prática clínica (Gomes, Galvete, Rosito e Donadio,2016).

Nenhum dos estudos foi levado a cabo por enfermeiros, o que abre portas para o conceito que a reabilitação respiratória em pediatria vai muito para além do conjunto de técnicas executadas em determinado momento.

Nenhum dos estudos foi realizado em contexto de comunidade ou ambulatório, o que faz com que exista uma lacuna de dados no que se refere à fase de recuperação, que como descrito na norma de 2012 da DGS pode ir até às 3 semanas pós diagnóstico.

Todos os estudos salvaguardam que o facto de não existir evidência de melhoria não existiu dano para a criança, e apenas um refere a perceção de melhoria e alívio através de entrevista aos pais.

Por fim nenhum dos estudos refere o envolvimento dos pais como elemento promotor de conforto, que diminua a ansiedade ou como tendo um papel ativo nos cuidados. Considerando que é impossível dissociar a criança do ambiente familiar em que está inserido é imperativo documentar de que forma os pais podem ser transportados para a missão de parceiros no cuidar e capacita-los, maximizando as competências previamente adquiridas, para a prevenção de complicações e de que forma se pode conduzir a continuidade de cuidados para o regresso a casa.

## **2. MODELO TEÓRICO**

**Recorrer a um referencial teórico com o intuito de orientar a prática é imprescindível para facilitar a compreensão e atribuir significado às intervenções e aos cuidados que prestados. Afinal “as teorias de enfermagem que têm como objetivo maior definir, caracterizar e explicar, compreender, interpretar, a partir da seleção e inter-relação conceptual, os fenómenos que configuram domínio de interesse da profissão” (Crossetti e Schaurich, 2010). Deste modo, e após alguma pesquisa, percebeu-se que o modelo que melhor permitiria dar resposta às necessidades da criança/família seria o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.**

### **2.1 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman**

A utilização deste modelo facilita a abordagem holística do cliente impedindo a fragmentação dos cuidados ao mesmo. Permite uma visão da pessoa como um sistema que integra o indivíduo, a família e a comunidade (Neuman, 2011).

O sistema encontra-se organizado em vários círculos concêntricos em torno de um núcleo central (esquema em anexo). Este núcleo integra a estrutura básica do indivíduo, aquilo que são os fatores básicos, comuns à espécie e imprescindíveis para a sua sobrevivência. Este núcleo encontra-se protegido por linhas de defesa, mais ou menos flexíveis, consoante a sua função e capacidade de lidar com o agente stressor<sup>2</sup>. Este sistema integra sempre cinco variáveis, sendo elas a fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e a de desenvolvimento, sobre as quais Neuman assume ser a Enfermagem a profissão capaz de se relacionar com todas as variáveis e capacitar o indivíduo para dar resposta aos desequilíbrios induzidos pelos stressores (Neuman, 2011).

---

<sup>2</sup> Stressores são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro do sistema do cliente que possuem potencial para causarem desequilíbrio dentro do sistema (Neuman, 2011).

Quando ocorre uma desarmonia entre partes do sistema (doença) verifica-se uma instabilidade no cliente e família, sendo necessário identificar quais as intervenções (primária, secundária ou terciária) a implementar tendo em conta a percepção do cliente, família e do enfermeiro (Neuman, 2011).

Como EE é importante perceber quais os tipos de stressores que podem influenciar a criança/família que se encontra no período de doença. Sendo eles de três tipos (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais). Do ponto de vista da dinâmica familiar todos eles vão estar alterados quer da ótica da criança quer da ótica dos pais. Na visão da criança esta experiência sentimentos de, por exemplo, dor/desconforto, aversão pelo profissional de saúde e ausência de identificação com o meio envolvente. Quanto aos pais estes podem experimentar sensação de impotência, espoliação do papel parental, e em concordância com a criança, intimidação pelo ambiente hospitalar ou pela figura do profissional de saúde. Cabe ao EE, juntamente com a família identificar estes stressores e tentar ultrapassá-los.

É também importante definir qual a fase de intervenção é possível intervir, sendo que Neuman define três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. No caso concreto de um internamento por BA já existe doença pelo que é emergente atuar a nível de atuação secundária, no sentido de minimizar o efeito do agente agressor e restaurar a homeostasia. Ao mesmo tempo pode ser trabalhada a prevenção terciária, capacitando os pais para o restabelecimento da saúde (linhas de defesa) de forma a aproximar-se o mais possível dos níveis prévios à doença e concomitantemente trabalhar na prevenção primária, identificando fatores de risco prevenindo a ocorrência de desequilíbrio.

Betty Neuman integra os conceitos de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente de uma forma que permite integrar os pais como parceiros no cuidar, tirando partido dos seus conhecimentos prévios e maximizando as suas capacidades no sentido de atingir o bem-estar.

### 3. PLANEAMENTO DO PROJETO

Sendo o ensino clínico uma componente tão crucial no desenvolvimento de competências do EEER é importante o planeamento de atividades a desenvolver com vista à aquisição dessas mesmas competências.

OE define que o EE deve desenvolver competências nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2010).

No sentido de melhor orientar a prática do EEER a OE definiu as seguintes competências específicas: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Paralelamente, com vista à melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem a OE desenvolveu em 2002 os padrões de qualidade e determinou seis categorias: Satisfação dos clientes; promoção da saúde, prevenção de complicações; bem-estar e auto-cuidado dos clientes; readaptação funcional; e organização dos serviços de enfermagem.

Com vista ao desenvolvimento de competências preconizadas pela OE estabeleci como objetivos para os ensinamentos clínicos:

- Objetivo 1: Prestar Cuidados especializados de ER tendo por base os princípios éticos e deontológicos, assim como o respeito pela dignidade e direitos humanos;
- Objetivo 2: Desenvolver competências para prestação cuidados de enfermagem de reabilitação com enfoque na promoção da melhoria contínua de cuidados e no ambiente seguro;
- Objetivo 3: Participar ativamente na gestão e coordenação de cuidados de ER, assegurando a articulação eficaz com outros membros da equipa multidisciplinar;

- Objetivo 4: Utilizar o conhecimento científico como base para o desenvolvimento de cuidados de ER que promovam o crescimento pessoal e da equipa;
- Objetivo 5: Avalia a funcionalidade à luz da ER, concebe planos, implementa intervenções e avalia resultados das intervenções implementadas ao cliente, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Objetivo 6: Avalia a funcionalidade à luz da ER, concebe planos, implementa intervenções e avalia resultados das intervenções implementadas ao lactente/família com BA, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Objetivo 7: Prestar cuidados de ER de forma a capacitar o cliente para a minimizar as suas limitações e maximizar a sua autonomia;
- Objetivo 8: Prestar cuidados de ER de forma a capacitar o latente/família com BA para a minimizar as suas limitações e maximizar a sua autonomia;
- Objetivo 9: Conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório ao cliente de forma a maximizar as suas capacidades;
- Objetivo 10: Conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino respiratório a lactentes/família com BA de forma a maximizar as suas capacidades;

As atividades a desenvolver são comuns a ambos os ensinamentos clínicos e serão apresentadas em apêndice.

## 4. CONCLUSÃO

Ao longo desta UC foram muitas as dúvidas na construção deste projeto. Optar por uma temática cuja pesquisa bibliográfica aponta maioritariamente para a não aplicabilidade de técnicas aprendidas durante o curso é muito desafiador. Por outro lado, estou consciente que existe muito trabalho a ser levado a cabo nesta área, uma uniformização de cuidados que permita um olhar diferente sobre a ER na pediatria.

A elaboração deste projeto permitiu-me um olhar diferente sobre uma patologia tão frequente na criança, mas ao mesmo tempo tão pouco explorada do ponto de vista da ER (a começar pelo escasso número de estudos encontrados e nenhum deles elaborado por enfermeiros).

O período que se aproxima de realização de estágio será sem dúvida o início de um longo caminho a percorrer, onde espero conseguir alicerçar as competências que me proponho a adquirir, com vista ao que move o EEER, melhorar a qualidade de vida das crianças que cuido e dos pais que a mim recorrem para os capacitar e maximizar as suas competências parentais.

A principal dificuldade prendeu-se com a estruturação do trabalho e definição de alguns objetivos e atividades, mas sendo que o projeto não é um plano definitivo acredito que irá sofrer alguns ajustes consoante a realidade com que me depara ao longo do ensino clínico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association. (2011). Suporte Avançado De Vida Em Pediatria: Manual Do Profissional. EUA: Texas: Orora Visual, Inovate way. ISBN 978-1-61669-618-4
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. (Quarteto, Ed.) (1ª ed.). Coimbra.
- Carvalho, W., Jonhston, C. & Fonseca, M. (2007) Bronquiolite Aguda, Uma Revisão Atualizada, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53, 2, 182-188. Acedido a 2 de Junho, 2018 de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n2/27.pdf>
- Cordeiro, M. e Leite, T. (2012). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. In Cordeiro, M. e Menoita, E. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. (pp. 321 - 352). Lisboa: Lusociência;
- Crossetti, M. G. & Schaurich, D. (2010) Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. Vol. 14. 182-88. Acedido a 21/06/2018, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>
- Decreto-lei no 115/2013 de 7 de agosto. (2013). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série, No151 (7/8/2013). 4749-4772. Acedido a 01/09/2018 disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>
- Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, (DGS, 2012) Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica. Acedido a 04/04/2018 em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/nogs/Bronquiolite%20NOC.pdf>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA (2017). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-licenciatura de Especialização*. Acedido a 06/07/2018, disponível em <https://www.esel.pt/NR/rdonlyres/2DDB3E36-3328-4DAC-97ED-16346D1BE93C/0/RegulamentodeMestradoEnfeCursosdeP%C3%B3sLice nciaturadeEspecializa%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Gadjos, V., Katsahian, S., Beydon, N., Abadie, V., Pontual, L., Larrar, S., et al (2010) - Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial, **PLoS Medicine** (em linha) Vol 7 Nº 9. Pag 1-12 DOI: 10.1371/journal.pmed.1000345.s003

Gomes, R., Calvete, F., Rosito, G., Donadio, M. (2016, Dezembro) - Rhinopharyngeal Retrograde Clearance Induces Less Respiratory Effort and Fewer Adverse Effects in Comparison With Nasopharyngeal Aspiration in Infants With Acute Viral Bronchiolitis. **Respiratory Care** (em linha). Vol 61. Nº 12 Pag. 1613- 1619. Daedalus Enterprises. DOI: 10.4187/respcare.04685

Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Pearson Health Science, NJ

Regulamento no 166/2011 de 8 de março. (2011). Regulamento de atribuição do título de Enfermeiro Especialista no período transitório. Diário da República II Série, no 47 (8/3/2011). 11113-11114

Regulamento N.º 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, No35 (18-02-2011). 8648-8653

Regulamento N.º 125/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, No35 (18-02-2011). 8658-8659

Ribeiro, J.L.P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, saúde & Doenças*. Vol. 15 no.3. Acedido a 06/07/2018, disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862014000300009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300009)

Rochat, I., Leis, P., Bouchardy, M., Oberli C., Sourial, H., Friedli-Burri, M., Perneger, T., Argiroffo, C. (2011) Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. **Springer** (em linha). Ed 171 Pag 457-462 DOI 10.1007/s00431-011-1562-y

Roqué, M., Giné-Garriga, M., Granados, C., Perrotta, C., (2017) - Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. **Cochrane Database of Systematic Reviews** (Em linha), Issue 2. Art. No.: CD004873. DOI: 10.1002/14651858.CD004873.pub5.

Ruivo, M. A. & Ferrito (2010) Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. N. 15. ISSN 1646-5067

## **APÊNDICES**

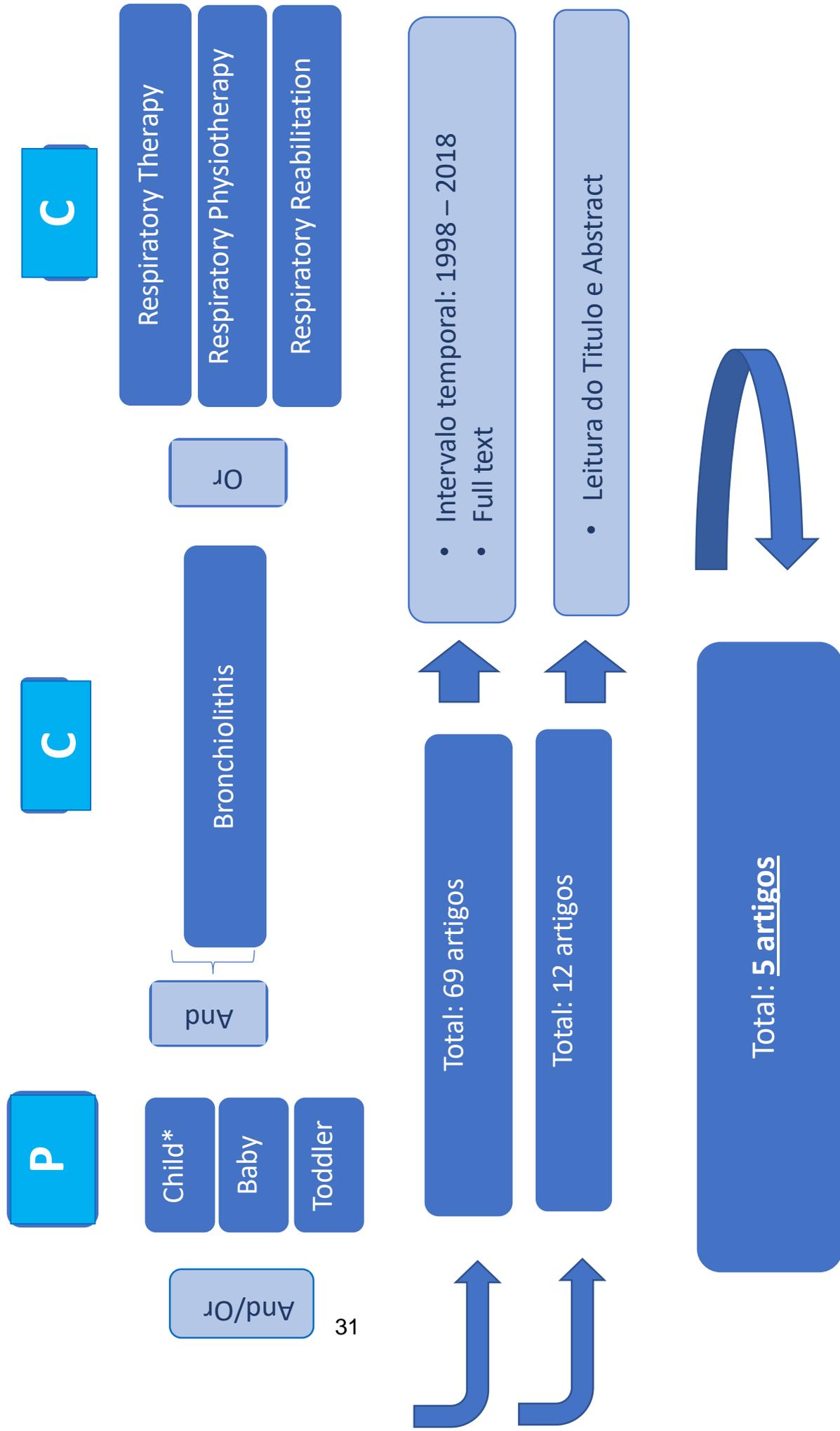
**APÊNDICE I**  
**Cronograma De Estágio**

Ano		2018												2019						
Mês	Setembro	Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro		Fevereiro							
Semana	24 28	1 5	8 12	15 19	22 26	29 3	5 9	12 16	19 23	26 30	3 7	10 14	17 21	24 28	31 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4
UCSP Vila Franca de Xira	[Blue bar]																			
Departamento ER Hospital Lusíadas	[Orange bar]																			
Desenvolvimento de Competências Comuns EE	[Light blue bar]																			
Desenvolvimento de Competências Específicas EE	[Dark blue bar]																			
Pesquisa Bibliográfica	[Light orange bar]																			
Relatório de Estágio	[Light orange bar]																			

Férias de Natal																			
[Grey bar]																			

**APÊNDICE II –Histórico de pesquisa  
inicial bases de dados *Medline*® e *Cinahl*®**

# Como é que a intervenção do EEER influencia a prevenção/ recuperação da BA no latente?



**APÊNDICE III**  
**Plano de atividades a**  
**desenvolver em Ensino**  
**Clínico**

**A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção:

A2- Promove praticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><u>Objetivo 1:</u> Prestar Cuidados especializados de ER tendo por base os princípios éticos e deontológicos, assim como o respeito pela dignidade e direitos humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração na dinâmica da equipa multidisciplinar nos locais de estágio;</li> <li>- Identificação de recursos disponíveis para prestação de cuidados no âmbito da reabilitação nos locais de estágio;</li> <li>- Tomada de decisão que reflita os conhecimentos adquiridos previamente e assente em princípios éticos e deontológicos que regem a profissão;</li> <li>- Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e de identificação de elementos destabilizadores da homeostasia em parceria com o cliente/ família tendo em conta a sua vontade, expectativas e motivações;</li> <li>- Respeito pela confidencialidade do processo clínico e privacidade do cliente/família;</li> <li>- Promover o respeito pelos valores, costumes, crenças e praticas especificas do cliente/família;</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliente e família;</li> <li>-Enfermeiro Orientador;</li> <li>-Equipa de Enf;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código deontológico do enfermeiro;</li> <li>-Normas e protocolos instituídos no serviço;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa de reabilitação Hospital ██████████;</li> <li>- UCC ██████████</li> <li>██████████</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra conhecimento sobre os locais de estágio, dinâmica e organização e recursos disponíveis;</li> <li>- Demonstra conhecimento sobre normas e protocolos instituídos, atuando em concordância com os mesmos;</li> <li>- Demonstra iniciativa na tomada de decisão, mobilizando princípios éticos e morais, respeitando as escolhas do cliente/família;</li> <li>-Demonstra respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais do cliente/família.</li> </ul>

**B- Domínio da melhoria continua da qualidade**

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><u>Objetivo 2:</u> Desenvolver competências para prestação cuidados de enfermagem de reabilitação com enfoque na promoção da melhoria continua de cuidados e no ambiente seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilha de experiências relativas ao processo de acreditação em saúde e definição de metas que visem a promoção da qualidade dos cuidados;</li> <li>- Identificação e participação ativa na implementação de oportunidades de melhoria da qualidade;</li> <li>- Seleção de estratégias, através da consulta de bibliografia recente, juntamente com a equipa, para implementação de protocolos promotores da qualidade de cuidados;</li> <li>- Identificação de fatores de risco que possam ser indutores de stress para o cliente/família, implementando medidas promotoras de um</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliente e família;</li> <li>-Enfermeiro Orientador;</li> <li>-Equipa de Enfermagem;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentação sobre projetos ou programas implementados/a implementar nos campos de estágio;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborou em projetos e programas de melhoria da qualidade acreditação a decorrer nos locais de estágio;</li> <li>- Identificou oportunidades de melhoria e selecionou estratégias facilitadores para a implementação de projetos;</li> <li>- Elencou a sua atuação na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação na evidência científica;</li> <li>- Identificou fatores de risco relacionados com a promoção de um ambiente seguro;</li> <li>- identificou riscos ambientais e atuou de forma a amenizá-los.</li> </ul>

	<p>ambiente seguro a nível físico, psicossocial, espiritual e cultural;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de práticas e implementar medidas promotoras da segurança do doente nos procedimentos;</li> <li>- Adoção de comportamentos seguros através da aplicação princípios de ergonomia prevenindo o dano a profissionais e ao cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa de reabilitação Hospital ██████;</li> <li>- UCC ██████</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeitou os princípios de segurança e aplicou princípios de ergonomia de modo a evitar danos a profissionais e ao cliente;</li> </ul>
--	--	---	---

### C – Domínio da gestão de cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e os seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><u>Objetivo 3:</u> Participar ativamente na gestão e coordenação de cuidados de ER, assegurando a articulação eficaz com outros membros da equipa multidisciplinar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de necessidades de formação no seio das equipas e desenvolvimento de ações de formação;</li> <li>- Colaboração, juntamente com o enfermeiro orientador, na tomada de decisão ao nível da intervenção primária secundária e terciária, priorização de cuidados de acordo com os stressores identificados no cliente/ família ou comunidade;</li> <li>- Referenciação de cuidados sempre que pertinente;</li> <li>- Orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo assim a segurança das mesmas.</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliente e família;</li> <li>-Enfº Orientador;</li> <li>-Equipa de Enf.;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Normas, protocolos;</li> <li>-Pesquisa bibliográfica na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa de reabilitação Hospital ██████;</li> <li>- UCC ██████</li> <li>█████</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levou a cabo ações de formação de acordo com as necessidades identificadas;</li> <li>- Geriu e priorizou os cuidados de reabilitação prestados, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos;</li> <li>- Reconheceu as necessidades de referenciação a outros profissionais da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Demonstrou assertividades na orientação e supervisão de tarefas assegurando a segurança das mesmas.</li> </ul>

## D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><u>Objetivo 4:</u> Utilizar o conhecimento científico como base para o desenvolvimento de cuidados de ER que promovam o crescimento pessoal e da equipa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar estratégias reflexivas da prática para promoção do autoconhecimento (reflexões);</li> <li>- Solicitar reuniões frequentes com orientador para avaliação da conduta ao longo do estágio, permitindo assim uma integração da critica que conduz ao aprimoramento da prática clínica;</li> <li>- Analisar criticamente situações clínicas com vista à integração dos conhecimentos teóricos adquiridos</li> <li>- Pesquisar continuamente bibliografia que demonstrem o estado da arte e permitam a abordagem de situações de modo reflexivo, criativo e inovador</li> <li>- Partilhar os resultados da pesquisa com a equipa integrando os mesmos na prática de cuidados.</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliente e família;</li> <li>-Enfermeiro Orientador;</li> <li>-Equipa de Enfermagem;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>--Normas, protocolos e brochuras utilizados no serviço;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa de reabilitação Hospital ██████;</li> <li>- UCC ██████</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizou os momentos de aprendizagem para construção de autoconhecimento;</li> <li>- Reconheceu as suas limitações, dificuldades e capacidades, integrando a critica de forma construtiva;</li> <li>- Demonstrou conhecimentos teóricos aplicados e adequados à prestação de cuidados especializados;</li> <li>- Integrou na prática conhecimentos adquiridos através da pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Promoveu a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros pertencentes à equipa;</li> </ul>

### Competências específicas do EEER

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

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><u>Objetivo 5:</u> Avalia a funcionalidade à luz da ER, concebe planos, implementa intervenções e avalia resultados das intervenções implementadas ao cliente, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar colheita de dados e aplica escalas pertinentes dirigidas à avaliação do cliente/família com intuito de identificação de necessidades de intervenção;</li> <li>- Avaliar a capacidade funcional (motora, sensorial, cardiorrespiratória, alimentação e eliminação) e potencial de reabilitação do cliente;</li> <li>- Conceber, implementar e avaliar planos em parceria com o cliente/família com vista à otimização e reeducação funcional nas áreas sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e sexualidade.</li> <li>- Elaborar registos que concedam visibilidade aos cuidados de ER</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliente e família;</li> <li>- Enfermeiro Orientador;</li> <li>- Equipa de Enfermagem;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas, protocolos, instrumentos de avaliação e de colheita de dados vigentes no serviço ou mobilizados da pesquisa de bibliografia.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipa de reabilitação Hospital ██████;</li> <li>- UCC ██████</li> <li>██████</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliou a funcionalidade e identificou as necessidades (stressores) do cliente/família com base na colheita de dados e aplicação de escalas adequadas;</li> <li>- Planeou e implementou intervenções de reabilitação em parceria com o cliente/família;</li> <li>- Avaliou e reformulou planos de cuidados sempre que necessário;</li> <li>- Efetuou registos pertinentes, utilizando linguagem científica e permitindo a avaliação de ganhos para a saúde.</li> </ul>

## 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

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><b>Objetivo 7:</b> Prestar cuidados de ER de forma a capacitar o cliente para a minimizar as suas limitações e maximizar a sua autonomia</p>	<p>= Realizar a coleta de dados e aplicar as estratégias pertinentes dirigidas à avaliação, planeamento e/ou intervenção da intervenção de identificação de necessidades de intervenção;</p> <p>= Avaliar sobre capacidades funcionais, (motora sensorial, espinhais para a realização de atividades) que possam limitar a capacidade do cliente/família</p> <p>= Promover, implementar e avaliar planos sociais tendo em conta as questões de direito, igualdade e acessibilidade, reeducação funcional na área respiratória,</p> <p>- Elaborar registos que concedam visibilidade aos cuidados de ER</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>= Cliente e família;</p> <p>= Enfermeiro Orientador;</p> <p>= Equipa de Enfermagem;</p> <p>= Docente orientador.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>= Normas, protocolos, instrumentos de avaliação e Pesquisa bibliográfica dos métodos da reabilitação ou realizados da pesquisa de bibliografia reabilitação</p> <p>Físicos: [REDACTED];</p> <p>Equipamento [REDACTED];</p> <p>[REDACTED] al [REDACTED];</p>	<p>= Avaliou a funcionalidade de diferentes necessidades (stressores) do cliente/família com base na colheita de dados e aplicação de medidas adequadas e apoio por forma a dar respostas a necessidades do cliente/família;</p> <p>Planeou e implementou intervenções de reabilitação em parceria com o cliente/família; tendo em conta as diferentes questões de direito, igualdade e acessibilidade;</p> <p>- Efetuou registos pertinentes, utilizando linguagem científica e permitindo a avaliação de ganhos para a saúde.</p>
		<p>- UCC [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	

### 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

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><u>Objetivo 8:</u> Prestar cuidados de ER de forma a capacitar o latente/família com BA para a minimizar as suas limitações e maximizar a sua autonomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados de ER ao latente/família com BA, promovendo a recuperação da independência;</li> <li>- Instruir sobre produtos de apoio e técnicas específicas para resolução de stressores que possam limitar a funcionalidade do latente/família</li> <li>- Mobilizar recursos na comunidade que permitam o regresso ao domicílio mantendo a articulação com os serviços de saúde.</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliente e família;</li> <li>-Enfº Orientador;</li> <li>-Equipa de Enf;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas e protocolos, vigentes no serviço;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <p>Equipa de reabilitação Hospital [REDACTED];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCC [REDACTED]</li> <li>[REDACTED]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestou cuidados adequados a lactentes/família com necessidades específicas do foro respiratório</li> <li>- Selecionou de forma pertinente os produtos de apoio por forma a dar respostas à necessidade do latente/família;</li> <li>- Promoveu a articulação com serviços de saúde</li> </ul>



### Competências específicas do EEER

J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Competências	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p><u>Objetivo 10:</u> Conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino respiratório a lactentes/família com BA de forma a maximizar as suas capacidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprofundar conhecimentos acerca das intervenções de ER adequadas às necessidades do <del>cliente/família</del>; com BA;</li> <li>- Planeamento de intervenções personalizadas com vista à melhoria das funções afetadas, tendo em conta as expectativas do <del>cliente/ família</del>;</li> <li>- Avaliação das intervenções implementadas através da monitorização dos resultados obtidos</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliente e família;</li> <li>-Enfº Orientador;</li> <li>-Equipa de Enf;</li> <li>- Docente orientador.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas e protocolos, vigentes no serviço;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <p>Equipa de reabilitação Hospital ██████;;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCC ██████ █████</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurou de forma sistemática formas de aprofundar conhecimento nas áreas que lhe foram apresentadas;</li> <li>- Planeou intervenções tendo em conta as expectativas, disponibilidade e motivação do <del>cliente/família</del>;</li> <li>- Implementou intervenções planeadas respeitando e maximizando as capacidades do <del>cliente/família</del>;</li> <li>- Avaliou os resultados de forma sistemática tendo por base os objetivos definidos pelo <del>cliente/família</del>.</li> </ul>

**Apêndice IV**  
**Guião de entrevista**  
**UCC** 

## Guião de Entrevista UCC XXXXXXXXXX

### Objetivos da entrevista:

- Descrever a ação do EEER;
- Conhecer aspetos organizacionais da ECCI.
- Compreender como são organizados os cuidados de enfermagem, especificamente, no que diz respeito à enfermagem de reabilitação;

### Questões:

1. Qual o número de utentes abrangidos pela unidade?
2. Qual a área de influência da Unidade?
3. Quais as principais características da população?
4. Quais os diagnósticos mais prevalentes?
5. Que membros constituem a equipa multidisciplinar?
6. Qual o método de trabalho utilizado e de que forma articulam o EEER?
7. Quais as atividades do EEER?
8. O EEER presta apenas cuidados especializados?
9. Quais os instrumentos utilizados pelo EEER? Escalas, instrumentos colheitas de dados, etc
10. Têm algum programa de articulação com o hospital de referência?
11. Como se articulam com outras instituições?
12. Estão a desenvolver algum plano de intervenção na área da pediatria?
13. Têm algum programa de cuidados à criança com BA?

**Apêndice V**

**Guião de entrevista**

**Equipa de Reabilitação**



## Guião de Entrevista Equipa de Reabilitação

### Objetivos da entrevista:

- Descrever a ação do EEER;
- Descrever os projetos e recursos envolvidos no acompanhamento de doentes referenciados à equipa de ER;
- Conhecer aspetos organizacionais do serviço;
- Compreender como são organizados os cuidados de enfermagem, especificamente, no que diz respeito à ER.

### Questões:

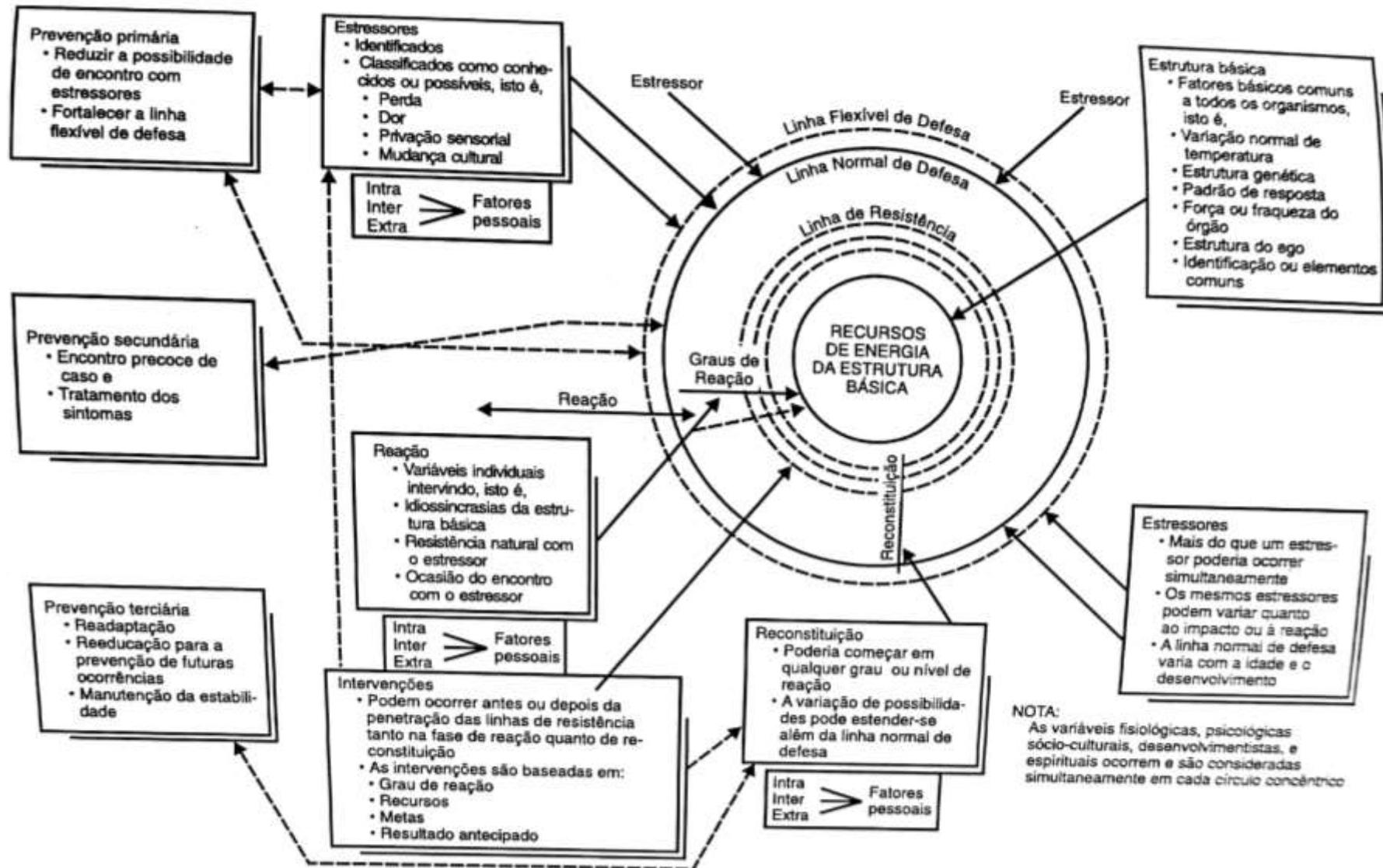
1. Quais os serviços a que dão maioritariamente apoio?
2. Qual a área de influência do Hospital?
3. A equipa é constituída por quantos elementos?
4. Quais os diagnósticos mais prevalentes?
5. Qual a taxa de intervenções de ER juntos de crianças com BA?
6. Como é feita a articulação dos serviços com a equipa de Reabilitação?
7. Que instrumentos de avaliação/suporte documental utilizam na avaliação do cliente?
8. O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção?
9. Quando presta cuidados a crianças como integra os pais nos cuidados?
10. Na preparação para a alta como é articulada a continuidade de cuidados na comunidade?

**ANEXOS**

**Anexo I**  
**Modelo dos Sistemas de Betty Neuman**



# Modelo dos Sistemas de Betty Neuman





## **APÊNDICE II**

### **Fluxograma da Revisão Scoping**

Como é que a intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação influencia a  
prevenção/recuperação da Bronquiolite Aguda no latente?

# Como é que a intervenção do EEER influencia a prevenção/ recuperação da BA no latente?

P

Child\*

Baby

Toddler

And/Or

And

Bronchiolitis

C

Respiratory Therapy

Respiratory Physiotherapy

Respiratory Rehabilitation

C

Or

Total: 69 artigos

Total: 12 artigos

- Intervalo temporal: 1998 – 2018
- Full text

- Leitura do Título e Abstract

Total: 5 artigos

## **APÊNDICE III**

### **Estudo de caso – UCC**

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao  
cliente com meningioma

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Estágio Com Relatório**

# **Estudo de Caso**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação ao cliente com  
Meningioma**

**Local de Estágio -** [REDACTED]

**M<sup>a</sup> Helena Russo, n.º 8309**

**LISBOA**

**Novembro, 2018**

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Estágio Com Relatório**

# **Estudo de Caso**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação ao cliente com**  
**Meningioma**

**Local de Estágio -** [REDACTED]

**M<sup>a</sup> Helena Russo, n.º 8309**

**Docente Orientador: Prof M<sup>a</sup> Céu Sá**  
**Enfermeira Orientadora: Enf<sup>a</sup> Emília Aparício**

**LISBOA**

**Novembro, 2018**

## **Índice**

<b>1. Revisão anatomo-patologica</b>	<b>4</b>
<b>2. Dados biográficos e história de saúde</b>	<b>7</b>
<b>3. História de doença atual</b>	<b>10</b>
<b>4. Exame objetivo Inicial</b>	<b>12</b>
<b>5. Análise dos elementos stressores segundo o modelo de sistemas de Betty Neuman</b>	<b>19</b>
<b>6. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>24</b>
<b>7. Apêndices</b>	

# 1. REVISÃO ANATOMO-PATOLOGICA

## Meningioma

São tumores com origem nas células meníngeas de granulações aracnoideias, mais comuns em mulheres (numa predominância de 2:1, devido à presença de recetores hormonais, em particular de progesterona nas células tumorais), de meia idade e em idosos (Diccini, 2017). A maioria é benigna, tendo os meningiomas malignos uma incidência de apenas 0.17%. Podem ser mais encontrados em qualquer local, sendo a localização mais frequente a intracraniana (um em cada sete tumores intracranianos são meningiomas) (Dempsey e Alderson, 2006). A localização mais frequente é a supratentorial em 90% dos casos, localizando-se na região parassagital em 45% das ocasiões (Diccini, 2017).

### Etiologia

Os estudos epidemiológicos e pesquisas prospetivas randomizadas nunca demonstraram com clareza a relação causa efeito, embora muitos investigadores tenham apontado para causas como traumatismos cranianos, infeções virais e radiação ionizante. Do ponto de vista genético existe uma grande associação entre neurofibromatose tipo II. Embora os estudos se concentrem em alterações do cromossoma 22, estão em estudo também relações com os cromossomas 1,3,6,7,8,10,12,14,18, X e Y (Diccini, 2017).

### Patologia

Macroscopicamente os tumores são geralmente globulosos, algumas vezes lobulados, aderidos à dura-mater, que no local da inserção se encontra espessada. Normalmente têm consistência fibrosa e são bastante vascularizados, podendo conter calcificações. São tumores de crescimento lento, que aos poucos vai deslocando o parênquima sem causar défice neurológico, podendo atingir grandes dimensões sem causar sintomas (Diccini, 2017).

### Quadro Clínico

O quadro clínico do meningioma é bastante variado e depende fundamentalmente da localização do tumor (Diccini, 2017). Os principais sintomas são convulsões, distúrbios da marcha, cefaleia progressiva, às vezes crónica, paralisia dos nervos cranianos ou outras lesões neurológicas progressivas (alterações do olfacto, visão, audição, paresias ou parestesias progressivas) (Dempsey e Alderson, 2006).

### **Diagnostico**

A forma de diagnostico mais comum é a Tomografia computadorizada (TAC) e a Ressonância Magnética (RMN). Na TAC o comprometimento ósseo é mais bem visualizado, na fase sem contraste verifica-se uma lesão isodensa, ou ligeiramente hiperdensa, homogénea, com margens bem delimitadas. Pode também verificar-se um ligeiro edema perilesional. Na fase de contraste verifica-se um realce homogéneo e intenso. A RMN é o exame privilegiado pois para além de uma imagem mais detalhada pode ser feito um plano axial, coronal e sagital, facilitando assim o planeamento cirúrgico. Por vezes é necessário para planeamento cirúrgico a angiografia, uma vez que permite visualizar a posição das artérias importantes a nível de vascularização do tumor (Diccini, 2017).

### **Tratamento Cirúrgico**

Quando o cliente é assintomático a abordagem comum é o acompanhamento radiológico. São tumores de crescimento lento pelo que uma avaliação semestral ou anual é suficiente. Caso exista crescimento acentuado ou repercussões neurológicas há indicação para tratamento cirúrgico. (Dempsey e Alderson, 2006).

O tratamento definitivo com ressecação total é o mais eficaz para o tratamento destes tumores. No entanto tal deve ser avaliado nas suas particularidades, tendo em conta fatores como a idade do cliente, o grau de dependência, a localização e o tamanho do tumor, assim como a corelação com os sintomas do cliente. Caso exista hipertensão intracraniana ou sinais neurológicos deficitários a indicação cirúrgica é indiscutível. A ressecação total, ou até mesmo parcial, pode levar à descompressão das estruturas e conduzir à remissão dos sintomas por muitos anos da maioria dos clientes (Diccini, 2017).

A recorrência após a cirurgia está intimamente ligada ao grau de ressecção durante a cirurgia. Os meningioma ressecados são classificados de acordo com o grau de ressecção completa e com a probabilidade de recorrência sintomática (Karwan e Gaillard, 2018).

Grau I- Remoção completa do tumor incluindo ressecção do osso subjacente e dura mater; 9% de hipótese de recorrência em 10 anos;

Grau II – remoção completa e eletrocoagulação da dura mater; 19% de hipótese de recorrência em 10 anos;

Grau III – remoção completa do tumor sem ressecção da dura mater ou coagulação. 29% de hipótese de recorrência em 10 anos;

Grau IV – remoção parcial; 44% de hipótese de recorrência em 10 anos;

Grau V – apenas descompressão, com ou sem biopsia; 100% de hipótese de recorrência em 10 anos (Karwan e Gaillard, 2018).

Após a cirurgia é importante a monitorização imagiológica e de novos sinais neurológicos que possam indicar uma recidiva do tumor ou complicações pós cirúrgicas. No entanto a maior parte dos clientes conseguem restabelecer as suas funções prévias na totalidade (Karwan e Gaillard, 2018).

## 2. DADOS BIOGRÁFICOS E HISTÓRIA DE SAÚDE

A Sra. AF, 60 anos de idade, reformada, residente na freguesia de Santiago dos Velhos, concelho de Arruda dos Vinhos. Com o 9º ano de escolaridade (antigo 5º), sempre trabalhou como doméstica. Sem alergias conhecidas. Nega hábitos aditivos, habituais ou progressivos. Tem como antecedentes pessoais de hipertensão arterial, hipotireoidismo, asma, obesidade, síndrome vertiginosa e síndrome de apneia obstrutiva do sono ligeira (SAOS) (tendo tido alta da consulta de Pneumologia em janeiro de 2015) e incontinência urinária de esforço seguida em consulta de urologia.

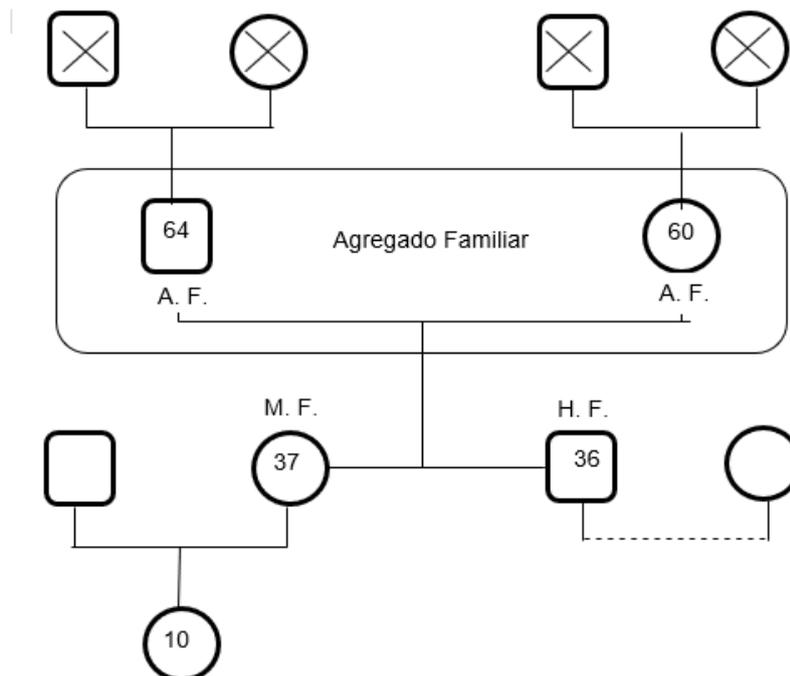
Medicada atualmente com:

Levotiroxina	0,1mg id
Levetiracetam	1000 mg id
Lorazepam	2,5mg id
Cloreto de tróspio	1 comp 2 id
Paracetamol	SOS
Bisacodilo	5mg 2id
Lactulose	1 cart 3 id
Microclister	SOS
Betahistina	16 mg 3id
Trazadona	100mg 1 ceia
Zolpidem	10mg 1 ceia
Gabapentina	200mg + 100mg + 200mg
Risperidona	1mg ceia

Atualmente a Sra. AF ocupa grande parte do dia a ver televisão e desloca-se diariamente à fisioterapia no hospital de residência. Vive com o marido (o Sr. AF), sendo este o seu principal cuidador.

O casal tem dois filhos, a filha mais velha, M., tem 37 anos e reside em Alverca. O filho mais novo, H., tem 36 anos, reside em Lisboa, embora pernoite com frequência em casa dos pais. Ambos visitam com frequência os progenitores e são elementos participativos na vida dos mesmos.

Esquemáticamente pode-se apresentar a família num genograma desta forma



Atualmente constituem uma família do tipo nuclear que se encontram na fase VI de acordo com o ciclo de vida da família de Duvall (famílias de meia idade) (Ribeiro, 2000).

A Sra. AF encontra-se maioritariamente na companhia do marido que encontra reformado após desemprego prolongado e atualmente se ocupa com pequenos reparos no domicílio. Este assume papel de principal cuidador da esposa, encontrando-se bastante motivado e envolvido no processo de recuperação da esposa.

Apesar de ter assumido este papel o Sr. AF verbaliza muitas vezes cansaço e que ele próprio “uma pessoa doente” (sic) refere que se encontra cansado e que por vezes se sente aquém das reais necessidades da esposa. Foi então aplicada a escala de sobrecarga do cuidador (Adaptada por Sequeira(2007) da escala de Zarit que avalia a escala objetiva e subjetiva do

cuidador informal, que revelou que o Sr. AF apresentava uma sobrecarga intensa (com um score de 65), mas quando questionado da possibilidade da sinalização da esposa para uma unidade para descanso do cuidador foi de imediato descartada a possibilidade devido à má experiência e dificuldade de adaptação por parte da cliente na UMDR.

A cliente reside numa zona rural, mas com facilidade de acesso aos cuidados de saúde (cerca de 7km do centro de saúde, bombeiros e 22km do hospital de residência). A região possui rede de transportes públicos que conduz com facilidade ao centro da freguesia onde se encontram disponíveis estabelecimentos comerciais, estruturas governamentais e de educação. O casal possui transporte próprio que permite deslocações frequentes ao centro da cidade. A habitação é um 1º andar de moradia (mais de 20 degraus), com acesso através de escadas e boas condições de habitabilidade, com aspeto cuidado e boas condições estruturais. Possui saneamento básico, eletricidade e água potável. No interior verificam-se divisões pouco amplas, com ombreiras de portas estreitas que necessitaram de intervenção do Sr. AF para possibilitar a passagem da cadeira de rodas. Tem cozinha, 4 assoalhadas e um wc adaptado com barras de apoio no duche e sanita (com alteador), poliban sem desníveis e portas de correr com espaço suficiente para a cadeira de higiene. A Sra. AF ocupa um quarto sozinha, amplo, bem iluminado, com temperatura adequada e arrumado, onde se encontra uma cama articulada, grades, com colchão de pressão alterna, e alguns dispositivos adaptativos, nomeadamente um estrado, fabricado pelo marido permitindo que a Sra. AF chegue mais facilmente com os pés ao chão, uma vez que a cama não é regulável em altura e é demasiado alta para a senhora.

Economicamente subsistem com a reforma do Sr. AF e complemento de incapacidade da Sra. AF, referindo por vezes que o montante auferido é deficitário face as despesas. Recebem apoio da Santa Casa da Misericórdia na confeção das refeições e nos serviços de apoio domiciliário (SAD) prestando os cuidados de higiene 1 vez por dia, 6 vezes por semana.

### 3. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

A colheita de dados efetuada através de entrevista e consulta do processo clínico à data de outubro de 2018.

Utente de 59 anos, previamente autónoma nas atividades de vida diárias, recorre ao SU do hospital de residência no dia 19/03/2017 por episódio de cefaleia fronto-occipital com 2 dias de evolução associada a tonturas e acufenos do ouvido direito. Realizou TAC- CE que revelou Meningioma parafalcino (Sindu VI) esquerdo pelo que foi transferida para um hospital de Lisboa Central para avaliação por neurocirurgia. Por não ter indicação cirúrgica regressou ao hospital de residência para estudo, tendo realizado uma RMN- CE para controlo no dia 24/03/2017. A RMN revelou “lesão expansiva axial frontal posterior parassagital à esquerda, adjacente ao terço médio da foice cerebral, de limites bem definidos, com cerca de 27 x 26 x 30 mm (...) a lesão condiciona moldagem do parênquima encefálico adjacente, não se verificando no entanto edema vasogénico perilesional ou desvios das estruturas da linha média (...) Doente com lesão ocupante de espaço, com características de meningioma. Sem alterações que justifiquem contacto de neurocirurgia para intervenção urgente, pelo que pode ter alta referenciada para consulta de neurocirurgia para seguimento e orientação clínica.”

No dia 13/11/2017 submetida a “craniotomia fronto parietal bilateral, com durectomia arciforme com laqueação do seio longitudinal superior (SLS) ao nível das extremidades anterior e posterior do tumor, com conservação de veias colaterais ao SLS. Remoção macroscópica total (meningioma Simpson II). Seguido de duroplastia e colocação de dreno passivo”.

Ao 3º dia pós-operatório inicia hemiparesia à direita, tendo realizado TAC- CE que revelou “ligeiro edema, sem efeito de massa” pelo que foi aumentada a dose de corticoide. Ao longo do internamento iniciou sessões de fisioterapia com melhoria progressiva da força. A dia 15/11/2017 *“sem défices de novo, mantendo a hemiparesia à direita com força motora grau 3 no membro superior, sendo capaz de realizar marcha com apoio de terceiros. No membro superior direito verifica-se uma apraxia ideomotora”*

No dia 15/12/2017 tem alta do serviço de Neurocirurgia com indicação para transferência para o hospital de residência com indicação para integrar programa de reabilitação intensa e reavaliação dentro de um mês. À data de alta, *“com discurso menos fluente, segundo a própria. Com hemiparesia à direita com predomínio crural (grau 1) e braquial (grau 3). Dependente em grau elevado nas Atividades de Vida Diárias (AVD) higiene, vestuário, posicionar-se e transferência. Faz levante diário para o cadeirão, ajudando parcialmente com carga. Apresenta incontinência urinária, com uso de fralda permanente”*

No dia 20/12/2017 reunião interdisciplinar para programação da alta. Reunião com o marido que refere se encontrar sozinho, com dificuldades de apoio domiciliário e barreiras estruturais em casa para acesso de cadeira de rodas. A 28/12/2018 é referenciada à RNCCI para ingressar numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

A 29/12/2018 realizou TAC- CE de controlo que revelou *“discreta área hipodensa na circunvalação frontal esquerda, parecendo corresponder a edema vasogénico”*

Manteve internamento no hospital de residência, a aguardar vaga na RNCCI até dia 19/2/2018, data em que teve alta para ingressar numa UMDR com um, até então exame neurológico sumário estacionário e diagnóstico de *“hemiplegia direita flácida com hemipostesia ipsilateral, sem evidência de recuperação com a MFR realizada.”*

De 19/02/2018 a 21/05/2018 esteve internada na UMDR de Torres Vedras com pouca melhoria segundo a própria, com pouco envolvimento da mesma, associado a períodos de grande labilidade emocional e pouca adesão ao regime terapêutico instituído. À data de alta regressou ao domicílio onde ingressou na RNCCI em regime de ECCI apresentando-se acamada, com um índice de Barthel de score 20 (Apêndice I) dependente em grau elevado nas dimensões deambular, eliminação, vestir e despir, transferência, posicionar-se e higiene. Alimentava-se com dificuldade e incentivo por mão própria após preparação do prato, demonstrando assim uma dependência moderada neste autocuidado segundo a mesma escala.

## 4. EXAME OBJECTIVO INICIAL

### Exame Físico Sumário

No dia 24/10/2018 (dia de intervenção junto da Sra. AF no domicílio) foram avaliados os parâmetros biométricos

Tabela 1 – Avaliação do Peso, Altura e IMC

24/10/2018	Peso	Altura	IMC	Perímetro abdominal
	84kg	149	37,8 kg/m <sup>2</sup>	124 cm

Verificamos que a Sra. AF se encontrava com um IMC acima de 30 que segundo a DGS em obesidade classe II (IMC entre 35,0 e 39,9) sendo que associado a um perímetro abdominal superior a 88cm na mulher “acarreta riscos elevados de comorbidades e requer intervenção médica” (DGS,2005).

Esta apresentava-se hemodinamicamente estável com parâmetros vitais segundo de normalidade para a cliente (tendo como referencial os valores extraídos da pesquisa do processo clínico da Sra. AF)

Tabela 2 - Sinais Vitais

Data	18/08/2018	07/09/2018	<b>24/10/2018</b>
Tensão Arterial	136/80 mm/hg	144/86 mm/hg	<b>131/79 mm/hg</b>
Frequência Cardíaca	102 bat/min	97 bat/min	<b>88 bat/min</b>
Frequência Respiratória	16 c/min	17 c/min	<b>17 c/min</b>
Temperatura	36,9 °C	36,1 °C	<b>36,3 °C</b>
Escala Dor <sup>1</sup>	3	1	<b>1</b>
ECG <sup>2</sup>	15	15	<b>15</b>

<sup>1</sup> Escala Numérica de Dor

<sup>2</sup> Escala de Coma de Glasgow

No que respeita à avaliação da **função respiratória** a Sra. AF encontrava-se eupneica, com respiração predominantemente torácica, sem sinais de esforço associado, sem utilização de musculatura acessória. Expansão torácica simétrica. Auscultação com murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios. Não foram presenciados acessos de tosse, pelo que não foi possível avaliar a sua eficácia.

Não se verificaram das alterações do **estado de consciência**, encontrando-se vígil, orientada no tempo, espaço e pessoa, não tendo dificuldade em nomear o mês e o dia da semana. Consegue evocar memórias mais ou menos próximas relativamente à sua história de saúde, que são confirmadas pelo esposo. A Sra. AF não aparenta alterações ao nível da **atenção**, mantendo o foco na tarefa proposta aquando a presença e orientação por parte da EEER, no entanto, o esposo verbaliza que quando incentiva a Sra. AF a realizar de forma autónoma os exercícios esta se distrai com facilidade com estímulos ambientais, nomeadamente a televisão, sendo necessário frequentemente redirecionar a atenção para a atividade.

Para avaliação da **memória** foi aplicada a MiniMentalState Examination (MMSE) sendo que a Sra. AF conseguiu repetir, ao fim de 5 minutos, duas das três palavras que lhe tinham sido fornecidas (pente e azul, omitindo rua) e repetiu os três números que lhe tinham sido fornecidos ( 3,4 e 5). No que respeita a memória a longo prazo consegue evocar o que o que jantou e as visitas que teve no dia anterior. Evoca com facilidade a data de nascimento dos filhos e data de casamento (avaliação da memória remota).

No que respeita à **linguagem** a Sra. AF tem um discurso, estruturado e coerente, sem disartria. Por vezes denota-se alguma dificuldade na nomação aquando em conversa corrente, por vezes com necessidade de pausar o discurso e recorrer a auxílio do marido “*chega-me isso para me levantar... isso*” (sic) (enquanto aponta para o andarilho).

Ao nível das **capacidades práxicas** não foram detetadas nenhuma alterações, sendo que a Sra. AF consegue realizar facilmente gestos simbólicos e icónicos. No que respeita aos gestos transitivos, devido à diminuição da força ao nível do membro superior a intencionalidade do movimento encontrava-se preservada não sendo por vezes possível realizá-la na totalidade (p.e. arrastava o copo sobre a mesa para o aproximar de si com a mão do membro afetado e

depois utilizava a mão do membro são para levar o copo à boca). Não foi observada negligência hemiespacial.

Procedeu-se de seguida à avaliação dos **pares cranianos** apresentados na tabela 3

Tabela 3 – Avaliação das funções e componentes dos pares cranianos

Nº	Nervo	Avaliação
I	Olfativo	- É capaz de identificar cheiros familiares (p.e. laranja e café segundo os seus cheiros característicos)
II	Ótico	- Não se verifica diminuição da acuidade visual para além da previamente conhecida (Sra. AF utiliza ortótese ocular que foi adaptada há cerca de 6 meses). - Nega presença de escotomas e sem evidência de hemianopsia (visão periférica bilateral mantida).
III	Motor ocular comum/ oculomotor	- Resposta pupilar ao estímulo luminoso em alterações, apresentando isocoria, com formato arredondado; - Apresenta movimentos oculares harmoniosos e conjugados, sem desvios. - Não se verifica nistagmo ou ptose palpebral
IV	Patético/trocLEAR	
VI	Motor Ocular Externo/ abducente	
V	Trigémeo	- Apresenta simetria térmica e táctil nas 3 divisões do par craniano; - Não foi avaliado reflexo córneo-palpebral;
VII	Facial	- Sem alterações a nível da mimica facial ou apagamento do sulco nasogeniano. - Alimenta-se e bebe água por palhinha sem dificuldade. - Sra. AF não refere alterações ao nível do paladar (marido refere não ter existido necessidade de ajuste de teor de sal ou açúcar na confeção dos alimentos)
VIII	Auditivo/estato- coclear/estato- acústico	- Não foi utilizado o diapasão para avaliação deste par craniano sendo a sua função avaliada de forma indireta. Verificou-se a presença de discreta hipoacusia, com necessidade de aumento do volume da televisão, e

		referência a acúfenos, já manifestados no período prévio ao diagnóstico do meningioma; - Referência a tonturas e vertigens no processo clínico que a cliente omitiu durante a entrevista (cliente medicada para este efeito). Equilíbrio estático na posição sentado e em pé presente, no entanto quando avaliado o equilíbrio dinâmico, sentado encontrava-se presente e em pé encontrava-se comprometido com necessidade de apoio no andarilho.
IX	Glossofaríngeo	- Sra. AF não refere alterações ao nível do paladar (marido refere não ter existido necessidade de ajuste de teor de sal ou açúcar na confeção dos alimentos)
X	Vago/pneumogástrico	- Avaliado de forma indireta demonstrado por ausência de episódios de disfonia ou disfagia;
XI	Espinal/acessório	- Sem diminuição da força ou tónus muscular contra a resistência aplicada nos ombros e lateralização da cabeça;
XII	Grande hipoglosso	- Sem alterações na mobilidade da língua aquando a articulação da linguagem nem quando solicitada a protusão e mobilização da mesma nos vários sentidos.

No que respeita a avaliação da motricidade, a **força** dos segmentos corporais foi avaliada através da escala de Lower

Tabela 4 – Escala de Lower

Força Muscular		
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Flexão lateral esquerda	4/5
	Flexão lateral direita	4/5
	Rotação	4/5

Membro superior	Direita		Esquerda
Escapulo-umeral	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5
	Adução	3/5	4/5
	Abdução	3/5	4/5
	Rotação interna	4/5	4/5
	Rotação externa	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5
Antebraço	Supinação	4/5	4/5
	Pronação	4/5	4/5
Punho	Flexão palmar	3/5	4/5
	Dorsi flexão	3/5	4/5
	Desvio cubital	3/5	4/5
	Desvio radial	3/5	4/5
	Circundação	3/5	4/5
Dedos	Flexão	2/5	3/5
	Extensão	3/5	4/5
	Adução	3/5	4/5
	Abdução	3/5	4/5
	Circundação	3/5	4/5
	Oponência do polegar	2/5	3/5
Membro inferior	Direito		Esquerdo
Coxo-femoral	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5
	Adução	2/5	4/5
	Abdução	2/5	4/5
	Rotação interna	2/5	4/5
	Rotação externa	2/5	4/5

Joelho	Flexão	2/5	3/5
	Extensão	2/5	3/5
Tibiotársica	Flexão plantar	0/5	4/5
	Flexão dorsal	0/5	4/5
	Inversão	0/5	4/5
	Eversão	0/5	4/5
Dedos	Flexão	1/5	4/5
	Extensão	1/5	4/5
	Adução	1/5	4/5
	Abdução	1/5	4/5

Verifica-se diminuição da força ao nível do membro superior direito em todos os segmentos (que varia entre 3/5 e 4/5) compatível com a avaliação prévia realizada no início do programa de reabilitação, sendo mais notória a dificuldade da cliente no movimento de preensão de objetos mais pesados (flexão dos dedos e oponência do polegar com força avaliada com score 2/5). Verifica-se que a Sra AF utiliza, por exemplo, o antebraço para aproximar o objeto para si, arrastando-o ao longo da mesa, uma vez que não possui força suficiente para o levantar da mesma. A nível do membro superior esquerdo tem força mantida em todos os segmentos, contra alguma resistência o que lhe permite a preensão e o segurar objetos pouco pesados.

A nível do membro inferior esquerdo tem força mantida, executa movimentos ativos contra-gravidade mas se aplicada resistências esboça dificuldade.

A nível do membro inferior direito apresenta limitação na força ao nível da articulação coxo-femural associada a defesa por dor (inicialmente por suspeita de hérnia crural, e posteriormente diagnosticada como coxartrose) e joelho. As maiores limitações verificam-se ao nível do pé onde se verifica flacidez sem contração ou esboço de movimento ao nível da articulação tibio-tarsica pelo que necessita de uma ortótese que lhe contrarie essa mesma flacidez e facilite a deambulação.

Foi aplicada a escala modificada de Ashworth para avaliação do **tónus muscular** e não foi verificada espasticidade em nenhum dos segmentos corporais.

Na avaliação da **coordenação motora** verificou-se ligeira dismetria na prova índice-nariz apresentando-se um desnível aquando a utilização do membro superior direito. No entanto, de forma global a Sra. AF conseguia executar movimentos harmoniosos, predominantemente com recurso à mão esquerda, que embora não sendo a sua mão dominante, permite executar com maior precisão movimentos que requeiram movimentos mais minuciosos. Não foi avaliada a prova calcanhar joelho por não termos nunca encontrado a Sra. AF deitada.

Ao nível da **sensibilidade** superficial esta encontra-se mantida, permitindo a cliente identificar estímulos tácteis, dolorosos e diferenças de temperaturas. Ao nível da sensibilidade profunda denota-se alguma dificuldade ao nível da sensibilidade postural, maioritariamente no que ao membro inferior direito diz respeito, sendo que frequentemente o pé do membro inferior lesado ficava “esquecido” aquando a marcha potenciando lesões e quedas, principalmente aquando o treino de subida e descida de escadas.

A Sra. AF apresenta **equilíbrio** estático na posição sentado e em pé presente, no entanto quando avaliado o equilíbrio dinâmico, sentado encontrava-se presente e em pé encontrava-se comprometido com necessidade de apoio no andarilho. Esta avaliação foi efetuada aquando a avaliação do par craniano estado-acústico.

No que concerne à **marcha** é notória a presença de disbasia. Não se verificando uma marcha hemiparética, é de realçar a flacidez do pé do membro lesado, a passada curta e cambaleante, auxiliada pelo andarilho ou mobília.

## 5. ANALISE DOS ELEMENTOS STRESSORES SEGUNDO O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman para ser possível ao enfermeiro a formulação dos diagnósticos de enfermagem este deve identificar as interações dinâmicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o sistema que envolve o cliente, assim como a presença (efetiva ou potencial) de stressores percebidos pelo cliente, pelo cuidador e pelo enfermeiro, possibilitando assim a construção de um plano de cuidados integrativo da vontade e real percepção dos problemas do cliente e família.

A identificação destes stressores foi levada a cabo através de uma entrevista semi estruturada realizada à Sra. AF e ao esposo onde eram abordadas questões como qual a sua maior preocupação ou considera ser o problema mais importante, de que forma esta situação tem afetado o seu dia a dia, como prevê o seu futuro em relação à presente situação, o que está a fazer para se ajudar a si mesmo, o que espera das outras pessoas em relação a si e ao seu problema.

### Fatores Intrapessoais, Interpessoais e Extrapessoais

Fatores Intrapessoais	
Físicos	A obesidade e a presença de diminuição de força em alguns dos segmentos corporais condicionam a adesão ao Programa de Reabilitação a ser implementado, exigindo assim uma adaptação dos exercícios propostos. Também a existência de comorbidades como o síndrome vertiginoso também diminuem a tolerância às atividades por parte da cliente, conduzindo muitas vezes à interrupção das mesmas e por conseguinte resistência em retomar os mesmos. Estes dois fatores agem como <b>stressores negativos</b> , condicionando a implementação do Programa e atrasando a recuperação

Psicológicos	A Sra. AF tem apresenta inúmeras oscilações de humor, partilhadas pelo marido, que verbaliza com frequência desmotivação perante a lentidão no processo de recuperação. ( <b>stressor negativo</b> ) Por outro lado o regresso a casa funcionou como um <b>stressor positivo</b> , uma vez que melhorou o seu estado de espírito e o seu empenho na implementação do Programa de Reabilitação, fazendo-a crer no seu potencial de reabilitação.
Socioculturais	Embora a cliente se tenha dedicado sempre a vida como doméstica, tinha um papel ativo na sociedade, saindo com frequência de casa, para realizar as suas compras e dar resposta as necessidades inerentes às lides domésticas. Perante a situação de vulnerabilidade e das condições habitacionais não permitirem com facilidade a saída da habitação, esta vê-se alienada do seu papel, necessitando de delegar tais tarefas no marido e filhos. Encaramos assim estes elementos como <b>stressores negativos</b>
Desenvolvimento	As capacidades cognitivas da cliente não foram afetadas, pelo que esta apreende com facilidade os exercícios que lhe são propostos e integra-os com facilidade na sua rotina, podemos assim classificá-los como <b>stressores positivos</b>
Espirituais	A Sra. AF deposita na sua espiritualidade e fé parte do processo de cura, podendo conduzir dessa forma a uma perspectiva irrealista ao seu potencial de reabilitação. Verbaliza por vezes incompreensão por parte do “castigo divino” o que a conduz a um humor deprimido difícil de abandonar. Embora a fé esteja habitualmente associada a mecanismos de proteção do sistema aqui encaramo-lo como um <b>stressor negativo</b> e de desesperança perante o futuro

Fatores Interpessoais	
Físicos	A dependência física de terceiros para algumas necessidades como as transferências e a higiene poderiam ser encarados como entraves na percepção do potencial de reabilitação, no entanto tendo em conta o bom relacionamento, tanto com a família (marido e filhos) como com as responsáveis pelo SAD admitimos que tal assume um papel de <b>stressor positivo</b> .
Psicológicos	As oscilações de humor (e sendo este tendencialmente depressivo) são determinantes no sucesso da implementação do programa de reabilitação uma vez que influenciam, positiva ou negativamente a adesão ao mesmo. Foi aconselhada a frequência em grupos de apoio e de partilha de experiências pois considera-se que funcionaria como reforço de linha de defesa e por conseguinte como um <b>stressor positivo</b> .
Socioculturais	Denota-se durante a entrevista alguma dependência por parte da Sra. AF relativamente ao esposo assumindo a família um papel preponderante no sucesso da implementação do programa de Reabilitação. A família (marido e filhos) incentivam com frequência a execução dos exercícios propostos na ausência dos profissionais e integram a cliente nas AVD, funcionando assim como <b>stressor positivo</b> perante a aquisição de ganhos em saúde.
Desenvolvimento	A ausência de alterações na capacidade na integração de novos conhecimentos e o ambiente familiar e envolvente propicio ao desenvolvimento de competências que promovam a implementação do Programa de Reabilitação é encarado como um

	<b>stressor positivo</b> maximizando as capacidades da Sra. AF para a promoção da sua autonomia.
Espirituais	A família tenta proporcionar uma participação ativa na vida cristã, levando a Sra. AF à missa, uma vez que era algo que ela integrava na sua rotina semanal antes da doença, que esta nega. Apesar de esta atribuir à doença um sentimento de punição, esta encontra, no entanto, algum conforto quando reza o terço ou assiste à missa na TV, assumindo-se assim este fator como um reforço da linha de defesa (stressor positivo).

Fatores Extrapessoais
O acompanhamento da Sra. AF por parte da equipa de ECCL após o regresso a casa pode ser vista como um <b>stressor positivo</b> , sendo que a sua principal função é maximização de recursos e promoção da autonomia no regresso ao domicílio. Sendo uma equipa multidisciplinar permite intervenções direcionadas às necessidades da cliente, agilizadas pelo conhecimento aprofundado da situação por parte da equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social) e através da formulação de um plano de intervenção individual permite delinear intervenções que colmatem as necessidades ao nível de promoção de saúde, prevenção de doença e necessidades de apoio sociais.

## Identificação de stressores

### Percecionados pelo cliente

Stressores Positivos	Stressores Negativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganhos da autonomia desde o regresso a casa;</li> <li>• Apoio familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor à mobilização da anca e joelho direito;</li> <li>• Dificuldade na aceitação da doença.</li> </ul>

### **Percecionados pela família**

Stressores Positivos	Stressores Negativos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Satisfação com o suporte institucional prestado (ECCI, Hospital de referência, etc.);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recursos económicos escassos;</li><li>• Expectativas irrealistas face ao potencial de reabilitação;</li><li>• Sobrecarga por necessidades apresentadas pela Sra. AF.</li></ul>

### **Percecionados pelo enfermeiro**

Stressores Positivos	Stressores Negativos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bom suporte familiar;</li><li>• Suporte institucional prestado</li><li>• Aumento de força e incremento progressivo na autonomia nas AVD;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humor deprimido que condiciona a adesão aos exercícios;</li><li>• Barreiras arquitetónicas;</li><li>• Sobrecarga intensa do cuidador;</li></ul>



## 6. IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
<p><b>Mobilidade física</b> comprometida, relacionada com complicação pós remoção de hemangioma, manifestada por hemiplegia flácida à direita</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a recuperação das capacidades sensorio-motoras e adaptativas da Sra. AF que lhe permitam adquirir autonomia na mobilidade</li> <li>- Reeducar o mecanismo de controlo postural;</li> <li>- Promover o aumento da força muscular;</li> <li>- gestão eficaz de regime terapêutico para controlo de dor relacionado com coxartrose.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a adesão ao programa de reabilitação;</li> <li>- Monitorizar a dor através da escala numérica da dor;</li> <li>- Promover/ Ensinar uma gestão eficaz do regime terapêutico no que respeita à dor;</li> <li>- Monitorizar a evolução da força e tónus muscular através de escalas (Lower e escala modificada de Ashworth);</li> <li>- Estimular movimentos voluntários do hemicorpo afetado com vista a melhorar a coordenação motora e aumento da força e tónus muscular;</li> <li>- Executar mobilizações passivas dos segmentos das articulações tibio-társica e dedos do membro inferior direito;</li> <li>- Executar mobilizações ativas e ativas resistidas de todos os segmentos do membro superior direito (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos) e do membro inferior direito ao nível da articulação coxo-femural e Membro Inferior Direito;</li> <li>- Treinar equilíbrio estático e dinâmico em pé,</li> </ul>	<p><b>15/10/2018</b></p> <p>Cliente motivada para a implementação do Programa de Reabilitação, refere melhoria das queixas álgicas ao nível da articulação coxofemoral após infiltração na última consulta de ortopedia, permitindo maior adesão aos exercícios; realizadas mobilizações passivas, ativas e ativas resistidas dos segmentos nomeados com empenho; Cuidador presente e envolvido na implementação dos exercícios; Mantém fisioterapia diária em regime de ambulatório.</p> <p><b>18/10/2018</b></p> <p>Cliente bem-disposta e colaborante. Feito treino de levantar da cama para cadeira de rodas e posterior deambulação no interior no domicílio com auxílio do andarilho uma vez que o equilíbrio dinâmico ainda não se encontra assegurado. Acompanhamento da preparação do pequeno almoço e integração do MSD na atividade. Mantém fisioterapia diária em regime de ambulatório.</p> <p><b>23/10/2018</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar atividades terapêuticas que facilitem a reaquisição do mecanismo de controlo postural;</li> <li>- Treinar transferências;</li> <li>- Capacitar a família para o papel de cuidador, esclarecendo dúvidas e fazendo ensinamentos sobre a forma como devem integrar o programa de reabilitação no dia-a-dia.</li> </ul>	<p>Sra. AF desanimada e chorosa. Refere dor ligeira tipo moimha, mas que controla com analgesia instituída – 2 na escala numérica). Preocupada com filho (atleta de alta competição) que se lesionou numa prova. Pouco receptiva à execução dos exercícios propostos. Oferecido suporte emocional. Mantém fisioterapia diária em regime de ambulatório.</p> <p><b>30/10/2018</b></p> <p>Cliente com consulta no hospital de referência no dia anterior. Animada com os ganhos de autonomia. Manteve exercícios instituídos, sem melhoria ao nível de aumento da força da articulação da tibio-társica (0/5 na escala de Lower) pelo que mantém o uso de ortótese para contrariar queda do pé. Mantém fisioterapia diária em regime de ambulatório.</p>
--	--	---	--

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
-------------	-----------	--	--------------------

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
<p>Défice no autocuidado relacionado com complicação pós remoção de hemangioma, manifestada por incapacidade de preparar convenientemente os alimentos</p>	<p>- Promover a recuperação das capacidades sensorio-motoras e adaptativas da Sra. AF que lhe permitam adquirir a autonomia na capacidade de subir e descer escadas de forma autônoma os alimentos.</p> <p>- Promover o aumento da força muscular;</p> <p>- Combater o isolamento Social</p>	<p>- Avaliar equilíbrio (Escala de Berg- Score 11- diminuição do equilíbrio)</p> <p>- Monitorizar a evolução através da escala de Barthel;</p> <p>- Incentivar a adesão ao programa de reabilitação;</p> <p>- Avaliar as aprendizagens para o autocuidado:</p> <p>- Monitorizar a dor através da escala numérica da dor;</p> <p>- alimentar-se;</p> <p>- Promover/ Ensinar uma gestão eficaz do regime terapêutico no que respeita à dor;</p> <p>- Motivar para o autocuidado: alimentar-se;</p> <p>- Incentivar o posicionamento correto à mesa, com o tronco ereto;</p> <p>- Treinar equilíbrio estático e dinâmico em pé;</p> <p>- Capacitar a família para o papel de cuidador;</p> <p>- Incentivar o uso do lado mais afetado, promovendo esclarecendo dúvidas e fazendo ensinios sobre a forma assim a sua integração no autocuidado;</p> <p>- Promover o aumento como devem integrar o programa de reabilitação no dia-a-dia;</p> <p>- Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo (talheres, pratos côncavos);</p> <p>- Treino de subida e descida de escadas com auxílio de corrimão e/ou canadianas;</p> <p>- Capacitar a família para o papel de cuidador;</p> <p>- incentivar o uso de ortótese para contrariar a flacidez do pé direito</p> <p>- esclarecendo dúvidas e fazendo ensinios sobre a forma como devem integrar o programa de reabilitação no dia-a-dia;</p>	<p><b>15/10/2018</b>        Cliente bem-disposta. Verbaliza vontade de fazer treino de escadas com apoio do corrimão que o faz Sra. AF manter necessidade de preparação dos alimentos, embora se alimente por mão própria cansaço associado. Pé direito ligeiramente pendente, apesar da presença de ortótese. Sra. AF verbaliza grande evolução, preserva a preparação de alimentos, no entanto, não restringe a recursos frequentes ao lado são para se alimentar;</p> <p><b>18/10/2018</b>        Cliente verbaliza ser mais participativa na preparação de alimentos, no entanto, não restringe a recursos frequentes ao lado são para se alimentar;</p> <p><b>23/10/2018</b>        treino de escadas com apoio do corrimão. Mantém o mesmo estado, asseguradas condições de segurança por dia se apresentar chuvoso (marido limpa o corrimão com pano e assegura que não existe acumulação de água nos degraus).</p> <p><b>30/10/2018</b>        A Sra. AF refere ainda dificuldade nos movimentos de prensão da faca, no entanto já a integra para "empurrar" a comida.</p> <p><b>23/10/2018</b>        Utente desanimada e chorosa. Não foi realizado treino de escadas</p> <p><b>30/10/2018</b></p>
			<p>Utente com consulta no hospital de referência no dia anterior. Realizado treino de subida e descida de escadas sem cansaço ou intercorrências. Mantém ortótese para prevenção de flacidez. Mantém fisioterapia diária em regime de ambulatório.</p>

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
<p>Défice no autocuidado <b>higiene</b> relacionada com complicação pós remoção de hemangioma, manifestada por incapacidade de prestar cuidados de higiene de forma autónoma</p>	<p>- Promover a recuperação das capacidades sensorio-motoras e adaptativas da Sra. AF que lhe permitam adquirir autonomia na capacidade de satisfação do autocuidado: higiene</p>	<p>- Monitorizar a evolução através da escala de Barthel;  - Avaliar as aprendizagens para o autocuidado: higiene;  - Motivar para o autocuidado: higiene;  - Incentivar o uso do lado mais afetado, promovendo assim a sua integração no autocuidado (p.e. ensaboar as zonas que consegue alcançar);  - instruir sobre o uso de equipamento adaptativo (escovas de cabo longo, cadeira higiénica, barras de apoio etc.)  - Incentivar a adesão ao programa de reabilitação;  - Capacitar a família para o papel de cuidador, esclarecendo dúvidas e fazendo ensinios sobre a forma como devem integrar o programa de reabilitação no dia-a-dia;</p>	<p><b>15/10/2018</b>  Sra. AF mantém necessidade de apoio no autocuidado higiene.  <b>18/10/2018</b>  A cliente verbaliza vontade de ser mais participativa, no entanto os cuidados de higiene prestados pelo serviço de apoio domiciliário não permitem “perder esse tempo” (sic). Sensibilizada a família para importância desses momentos para a promoção da autonomia da Sra. AF. Proposto numa fase inicial tal ser adotado nos cuidados de higiene prestados pela família (nos dias sem apoio domiciliário)  <b>23/10/2018</b>  Mantem o mesmo estado;  <b>30/10/2018</b>  Embora a Sra. AF não tenha tido oportunidade de colocar em prática as intervenções planeadas para o autocuidados higiene, esta crê que, tendo por base a sua evolução, esta conseguirá ser mais autónoma quando lhe forem prestados os cuidados por parte da filha</p>



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Índice de Barthel à data de admissão em ECCI

Apêndice I - Índice de Barthel à data de admissão em ECCI

<b>1. Alimentação</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0

## **APÊNDICE II**

Índice de Barthel à data da colheita de dados

Apêndice II - Índice de Barthel à data de colheita de dados

<b>1. Alimentação</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0

### **APÊNDICE III**

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Adaptada por Sequeira (2007)

Apêndice II – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit- Adaptada por Sequeira (2007)

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?				✗	
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			✗		
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?			✗		
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	✗				
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?			✗		
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?			✗		
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				✗	
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					✗
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				✗	
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?			✗		
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				✗	
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?				✗	
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?			✗		
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?		✗			
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	✗				
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		✗			
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			✗		
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	✗				
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?			✗		
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			✗		
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			✗		
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?			✗		

<47 – Sem Sobrecarga  
 47 a 55 – Sobrecarga Leve  
 >55 – Sobrecarga Intensa

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diccini, S. (2017). *Enfermagem em neurologia e neurocirurgia*. 1 ed.– Rio de Janeiro; Atheneu, 2017. II. Isbn: 978-85-388-0799-5

Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, (DGS, 2011) *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* Acedido a 22/10/2018 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, (DGS, 2011) *Programa Nacional de Combate à Obesidade* Acedido a 04/11/2018 em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo E Aplicação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Karwan, T., Gaillard, A. (2018) *Meningioma*. Acedido a 16/ 10/2018 consultado em <https://radiopaedia.org/articles/meningioma>

Menoita, E., Mota de Sousa, L., Pão Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Pearson Health Science, NJ

Ribeiro, C. (2000). *Promoção e Protecção da saúde nas diferentes fases da vida. Pessoa, família, saúde e doença*. Acedido a 16/ 10/2018 consultado em [https://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/21/26\\_texto.html](https://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/21/26_texto.html)

## **APÊNDICE IV**

### **Estudo de caso – Equipa de Reabilitação**

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao  
lactente com Bronquiolite Aguda

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

## **Estágio Com Relatório**

### **Estudo de Caso**

# **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao lactente com Bronquiolite Aguda**

**Local de Estágio – Equipa ER Hospital**



**M<sup>a</sup> Helena Russo, n.º 8309**

**LISBOA**

**Janeiro, 2019**

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

## **Estágio Com Relatório**

### **Estudo de Caso**

# **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao lactente com Bronquiolite Aguda**

**Local de Estágio – Equipa ER Hospital**



**M<sup>a</sup> Helena Russo, n.º 8309**

**Docente Orientador: Prof Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Céu Sá**  
**Enfermeiro Orientador: Enf.º Paulo Figueira**

**LISBOA**  
**Janeiro, 2019**

## Índice

1. Revisão anatomopatológica	9
2. Dados biográficos e história de saúde	13
<b>3. História de doença atual</b>	
<b>16</b>	
4. Exame Objetivo inicial	17
5. Análise dos elementos stressores segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman	22
6. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem	28
Referências bibliográficas	34

## **Siglas**

BA – Bronquiolite aguda  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EV- Endovenoso  
FR - Frequência Respiratória  
HI – Haemophilus Influenza  
Hib- Haemophilus influenza serotipo B  
O2 – Oxigénio  
PI – Plano de Intervenção  
PNV – Plano Nacional de Vacinação  
RFR – Reabilitação Funcional Respiratória  
RN – Recém-nascido  
SNG- Sonda Nasogástrica  
SPO2 – Saturação periférica de oxigénio  
UMA- Unidade Maço/Ano  
VSR – Vírus Sincicial Respiratório

## 1. REVISÃO ANATOMO-PATOLOGICA

A Bronquiolite Aguda (BA) é uma doença frequente nos lactentes<sup>1</sup> com um pico de incidência que entre os 3 e os 6 meses de vida sendo que o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é responsável por 75% dos casos. É caracterizada por uma inflamação aguda, edema e necrose de células epiteliais das vias aéreas, com aumento da produção do muco e broncoespasmo. Ao exame objetivo apresenta tipicamente aumento da frequência respiratória (FR), esforço respiratório aumentado (tiragem, adejo nasal, aumento do tempo expiratório), sibilos e tosse (AHA, 2017).

Verifica-se um padrão de sazonalidade em Portugal, sendo mais frequente de novembro a abril. A sua transmissão ocorre por contato direto com secreções nasais infetadas, habitualmente em contexto epidemiológico de infeção respiratória, familiar ou outro. É normalmente autolimitada, com uma duração média da fase aguda entre 3 a 7 dias (DGS, 2012).

A evolução da doença caracteriza-se inicialmente por uma fase precoce de sintomas nasais, seguidos de tosse seca, por vezes acessual, com aumento da frequência respiratória e do esforço respiratório na fase de agravamento. Ao fim do 5<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> dia ocorre a fase de melhoria, sendo que os sintomas respiratórios como a tosse podem persistir até 3 semanas (DGS, 2012).

A BA pode ser classificada como leve, moderada ou grave (DGS, 2012) tendo em conta a avaliação dos seguintes critérios apresentados no Quadro I em que o valor 10 corresponde ao quadro mais crítico e iminente insuficiência respiratória.

---

<sup>1</sup> **Lactente** é a criança após os primeiros 28 dias de vida até completar o segundo ano de idade.

Quadro I – Classificação da Gravidade do Quadro Respiratório

<b>CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO QUADRO RESPIRATÓRIO</b>					
<b>Pontuação</b>	<b>Padrão respiratório</b>	<b>Tiragem intercostal</b>	<b>Retração do apêndice xifoide</b>	<b>Adejo nasal</b>	<b>Gemido expiratório</b>
0 pontos	Sincronismo dos movimentos toraco-abdominais	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
1 ponto	Não há elevação do tórax ao elevar-se o abdómen	Moderada	Pouco visível	Mínimo	Só audível com estetoscópio
2 pontos	Respiração paradoxal com depressão do tórax ao elevar-se o abdómen	Acentuada	Acentuada	Marcado	Audível sem estetoscópio

Fonte: Cordeiro e Menoita (2012) Adaptado de base na tabela de Silverman – Anderson, consultado no livro “Manual de boas práticas na reabilitação respiratória” p.329

As principais complicações são a atelectasia, a pneumonia e a otite média aguda. As manifestações extra respiratórias são raras e consideradas graves (DGS, 2012).

São considerados fatores de risco para maior gravidade da BA a idade inferior a 12 semanas, história de prematuridade (idade gestacional <a 37 semanas), diagnóstico de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica do lactente (como displasia broncopulmonar, fibrose quística, doença pulmonar difusa ou congénita) doença neuromuscular ou neurológica grave, imunodeficiência e síndrome de Down. A exposição ao fumo do tabaco deve também ser ativamente identificada e registada aquando a colheita de dados (DGS, 2012).

A avaliação da gravidade da BA deve ser realizada após medidas de desobstrução nasal e deve ter em conta o registo do dia de doença em que se encontra (desde o início da coriza) sendo que o pico de gravidade se encontra entre o 3º e o 5º dia de evolução. Ter em consideração a FR, o impacto na

alimentação e grau de hidratação, presença de episódio de apneia (presenciada ou sugestiva quando sugerida pelos pais), hipoxemia determinada por oximetria de pulso, frequência cardíaca (sendo que a taquicardia é já um mecanismo compensatório da exaustão respiratória), estado de consciência e grau de dificuldade respiratória (recorrendo ao Quadro I já apresentado) (DGS, 2012).

Para além das dificuldades enumeradas a incapacidade dos familiares para prestação de cuidados e vigilância adequados ou dificuldade no acesso aos serviços de saúde constituem também um critério de internamento para vigilância (DGS, 2012).

A transferência para unidade de cuidados intensivos pediátricos deve verificar-se sempre que se verifique insuficiência respiratória progressiva com necessidade de aumento do débito de oxigénio persistentemente acima de 3L/min e com incapacidade de manter SPO<sub>2</sub> >90% ou após avaliação gasimétrica se verifique pH ≤ 7,3. É também critério para transferência deterioração do estado clínico geral ou do estado de consciência com sinais crescentes de exaustão, acompanhados ou não de apneias recorrentes ou bradicardia (DGS, 2012).

o Haemophilus Influenzae (HI) é um microrganismo Gram negativo presente no trato respiratório humano. Para além de colonizarem a nasofaringe de pessoas saudáveis, o HI é normalmente responsável por infeções respiratórias como bronquite, pneumonia sinusite, conjuntivite, otite média aguda, e ainda infeções invasivas graves como a meningite e septicemia, principalmente nas crianças. O espectro de manifestações clínicas presentes nas infeções por HI varia dependendo da tipagem do agente. Quanto à classificação existem duas variantes principais: capsulados e não capsulados. Os do primeiro grupo são classificados e distribuídos em grupos nomeados de A a F, de acordo a seus antígenos capsulares. Os não capsulados são genericamente chamados de "não tipáveis". O grupo capsulado conduz a quadros mais severos, principalmente aqueles do serotipo B, associado a infeções de sistema nervoso central, epiglote e sepsis. É este o grupo coberto pela vacina contra HI presente no plano nacional de vacinação (PNV). Nas infeções pelos agentes do grupo "não-taipáveis" costumam ocorrer sintomas

brandos sistêmicos ou de vias respiratórias, causando otites e faringites. (Bush, 2016).

## 2. DADOS BIOGRÁFICOS E HISTÓRIA DE SAÚDE

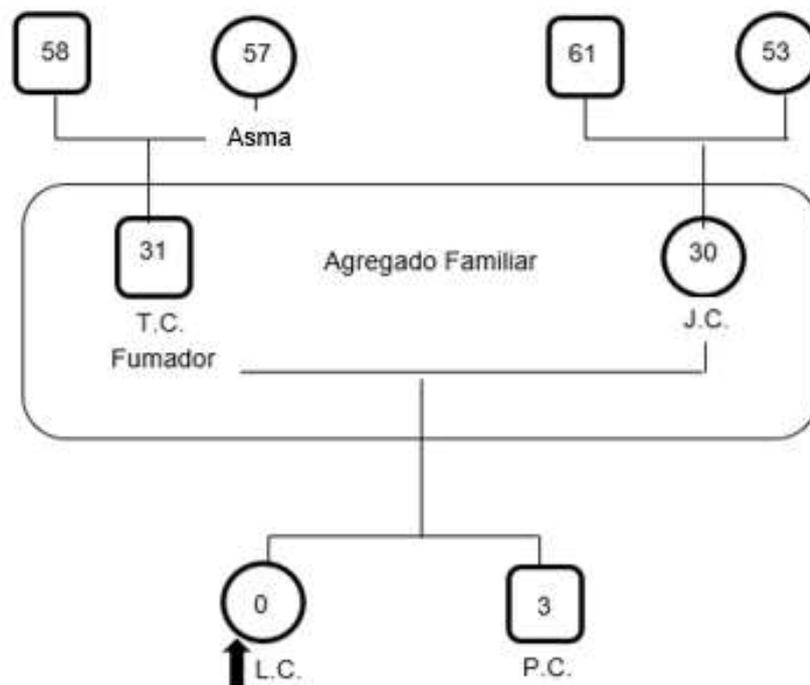
A L.C. é um lactente de 1 mês. Nasceu no dia 5/12/2018, num hospital da região de Lisboa sendo natural da freguesia de S. Domingos de Benfica concelho de Lisboa.

No que concerne ao período pré-natal foi uma gravidez desejada e vigiada no centro de saúde a que pertence e no obstetra particular. Mãe com serologias negativas, não imune à toxoplasmose, imune à rubéola e com pesquisa de streptococcus B negativa. Realizou ecografias as 13s+1d, 21s+2d e 32s+1d sem alterações. Parto sem intercorrências as 39 semanas, com rutura de bolsa de 14 horas, eutócico, apresentação cefálica com índice de Apgar de 10/10/10. Peso de nascimento de 2.820kgs. Fez contacto pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida. Teve alta ao D3 de vida tendo perdido 8% do peso de nascimento (peso à data de alta de 2.594kgs) que recuperou ao 10º dia de vida com suplementação de leite artificial. Sem alterações nos rastreios auditivos e reflexo do olho vermelho. Aguarda resultado do rastreio metabólico. Sem alergias alimentares ou medicamentosas conhecidas.

Sem medicação atual (irá iniciar vitamina D após período de doença). Plano vacinal atualizado (vacina anti hepatite B administrada ao nascimento). Alimenta-se atualmente de leite artificial em exclusivo, 90ml de 3 em 3 horas.

Vive com os pais e irmão de 3 anos. A mãe, J. C. 30 anos, funcionária pública, licenciada, sem antecedentes pessoais relevantes, nega hábitos aditivos ou tabágicos. Pai, T.C. 31 anos, gestor, licenciado, sem antecedentes pessoais relevantes. Refere hábitos tabágicos (15 cigarros por dia/ 9 UMA) mas refere evicção dos mesmos na mesma divisão em que encontram as crianças, fumando apenas na varanda. Quando questionado referiu fumar também na viatura da família, no entanto salvaguardou que as crianças nunca estão presentes no habitáculo nessa altura. Irmão, P.C. de 3 anos, saudável, frequenta o infantário desde os 5 meses de idade. A L.C. convive ainda frequentemente com avós maternos e paternos. Avó materna com história de asma em criança, sem outros antecedentes relevantes.

Esquemáticamente pode-se apresentar a família num genograma desta forma



Atualmente constituem uma família do tipo nuclear que se encontram na fase II de acordo com o ciclo de vida da família de Duvall (família com filhos pequenos) (Ribeiro, 2000).

A L.C encontra-se em casa aos cuidados da mãe e convive diariamente com o irmão. A família reside no centro de Lisboa, possui viatura própria e acesso fácil aos cuidados de saúde. O acompanhamento de saúde é realizado em regime particular (pediatra) e concomitantemente no centro de saúde onde dispõe de médico e enfermeiro de família.

A habitação é um apartamento (2º andar com elevador) com quatro assoalhadas (sendo um quarto do casal, um do filho mais velho e o outro preparado para receber a L.C.) e duas casas de banho. A mãe refere bom isolamento acústico e térmico, sem sinais de humidade ou infiltrações. A L.C. dorme no quarto com os pais, em berço próprio, no entanto dorme alguns períodos na cama dos pais.

### 3. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

A colheita de dados efetuada através de entrevista e consulta do processo clínico à data de Janeiro de 2019.

Lactente de 23 dias, trazida pelos pais ao serviço de Urgência no dia 29/12/2018 por tosse e obstrução nasal com 2 dias de evolução, febre desde o próprio dia. Irmão com história de coriza. Ao exame objetivo aquando a admissão apresentava mucosas e pele corada e hidratada, bem perfundida, quente ao toque, com tiragem global moderada e pieira. Febril (39°C, foi administrado paracetamol à chegada ao serviço de urgência), taquicardia sinusal associada a hipertermia (225bat/min) que reverteu após arrefecimento. Na auscultação pulmonar com fervores no hemitórax direito. Foi colhido sangue para análise, hemograma, bioquímica, hemocultura e gasimetria, de salientar hemoglobina de 11.8 g/dL, Leucócitos 8.4000  $\mu$ /L, PCR de 2.06mg/dL, pH de 7.32, pCO<sub>2</sub> 55mmHg, HCO<sub>3</sub> 0.8 mmol/L e Lactatos 4.2 mmol/L. Colhida urina II, sem alterações e urocultura que ficou em curso. Foi colhido exsudado nasofaríngeo, que revelou presença de VSR nas secreções, e painel de vírus e bactérias respiratórios que ficou a aguardar resultado. Realizou radiografia ao tórax, que, apesar das más condições técnicas, revelou pneumonia à direita e atelectasia do lobo superior direito. Foi colocado oxigénio a 1L/min por óculos nasais por SPO<sub>2</sub> de 89%. Atendendo à idade e encontrando-se em terceiro dia de doença ficou internada no serviço de pediatria para vigilância dos sinais de dificuldade respiratória, oxigenioterapia e antibioterapia endovenosa com diagnóstico de BA a VSR com parâmetros sugestivos de sobreinfecção.

Dia 1 de internamento iniciou antibioterapia dupla com cefotaxima 6/6h e ampicilina 6/6h, furosemida 2id, paracetamol e hidrato de cloral em SOS. Foi colocada sonda nasogástrica (SNG) para alimentação por cansaço associado à mamada e recusa alimentar (aporte de 60ml de leite artificial de 3/3horas), 3 horas depois do internamento suspendeu alimentação por intolerância alimentar, Administrado soro (dextrose 5% em soro fisiológico para manter 100% das necessidades. 12 horas após internamento colheu sangue para reavaliação gasimétrica, pH 7.36, pCO<sub>2</sub> 48.9mmHg, HCO<sub>3</sub> 0.8 mmol/L e Lactatos 1.3 mmol/L.

No 2º dia de internamento com necessidade de aumentar o aporte de O<sub>2</sub> para 1L/min por aumento dos sinais de dificuldade respiratória (balanceio

da cabeça, tiragem global acentuada e irritabilidade). Necessidade de aspiração bastante frequente. À auscultação verificou-se diminuição do murmúrio vesicular à direita com ferveres bibasais mais acentuado à direita, sem broncoespasmo. Manteve restantes cuidados.

A D3 e D4 de internamento com melhoria progressiva do estado, diminuição dos períodos de irritabilidade e sinais de dificuldade respiratória. Apirética desde D3. Iniciou alimentação por SNG (60 ml 3/3h). Reduziu furosemina para 1id por diminuição dos ferveres à auscultação.

D5 iniciou leite por tetina (30ml tetina e 30ml por SNG) que tolerou, mantendo uma tiragem global ligeira e polipneia por períodos. Reduziu aporte de O2 para 0.5L/min. Suspendeu soro ev. Repetiu radiografia ao tórax que revelou persistência da atelectasia do lobo superior direito pelo que foi solicitada cinesiterapia respiratória. Obteve-se resultado de painel de bactérias respiratório que revelou presença de HI sensível a cefotaxima.

D6 iniciou RFR, suspendeu O2 e foi retirada SNG, com alimentação entérica na totalidade por tetina sem cansaço associado.

D7 cumpriu a última toma de antibioterapia e teve alta, com indicação para manter medidas gerais (lavagem nasal com soro fisiológico, elevação da cabeceira, evicção do fumo do tabaco), manutenção de sessões de cinesiterapia respiratória e reavaliação no medico assistente.

## 4. EXAME OBJECTIVO INICIAL

### Exame Físico

Tabela 1 – Avaliação do Peso, Altura e Percentil

04/1/2019	Peso	Altura	Percentil Peso	Percentil Altura
	3.220kg	51cm	15-25	5-15

Tabela 2 - Sinais Vitais

Data	4/01/2019
Tensão Arterial	98/49 mm/Hg
Frequência Cardíaca	138 bat/min
Frequência Respiratória	38 c/min
Temperatura rectal	37,6 °C
Escala Dor <sup>2</sup>	0

Imagem 1- Telerradiografia do tórax

A radiografia da L.C. foi realizada no dia do internamento com condições técnicas deficitárias, incidência ântero-posterior no leito, mal centrada, com correta inspiração e correta visualização dos ângulos costo frénicos e cardiofrénicos. Visualiza-se uma condensação para-cardíaca do lobo médio e inferior direito sugestiva de pneumonia e hipotransparência do lobo superior direito sugestivo de atelectasia.

---

<sup>2</sup> Escala FLACC- Escala de avaliação de dor utilizada no cliente pediátrico menores de 4 anos ou incapazes de verbalizar que avalia 5 itens (Face, Legs, Activity, Cry e Consolability).



A segunda radiografia ao tórax realizada no dia 5/01, apesar das más condições técnicas, apresentava evolução no sentido da diminuição da condensação, no entanto com imagem sugestiva de atelectasia mantida.



Cabeça/Crânio: Face, olhos, nariz, boca e pavilhões auriculares sem malformações aparentes, fontanelas anteriores e posteriores pulsáteis e normotensas;

Pescoço: Canal trigloso e estenocleidomastoideu simétrico e sem alterações;

Clavículas: Integras

Tórax: simétrico, em ventilação espontânea sem necessidade de oxigénio suplementar. Respiração predominantemente abdominal, ritmo irregular, sem sinais de esforço respiratório. Presenciado um acesso de tosse pouco eficaz. À auscultação murmúrio vesicular presente bilateralmente, parcialmente abolido no 1/3 superior direito. Discretos fervores das bases mais evidentes à direita.

Abdómen: Sem massas ou organomegalias. Ligeiramente distendido e timpanizado associado a aerocolia.

Pulsos femorais: presentes, fortes e simétricos;

Anca: manobra de Barlow e Ortolani<sup>3</sup> negativa, sem sinais de instabilidade;

Genitais: sem alterações;

Região dorsal: sem tufos ou fossetas;

Membros: movimentos harmoniosos e simétricos. Pregas cutâneas simétricas.

### **Exame Neurológico:**

A L.C. apresentava boa vitalidade, choro forte, reflexos primitivos presentes e sem alterações (Moro<sup>4</sup>, Glabela<sup>5</sup>, pontos cardeais<sup>6</sup>, sucção<sup>7</sup>, preensão palmar<sup>8</sup>, extensão cruzada<sup>9</sup> e marcha automática<sup>10</sup>)

---

<sup>3</sup> Manobra de Barlow – manobra utilizada para avaliar a presença de displasia da anca através da adução da articulação coxofemoral. Se existir deslizamento do fémur para fora do acetábulo considera-se a manobra positiva. O a manobra realizada de forma inversa (abdução) designa-se por manobra de Ortolani.

<sup>4</sup> Reflexo de Moro- Elevar o recém-nascido (RN), pelos braços e largá-lo simulando a queda. Num reflexo presente o RN abre os braços e fecha-os de seguida.

<sup>5</sup> Reflexo de Glabela- segurar a cabeça do RN na linha média por uma das mãos do examinador, comprimir a zona de glabela. RN fecha os olhos.

## Desenvolvimento:

Quadro 1 - Escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan:

	4 - 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
<b>Postura Matricidade Global (PMG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Decúbito ventral - levanta a cabeça.</li> <li><input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.</li> <li><input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - a cabeça cai.</li> <li><input type="checkbox"/> Sentado - dorso em arco e mãos fechadas.</li> <li><input type="checkbox"/> Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoio nos antebraços.</li> <li><input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados.</li> <li><input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - cabeça erecta e coluna dorsal direita.</li> <li><input type="checkbox"/> De pé - flete os joelhos, não faz apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoia-se nas mãos.</li> <li><input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.</li> <li><input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - faz força para se sentar.</li> <li><input type="checkbox"/> Mantém-se sentado sem apoio.</li> <li><input type="checkbox"/> De pé faz apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min.</li> <li><input type="checkbox"/> Põe-se de pé com apoio mas não consegue balçar-se.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Passa de decúbito dorsal a sentado.</li> <li><input type="checkbox"/> Tem equilíbrio sentado.</li> <li><input type="checkbox"/> Gatinha.</li> <li><input type="checkbox"/> Põe-se de pé e balça-se com o apoio de uma ou duas mãos.</li> </ul>
<b>Visão e Matricidade Fina (VMF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente a 20-25cm em 1/4 de círculo (do lado até à linha média).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas.</li> <li><input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.</li> <li><input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente 1/4 círculo e horizontal.</li> <li><input type="checkbox"/> Convergência.</li> <li><input type="checkbox"/> Pestanejo de defesa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tem preensão palmar.</li> <li><input type="checkbox"/> Leva os objetos à boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Transfere objetos.</li> <li><input type="checkbox"/> Se o objeto cai esquece-o imediatamente.</li> <li><input type="checkbox"/> Boa convergência (estrabismo anormal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tem preensão e manipulação.</li> <li><input type="checkbox"/> Leva tudo à boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Aponta com o indicador.</li> <li><input type="checkbox"/> Faz pinça.</li> <li><input type="checkbox"/> Atrai os objetos ao chão deliberadamente.</li> <li><input type="checkbox"/> Procura o objecto que caiu ao chão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Explora com energia os objectos e atrai-os sistematicamente ao chão.</li> <li><input type="checkbox"/> Procura um objeto escondido.</li> <li><input type="checkbox"/> Interesse visual para perto e longe.</li> </ul>

	4 - 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
<b>Audição Linguagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Atende e volta-se geralmente aos sons.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Segue os sons a 45cm do ouvido.</li> <li><input type="checkbox"/> Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.</li> <li><input type="checkbox"/> Dá gargalhadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Atenção rápida para os sons perto e longe.</li> <li><input type="checkbox"/> Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido.</li> <li><input type="checkbox"/> Repete várias sílabas ou sons do adulto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa.</li> <li><input type="checkbox"/> Dá pelo nome e volta-se.</li> <li><input type="checkbox"/> Jargon (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível).</li> <li><input type="checkbox"/> Compreende ordens simples "dá, cá e adens").</li> </ul>
<b>Comportamento Adaptação Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fixa a face da mãe quando o alimenta.</li> <li><input type="checkbox"/> Sorriso presente às 6 semanas.</li> <li><input type="checkbox"/> Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sorri.</li> <li><input type="checkbox"/> Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Muito ativo, atento e curioso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Leva uma bolacha à boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Mastiga.</li> <li><input type="checkbox"/> Distingue os familiares dos estranhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bebe pelo copo com ajuda.</li> <li><input type="checkbox"/> Segura a colher mas não usa.</li> <li><input type="checkbox"/> Colabora no vestir levantando os braços.</li> <li><input type="checkbox"/> Muito dependente do adulto.</li> <li><input type="checkbox"/> Demonstra afeto.</li> </ul>

<sup>6</sup> Reflexo dos pontos cardeais- com o dedo ou chupeta tocar nos cantos da boca, lábio superior e inferior. O RN vai abrir a boca e rodar a cabeça em direção ao estímulo.

<sup>7</sup> Reflexo da sucção- o RN suga a chupeta, dedo ou mamilo, assim que este é colocado na boca.

<sup>8</sup> Reflexo da preensão palmar- colocar um objeto fino transversalmente na palma da mão do bebé, à altura da articulação metacarpofalangeana. O RN vai fletir os dedos de forma continua

<sup>9</sup> Reflexo da extensão cruzada- Estimular a face plantar interna do RN enquanto se impede a sua retirada. O RN fará flexão do membro inferior contralateral seguida da sua extensão total e adução na direção do estímulo (posição de tesoura)

<sup>10</sup> Reflexo da Marcha automática- Colocando o RN em posição vertical, seguro pelas axilas, apoiando-o numa superfície dura a criança inicia uma marcha reflexa através de movimentos bruscos com cruzamento das pernas.

No que concerne o desenvolvimento, não se verificam alterações segundo a avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan.

## 5. ANALISE DOS ELEMENTOS STRESSORES SEGUNDO O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman para ser possível ao enfermeiro a formulação dos diagnósticos de enfermagem este deve identificar as interações dinâmicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o sistema que envolve o cliente, assim como a presença (efetiva ou potencial) de stressores percebidos pelo cliente, pelo cuidador e pelo enfermeiro, possibilitando assim a construção de um plano de cuidados integrativo da vontade e real percepção dos problemas do cliente e família.

A identificação destes stressores foi levada a cabo através de uma entrevista semiestruturada realizada à mãe da L.C. onde eram abordadas questões como qual a sua maior preocupação ou considera ser o problema mais importante, de que forma esta situação tem afetado o seu dia a dia, como prevê o seu futuro em relação à presente situação, o que está a fazer para se ajudar a ultrapassar a situação, o que espera das outras pessoas em relação a si e ao seu problema.

### Fatores Intrapessoais, Interpessoais e Extrapessoais

Fatores Intrapessoais	
Físicos	A anatomia do lactente exige uma adaptação do plano de intervenção (PI). A imaturidade do sistema respiratório, a respiração exclusivamente nasal e risco de apneia por colapso das vias aéreas superiores são características importantes e a ter em quando aquando a realização dos exercícios que constam PI. A imaturidade que se reflete na impossibilidade de colaboração na realização dos exercícios, conduzindo por vezes à assincronia dos movimentos respiratórios e levando à necessidade de uma atitude passiva perante os exercícios diminuem a tolerância às atividades por parte da L.C., conduzindo muitas vezes à necessidade de

	interrupção dos exercícios. Estes fatores agem como <b>stressores negativos</b> , condicionando a implementação do Programa e atrasando a recuperação.
Psicológicos	Embora nesta idade o RN ainda não reconheça a figura do adulto estranho, a excessiva manipulação, associada à interrupção dos períodos de descanso (ou proximidade com o horário da alimentação) conduz frequentemente ao choro (que quando mantido por longos períodos conduz facilmente à exaustão respiratória). A irritabilidade associada à manipulação é identificada como <b>stressor negativo</b> .
Socioculturais	Tendo por base o estadió de desenvolvimento da criança não foi possível identificar stressores socioculturais identificados pela L.C..
Desenvolvimento	A L.C. apresenta um desenvolvimento adequado à idade, com reflexos primitivos presentes, importantes para assegurar as necessidades fundamentais. A presença de, por exemplo, um tónus adequado e a presença de tosse eficaz são assim classificados como <b>stressores positivos</b>
Espirituais	As crenças espirituais da L.C. são, nesta fase de desenvolvimento, delegadas nas da sua mãe, pelo que não foi possível identificá-las como fatores intrapessoais preponderantes neste processo.

Fatores Interpessoais	
Físicos	A dependência física de terceiros para assegurar as suas necessidades básicas é frequentemente encarada como um fator negativo associado à perda de independência. No entanto neste caso particular, atendendo à idade, e sendo as suas necessidades asseguradas de forma eficaz e correta por parte dos pais, foi considerado um <b>stressor positivo</b> .
Psicológicos	A postura adotada pelos pais como elementos calmantes e reguladores de humor aquando a presença do EEER

	(falando frequentemente para a L.C., colocação de música calma aquando a realização dos exercícios) foi identificada como um <b>stressor positivo</b> , uma vez que se considera que funcionaria como reforço de linha de defesa, protegendo assim o núcleo central do sistema.
Socioculturais	Apesar de expectável a dependência da L.C. perante os progenitores no que respeita a satisfação das suas necessidades, denota-se uma presença constante e preocupação por parte destes no bem-estar da lactente. Os pais são elementos integrantes e presentes na sessão de implementação do PI, demonstrando uma atitude carinhosa para com a L.C. e por sua vez esta acalma ao ouvir a voz da mãe ou ao segurar o dedo desta. É assim assumida que esta relação tem um fator protetor da homeostasia do sistema da L.C. sendo por isso encarada como um <b>stressor positivo</b> .
Desenvolvimento	O conhecimento prévio sobre as etapas de desenvolvimento demonstrada pela família assume um <b>stressor positivo</b> na promoção da implementação do PI. Tal é denotado tendo por base as questões colocadas pelos pais no que respeita a intervenções a serem levadas a cabo aquando o regresso ao domicílio que promovam a recuperação total da L.C. assim como estratégias promotoras da recuperação total assumindo uma posição importante ao nível da intervenção terciária (estratégias que facilitam a reconstrução do sistema até aos níveis prévios da doença).
Espirituais	Os pais da L.C. não se manifestaram no que respeita a crenças espirituais, e, embora se assumam como crentes, delegam esta área para segundo plano nesta situação de doença aguda.

### Fatores Extrapessoais

O acompanhamento da L.C. por parte do médico assistente e posterior acompanhamento para realização de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) no domicílio deve ser encarada como um **stressor positivo**, permitindo um acompanhamento da lactente e família para maximização das suas capacidades e recuperação total até atingir os níveis prévios de doença.

## **Identificação de stressores**

### **Percecionados pelo cliente**

Stressores Positivos	Stressores Negativos
<ul style="list-style-type: none"><li>• A sessão de RFR que colmina com a aspiração de secreções promove o alívio do desconforto da L.C. diminuindo o esforço respiratório;</li><li>• Presença da mãe durante a sessão.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A manipulação e assincronia dos exercícios respiratórios;</li><li>• Desconforto provocado por determinados exercícios;</li><li>• Fome por proximidade com o horário de alimentação.</li></ul>

### **Percecionados pela família**

Stressores Positivos	Stressores Negativos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alívio dos sinais de dificuldade respiratória após a sessão;</li><li>• Disponibilidade por parte do EEER em promover o regresso ao domicílio capacitando os pais para a prestação de cuidados e identificação de sinais de alarme.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Angústia relativamente ao regresso ao domicílio e medo de identificar incorretamente necessidades da L. C.</li><li>• Sensação de espoliação do papel parental durante o período de internamento;</li><li>• Dificuldade em levar a cabo atitudes preventivas de contaminação pela presença do irmão da L.C.</li></ul>

### **Percecionados pelo enfermeiro**

Stressores Positivos	Stressores Negativos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bom suporte familiar;</li><li>• Mãe autónoma na prestação de cuidados, demonstrando compreender os ensinamentos realizados ao longo da sessão e com atitude proativa perante os mesmos;</li><li>• Aumento do conforto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Particularidades fisiológicas e anatómicas do próprio sistema respiratório da L.C.</li><li>• Estabelecimento do vínculo mãe-filho abalado pelo processo de internamento, traduzindo-se na preocupação relativamente à alta;</li></ul>

respiratório implementação do PI;	após <ul style="list-style-type: none"><li>• Cansaço parental associado ao internamento;</li><li>• Irmão com coriza frequente nos meses de inverno;</li><li>• Pai fumador;</li></ul>
--------------------------------------	--

## 6. IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
<b>Desobstrução ineficaz das vias aéreas manifestado por presença de sinais de dificuldade respiratória relacionado com bronquiolite aguda a VSR e sobreinfecção por Haemophilus Influenza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter as vias aéreas livres de secreções</li> <li>- Manter SPO2 superior a 95%</li> <li>- Capacitar os pais para a promoção da permeabilidade das vias aéreas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar aos pais procedimentos a realizar e os objetivos da RFR;</li> <li>- Conduzir a sessão de RFR antes da alimentação prevenindo assim o vomito e/ou aspiração de leite;</li> <li>- Avaliar a criança, em particular a função respiratória, incluindo auscultação dos campos pulmonares, assim como consulta de processo para tomar conhecimento de intercorrências prévia ao início da sessão;</li> <li>- Monitorização continua de SPO2 durante a sessão;</li> <li>- Conduzir a sessão de RFR promovendo a drenagem postural (clássica ou modificada), tentando sincronizar as manobras com os tempos respiratórios, associada a compressões, percussão e vibração;</li> <li>- indução da tosse através da estimulação dos recetores mecânicos situados na parede da traqueia extratorácica;</li> <li>- Promover medidas de conforto perante o choro e permitir a recuperação e descanso entre os exercícios;</li> <li>- Aspirar secreções nasotraqueais após a instilação de</li> </ul>	<p><b>04/01/2019</b></p> <p>A L.C. apresentava-se calma ao colo da mãe no início da sessão, sem sinais de dificuldade respiratória, sem oxigénio suplementar, tinha sido retirada SNG pouco tempo antes da chegada do EEER por autonomia alimentar por tetina mantida.</p> <p>À auscultação verificou-se murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído no 1/3 superior direito. Discretos fervores das bases mais evidentes à direita.</p> <p>À observação do abdómen verificou-se abdómen timpanizado e doloroso à palpação. A mãe da L.C. refere que esta tem tido períodos de cólicas frequentes pelo que foi realizada massagem abdominal e administração de microclister com efeito e diminuição da dor antes do início da sessão de RFR;</p> <p>Realizada drenagem postural clássica e</p>

		<p>soro fisiológico;</p> <p>- Promoção da autonomia e capacitação dos pais nos cuidados à lactente nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desobstrução das fossas nasais com soro fisiológico;</li> <li>- Elevação da cabeceira;</li> <li>- Evição de contato com irmão doente;</li> <li>- Evição de locais com muitas pessoas e consequente manipulação;</li> <li>- Evição do contacto com fumo do tabaco.</li> </ul>	<p>modificada por períodos associada a percussões. posteriormente manobras de compressão tentando associar as mesmas à fase expiratória com dificuldade atendendo à respiração irregular da L.C. característica da idade.</p> <p>Presenciados alguns acessos de tosse ineficazes aquando a alternância de posição pelo que foi realizada a manobra de tosse provocada e posterior limpeza da cavidade oral com saída de secreções esbranquiçadas e viscosas em moderada quantidade.</p> <p>Durante a sessão de RFR esteve calma e com boa vitalidade, com períodos de choro que cessavam com a sucção não nutritiva e com a voz da mãe.</p> <p>Apresentou durante a sessão sempre SPO2 superiores a 95%</p> <p>Durante a sessão foi promovido o envolvimento materno e conforme a oportunidade foi realizada a validação de ensinamentos prévios no que respeita a posicionamento e lavagem das fossas nasais</p>
--	--	--	---

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
<p><b>Risco de paternidade ou maternidade prejudicada relacionada com conhecimento insuficiente sobre a manutenção da saúde da criança manifestada por insegurança/angustia no regresso a casa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os pais na identificação de sinais de alarme;</li> <li>- Capacitar os pais para a prestação de cuidados relacionados com a patologia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento dos pais relativamente a identificação de sinais de alarme relacionados com a patologia respiratória adequando a linguagem aos mesmos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de tosse, secreções e obstrução nasal, por vezes acompanhadas de febre;</li> <li>- Polipneia e outros sinais de esforço respiratório (tiragem, adejo nasal, gemido);</li> <li>- Diminuição da ingesta, associada a vômitos (tosse emetizante) ou episódios de engasgamento;</li> <li>- Irritabilidade ou prostração.</li> </ul> </li> <li>- Capacitar os pais para prestação de cuidados através do treino:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavagem nasal com soro fisiológico;</li> <li>- Alternância de decúbitos para promoção da drenagem de secreções;</li> <li>- Manobra de desengasgamento;</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>04/01/2019</b></p> <p>Mãe demonstra conhecer os sinais de alarme que motivem a vinda ao serviço de urgência. Mãe procedeu à lavagem nasal da L.C. e demonstrou a manobra de desengasgamento demonstrando ter adquirido e interiorizado as competências nesta área.</p> <p>Mãe da L.C. demonstra mais calma e confiança no que concerne ao regresso ao domicílio;</p>

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
<p><b>Comportamento desorganizado do lactente relacionado com irritabilidade manifestado por dor abdominal</b></p>	<p>- Prevenir a presença de cólicas intestinais;</p> <p>- Diminuir o desconforto relacionado com cólicas intestinais.</p>	<p>- Monitorizar dor através da escala de FLACC;</p> <p>- Ensinar os pais no que concerne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisiologia e imaturidade do intestino do lactente;</li> <li>- Medidas de prevenção de cólicas: posicionamento na alimentação adequado, eructação apos as mamadas.</li> <li>- Medidas para aliviar desconforto relacionado com cólicas intestinais: massagem abdominal, posicionamento em decúbito ventral, estimulação com cânula de microclister</li> </ul>	<p><b>.04/01/2019</b></p> <p>À observação do abdómen verificou-se abdómen timpanizado e doloroso à palpação. A mãe da L.C. refere que esta tem tido períodos de cólicas frequentes pelo que foi realizada massagem abdominal e administração de microclister com efeito e diminuição da dor antes do início da sessão de RFR (Escala de FLACC score 0)</p> <p>Mãe consegue enumerar os cuidados para prevenção e resolução das cólicas na lactente e consegue realizar de forma eficaz a massagem abdominal.</p>

Diagnostico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados Obtidos
<p><b>Risco de infecção relacionado com conhecimento insuficiente para evitar a exposição a agentes patogénicos manifestado por comportamentos de risco</b></p>	<p>Promover o papel parental nos comportamentos preventivos na exposição à infecção/bronquiolite</p>	<p>- Ensinar os pais no que concerne a medidas de prevenção de contaminação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evitar frequentar espaços fechados e com muita gente;</li> <li>- evitar o contacto próximo com o irmão enquanto e sempre que este apresentar sinais de doença;</li> <li>- Promoção da importância da lavagem das mãos;</li> <li>- Promoção de um ambiente livre do fumo do tabaco.</li> <li>- fornecimento de um folheto informativo com principais informações sobre patologia, proporcionando assim um suporte de papel de fácil consulta</li> </ul>	<p><b>04/01/2019</b></p> <p>Mãe demonstra compreender e consegue enumerar os cuidados para prevenção de contaminação nomeadamente no que concerne ao contacto com o filho mais velho (beijinhos só nos pés, evitar pegar ao colo, etc.);</p> <p>Mãe refere intenção do pai em deixar de fumar, reforçada indicação para caso não cesse deve evitar fumar em ambientes frequentados pelas crianças, mesmo que em períodos em que estas não estejam presentes), trocar de roupa com frequência e lavar sempre as mãos antes de manipular a L.C. para diminuir</p>

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Heart Association. (2011). *Suporte Avançado De Vida Em Pediatria: Manual Do Profissional*. EUA: Texas: Orora Visual, Inovate way. ISBN 978-1-61669-618-4
- Carvalho, W., Jonhston, C. & Fonseca, M. (2007) Bronquiolite Aguda, Uma Revisão Atualizada, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53, 2, 182-188. Acedido a 12 de Janeiro, 2019 de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n2/27.pdf>
- Cordeiro, M. e Leite, T. (2012). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. In Cordeiro, M. e Menoita, E., *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. (pp. 321 - 352). Lisboa: Lusociência;
- Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, (DGS, 2012) *Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica*. Acedido a 04/01/2019 em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/nogs/Bronquiolite%20NOC.pdf>
- Direção Geral de Saúde, Lisboa, (DGS, 2010) *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido a 22/01/2019 em [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, (DGS, 2012) *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Acedido a 04/1/2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª ed.). Pearson Health Science, NJ

Serviço Nacional de Saúde, Lisboa, (SNS, 2009) *Epidemiologia da infeção por haemophilus influenza após introdução da vacina HIB no plano nacional de vacinação* Acedido a 22/01/2019 em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ID/Paginas/HinfluenzaevacinaHibPNV.aspx>



**APÊNDICE V**  
**Folheto “Bronquiolite Aguda”**

## Recomendações:

O **Vírus Sincicial Respiratório (VSR)** é o agente responsável em cerca de 70% dos casos;

O modo mais frequente de transmissão é através das mãos que possuem secreções contaminadas pelo que é de extrema importância a **lavagem das mãos** antes de tocar no bebé;



Caso se encontre constipado evite o contato com o bebé ou utilize uma máscara quando prestar cuidados diretos.

## Hospital



**Cuidamos de si 24h:** Atendimento urgente / Pediátrico / Adultos/ Obstetria e Ginecologia

**Cuidamos de si em todo o país:** Lisboa / Porto / Algarve

Realizado por aluna do 9º CMER da ESEL: M<sup>a</sup> Helena Russo  
Orientador: EEER Paulo Figueira  
Docente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> M<sup>a</sup> do Céu Sá



## Hospital



## Bronquiolite Aguda



Departamento  
Medicina Física e  
Reabilitação

## O que é a bronquiolite aguda?

A bronquiolite é uma **infecção respiratória viral** que faz com que as vias aéreas que transportam o ar até aos pulmões fiquem obstruídas.



## Quais são os sintomas da bronquiolite?

- **Secreções e obstrução nasal**, por vezes acompanhadas de tosse e febre;
- **Respiração** mais ofegante e **com esforço** associado.
- Podem ocorrer **ruídos respiratórios** agudos (pieira, "gatinhos");
- **Diminuição do apetite** associado a vômitos e episódios de engasgamento;
- Os bebés ficam frequentemente mais **irritados** ou, pelo contrário, **sonolentos**.

## Que cuidados devo ter com o meu bebé?

- Ofereça pequenas quantidades de leite com mais frequência;
- Em caso de **febre** controlar a temperatura com paracetamol;
- Realizar, antes da alimentação e sempre que necessário, **lavagem das fossas nasais** com soro fisiológico. Se necessário complementar com aspiração com aspirador de sucção controlada;



- É **desaconselhado** o uso de nebulizações com soro fisiológico;
- A **cabeceira** da cama da criança deve ser **elevada**;
- Não devem ser administrados antibióticos, uma vez que a doença é provocada por um vírus;
- É **fundamental que o bebé não contacte com fumo de tabaco**.

Pode ser necessária a realização de exercícios que ajudem a expelir as secreções acumuladas. Estes exercícios são realizados pelos Enfermeiros de Reabilitação ou Fisioterapeutas

## Qual a duração de uma bronquiolite?

Geralmente, a criança melhora num **período de uma a duas semanas**. O regresso à creche é possível assim que a criança se sinta bem, com normalização da alimentação e sem dificuldade respiratória.

Muitas crianças mantêm a **sintomatologia** (principalmente tosse e pieira) **durante 6 a 8 semanas**, sem que isso signifique que haja alguma complicação.

Atualmente, não existe uma vacina ou outra forma de prevenção eficaz na população em geral.

