



## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

# **“INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO AO CLIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA TORÁCICA”**

**Maria Inês Martins**

**2015**

Não contempla as correções da discussão pública





## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

### **“INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO AO CLIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA TORÁCICA”**

**Maria Inês Martins (5496)**

**Profª Doutora Mª Fátima Mendes Marques**

**2015**





“Viste como ergueram aquele edifício de grandeza imponente?

Um tijolo e outro. Milhares. Mas um a um.

E sacos de cimento um a um. E blocos de pedra, que pouco representam na mole do conjunto. E pedaços de ferro.

E operários que trabalham, dia a dia, as mesmas horas...

Viste como levantaram aquele edifício de grandeza imponente?

À força de pequenas coisas!”

(Josemaría Escrivá, 1939)

## AGRADECIMENTOS

A concretização de um trabalho académico é uma tarefa árdua, com momentos difíceis e dolorosos que são ultrapassados com estratégias disponibilizadas por pessoas significativas durante este percurso.

É imperioso o agradecimento dedicado à Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Fátima Marques pelas orientações, palavras de incentivo, disponibilidade e capacidade de escuta que condicionaram a realização do estágio com êxito e o término deste relatório. Às Enfermeiras orientadoras pelo ensino, troca de experiências e oportunidades que facilitaram a minha aprendizagem.

Aos colegas do serviço de Cirurgia Cardiorácica pela disponibilidade em trocar os turnos e pelo apoio oferecido.

Às colegas do *British Hospital* por realizarem os meus turnos e pela promoção de momentos de descontração/ convívio durante a redação deste relatório.

Às minhas colegas do 5º CMEER, Sara Ruxa, Patrícia Matias e Eunice Rosendo pela amizade, companheirismo, partilha de conhecimentos, troca de experiências e por todos os momentos que me proporcionaram durante esta caminhada.

À minha família e amigos pela ajuda neste processo de formação e pela compreensão dos meus momentos de ausência e falta de dedicação.

Ao Luis, amigo, companheiro, noivo e futuro marido, responsável pela minha inscrição neste curso, por acreditar nas minhas capacidades e por compreender as minhas críticas, momentos de desânimo, dificuldades relativas aos processos informáticos, pela preocupação sobre o meu bem-estar e pelo carinho e amor dado durante esta transição que ocorreu na minha vida.

## RESUMO

A Cirurgia Torácica é uma especialidade em crescente evolução e a evidência disponível sobre esta área contribuiu para o enriquecimento dos conhecimentos e para a melhoria da prestação de cuidados dos profissionais de saúde. O Enfermeiro de Reabilitação é um elemento de eleição para gerir os cuidados ao cliente submetido a Cirurgia Torácica e dispõe de estratégias que permitem ter ganhos em saúde e promover a transição saudável do cliente e família ou pessoas significativas.

Este relatório versa a descrição, análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio para desenvolver as competências inerentes ao perfil do Enfermeiro de Reabilitação e a avaliação deste trabalho visa obter o título de Mestre neste âmbito de especialidade. Os campos de estágio foram desenvolvidos em contexto hospitalar e comunitário e condicionaram um leque de experiências, que promoveram a aplicação dos conhecimentos teóricos à prática clínica, a prestação de cuidados centrada no cliente/família e a reformulação da minha identidade através de um processo de transição saudável.

O contexto hospitalar decorreu na unidade de Cirurgia Torácica de um hospital da área de Lisboa, onde desenvolvi competências relativas aos cuidados especializados em reabilitação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica. A reeducação funcional respiratória permite uma melhoria da *performance* do cliente submetido a Cirurgia Torácica através de implementação de programas. A sua eficácia depende do início precoce e da adesão do cliente, de modo a prevenir as complicações pulmonares pós-operatórias.

O estágio da comunidade foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados, inserida numa área que reúne zonas problemáticas, com grupos vulneráveis à margem da sociedade e no qual as competências e as capacidades desenvolvidas foram ao nível da Reeducação Funcional Motora e como elemento de formação.

Palavras-chave: Cliente, Enfermeiro de Reabilitação, Reabilitação, Cirurgia Torácica, Transição.

## **ABSTRACT**

The Thoracic Surgery is a specialty in growing evolution and the available evidence on this area contributed to the enrichment of knowledge and to improve the care of health professionals. The Rehabilitation Nurse is an element of choice to manage customer care submitted the Thoracic Surgery and offers strategies that allow make gains in health and promote customer transition and healthy family or significant others.

This report versa the description, analysis and reflection on the activities on stage to develop the skills inherent to the Rehabilitation Nurse's profile and evaluation of this work is to obtain a master's degree in this field of expertise. The training courses were developed in hospital and community context and conditions for a range of experiences that promoted the application of theoretical knowledge to clinical practice, the provision of care centered on the client / family and the reformulation of my identity through a healthy transition.

The hospital context was held in Thoracic Surgery unit of a hospital belonging to the Lisbon area, where I developed skills related to specialized care in rehabilitation submitted to the client Thoracic Surgery. The respiratory rehabilitation allows for improved customer performance undergone thoracic surgery through program implementation. Its effectiveness depends on the early onset and customer support, in order to prevent postoperative pulmonary complications.

The community stage was developed a Continuing Care Unit, set in an area that combines problem areas with vulnerable groups on the margins of society, in which the skills and capabilities were developed in terms of Functional Re-education Motor and as a training element.

**Keywords:** Patient, Rehabilitation Nurse, Rehabilitation, Thoracic Surgery, Transition.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APA-** American Psychological Association

**APER-** Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

**AVD-** Atividades de Vida Diárias

**CIPE-** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CPAP-** Continuous Positive Airway Pressure

**CPP-** Complicações Pulmonares Pós-operatórias

**DLCO/VA-** Capacidade de Difusão de monóxido de carbono (CO) / Volume Alveolar

**DPOC-** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**ECCI-** Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ER-** Enfermeiro de Reabilitação

**ESEL-** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FEV1-** Volume Expiratório Forçado no 1 segundo

**FVC-** Capacidade Vital Forçada

**HTA-** Hipertensão Arterial

**ICN-** International Council of Nurses

**MIF-** Medida de Independência Funcional

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**PFR-** Provas de Função Respiratória

**RCAAP -** Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

**RFM-** Reeducação Funcional Motora

**RFR-** Reeducação Funcional Respiratória

**RNCCI-** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SAPE-** Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**Sic-** Segundo informações colhidas

**UCC-** Unidade de Cuidados Continuados

**VATS-** Surgery Thoracic Video-Assisted

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>27</b>
1.1. Reabilitar na Cirurgia torácica: um processo de transição .....	28
1.2. Reabilitar na comunidade .....	45
1.3. Análise do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação .....	51
<b>2. AVALIAÇÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>3. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>

## ANEXOS

Anexo I - Folha de Registos de Enfermagem de Reabilitação

Anexo II - Guias Orientadores de Cuidados

Anexo III - Folha de Registo da Prova de marcha 6 minutos

Anexo IV - Avaliação das Enfermeiras Orientadoras

## APÊNDICES

Apêndice I- Planeamento de Atividades

Apêndice II- Cronograma do Estágio

Apêndice III- Planos de Cuidados (I, II, III, IV)

Apêndice IV – Reflexões/Jornais de Aprendizagem

Apêndice V - UCC - Formação "Envelhecer Ativamente"

Apêndice VI- Autoavaliação nos campos de estágio

## INTRODUÇÃO

A aprendizagem deve ser produtiva pelo desenvolvimento de saberes e os profissionais de saúde devem centrar as suas ações numa perspetiva do cuidar (Hesbeen,2003), de modo a desenvolver competências transversais.

O relatório de estágio torna-se um instrumento que potencia a autoformação, identifica as necessidades durante a formação e contempla um plano personalizado, que compreende o percurso da aprendizagem projetado para o futuro. Além disso, o formando é o principal responsável e interveniente pelo sucesso dos resultados.

Este relatório de estágio insere-se no âmbito do 3º Semestre, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e traduz a descrição, análise e reflexão do desenvolvimento pessoal e profissional, de formação, de prática de relação e processos de avaliação.

O processo de aprendizagem decorreu num período de 17 semanas e permitiu ao formando desenvolver o seu espírito crítico, construir a sua aprendizagem e percurso, de modo a aprofundar os conhecimentos e competências técnicas e científicas do enfermeiro especialista em reabilitação. A prática diária foi norteada por um pensamento reflexivo, fundamentado no ciclo de Gibbs, para possibilitar a análise dos pensamentos, sentimentos e ações versus crenças, pressupostos pessoais, contextuais e situacionais, avaliação dos resultados face às intervenções. O ciclo de Gibbs é um processo reflexivo que envolve uma fase de construção e de construção pessoal e é formado por seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação. A reflexão é guiada por questões ao longo das etapas apresentadas, contudo é importante escolher criteriosamente o incidente crítico (Jasper, 2003). A aprendizagem reflexiva está ligada ao pensamento crítico, pois a prática dos enfermeiros é sustentada em cuidados humanísticos e o seu pensamento deve ser baseado num raciocínio exato, seguro e num pensamento que desenvolva a competência reflexiva (Lage, Magalhães e Novais, 2004).

A Cirurgia Torácica é uma especialidade que está presente na minha prática diária, desde o momento que iniciei funções de enfermeira no ano de 2005 e o interesse por este domínio foi sustentado pela importância da especialidade de

reabilitação, tangencial a todas as áreas de intervenção de enfermagem e pelo desenvolvimento de conhecimentos práticos, científicos e relacionais na área da especialização de enfermagem de reabilitação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica. Este desenvolvimento profissional está assente em valores e convicções para melhorar a minha prática e que traduz uma prestação de cuidados especializados e de mestria. Com base neste argumento, este projeto de aprendizagem visa ter tradução futura na estruturação e organização de uma equipa de enfermeiros de reabilitação, a fim de dar maior contributo à minha prática. A implementação de um plano de enfermagem de reabilitação no meu serviço, que promova o ensino perioperatório seria uma mais-valia, no sentido de desenvolver a minha prática com mestria, minimizar o tempo de internamento e melhorar a qualidade de vida dos clientes. Para tal e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), (2011b, p.1), “o enfermeiro de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”.

Este domínio de cirurgia cresceu nos últimos tempos e os dados sobre Cirurgia Torácica programada revelam que no 1º semestre de 2014 foram realizadas em Portugal, 493 cirurgias não oncológicas e 871 oncológicas em comparação com o ano de 2013 que foram realizadas 895 cirurgias torácicas do foro não oncológico e 1654 do foro oncológico. Contudo, esta especialidade cirúrgica continua a ter o menor tempo de espera e daí um acesso rápido aos serviços cirúrgicos e aos cuidados prestados por profissionais especializados nesta área (Administração Central de Sistema de Saúde, 2014). Além disso, Weyant (2015) corrobora com o aumento da Cirurgia Torácica e afirma que o número de publicações acerca desta temática permitiram avanços na prestação de cuidados à pessoa do foro desta especialidade cirúrgica, porque foi adquirido maior conhecimento em relação ao rastreio e tratamento da neoplasia do pulmão em estadio inicial. Com base nisso, o autor evidencia que o padrão de cuidados para o tratamento continua a ser a ressecção cirúrgica. As contribuições da evidência sobre a Cirurgia Torácica permitem modificar e melhorar a prática diária dos profissionais de saúde inerentes a esta área (Weyant, 2015).

Face a este crescimento, a intervenção dos enfermeiros aumentou com o desenvolvimento de conhecimentos nesta área e com a prestação de cuidados

diferenciados à pessoa submetida a Cirurgia Torácica (Crum, 2008). A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (ER) promove a minimização de complicações cirúrgicas e possibilita que o cliente desenvolva uma transição saudável, porque a reabilitação é um processo dinâmico e pró-ativo no processo de saúde-doença e permite às pessoas “alcançar e manter os seus níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais ideais”, de modo a oferecer “as ferramentas que elas precisam para alcançar a independência e autodeterminação” (World Health Organization, 2014, p.1). Este processo assenta em princípios teóricos e científicos, como a definição de objetivos que promovem a máxima independência funcional e atividades de vida diárias; a promoção do autocuidado bem como a prevenção de complicações; a advocação de uma qualidade de vida ótima e a melhoria dos resultados esperados (Hoeman, 2000).

Perante a evolução da Cirurgia Torácica e para dar um maior contributo à minha prática diária tornou-se pertinente enquanto futura enfermeira especializada em Reabilitação conhecer profundamente o problema: “Qual a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica?” A motivação foi crescente, pois a transição neste percurso académico e profissional procura uma prestação de cuidados de acordo com os padrões de qualidade, promover a qualidade de vida dos clientes e uma rápida recuperação, tendo por base cuidados centrados no cliente / na família e que vivenciam vários tipos de transições.

Face a este problema elaborei um projeto de aprendizagem, no qual defini objetivos gerais e específicos, que visam desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em reabilitação. Os objetivos vão de encontro aos saberes teóricos consolidados ao longo do processo de aprendizagem e que permitem a definição do futuro para o formando.

Para o problema apresentado defini como objetivo geral “desenvolver competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (ER) ao cliente submetido a Cirurgia Torácica”. Em relação aos objetivos específicos enunciei os seguintes:

- Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dinâmica e organização do serviço;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação centrados no cliente e na família, tendo em conta os seus valores, preferências e

- necessidades individuais, aplicando o processo de enfermagem como unidade científica de trabalho;
- Gerir os cuidados prestados ao cliente/família com a equipa de enfermagem e de acordo com os recursos existentes na instituição;
  - Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas em reabilitação à pessoa submetida a Cirurgia Torácica para prevenir ou minimizar complicações;
  - Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação que capacitem o cliente/família no processo de transição;
  - Maximizar a funcionalidade do cliente em relação à capacidade respiratória, tolerância ao esforço e na realização de atividades de vida diárias;
  - Desenvolver uma prática de enfermagem de acordo com os princípios éticos e deontológicos e com um plano de ação individualizado ao cliente/família.

Assim, para concretizar esses objetivos foi construído um plano de atividades inerente a um cronograma e que dispõe do conjunto de intervenções e estratégias delineadas para aplicar durante o estágio. Deste modo, foi necessário identificar recursos humanos, materiais e físicos e condições reais por meio de indicadores e critérios de avaliação, apresentados no Apêndice I.

Para fundamentar a problemática descrita e conhecer os conceitos inerentes foi necessário realizar uma pesquisa nos livros técnicos e científicos da Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) bem como na biblioteca virtual disponível para bases de dados EBSCO e Nursing Center Reference, com os termos “thoracic surgery”, “rehabilitation”, “nursing care”, “spirometer incentive”, “breathing exercises”, “lung cancer surgery”, “physiotherapy”, “complications”, “preoperative care”, “oncology”, datados entre 2011-2015 e com o uso da revisão de pares.

Atualmente, verifica-se um aumento de evidência publicada sobre a implementação de programas de reabilitação na Cirurgia Torácica e o enfermeiro especialista em reabilitação é o “profissional da equipa de saúde melhor posicionado para esta função, não só pelos conhecimentos técnico-científicos que possui, mas também por ser um dos profissionais que mais tempo permanece próximo do cliente, capacitando-o para o autocuidado nas atividades de vida diárias, de forma a gerir os

obstáculos passíveis de provocar dependência, proporcionando uma melhor qualidade de vida” (Pinto, 2011, p. 30-31).

No âmbito da Cirurgia Torácica<sup>1</sup>, os clientes são submetidos a cirurgia pulmonar,<sup>2</sup> tumores do mediastino, cancro do pulmão, metástases pulmonares e tumores da parede por toracotomia e videotoracoscopia (Godinho, 2014).

O ER contempla conhecimentos e competências que envolvem a prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados, a capacitação de pessoas com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e a maximização da funcionalidade através do desenvolvimento de capacidades da pessoa (OE, 2010b). Contudo, a prestação de cuidados deve ser centrada na pessoa, ou seja, cuidados que se fundamentam na tomada de decisão partilhada e que promovem a escolha do tratamento, a melhoria da qualidade de cuidados e dos seus resultados (Jayadevappa & Chhatre, 2011).

Uma das intervenções do ER na Cirurgia Torácica incide sobre a reeducação funcional respiratória (RFR)<sup>3</sup> no período perioperatório através da implementação de programas e a sua eficácia depende da adesão do cliente e do início precoce, para prevenir as complicações pós-operatórias, de modo a minimizar a taxa de morbilidade e mortalidade, assim como reduzir os gastos de saúde relativos à medicação e hospitalização (Cordeiro & Menoita, 2012).

A Cirurgia Torácica influencia a componente respiratória e a parede torácica porque há o envolvimento dos músculos pelos movimentos respiratórios e porque a toracotomia diminui a estabilidade da parede torácica. A presença de fatores nesta

---

<sup>1</sup> Cirurgia Torácica: cirurgia do tórax não cardíaca e que atua ao nível da cirurgia pulmonar, da pleura, da parede, do diafragma, das vias aéreas (traqueia e brônquios) e do mediastino (Godinho, 2014).

<sup>2</sup> Segundo a American Thoracic Society (2013), a cirurgia pulmonar engloba vários tipos de abordagens: resseção pulmonar em cunha (remoção de uma pequena quantidade de lobo do pulmão), segmentectomia (remoção de um segmento do lobo), lobectomia (remoção de um lobo do pulmão) e pneumectomia (remoção total do pulmão direito ou esquerdo). Outras abordagens cirúrgicas são referenciadas por Cordeiro e Menoita (2012), como a descorticação (remoção da capa fibrinosa da pleura visceral), pleurectomia (resseção de um segmento da pleura) e pleurodese (tratamento que visa produzir fibrose pleural através de meios químicos ou mecânicos).

<sup>3</sup> RFR: terapêutica baseada no movimento, que atua nos fenómenos mecânicos da respiração (Cordeiro & Menoita, 2012).

intervenção cirúrgica, como a toracotomia, presença de drenos torácicos, dor e derrame pleural pode conduzir à diminuição da *compliance* toraco-pulmonar. Assim, a redução da distensibilidade dos pulmões e da parede torácica, o decréscimo da força dos músculos respiratórios e o aumento das resistências brônquicas podem contribuir para a diminuição de volumes pulmonares e para o aumento da frequência respiratória (Branco, Barata & Maia, 2012).

Com a evolução das técnicas cirúrgicas nesta especialidade, a evidência demonstra que a abordagem cirúrgica influencia a qualidade de vida dos clientes bem com o aparecimento de complicações após a cirurgia. Zeng & Liu (2014) defendem que no caso do cliente com neoplasia das pequenas células do pulmão, a lobectomia é uma cirurgia convencional e que incita maior trauma enquanto a toracoscopia reduz o trauma, permite uma rápida recuperação que se traduz na melhoria da qualidade de vida dos clientes no pós-operatório. Em contrapartida, assiste-se ao aparecimento da videotoracoscopia assistida que segundo Kumar & Asaf (2015) apresenta benefícios em relação à toracotomia, nomeadamente na redução da dor, do uso de fármacos narcóticos, do tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos, da incidência de complicações pós-operatórias e na promoção de um internamento hospitalar mais curto, com um regresso mais rápido ao domicílio bem como à atividade laboral. Já Tochowski & Kozak (2014) defendiam que a Surgery Thoracic Video-Assisted - Cirurgia Torácica Vídeo Assistida (VATS) é uma técnica minimamente invasiva e indicada para vários diagnósticos, tais como patologias do mediastino, pulmonares e pleurais, em que as complicações são menos frequentes, podem ser evitadas através de uma seleção criteriosa dos clientes e do uso da técnica adequada.

As complicações pulmonares pós-operatórias<sup>4</sup> (CPP) são condições médicas que envolvem o sistema respiratório e que podem ocorrer no período após a cirurgia.

---

<sup>4</sup> As complicações cirúrgicas mais frequentes na cirurgia torácica são a retenção de secreções, insuficiência respiratória ou exacerbação de uma doença pulmonar pré-existente, defeitos posturais, complicações embólicas, pneumonia, atelectasias, derrame pleural, pneumotórax, hemotórax, enfisema subcutâneo e fístula brônquica (Cordeiro & Menoita, 2012, Olsén & Anzén, 2012).



A presença de fatores de risco<sup>5</sup> influencia o aparecimento e a gravidade destas complicações (Jaffe, Caple, & Pravikoff, 2014). Estas complicações pós-operatórias são a causa major de morbidade, mortalidade, internamento hospitalar prolongado e aumento dos custos em saúde. Além disso, as complicações podem estar associadas à disfunção dos músculos respiratórios que pode ocorrer desde a indução anestésica e prolongar-se pelo período após a cirurgia (Makhabah, Martino e Ambrosio, 2013). Neste sentido, Branco et al (2012), Olsén e Anzén (2012), defendem que a diminuição da eficácia da tosse devido à diminuição da força dos músculos respiratórios e da redução da atividade ciliar associada à anestesia e à hipersecreção brônquica durante a ventilação mecânica perioperatória promovem a retenção de secreções.

No caso do cliente com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), o risco de desenvolver complicações (CPP) é de 30% e em relação aos clientes com enfisema grave, os autores Makhabah et al (2013) salientam que pode ser feita a gestão das CPP através uma intervenção multidisciplinar, ou seja, cessação do tabagismo no perioperatório, otimização da terapêutica, extubação/mobilização precoce<sup>6</sup> e programas de reabilitação. Os mesmos autores afirmam que o programa de reabilitação visa reduzir os riscos de CPP devido à intervenção precoce e que condiciona a melhoria da qualidade de vida, da função residual e evita reinternamentos.

A maioria das complicações podem ser limitadas e segundo Jaffe e Pravikoff (2014), os enfermeiros que cuidam de clientes submetidos a este tipo de cirurgia devem ter conhecimentos acerca da fisiopatologia das complicações, nomeadamente, sinais e sintomas (tosse, febre, auscultação com presença de sons

---

<sup>5</sup> Fatores de risco: idade superior a 50 anos, dependência funcional, desnutrição, obesidade, alterações metabólicas, insuficiência cardíaca, tabagismo e antecedentes de patologia respiratória. Outros fatores de risco associados à cirurgia estão relacionados com hemorragia, infeção, colapso pulmonar, danos das estruturas do tórax, reação à anestesia, analgesia (deprime o centro respiratório), acumulação de ar ou gases na cavidade torácica e dor (Chwistek, 2014).

<sup>6</sup> Mobilização precoce consiste na realização de exercícios nas fases iniciais após a cirurgia, quando possível, pode ser útil na prevenção de PPC (atelectasia), reduz a necessidade de analgésicos, melhora a recuperação e evita complicações neuromusculares (Makhabah, Martino & Ambrosio, 2013).

adventícios), valores laboratoriais (hipoxemia, leucocitose) ou alterações na radiografia do tórax (atelectasia ou infiltrado), e devem identificar os fatores de risco do cliente para que possam implementar estratégias adequadas para a prevenção e gestão dessas complicações.

A avaliação do cliente realizada pelo enfermeiro é fundamental para identificar aqueles que apresentam maior risco de desenvolver complicações e este profissional de saúde é responsável por iniciar intervenções preventivas ao realizar o ensino no perioperatório. Branson (2013) considera que o Enfermeiro de Reabilitação pode aplicar técnicas e dispositivos para prevenir o aparecimento de CPP e inclui o espirómetro de incentivo, CPAP e cinesiterapia respiratória. O mesmo autor (2013) reforça que há evidência científica sobre a atuação do ER.

Mais tarde, Jaffe et al (2014) & Beddoe et al (2014) reforçam que estas estratégias incidem sobre a terapia de expansão pulmonar, nomeadamente a espirometria de incentivo, respiração profunda, tosse e pressão positiva contínua nas vias aéreas- CPAP. Os resultados face à prevenção, intervenção e gestão das complicações visam promover a independência funcional do cliente, reduzir a morbidade e mortalidade dos clientes (Jaffe et al, 2014).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa prevenir ou minimizar o aparecimento de complicações e o estudo de Bobbio, Chetta & Olivieri (2009) evidencia que a avaliação inicial perioperatória sobre a capacidade dos clientes submetidos à ressecção pulmonar é essencial para identificar riscos de complicação pulmonar pós-operatória. Por outro lado, no estudo de Rodriguez-Larrad, Lascurain-Aguirrebena & Seco (2014) após a avaliação da capacidade funcional do cliente, complicações pós-operatórias e o tempo de internamento considera que a reabilitação é uma componente primordial no período perioperatório de Cirurgia Torácica. Além disso, refere que a intervenção do enfermeiro de reabilitação ao cliente no período perioperatório deve incidir sobre o exercício aeróbico intenso, de modo a melhorar a capacidade funcional e a reduzir a morbidade. Os resultados do estudo demonstram que as intervenções de reabilitação apenas no período pós-operatório não tendem a reduzir as complicações pulmonares pós-operatórias, nem o tempo de internamento. Os cuidados de enfermagem de reabilitação no perioperatório devem integrar um programa de reabilitação precoce, correção postural e a rápida mobilização do cliente. Contudo, o enfermeiro de reabilitação

deve usar técnicas como a drenagem postural, vibrações, percussões, controlo da respiração e ensino da tosse (Kisner, 2009).

O programa de reabilitação respiratória<sup>7</sup> ao cliente com neoplasia pulmonar melhora a capacidade funcional perioperatória, diminui a morbidade respiratória no pós-operatório e permite uma recuperação segura da cirurgia e com maior capacidade funcional. A evidência revela que a reabilitação respiratória perioperatória melhora significativamente a capacidade de exercício, o controlo do ciclo vicioso da dispneia e a qualidade de vida dos clientes submetidos a cirurgia de redução pulmonar (Morano et al, 2013). Apesar da literatura relativa aos benefícios da reabilitação respiratória perioperatória ser escassa existem alguns estudos que demonstram o efeito positivo deste programa sob a morbidade pós-operatória em clientes com DPOC e submetidos a cirurgia do pulmão (Morano et al, 2013). Os mesmos autores corroboram com o parecer de que um plano de reabilitação, 4 semanas antes da cirurgia é uma intervenção pré-cirúrgica importante porque otimiza o estado clínico e funcional do cliente e demonstra ser eficaz na redução da morbidade no pós-operatório.

Smith, Engelke & Pradikoff (2014) defendem que no processo de reabilitação, os cuidados devem ser centrados no cliente/família e devem integrar os ensinamentos sobre a tosse, controlo da respiração, mobilização precoce e uso de espirómetro de incentivo. Na educação perioperatória é proporcionado apoio emocional e informações adicionais de modo a reduzir a ansiedade e a prevenir complicações pós-cirúrgicas (Smith et al, 2014). Além disso, devem ser identificadas as necessidades biopsicossociais e culturais do cliente/família para assegurar a continuidade dos cuidados e promovida a participação do cliente/família na tomada de decisão (Engelke & Pradikoff, 2014). Neste sentido, o objetivo do ensino consiste na melhoria da compreensão do cliente/ família sobre o seu processo de doença e

---

<sup>7</sup> Segundo American Thoracic Society (2013), a reabilitação respiratória é um programa de educação e exercício fundamental na prevenção, tratamento e reabilitação de doenças respiratórias e as sessões são supervisionadas pela equipa multidisciplinar de reabilitação. O objetivo da reabilitação respiratória consiste em maximizar a capacidade funcional através da melhoria da ventilação e da otimização da função cardiopulmonar para aumentar a independência funcional e a autoestima do cliente (Branco et al, 2012).

da cirurgia e na colaboração de um programa de reabilitação para a preparação da cirurgia (Smith et al, 2014).

A reeducação funcional respiratória engloba o ensino perioperatório, de modo a ensinar ao cliente como deve promover a ventilação pulmonar e a oxigenação sanguínea (Cordeiro & Menoita, 2012). No programa de reabilitação perioperatória, o enfermeiro deve englobar a cessação tabágica, otimização da terapêutica, informação sobre a cirurgia, os riscos respiratórios potenciais e a aprendizagem sobre técnicas fundamentais no período pós-operatório, concretamente a expansão torácica localizada e o espirómetro de incentivo. No decorrer da sessão de ensino perioperatório, o enfermeiro de reabilitação ensina, demonstra e treina técnicas, exercícios e que incluem o ensino sobre a posição de descanso e de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, controlo da respiração, respiração abdomino-diafragmática, tosse dirigida/assistida com contenção da ferida operatória (tosse eficaz reduz a dor no local da incisão), mudança de posicionamento, mobilização ativa do corpo e correção postural (Branco et al, 2012, Olsén & Anzén, 2012, Makhabah et al, 2013).

Face ao ensino perioperatório, o estudo apresentado por Nagarajan, Bennett, e Naidu (2011) evidencia que a reabilitação perioperatória melhora a capacidade de exercício nos clientes submetidos a toracotomia e ressecção pulmonar e em clientes com DPOC preserva a função pulmonar após a cirurgia. Contudo, referem que os benefícios podem não traduzir a redução de complicações pós-operatórias. Em contrapartida, os estudos de Benzo et al (2011), Olsén e Anzén (2012) e Divisi, Francesco e Crisci (2013) evidenciam que a reabilitação perioperatória é um tratamento multidisciplinar e indispensável para os clientes com neoplasia do pulmão e com DPOC, após uma criteriosa seleção de clientes para obtenção de bons resultados após a cirurgia.

Crandall, Maguire e Kearney (2014) complementam que a Cirurgia Torácica continua a ser o procedimento cirúrgico indicado para o tratamento das pessoas com neoplasia do pulmão e a sua recuperação pode ser influenciada pela implementação de programas de reabilitação, cujos exercícios são identificados como intervenções de sucesso, pois no caso de clientes com DPOC permitem minimizar sintomas e reduzir a exacerbação da doença. Os mesmos autores comprovam que o programa de reabilitação respiratória, quando aplicado a clientes portadores de DPOC e que

são submetidos a ressecção pulmonar apresenta elevada evidência e que se traduz na melhoria na capacidade de executar os exercícios, bem como na qualidade de vida através da redução de sintomas como a dispneia, fadiga e depressão. Apesar desta conotação positiva face ao processo de reabilitação, a evidência demonstra que cada intervenção aplicada no período perioperatório deve ser analisado isoladamente e a sua avaliação torna-se difícil devido a particularidades como o tempo disponível para os estudos e as características inerentes aos clientes. Estas controvérsias sobre os benefícios do programa perioperatório podem estar relacionadas com as características dos clientes, avaliação inicial e critérios do programa de reabilitação.

No período após a cirurgia, o programa de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) visa “melhorar a *compliance* pulmonar e da parede torácica, otimizar a ventilação alveolar, assegurar um padrão respiratório adequado, melhorar a resistência dos músculos respiratórios e manter a permeabilidade das vias aéreas” (Branco et al, 2012, p.111). Este programa é aplicado para reduzir as complicações respiratórias e maximizar a independência funcional do cliente. Face a este intuito, é importante estimular o cliente a realizar respiração profunda e tossir com contenção da ferida operatória. O enfermeiro deve implementar medidas para controlar a dor do cliente, de modo a que ao realizar respirações profundas possibilite a tosse eficaz e a melhoria do padrão respiratório (Olsén & Anzén, 2012).

Para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, o enfermeiro de reabilitação mobiliza técnicas como a drenagem postural modificada, tosse dirigida/assistida com contenção da sutura, manobras acessórios de intensidade moderada (compressões, percussões ou dispositivos de vibração moderada), ciclo ativo de técnicas respiratórias (Cordeiro & Menoita, 2012). Para a prevenção e correção de defeitos posturais, o ensino incide sobre a mobilização da cintura escapular e sobre a reeducação posicional que pode ser realizada na frente de um espelho quadriculado. O ensino sobre as posições de descanso e relaxamento possibilitam reduzir a tensão psíquica e muscular, a sobrecarga muscular, a dispneia, a ansiedade e favorecem o bem-estar.

No programa ao reeducar e otimizar a mecânica ventilatória, o enfermeiro dispõe de técnicas como o controlo da respiração, reeducação diafragmática, reeducação respiratória, global ou seletiva, exercícios de expansão torácica, treino

dos músculos respiratórios, pressão positiva contínua das vias aéreas, pressão positiva expiratória e exercícios de inspirações profundas. O enfermeiro ao realizar reeducação ao esforço ao cliente deve ensinar a controlar a respiração ao esforço, promover o levante precoce, marcha e subida de escadas (Cordeiro & Menoita, 2012).

A enfermagem de reabilitação tem como objetivo prestar cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, “ dirigida aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença incapacitante e/ou deficiência física com vista a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2010c, p.5). Face à doença súbita ou agudização da doença crónica com défices a nível cognitivo, sensitivo, motor, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade, o enfermeiro de reabilitação previne, recupera e maximiza capacidades em busca do bem-estar e da qualidade de vida (OE, 2011b).

A Cirurgia Torácica representa um momento de crise para o cliente e família, que vivenciam uma mudança. Meleis (2000) depreende que a pessoa é um elemento essencial, proactivo, dinâmico e determinante para que condicione uma transição saudável. O conceito de transição é central na disciplina de Enfermagem e a autora define a transição de saúde-doença como uma mudança súbita de papéis e que resulta de uma passagem de bem-estar para doença, que destabiliza a sua vida e que gera sentimentos de inadequação perante uma nova situação (Meleis, 2010). No processo de transição, o enfermeiro deve identificar fatores que indicam uma transição saudável ou que inibem esse processo. Esses fatores estão associados às condições pessoais, sociais e comunitárias do cliente e o modo como a pessoa vivencia a transição influencia os seus significados e perceções em relação às situações de saúde e doença. Para compreender o desenvolvimento da transição, é importante que o enfermeiro e o cliente reconheçam os indicadores de processo e os indicadores de resultados para determinar que o processo de transição terminou (Meleis, 2010).

O cliente é o elemento principal dos cuidados e é responsável pela tomada de decisão, pela gestão da sua saúde e é o agente potencial de mudança. Contudo, para possibilitar estabilidade e bem-estar à pessoa, o enfermeiro deve desenvolver intervenções de enfermagem específicas para cada transição e para cada pessoa

específica (Hoeman, 2000). A vasta abordagem da Enfermagem de Reabilitação permite intervir “desde a prevenção primária até à (...) intervenção terciária na comunidade e nas transições ao longo da vida” com o intuito que as pessoas que vivenciam transições de saúde/doença ou limitações possam desenvolver estratégias adaptativas que as capacitem para o autocuidado e que otimizem as funções sensoriais, cognitivas, motoras, cardiorrespiratórias, eliminação e sexuais (Lima & Almeida, 2014, p.1).

Para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem é importante que o enfermeiro desenvolva a sua prática com base numa filosofia de enfermagem para atingir as competências do enfermeiro especialista em reabilitação, descritas no regulamento e aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros em 2010. Durante o percurso da aprendizagem a prática foi fundamentada num referencial teórico, nomeadamente numa teoria de Médio Alcance- Teoria das Transições de Meleis, porque “na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos (...) das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade e do exercício profissional” (OE, 2011b, p.4).

A Cirurgia Torácica provoca alterações e é necessária uma reavaliação da pessoa, pois esta necessita de aprender a gerir o seu autocuidado. A prática do cuidar tem como objetivo intervir na capacitação da pessoa ao nível do conhecimento sobre a intervenção cirúrgica como ganho relevante para o autocuidado e gestão da sua doença. A intervenção do enfermeiro visa ensinar, instruir e treinar o cliente e família/pessoas significativas sobre técnicas que promovam o autocuidado e a continuidade de cuidados nos diferentes contextos. (OE, 2011b). A educação para o autocuidado tem um papel crucial para manter e desenvolver a saúde da pessoa que vivenciou uma transição.

Ao longo do ciclo da vida, a pessoa apresenta necessidades que requerem cuidados de enfermagem e vivencia fenómenos que originam transições<sup>8</sup>. De acordo com Meleis (2010), cada transição assume uma tipologia, padrão, propriedades e pode estar relacionada com a pessoa/família ou com o ambiente onde estão inseridos. O impacto da transição saúde-doença, a nível individual ou familiar, foi

---

<sup>8</sup> As transições podem resultar de “alterações de processos de saúde-doença de cada pessoa, podem produzir alterações significativas nas suas vidas e dos seus próximos e implicações no bem-estar e na saúde” (Meleis, 2010, p.16).

analisado em diversos contextos, nomeadamente na reabilitação da pessoa no pós-operatório. Neste sentido, o desafio do enfermeiro face à necessidade de intervenção no processo de transição consiste em entender esta mudança, planear intervenções que ajudem as pessoas e que visam dar estabilidade/sensação de bem-estar (Pereira, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (2012c) definiu como uma das competências dos enfermeiros proporcionar apoio, educação no desenvolvimento e ou manutenção das capacidades para uma vivência independente, ao nível do domínio da promoção da saúde. Assim é primordial a promoção da autonomia nas Atividades de Vida Diárias, uma vez que o objetivo da reabilitação direciona-se no sentido de ajudar o cliente a conseguir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de autocuidado (Theuerkauf, 2000). Com base nisto, “ só uma equipa multidisciplinar pela sua riqueza daqueles que a compõem reúne as condições necessárias para responder às exigências desta ação, que deve ser planeada em conjunto” (Hesbeen, 2003, p.136).

O enfermeiro especialista é um elemento com competências, na medida que implementa e monitoriza planos diferenciados e o seu nível de conhecimentos e experiência acrescida, permite-lhe a tomada de decisão em contextos relativos à promoção da saúde, à prevenção de complicações secundárias, ao tratamento e à reabilitação, com o intuito de maximizar o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A Teoria das Transições enquadra-se na prática desenvolvida durante o estágio que decorreu durante 8 semanas numa unidade de Cirurgia Torácica, com presença diária durante 5 dias e 9 semanas numa Unidade de Cuidados Continuados, participando de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados, que está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O cliente submetido a Cirurgia Torácica vivencia uma transição saúde-doença e na comunidade prestei cuidados especializados em reabilitação a clientes que experienciavam transições de saúde-doença e situacionais.

Estes locais de estágio foram referências disponibilizadas pela ESEL e posteriormente selecionados de encontro com o meu projeto de estágio desenvolvido durante o 2º Semestre deste Curso. As instituições onde decorreu o estágio possibilitaram desenvolver competências específicas do Enfermeiro de



Reabilitação e também contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional neste âmbito, já que no meu serviço verifica-se a ausência de um plano de reabilitação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica, pois os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação são poucos e alguns desempenham funções de gestão. Ao desenvolver conhecimentos na área da reabilitação posso contribuir com benefícios para os clientes ao nível da qualidade de vida.

No primeiro campo de estágio, o enfermeiro de reabilitação atua como educador, gestor, criativo e como elemento de referência tanto para os clientes e família como também para os seus pares e restante equipa multidisciplinar. Na sua prática, o enfermeiro de reabilitação atua como um perito e a sua tomada de decisão é fundamentada e incluída na discussão clínica dos casos apresentados semanalmente. Este elemento coordena os cuidados especializados em reabilitação e é o elemento de apoio da equipa de enfermagem, cujos conhecimentos, científicos e práticos, são reconhecidos. Este campo de estágio permitiu desenvolver competências na área da Reeducação Funcional Respiratória (RFR). No segundo campo de estágio, o enfermeiro de reabilitação faz parte de uma equipa de Cuidados Continuados Integrados e é responsável pelo planeamento e gestão de cuidados ao cliente e cuidador informal/família, pela tomada de decisão sobre criação de recursos/meios e estratégias que satisfaçam as necessidades do cliente/família no processo de reabilitação. A sua intervenção na comunidade destaca-se pela capacidade de iniciativa, pelos seus conhecimentos e assume-se como elemento de referência para o cliente/cuidador informal devido à sua permanente disponibilidade e confiança no seu trabalho. Neste campo de estágio, a atuação do enfermeiro de reabilitação incide sobretudo na componente motora.

Durante o estágio foram desenvolvidas atividades para dar resposta à problemática e foram realizados planos de cuidados individualizados e centrados no cliente e na família, tendo por base a taxonomia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) implementada nas instituições. Para desenvolver a capacidade reflexiva foram elaborados vários jornais de aprendizagem que contribuíram para a avaliação da prática diária.

Este relatório foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e com as normas APA (American Psychological Association) adotadas pela ESEL e é composto por quatro partes: a primeira que se refere à introdução e onde é

explanada a contextualização e justificação da problemática, a filosofia de cuidados, a conceção da prática de cuidados e a síntese do enquadramento conceptual, sendo sustentado numa investigação recente. A segunda parte remete para a análise e reflexão das atividades desenvolvidas durante os dois estágios (Unidade de Cirurgia Torácica e Unidade de Cuidados Continuados-UCC), as estratégias para alcançar os objetivos pré-determinados, as competências desenvolvidas e os limites durante o processo de aprendizagem. A terceira fase corresponde à avaliação de todo o percurso de estágio através da identificação de fatores promotores e inibidores durante o ensino do formando bem como o contributo deste relatório na prática diária. O último capítulo versa as conclusões deste relatório e as perspetivas futuras enquanto Enfermeiro Especialista em Reabilitação. Para completar este trabalho, os anexos e os apêndices explanam documentos que evidenciam cuidados ao cliente submetido a Cirurgia Torácica assim como os trabalhos desenvolvidos e sustentados numa prática reflexiva durante o estágio.

## 1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A prática do enfermeiro de reabilitação é sustentada por domínios e competências que advém de um conhecimento diferenciado que visa “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, (...) e intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (OE, 2014b, p.1). Neste sentido, a intervenção do enfermeiro de reabilitação envolve a “ identificação das necessidades de saúde, análise dos dados sobre cada situação, a formulação de diagnósticos, a prescrição de intervenções e a avaliação das mesmas, ou seja permite implementação, monitorização de planos de Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2014b, p. 2).

Durante o estágio, as atividades desenvolvidas foram suportadas por uma prática reflexiva e demonstrada neste relatório através de reflexões/jornais de aprendizagem, apresentados em apêndice IV. O exercício da reflexão ajudou a orientar as minhas intervenções e a avaliar os resultados e consequências das mesmas. Assim refletir é uma habilidade essencial para que o enfermeiro se torne um perito em enfermagem (Benner, 2001). Contudo, a mesma autora defende que nenhum ser humano começa por perito e que passa por 5 níveis de experiência (Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito). Neste sentido, os enfermeiros tornam-se melhores profissionais à medida que o seu desempenho se aproximar dos padrões de excelência<sup>9</sup>.

A prestação de cuidados especializados em reabilitação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica tornou-se um desafio para aprofundar os meus conhecimentos nesta área, bem como conhecer novas abordagens, cuidados especializados e específicos, vivenciar experiências diferentes e reintegrar o estatuto de formando, numa área de especialidade cirúrgica, que faz parte da minha prática diária há 10 anos.

As atividades descritas vão ao encontro dos objetivos definidos (apêndice I) que respeitaram o cronograma (apêndice II) estabelecido para atingi-los nos diferentes campos de estágio. A minha intervenção durante este percurso visou

---

<sup>9</sup> De acordo com Código Deontológico, artigo 88.º, excelência é aquilo que o enfermeiro procura em todo o seu ato profissional (...) ou seja, o enfermeiro tem o dever de caminhar para a excelência (OE, 2009a).

desenvolver o perfil de competências do Enfermeiro de Reabilitação, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros em 20 de Novembro de 2010.

### **1.1. Reabilitar na Cirurgia torácica: um processo de transição**

No desenvolvimento do projeto de aprendizagem defini para este campo de estágio, os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dinâmica e organização do serviço;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação centrados no cliente e família, tendo em conta os seus valores, preferências e necessidades individuais, aplicando o processo de enfermagem como unidade científica de trabalho;
- Gerir os cuidados prestados ao cliente/família com a equipa de enfermagem e de acordo com os recursos existentes na instituição;
- Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas em reabilitação à pessoa submetida a Cirurgia Torácica para prevenir ou minimizar complicações;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação que capacitem o cliente/família no processo de transição;
- Maximizar a funcionalidade do cliente em relação à capacidade respiratória, tolerância ao esforço e na realização de atividades de vida diárias;
- Desenvolver uma prática de enfermagem de acordo com os princípios éticos e deontológicos e com um plano de ação individualizado ao cliente/família.

Nas primeiras três semanas de estágio, o meu objetivo incidiu sobre a compreensão da ação do enfermeiro especialista em reabilitação, a dinâmica do serviço, os protocolos e os procedimentos, isto porque apesar de prestar cuidados a clientes submetidos a Cirurgia Torácica senti necessidade de adaptar-me a novos procedimentos e a uma realidade de serviço com um ambiente, em que reina a tranquilidade e que não se verifica défice de pessoal. Este serviço apresenta um ambiente seguro, na medida em que o enfermeiro evidencia a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente através do conhecimento do seu campo de ação e do uso de estratégias que garantem a qualidade e a gestão de risco (OE, 2012a).

Nesta fase da minha prática profissional voltar a ser estudante é reintegrar uma nova forma de estar, ou seja, voltar a solicitar autorização à Enfermeira orientadora antes de realizar qualquer procedimento. Face a esta atitude vivenciei um conflito interior, pois no meu serviço enquanto enfermeira de cuidados gerais aos clientes submetidos a Cirurgia Torácica sinto-me uma perita enquanto no campo de estágio parecia que havia um retrocesso na minha intervenção perante estes clientes. Estes acontecimentos foram marcantes e conduziram a uma transição situacional, impregnada de sentimentos de vulnerabilidade, de incerteza e de ansiedade, indispensáveis para o desenvolvimento humano (Meleis, 2010). Contudo, a estratégia encontrada para colmatar estes sentimentos foi interagir com a Enfermeira orientadora bem como com a restante equipa multidisciplinar, que me acolheu como um novo elemento da equipa, que sempre respeitou a minha aprendizagem e a minha prestação de cuidados. Além disso, o conhecimento sobre os recursos e materiais existentes permitiu garantir a qualidade de prestação de cuidados.

O processo de integração foi rápido e um dos motivos para este desenvolvimento esteve relacionado com a minha experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais ao cliente submetido a Cirurgia Torácica, com a fundamentação teórica assimilada no decurso da formação académica, a literatura disponível no centro de documentação e em bases de dados, repositórios com teses académicas bem como a partilha de conhecimentos pela Enfermeira orientadora. Desde o primeiro momento tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados, nas sessões clínicas, nas reuniões com os fisioterapeutas e o meu espírito de iniciativa para prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação contribuiu para que a Enfermeira orientadora proporcionasse momentos cruciais para o desenvolvimento da minha formação.

Nesta unidade de Cirurgia Torácica, os clientes são admitidos de acordo com as cirurgias programadas e os casos são previamente apresentados e discutidos na presença da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiro-chefe, enfermeiros especialistas em reabilitação e fisioterapeutas). Esta equipa tem como projeto cuidar da pessoa e permitir recuperar o mais rápido possível a sua autonomia (Hesbeen, 2001). No decurso da reunião da equipa será seleccionada a melhor abordagem cirúrgica face ao problema de saúde da pessoa. Durante o estágio verifiquei a

existência de vários tipos de intervenções cirúrgicas<sup>10</sup> e algumas foram abordadas por toracotomia convencional e a maior parte por videotoracoscopia assistida, sendo a Cirurgia Torácica Vídeo Assistida (VATS) uma inovação presente nesta unidade e que tem benefícios para a recuperação do cliente. Os clientes apresentavam heterogeneidade a nível da faixa etária e eram provenientes de Lisboa, zona de Vale do Tejo (Abrantes, Tomar, Santarém e outras), Sul do País (Alentejo e Algarve), Ilhas (Madeira e Açores), e PALOP's (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa).

Nesta unidade existem dois enfermeiros especialistas em reabilitação, um mais direccionado para o âmbito da gestão e outro enfermeiro que presta cuidados de enfermagem de reabilitação e que foi a Enfermeira orientadora. O método de trabalho da equipa de enfermagem é por método individual, de forma a dar continuidade aos cuidados, e nesta equipa está permanente o espírito de ajuda e de parceria entre os pares, cliente e família. Os conceitos presentes na equipa referem-se à promoção da autonomia, consequências da imobilidade, identificação e gestão de CPP e preparação para a alta.

Os registos de enfermagem são realizados em plataforma informática, de acordo com as normas CIPE e os registos de reabilitação são descritos em folha própria (Anexo I) e guardados no processo do cliente, de modo a que possam ser consultados por toda a equipa.

A reabilitação dos clientes é realizada pelo enfermeiro especialista em reabilitação e por duas fisioterapeutas, durante o turno da manhã e a semana. Os clientes são distribuídos previamente por estes elementos, que trabalham em parceria, assim, o Enfermeiro de Reabilitação (ER) ao estar integrado numa equipa multidisciplinar tem uma ação fundamental para a pessoa, ou seja, devido às suas competências específicas permite-lhe um desempenho seguro, com um máximo de desempenho possível nas atividades de vida diárias, na reintegração à família, na sociedade como elemento ativo que intervém para otimizar o desempenho da

---

<sup>10</sup> Intervenções cirúrgicas: descorticação pulmonar, linfadenectomia, lobectomia e esvaziamento ganglionar mediastínico, pleurodese, janela pericárdica, empiemectomia, resseção em cunha, biópsia do mediastino, encerramento de fístula brônquica, recessão/fixação de arcos costais, pleurectomia, bilobectomias, mediastinoscopia, esternocondroplastia de Nuss e costocondroplastias inferiores para correção de Flering bilateral e pneumectomia.

pessoa no autocuidado (Lima, 2014). O trabalho de parceria permite que o ER possa dar continuidade ao seu plano de ação, durante o fim de semana, através da passagem de informações ao fisioterapeuta escalado para assegurar esses turnos.

Na prática, verifico que as abordagens são diferentes e o fisioterapeuta aborda a pessoa por segmentos e não tem em conta a individualidade, as preferências do cliente, nem as escolhas pelo seu tratamento. A abordagem do ER permite ter um conhecimento profundo da pessoa, ir ao encontro da identificação das necessidades e dos fatores que contribuem para a ocorrência de uma transição saudável. Este profissional aborda o cliente de uma forma global e os cuidados são centrados na pessoa, atua de acordo com a individualidade do cliente e tem em conta a sua tomada de decisão na escolha e na participação dos cuidados. O espírito do enfermeiro de reabilitação caracteriza-se por uma energia inesgotável, pela “atenção e pela acção (...) dirigidas à pessoa, reconhecendo em absoluto a singularidade do seu ser (...) uma vez que o seu olhar não se prende aos limites (...) daquilo que o corpo ou as características da pessoa deixam ver” (Hesbeen, 2001, p.55).

Os fisioterapeutas bem como a equipa médica consultavam diariamente os registos diários do ER, de modo a obter informações detalhadas sobre o cliente, o que me despoletou alguma admiração na fase inicial, mas percebi que este elemento era o gestor dos cuidados dos clientes e o seu parecer era tido em conta na tomada de decisão. Face às diferentes abordagens entre o enfermeiro especialista em reabilitação e o fisioterapeuta pude presenciar situações em que os clientes verbalizavam a preferência do enfermeiro especialista em reabilitação, devido a este último ter um conhecimento global acerca da pessoa. A relação empática e o reconhecimento do trabalho do especialista em reabilitação são notórios e, a meu ver, é gratificante quando aprendo que “ensinar é dar atenção à maioria, mas de igual forma aos que estão à margem” (Wesbeen, 2000, p. 255) e esta é uma forma individual do ER para colocar em prática as suas competências e dar visibilidade à sua prestação de cuidados. No ambiente hospitalar, a prática de cuidados do ER é determinante para a prevenção de complicações e para a promoção da independência funcional com tradução na qualidade de vida do cliente e da família. Além das diferenças acima supracitadas, também verifiquei que, por vezes, houve casos em que o cliente não queria prestar os cuidados de higiene ou

não queria alimentar-se mas quando o enfermeiro de reabilitação avaliava a situação e entendia o cerne da questão, o cliente mudava de opinião. Esta situação refere-se a um cliente que estava desanimado com a sua situação clínica, precisava de atenção e queria que fosse aquele enfermeiro a prestar os cuidados tanto do foro geral, bem como de reabilitação.

Face a esta situação, o enfermeiro de reabilitação prontificou-se para colaborar na prestação de cuidados e proporcionou uma massagem para se sentir mais confortável porque sabia que na noite tinha dormido pouco devido às queixas álgicas. O cliente ao saber que era aquele enfermeiro esboçou um sorriso e participou em todos os cuidados, incluindo na sessão de reeducação funcional respiratória (RFR). No final ficou grato pelo facto do enfermeiro o ter deixado numa posição confortável e relaxado, o que lhe proporcionou um sono tranquilo. Hesbeen (2001) afirma que o cliente, tendo em conta as suas expectativas está em posição de escolher o enfermeiro que lhe transmita confiança e segurança através do discurso, gestos ou intervenções. Neste exemplo, está evidente que o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental no seio da equipa de enfermagem e é considerado um perito pelos seus conhecimentos, capacidades e intervenções. Benner (2001) defende, que o enfermeiro perito já não se baseia na avaliação analítica mas compreende de forma intuitiva a situação e atua de forma apropriada. A prática é um todo integrado que permite a este profissional de saúde desenvolver-se durante o seu ciclo profissional.

Os clientes com neoplasia do pulmão após a intervenção cirúrgica necessitam de cuidados especializados de reabilitação com o objetivo de melhorar a força muscular, a resistência ao esforço e a capacidade de realizar o autocuidado. A reabilitação nestes clientes envolve um plano de cuidados que visa diminuir a dor e desenvolver o processo de recuperação. Neste âmbito, os clientes reaprendem a realização das atividades de vida diárias de modo a tornarem-se independentes, participam em sessões de exercícios respiratórios para evitar o aparecimento de CPP e é provido apoio psicológico. Durante as intervenções, o enfermeiro especialista define um plano de cuidados, tendo em conta as suas crenças culturais, os desejos relacionados com os cuidados de saúde, para desenvolver cuidados de qualidade e atingir resultados positivos (Mennella, Schub & Pravikoff, 2014).



O programa de reabilitação deve ser intensivo nos clientes submetidos a Cirurgia Torácica e segundo Makhabah, Martino & Ambrosio (2013), Sommer et al (2014), deve incluir a mobilização precoce porque a imobilização da pessoa é um fator que causa fraqueza muscular. A mobilização precoce permite uma recuperação mais rápida da pessoa e os exercícios de treino dos músculos permitem obter melhores resultados, ao nível respiratório, funcional, cognitivo e minimizam os riscos de estase venosa e trombose venosa profunda. Na fase inicial após a cirurgia, o levantar também pode ser benéfico para a prevenção de CPP, como a atelectasia, diminui a necessidade de analgésicos e evita complicações neuromusculares. Os mesmos autores argumentam que a mobilização precoce aumenta os volumes pulmonares, otimiza a razão ventilação/perfusão, melhora a limpeza das vias aéreas, melhora o nível de consciência, aumenta a independência funcional, melhora a função cardiovascular e tem benefícios psicológicos.

Um dos momentos marcantes neste campo estágio está relacionado com a prestação de cuidados especializados de reabilitação a um cliente cego. O acolhimento deste cliente no serviço foi fundamental para conhecer a pessoa e para realizar a avaliação inicial. Desde o momento da apresentação do serviço que foram desenvolvidas estratégias de gestão da situação face à sua ausência de visão, nomeadamente a identificação de objetos, como o extintor para reconhecer a localização das casas de banho ou a presença de determinadas canalizações para saber onde ficava a sua enfermaria ou a localização do leito devido à distância até à janela. O conhecimento do espaço e as estratégias definidas possibilitaram ao cliente identificar a sua posição, estar situado ao longo do internamento e de adaptar-se a uma nova realidade (Meleis, Saywer & Schumacher, 2000).

A interação com o cliente e família é uma ferramenta essencial, pois é através desta relação que o enfermeiro pode obter informações significativas e ir ao encontro da satisfação das suas necessidades (Meleis, 2010). Assim, no decurso do estágio pude desenvolver competências relacionais através de momentos como a admissão na unidade, colheita de dados, prestação de cuidados especializados e nos diálogos estabelecidos entre o cliente/família e a Enfermeira orientadora. A colheita de dados foi realizada na presença da família que mostrou iniciativa para colaborar na prestação de cuidados. Após este procedimento foi fornecido um folheto sobre os cuidados a ter perante a intervenção cirúrgica e o guia de

acolhimento à família para ficarem familiarizados com as normas da unidade (Anexo II).

A interação entre a equipa de enfermagem e o relacionamento que se estabeleceu com cliente/família permitiu sentir-se ligado, pois tinha uma forma de reconhecer os profissionais, que no meu caso era através do cheiro do meu perfume e pelo toque das minhas mãos. A relação que eu e a Enfermeira orientadora estabelecemos com o cliente foi um indicador de processo que contribuiu para a ocorrência de uma transição saudável, cuja mudança assume a tipologia de saúde-doença. A avaliação inicial foi realizada tendo em conta as suas necessidades, preferências e crenças culturais, de modo a estabelecer um plano de reabilitação individualizado, que se encontra descrito no apêndice III. De acordo com a minha análise, a avaliação inicial é importante para entender o potencial de recuperação após a cirurgia e para identificar os fatores que possam interferir no processo de transição. A avaliação perioperatória realizada pelo enfermeiro especialista deve ter em conta as capacidades e necessidades de aprendizagem no programa de reabilitação e a identificação de antecedentes pessoais que podem influenciar o aparecimento de complicações no pós-operatório, bem como limitações que comprometam o desenvolvimento de atividades de vida diárias. Assim, o enfermeiro de reabilitação deve intervir na prevenção das complicações e quando estas já estão instaladas deve promover a recuperação do cliente (Smith et al, 2014). A sua ação deve incidir sobre uma avaliação contínua e sobre os fatores inerentes ao cliente/família para ajudar a ultrapassar este processo de transição.

O ensino perioperatório permitiu esclarecer as dúvidas, promover a redução dos seus medos e ansiedades face à intervenção cirúrgica e ao pós-operatório, melhorar a performance do cliente através da adoção de novos comportamentos e de execução de exercícios promotores da expansão torácica e da melhoria da ventilação/perfusão. O momento do ensino foi uma estratégia para compreender a situação e reunir estratégias de gestão da situação referenciadas na Teoria das Transições. Neste ensino o cliente esteve recetivo às aprendizagens e teve a oportunidade de realizar os exercícios junto da família, que sempre foram parceiros do cuidar e estiveram dispostos a participar no programa de reabilitação.

Durante o ensino ao cliente tive a oportunidade de desenvolver várias atividades e durante as quais fiquei surpreendida com a sua execução pelas

potencialidades e capacidades do cliente. Com base neste momento refleti sobre as estratégias para transmitir informações e para orientar durante a realização das atividades de vida diárias. A minha prioridade foi orientá-lo no espaço para se sentir seguro e a estratégia usada foi a localização e o contorno dos objetos. Estas particularidades deste cliente foram um incentivo para reabilitá-lo porque permitiu desenvolver estratégias de comunicação e refletir sobre a forma como interage com o mundo com ausência de visão.

Nesta perspectiva, a educação é uma estratégia importante para condicionar a adesão do cliente/família, mas “não precisam só de ser informados mas também motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida” (OE, 2009b, p. 34).

Durante a sessão de RFR perioperatória fiquei surpreendida com a coordenação dos movimentos à medida que ficava mais concentrado e relaxado. Esta sessão foi incrível no sentido em que foram demonstradas as capacidades do cliente, pois no exercício de mobilização da articulação escapulo-umeral em que a Enfermeira orientadora fez uma sequência de movimentos com as mãos dadas, este repetiu a sequência sozinho e de forma correta. Na prática de cuidados ao cliente cego, o toque e o tato foram elementos fundamentais e simples que potencializaram a participação do cliente no programa de reabilitação. A intervenção do ER foi motivo de reflexão e de ajuda para saber como abordar e contornar a situação numa situação semelhante e futura.

Após a cirurgia, as sessões de reabilitação com este cliente tinham de reunir um ambiente tranquilo e um dos fatores de distração era a presença de música alta. Face a este obstáculo tive sempre o cuidado de questionar se o volume do rádio podia ser reduzido porque a música era um meio de inspiração da sua vida. Recordo as palavras proferidas - “Oh enfermeira, eu sou músico e a música é aquilo que me faz mover nesta vida” (sic). Durante a técnica da auscultação tive de adaptar uma estratégia, pois se solicitasse uma inspiração profunda promovia o aparecimento de ruídos adventícios, nomeadamente a presença de sibilos. Contudo ao indicar para realizar uma respiração normal não verificava nenhuma alteração.

Uma das limitações que me confrontei nesta prestação de cuidados foi o uso do termo ajuda, pois a pessoa entendia como uma ameaça à sua autonomia. A estratégia obtida foi substituí-lo pelo termo apoio e assim já podia garantir a minha

presença durante a supervisão das atividades. Durante a prestação de cuidados tive em conta as suas preferências e uma delas prende-se com a aplicação do perfume após os cuidados de higiene. Esta interação com o enfermeiro é um indicador de processo que identifica comportamentos associados ao processo de transição.

No pós-operatório deste cliente tive o privilégio de acompanhar a sua situação desde o momento da transferência da unidade de cuidados intensivos até à alta. A minha atuação foi direcionada de acordo com as necessidades do cliente e tendo em conta a promoção da sua saúde e a prevenção do aparecimento de complicações pós-operatórias. As sessões de RFR eram diárias e ao longo da sua evolução recorri ao espirómetro de incentivo<sup>11</sup>, que segundo Branco et al (2012), Beddoe, Engelke & Pravikoff (2014), permite melhorar a expansão pulmonar e as trocas gasosas, pois permite aumentar a pressão transpulmonar<sup>12</sup>, os volumes inspiratórios e o desempenho dos músculos inspiratórios. A minha intervenção produziu resultados positivos com significativa melhoria na capacidade inspiratória do cliente e com tradução numa resposta visual do volume inspirado. O uso deste dispositivo foi uma estratégia que utilizei para que o cliente durante o período da tarde continuasse o plano de reabilitação. Branco et al (2012) afirma que o espirómetro de incentivo é eficaz e que a indicação mais frequente é prevenir complicações pulmonares como a atelectasia e infeções na Cirurgia Torácica. Restrepo, Wettstein & Tracy (2011) corroboram com esta informação, contudo argumentam que a eficácia clínica permanece em controvérsia, ou seja, depende da seleção de clientes, do ensino/treino do dispositivo, da supervisão da técnica e que é necessário associar outros exercícios (respiração profunda, tosse dirigida, mobilização precoce e controlo do quadro algico) para produzir o objetivo acima referido.

---

<sup>11</sup> Espirómetro de incentivo: dispositivo para realizar técnica inspiratória (espirometria de incentivo ou inspiração máxima sustida) que se efetua através de fluxo lento e alto volume pulmonar com presença de apneia no final da inspiração, cerca de 5 segundos e que permite ver o volume inspirado. A eficácia do exercício depende do volume inspirado que deve ser semelhante 2 a 3 vezes ao volume corrente (Branco et al, 2012).

<sup>12</sup> Pressão transpulmonar: diferença entre a pressão alveolar e a pressão intra-pleural. A pressão transpulmonar exerce a força que mantém o parênquima expandido (Beddoe, Engelke & Pravikoff, 2014).

Na segunda semana de estágio tive a oportunidade de receber um cliente com um diagnóstico, cuja intervenção cirúrgica provável era pneumectomia. No período perioperatório realizei o ensino com participação do cliente e cuja preocupação deste era recuperar rapidamente porque queria voltar a cultivar no quintal, daí o entusiasmo durante a sessão de RFR. As informações transmitidas eram fomentadas nos conhecimentos teóricos apreendidos e com base na evidência disponível.

Na sessão perioperatória expliquei os exercícios respiratórios e os posicionamentos bem como as suas vantagens e os objetivos pretendidos. Uma das preocupações foi não disponibilizar muita informação devido ao seu estado de ansiedade porque o cliente tinha como informação inicial que se tratava de uma pequena massa e posteriormente foi-lhe dada informação que tinha de ser pneumectomizado. As palavras deste cliente ficaram na minha mente porque verbalizou várias vezes sempre – “ fui saudável, faço desporto, jogo à bola ainda com os velhotes, caminho todos os dias três quilómetros, não me sinto cansado e agora vou ficar sem um pulmão” (sic). Os últimos exames complementares de diagnóstico sugeriam que a massa se localizava ao nível do lobo superior e línghula e daí a abordagem cirúrgica anteriormente referida.

Neste caso, o cliente experiencia uma transição de saúde-doença, a pessoa passa de uma fase de bem-estar para uma fase de doença, na qual tem perceção dos limites que podem advir dessa intervenção cirúrgica. A pessoa depara-se com uma mudança de forma inesperada, que destabiliza a sua vida e que vai gerar sentimentos de inadequação perante uma nova situação (Meleis et al, 2000).

Os fatores negativos identificados para a ocorrência deste processo de mudança foram o desconhecimento sobre o procedimento cirúrgico, a recuperação do pós-operatório, o medo de não ser capaz de voltar a desenvolver as suas atividades e a distância do seu domicílio. Apesar de estar longe da pessoa com quem vivia para ultrapassar esta mudança teve o apoio da irmã e do filho residentes em Lisboa e cuja presença foi um fator facilitador deste processo. As condições pessoais determinam a qualidade de resposta face à necessidade de mudança, tais como as crenças religiosas (presença de imagem religiosa), os significados atribuídos à situação bem como as atitudes, sendo fatores facilitadores para o desenvolvimento deste processo. Inicialmente o cliente pensou em desistir da

cirurgia e após a informação e cuidados disponibilizados mudou de atitude porque estabeleceu confiança e segurança na equipa de enfermagem, como eles promotores da sua recuperação.

A minha ação passou por esclarecer o cliente e verbalizar que após a cirurgia quando se sentisse cansado era importante controlar a respiração e que o processo de recuperação seria mais demorado do que até então, mas que iria conseguir fazê-lo. Neste ensino perioperatório, a minha sessão de RFR tinha como objetivo primordial melhorar a *performance* ventilatória do pulmão direito através do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação costal seletiva à direita e reeducação costal global. Para completar esta sessão foi realizada prova de marcha para avaliar a tolerância do cliente ao esforço.

Posteriormente, acompanhei este cliente durante o período intraoperatório e após a localização da massa neoplásica apenas foi realizada Lobectomia e não remoção total do pulmão como estava previamente programada. Este acontecimento desencadeou-me ansiedade, na medida em que sentia necessidade que a informação sobre a cirurgia fosse disponibilizada ao cliente. A reflexão sobre o caso possibilitou o desenvolvimento de mecanismos de *coping* bem como gerir as minhas intervenções para que esta mudança fosse um fator favorável à passagem da transição, já que tinha um conhecimento profundo sobre a situação. Nos dias seguintes, este cliente referia que lhe tinha saído a sorte grande e que queria realizar sempre os exercícios respiratórios para recuperar rapidamente. Esta motivação na participação no programa de reabilitação permitiu potenciar o autocuidado nas atividades de vida diárias e ao centrar os cuidados no cliente possibilitou a identificação das necessidades para recuperar a sua autonomia. Na primeira sessão de RFR no período pós-operatório validei com o cliente se ainda se recordava do ensino perioperatório e fiquei admirada porque executou as técnicas de forma coordenada. A minha admiração prende-se com o fato deste cliente apresentar como antecedentes períodos de ausência, que ao informá-lo sobre a ocorrência ficava orientado na pessoa, espaço e tempo.

No processo de saúde-doença, o cliente passa por uma fase de dependência e este momento é crucial para avaliar os indicadores de processo que podem influenciar o cliente para uma mudança saudável ou para uma situação de vulnerabilidade ou risco (Januário, 2013). Um dos indicadores de processo foi o

desenvolvimento de confiança e adaptação durante as estratégias e os recursos usados durante as sessões de RFR. Durante a prestação mostrou disponibilidade para participar nas sessões e verificou-se no decurso que no final da sessão o cliente adormecia em semi-ventral, mesmo com a presença dos drenos torácicos.

No momento da preparação para a alta foi redigida uma carta de transferência de enfermagem de reabilitação, de modo a dar continuidade ao plano estabelecido durante o internamento. Estas orientações são formas de o cliente compreender e realizar a gestão da situação. Durante o ensino foram validados os conhecimentos do cliente e foram propostos exercícios para dar continuidade no domicílio. Além disso foi realizada prova de 6 minutos e segundo a avaliação apresentava parâmetros semelhantes ao período perioperatório. Essa informação foi disponibilizada ao cliente e o sentimento proferido foi que estava quase bom e que estava preparado para lutar contra novas situações da sua vida, ou seja, o cliente desenvolveu mestria, pois segundo Meleis (2010), as experiências decorridas no processo de transição modificam a identidade da pessoa. Com a minha intervenção, os resultados revelaram que o cliente apresentava capacidade para realizar de forma autónoma as atividades de vida diárias. De acordo com esta perspetiva, já Güell et al (2012) tinham demonstrado que a reabilitação respiratória era eficaz com alto nível de evidência na melhoria dos sintomas, na tolerância ao esforço e na qualidade de vida dos clientes com e sem DPOC.

Neste campo de estágio constatei, com uma experiência, que desenvolvi o meu processo reflexivo relativamente à essência do cuidar. Neste caso, a receção de um cliente transferido de outra entidade hospitalar fez refletir no momento da admissão sobre as condições que se apresentava e sobre o ambiente hospitalar, que pode ser uma premissa para descaracterizar a pessoa. O vestuário do cliente era escasso, apenas uma bata descartável, transparente e uma fralda. O primeiro contato que tive com a pessoa foi interrompido pelas suas palavras, tais como - “não se aproxime, use umas luvas porque tenho uma bactéria altamente contagiosa” (sic) e nesse encontro verifiquei que os elementos da família faziam o acompanhamento com determinada distância. Este processo fez refletir sobre a minha prática e sobre os cuidados de enfermagem prestados.

Após reunir todas as condições de proteção, ensinei a família sobre os cuidados a ter e reuni meios para promover a união da família antes da intervenção

cirúrgica, isto porque o cliente referiu que há imenso tempo não tocava nas mãos da mulher nem tinha contato próximo com os filhos, pois a visita no outro hospital era feita junto à porta do quarto porque diziam que estava em isolamento. Durante a acomodação do cliente na unidade reuni um vestuário adequado assim como condições necessárias para lhe prestar os cuidados no banho assistido. Segundo o cliente não usufruía destes cuidados há 21 dias e o fato de lavar o cabelo ou de prestar conforto aos seus pés colocando-os num recipiente com água morna fez com que se sentisse outra pessoa e que ficasse motivado para participar no processo de reabilitação. Uma das estratégias encontradas para o envolvimento da família nos cuidados ao cliente foi promover o acompanhamento do cliente até à entrada do bloco e nesse momento foram trocados alguns gestos de carinho entre o cliente e a família. Ainda hoje reflito que um pequeno gesto pode ser tão importante na arte do cuidar e que não podemos esquecer que a presença dos elementos da família no meio hospitalar surge no “desenvolvimento de uma lógica de humanização e de contributo para o sucesso na recuperação” (OE, 2014a, p.1). A família é um eixo referencial para o cliente e é o grupo social mais importante, o *habitat* onde permite o desenvolvimento dos seus membros unidos por relações de sangue, afinidades emocionais, legais e que incluem pessoa significativas que formam as partes do grupo (Sousa, 2011).

As palavras de agradecimento face à minha intervenção e da Enfermeira orientadora foram muitas e o cliente tinha estabelecido uma relação de confiança com a equipa de reabilitação. Nesta fase estava predisposto a dar continuidade ao ensino realizado no perioperatório, de modo a regressar o mais rápido possível ao domicílio. A relação com o cliente é “o meio de conhecer (...) e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém de si própria um valor terapêutico” (Collière, 1999, p. 152). Com base nisto, o enfermeiro ao promover a participação da família permite o desenvolvimento de uma parceria determinada pela responsabilidade partilhada e pela cooperação, conduzindo a processos de capacitação, isto é, o *empowerment*<sup>13</sup> (Menoita, Sousa & Vieira, 2012). Este caso foi

---

<sup>13</sup> *Empowerment* é um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde (OE, 2009c).



um dos exemplos de reflexão da minha prática e está descrito num dos jornais de aprendizagem apresentados no apêndice IV.

Reportando à teoria de Meleis, o cliente e a família vivem uma mudança e a Cirurgia Torácica foi um procedimento invasivo que não estava previsto na sua vida. A cirurgia conduz a uma situação de crise e aumenta a vulnerabilidade da família, pois esta transição alterou o funcionamento dinâmico do cliente. Estas flutuações podem evoluir para processos negativos quando os recursos da família estão diminuídos e a intensidade do stress ultrapassa a capacidade de adaptação a novas ocasiões. Contudo, estes momentos de crise também podem tornar-se uma fonte de crescimento que favorece as relações com o cliente e as competências da família (Sousa, 2011).

A aproximação da família assim como os significados do cliente perante a prestação de cuidados foram fatores que contribuíram para ultrapassar a transição. Este conceito de mudança está ligado à vulnerabilidade<sup>14</sup>, na medida em que o cliente e a família devido às condições do ambiente foram sujeitos a potenciais riscos que se podem traduzir em processos de *coping* demorados e tornar-se uma limitação para a resolução favorável da transição (Meleis et al, 2000).

Na fase inicial do estágio, a minha prestação restringia-se à observação e colaboração nos cuidados especializados em reabilitação prestados pela Enfermeira orientadora e à medida que desenvolvi competências realizava a prestação direta com a supervisão<sup>15</sup> do orientador.

A gestão de cuidados foi realizada em função do cliente e da equipa multidisciplinar e a interação permitiu o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais. Os conceitos de promoção, prevenção e intervenção estiveram presentes na minha prática diária, de modo a que as minhas ações proporcionassem o autocuidado, a processos de adaptação através de indicadores de processo e ao desenvolvimento da mestria.

---

<sup>14</sup> Vulnerabilidade é um conceito que significa suscetibilidade geral e a sua conotação específica em termos de cuidados de saúde significa estar em risco de problemas de saúde. Qualquer pessoa pode ser vulnerável em qualquer ponto no tempo como resultado de circunstâncias de vida ou resposta à doença ou eventos (Chesnay & Anderson, 2008).

<sup>15</sup> Supervisão: pré-requisito essencial para a qualidade de cuidados de enfermagem; um mecanismo de suporte da prática profissional e uma estratégia de qualidade no contexto de enfermagem avançada (Cruz, 2008).

A minha participação nas passagens de turno foi um contributo para dar continuidade aos planos de reabilitação, enunciar informações importantes acerca da evolução da situação clínica do cliente e dar orientações relativas aos cuidados a ter, como por exemplo os exercícios que deve repetir durante o turno da tarde, as limitações, posicionamentos e comportamentos que o cliente deve adotar. Outra forma de cooperação foi a minha presença na sessão clínica, onde tive a oportunidade de ter um caso direcionado enquanto futura enfermeira especialista em reabilitação. Nesta reunião foi tomada em conta a posição e as avaliações feitas pela Enfermeira orientadora, no seio da equipa multidisciplinar e é validada com um perito na área da reabilitação. As suas competências específicas são reconhecidas e a sua intervenção é fundamental para que a “pessoa obtenha um desempenho seguro e com o máximo de independência possível, em especial nas atividades de vida diárias, na reintegração na família, na sociedade como membro ativo, intervindo essencialmente na otimização do desempenho para o autocuidado” (Lima, 2014, p. 4). O conceito de autocuidado<sup>16</sup> é central, resulta das intervenções do enfermeiro em parceria com outros profissionais de saúde e também é uma componente da reabilitação de doenças crónicas (Januário, 2013).

Ao longo deste estágio, a prestação de cuidados especializados em reabilitação foram centrados no cliente e na família, sendo motivados a participar em todo o processo. Durante este percurso de aprendizagem tive a oportunidade de realizar a admissão e a colheita de dados aos clientes, que previamente foram criteriosamente selecionados pela Enfermeira orientadora para ter oportunidades de aprendizagens significativas e para o desenvolvimento do meu perfil enquanto futura enfermeira especializada em reabilitação. Estes momentos foram cruciais para identificar as necessidades do cliente e da família, estimular a sua participação na prestação de cuidados bem como na tomada de decisão. Por isso, é que há uma grande complexidade entre o tempo que o enfermeiro disponibiliza com o cliente e que se mede pela qualidade desse encontro e por mecanismos de humanização. O agir do enfermeiro deve produzir resultados, mas para tal é importante produzir teorias e novas formas de olhar e de refletir. O enfermeiro tem deveres para com a

---

<sup>16</sup> Autocuidado (definição CIPE): atividade executada pelo próprio, capacidade de tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (ICN, 2011, p.41).

sociedade, da qual tem de cuidar de acordo com os seus domínios e competências e integrando o seu ser altruísta e solidário (Gândara, 2004).

Durante a prestação de cuidados promovi um ambiente favorável<sup>17</sup> à prática, sustentado pelo respeito do cliente e tive em conta a sua individualidade, crenças, costumes, valores, preferências explanadas em planos de cuidados. Além disso, o plano de cuidados era um substrato para orientar a minha prática, para reeducar, prevenir o aparecimento de complicações e maximizar a funcionalidade da pessoa.

Perante a minha intervenção, os clientes verbalizavam efeitos positivos ao nível da autonomia para realizar as atividades de vida diárias, com ausência de dispneia, segundo a escala de Borg ou sem dor, de acordo com a escala da dor. Os resultados das sessões eram refletidos no imediato ou em turnos seguintes, que é o caso do uso do ciclo ativo das técnicas respiratórias, em que os clientes expressavam que as minhas mãos tinham permitido a limpeza da árvore brônquica. São exemplos: “as suas mãos fizeram que no turno da tarde eliminasse muita expetoração, fiquei mais aliviado e sem falta de ar” (sic). Os resultados da minha intervenção tiveram como intuito prevenir o aparecimento de CPP, visto que os problemas mais comuns da função respiratória, e corroborando com Hoeman (2000), estão relacionados com a limpeza ineficaz das vias aéreas, alterações do padrão respiratório ou uma ventilação ineficaz. As manifestações face a estes problemas traduzem-se em tosse produtiva, dificuldade respiratória, intolerância ao exercício e às atividades de vida diárias (AVD). Neste sentido, a reeducação funcional respiratória, pelo treino do exercício, tal como demonstra a evidência reduz a incapacidade, melhora a sintomatologia/a qualidade de vida e proporciona a adaptação e reintegração social dos clientes (Januário, 2013).

Em relação à minha ausência durante os dias de orientação tutorial na escola tornou-se uma preocupação para os clientes, traduzida por questões, pois expressavam vontade de realizar as sessões de RFR na minha presença e da Enfermeira orientadora, porque a interação estabelecida entre ambas promovia uma relação de parceria e de trabalho em equipa.

---

<sup>17</sup> Ambiente favorável à prática são ambientes em que as necessidades e os princípios dos enfermeiros são cumpridos e as pessoas são cuidadas com base na satisfação dos seus objetivos individuais de saúde e através de uma prestação de cuidados de qualidade (ICN, 2007).

Ao longo da prática, cada vez que estabelecia um plano individualizado para o cliente, tive necessidade de aprofundar conhecimentos acerca de patologias, que preenchem os seus antecedentes pessoais e que podiam influenciar o programa de reabilitação. Um dos objetivos alcançados ao longo deste campo de estágio foi prestar cuidados a 4 pessoas em simultâneo, o que fez que desenvolvesse a minha capacidade de gerir os cuidados, de estabelecer prioridades ao colocar em prática o plano estabelecido para cada pessoa e atingir a minha autonomia enquanto estudante. Os planos eram discutidos com a Enfermeira orientadora e durante as sessões o cliente participava, expunha as suas opiniões e eram desenvolvidas estratégias de parceria com a família para solucionar os problemas. Antes de aplicar o plano de cuidados, a avaliação inicial era o instrumento chave para definir o potencial de reabilitação da pessoa, analisar os fatores de risco que podiam potenciar o aparecimento de CPP, interpretar a auscultação pulmonar e a imagem radiológica bem como outros exames complementares como a prova de esforço. Além disso, o diagnóstico inicial e a abordagem cirúrgica programada influenciavam o uso de técnicas bem como os posicionamentos durante as sessões de RFR.

As atividades desenvolvidas durante as sessões de RFR permitiram o meu desenvolvimento técnico, pois os exercícios contemplados nestes planos de ação eram os seguintes descritos: posição de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, reeducação abdomino-diafragmática, reeducação costal superior e global com bastão, abertura costal, correção postural sem espelho quadriculado, exercícios de automobilização, mobilização da articulação escapulo-umeral, ensino da tosse com contenção da ferida operatória, exercícios de mobilização dos membros inferiores, uso de dispositivos (espirómetro de incentivo), uso do ciclo ativo das técnicas respiratórias, prova de tolerância ao esforço (subida de escadas) e prova de marcha dos 6 minutos.

As dificuldades sentidas estão relacionadas com o planeamento das técnicas e execução das mesmas. Estes aspetos negativos foram ultrapassados à medida que aprofundava os conhecimentos, treinava os exercícios e que compreendia as instruções dadas pela orientadora. A auscultação pulmonar foi um procedimento novo que não estava familiarizada e para ultrapassar esta barreira na aprendizagem procurei documentos e audiovisuais onde estavam descritos os sons considerados normais e os adventícios, de modo a identificar no cliente qualquer alteração e

direcionar a minha ação para a prevenção de CPP. A interpretação das imagens radiológicas foi um processo moroso na aprendizagem, na medida em que a identificação da presença de pneumotórax era uma ação facilitadora enquanto a presença de derrame na fase posterior do pulmão foi um obstáculo para dar uma resposta coerente à Enfermeira orientadora. As aprendizagens nesta vertente foram desenvolvidas pela iniciativa de querer observar as imagens radiológicas de outros clientes e para assim o ensino contribuísse no sentido de uma transição positiva. Outro impedimento foi registo da avaliação do cliente numa fase inicial colmatado pela melhoria da capacidade em refletir sobre os resultados perante as intervenções.

## **1.2. Reabilitar na comunidade**

O regresso à comunidade foi uma experiência que permitiu a reintegração da minha identidade, no sentido que a minha prática diária versa os cuidados hospitalares. Os conhecimentos apreendidos no primeiro campo de estágio ao nível da RFR foram mobilizados e tornaram-se uma mais-valia com tradução em ganhos de saúde para as pessoas que prestei cuidados.

A integração foi rápida e a enfermeira orientadora permitiu que a minha aprendizagem fosse enriquecedora ao disponibilizar oportunidades fulcrais para esse processo. A receção dos clientes à minha prestação de cuidados foi bem aceite e tive a oportunidade de estabelecer uma relação empática com o cliente e cuidador informal /família.

Para este campo de estágio tive de direcionar os objetivos para pessoas com problemas do foro pulmonar, já que não houve a oportunidade de prestar cuidados especializados em reabilitação a um cliente submetido a Cirurgia Torácica. Tendo em conta esta premissa, os objetivos específicos foram os seguintes definidos:

- Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dinâmica e organização do serviço;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação centrados no cliente e a família, tendo em conta os seus valores, preferências e necessidades individuais, aplicando o processo de enfermagem como unidade científica de trabalho;
- Gerir os cuidados prestados ao cliente/família com a equipa de enfermagem e de acordo com os recursos existentes na instituição;

- Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação que capacitem o cliente/família no processo de transição;
- Maximizar a funcionalidade do cliente em relação à capacidade respiratória, tolerância ao esforço e na realização de atividades de vida diárias;
- Desenvolver uma prática de enfermagem de acordo com os princípios éticos e deontológicos e com um plano de ação individualizado ao cliente/família.

Este segundo campo de estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC), dentro da qual existe uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Esta equipa é formada por três enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira coordenadora.

Os clientes são distribuídos para a ECCI pela equipa de gestão de altas (EGA). Perante as informações disponíveis os clientes são redistribuídos pelos enfermeiros e pode cada elemento ser responsável pela prestação de cuidados de 5 a 6 pessoas. No momento da admissão do cliente na ECCI é realizada uma avaliação inicial sobre o potencial de reabilitação e um dos requisitos da entrada da pessoa é a presença de um cuidador informal.

Nas duas primeiras semanas a minha aprendizagem desenvolveu-se com base na observação dos cuidados especializados pela Enfermeira orientadora e pelo conhecimento dos protocolos e da plataforma informática sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). A RNCC é um modelo de intervenção que articula a saúde e a segurança, que se baseia numa abordagem preventiva, recuperadora e paliativa e encontra-se num nível entre a comunidade e o internamento hospitalar. O objetivo geral da RNCC visa prestar “cuidados continuados integrados<sup>18</sup> a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (OE, 2009d, p. 3).

---

<sup>18</sup> Os cuidados continuados integrados são o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, baseada numa avaliação conjunta e que visa a recuperação total, como processo terapêutico e de apoio social, de modo ativo e contínuo. O objetivo consiste na promoção da autonomia e na melhoria da funcionalidade do cliente que se encontra em situação de dependência. Este processo será feito através da reabilitação, readaptação e da reinserção familiar e social (OE, 2009d).

Neste campo de estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas de vários estratos sociais e inseridas em grupos, cuja sociedade conota como grupos vulneráveis e de bairros problemáticos. De acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER, 2010), a reabilitação na comunidade visa manter a saúde das pessoas e desenvolver o máximo de capacidades físicas e mentais aos clientes portadores de deficiência, garantindo a acessibilidade aos serviços e às mesmas oportunidades para intervir na comunidade e sociedade.

Durante a prática foi notório a importância do enfermeiro de reabilitação porque ele é o coordenador/gestor dos cuidados da pessoa e família ou pessoas significativas. Por um lado, o ER é criativo porque reúne meios presentes no domicílio dos clientes, como por exemplo o uso de uma bengala para realizar reeducação costal global ou o uso de garrafas de 0.5l para promover a resistência durante o exercício de fortalecimento dos membros superiores. Por outro lado, o enfermeiro é interativo, pois procura recursos dentro da sociedade e estabelece pareceres com instituições/organizações, cuja colaboração visa satisfazer as necessidades dos clientes. Neste sentido, e de acordo com os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro presta cuidados em diversos contextos e a sua prática é norteada por enunciados como a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012a).

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar a avaliação do cliente, definir o plano de cuidados (apêndice III) e realço um dos objetivos que era a reformulação do sanitário de um cliente, portador de Esclerose Múltipla. Neste projeto foram estabelecidos contactos pela Enfermeira orientadora com as diversas entidades e após a conclusão da obra orientada pelas diretrizes da equipa de reabilitação, na qual a minha participação resumiu-se à exposição de sugestões para a melhoria das condições do cliente, a prestação de cuidados de higiene deixou de ser realizada no leito e passou a ser no sanitário. A partir desse momento, o cliente teve a possibilidade de usufruir de cuidados de higiene no duche adaptado, que permitia a entrada da cadeira de rodas, promovia a privacidade, possibilitava o conforto e mobilização pela casa. Após este objetivo atingido, o cliente ficou radiante e a primeira coisa que disse foi para avaliar a obra que tinha ficado excelente e para tirar

fotografias como prova do que tinha sido feito. Com base nisto, os cuidados de enfermagem de reabilitação visam promover o bem-estar e consistem em pequenos gestos, pois é através destas ações que a prática do ER contribui para dar sentido à vida (Hesbeen, 2003).

Durante as sessões de reabilitação, a prestação de cuidados era feita com base numa relação empática, de confiança, pois o cliente referiu acontecimentos relacionados com a história pessoal sobre os consumos tóxicos e informações sobre as características/nomenclaturas das referidas substâncias. Após esta comunicação tive necessidade de pesquisar informação sobre a interação desses consumos e a patologia presente, de modo a esclarecer dúvidas e reeducar o cliente. O ensino realizado permitiu que o cliente adotasse novo comportamento face ao consumo dessas substâncias, sendo assim uma condição pessoal que facilitou a ocorrência de uma mudança. Com base nisto, a ação do ER é “essencial e estruturante quer ao nível da prestação, da gestão ou do ensino, sempre numa posição privilegiada porque está próximo do cidadão” (OE, 2014c, p. 3).

No decurso do estágio, a minha intervenção como educadora neste cliente centrou-se também na readaptação da ventilação não invasiva, com melhoria significativa no padrão respiratório, na tolerância ao esforço permitindo o aumento de sequências durante os exercícios de RFR e Reeducação Funcional Motora (RFM). A reabilitação é fundamental no tratamento de pessoas com Esclerose Múltipla, pois um dos principais problemas é a diminuição da força muscular com repercussão ao nível da locomoção e das AVD (OE, 2014c).

Perante a intervenção verificou-se o progresso no processo de transição, através da presença de indicadores de processo (desenvolvimento de confiança e *coping*), porque o cliente apresentou maior autonomia na mobilização, bem como na prestação de cuidados de higiene. Os fatores negativos neste processo era o medo sobre a não realização da obra e pelo fato de estar inserido num bairro problemático ou de ser conotado negativamente pelos seus antecedentes pessoais. Os significados atribuídos a esta transição foram eliminados à medida que conseguiu desenvolver confiança nas pessoas que estavam a realizar a reconstrução. Este cliente experienciou uma transição múltipla, ou seja, situacional e organizacional. Em relação à situacional está relacionada com a reestruturação do sanitário, que afeta a realização de atividades de vida diárias (AVD) e a organizacional refere-se à



aceitação do parecer face ao início da obra. Nas idas ao domicílio verifiquei que tanto neste local como noutros, a prática do enfermeiro de reabilitação é respeitada pelo cliente, familiares e pessoas do bairro, que nos reconheciam e que nos avaliavam como pessoas do bem e não como intrusos.

Nesta prática, a abordagem da profissão de um cliente foi uma estratégia estabelecida para promover uma maior adesão aos exercícios durante as sessões. A cliente era florista e o facto de falar de flores ou de como realizava *bouquets* era um fator positivo para estar empenhada no processo de reabilitação. Esta prestação de cuidados permitiu atingir outro objetivo traçado no plano que era realizar o levante, pois a cliente teve complicações após cirurgia cardíaca e permanecia no leito desde a vinda para o domicílio após o último internamento, que foi há sete meses. Neste caso, a estratégia selecionada foi optar por usar como estratégia o uso de fotografia como uma forma de ver como ficava em pé e de se consciencializar das suas capacidades. A autorização sobre este ato foi prévia e o resultado da minha intervenção revelou-se como o dia, em que conseguiu permanecer mais tempo em pé. Esta ação possibilitou à cliente o progresso da transição saúde-doença, com a saída do leito e ter conseguido ficar na posição ortostática com apoio do andarilho e segura por mim e pelo cuidador informal. Este comportamento demonstra o desenvolvimento de indicadores de processo (confiança e *coping*) e a partir desse momento ficou motivada para aumentar o tempo de permanência na posição ortostática, passou a tomar as refeições do pequeno-almoço e almoço sentada no leito e com o tabuleiro apoiado no andarilho.

No estágio tive a oportunidade de centrar os cuidados no cliente mas também do cuidador que transmitia as suas preocupações ou dificuldades, em que a minha presença era bem-vinda para ouvi-los e para educar na prestação de cuidados. A família continua a ser o suporte perante uma situação de doença e pode levar à rutura da homeostasia familiar, o que implica haver uma mudança, uma readaptação e reformulação da identidade, de modo a conduzir ao equilíbrio do funcionamento da família, já que por vezes os filhos ou o cônjuge assumem funções que até então eram realizadas pelos pais ou pelo marido (Menoita et al, 2012).

Uma estratégia que saliento foi a presença da bisneta durante as sessões de reabilitação porque era um fator positivo para que a cliente realizasse os exercícios e ficasse motivada/estimulada a fazer o levante. Durante as sessões os exercícios

de fortalecimento dos membros superiores e inferiores era feito com o uso de uma bola entre a bisneta e a cliente. A presença da bisneta foi um fator que possibilitou o desenvolvimento do processo de transição da bisavó, através da reformulação da identidade e de comportamentos de mestria, que decorreram ao conseguir ficar sentada à beira do leito e tomar as refeições nessa posição bem como brincar com a neta e trocar gestos de carinho. Neste sentido, “para que haja continuidade dos cuidados no domicílio é necessário estabelecer uma parceria com a família, estabelecendo-se um contrato, baseada numa relação de confiança com esta, de modo a obter o seu empenho e participação nos cuidados” (Menoita et al, 2012, p.37).

Neste campo de estágio fui responsável por introduzir na UCC, um produto que previne a formação de úlceras de pressão e transmiti a informação relevante tanto aos elementos da ECCI como também aos cuidadores. Além disso, foram reunidos meios para que o delegado farmacêutico disponibilizasse algumas amostras que foram distribuídas de acordo com as possibilidades económicas dos clientes. Face à minha intervenção, tanto os meus pares como o cliente e os familiares verbalizavam o sucesso do produto e evidenciavam a importância da transmissão dos meus conhecimentos acerca de novas estratégias.

Outra forma de colaborar como educador na comunidade foi a apresentação e demonstração de uma sessão sobre o exercício físico, intitulada como “Envelhecer Ativamente”. Após a formação, os clientes idosos demonstraram estar empenhados e revelaram que era importante realizar essas formações, pois queriam trazer os seus pares para participarem nas sessões e alguns verbalizaram que iam transmitir o ensino feito aos cônjuges e vizinhos. Este ensino permite que as pessoas se sintam ativas e que os dias não se tornem uma eternidade, contribuindo para a promoção da saúde no desenvolvimento do processo de envelhecimento (Menoita et al, 2012).

No estágio participei nas reuniões da equipa multidisciplinar, em que a comunicação e avaliação dos casos eram fatores para promover a prestação de cuidados com qualidade e para permitir o bom funcionamento da equipa. As sessões de reabilitação apresentavam uma componente respiratória, nomeadamente reeducação costal superior, abdomino-diafragmática e costal global e seletiva e por uma componente motora que incluía um programa de mobilizações passivas, ativas

assistidas, ativas e ativas resistidas e atividades terapêuticas, como o rolar, a ponte para preparação para o levante, rotação controlada da anca, automobilizações, exercícios de equilíbrio, levante, transferências e treino de marcha com o apoio de andarilho. Neste estágio, as dificuldades estavam relacionados com o registo na plataforma da RNCC e no SAPE e foram colmatas à medida que realizei este exercício.

### **1.3. Análise do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação**

Os conhecimentos desenvolvidos no âmbito da reeducação funcional respiratória no primeiro campo de estágio transitaram para a comunidade para os clientes com patologia do foro respiratório, com tradução na qualidade da prestação de cuidados. Além disso, à medida que desenvolvi as competências específicas do ER assisti a uma mudança na forma de olhar para os cuidados e na avaliação do cliente, tendo em conta a essência do cuidar e a promoção da mestria.

O estágio é uma componente na formação do estudante que permite colocar em prática as aprendizagens adquiridas no decurso da formação académica e também provenientes da sua experiência profissional e pessoal. Ao longo deste percurso desenvolvi competências técnicas, científicas e relacionais e que permitiram prestar cuidados especializados em reabilitação bem como a reintegração da minha nova identidade. Este relatório vem dar resposta à confirmação da aquisição de competências, na medida em que o enfermeiro especialista é um perito, de acordo com a avaliação de Benner (2001) porque tem um conhecimento profundo num domínio específico de enfermagem e a sua intervenção é baseada em respostas humanas ao longo do ciclo vital e em problemas de saúde através da demonstração de um elevado julgamento crítico e tomada de decisão (OE, 2010a). Para além disso, o enfermeiro especialista atua ao nível dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários e é reconhecida a sua “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2012b, p.15).

O crescimento de competências tem por base as atividades e as estratégias desenvolvidas para atingir os objetivos previamente definidos. Para tal, a minha

prática decorreu em contexto hospitalar e na comunidade e foi fomentada nos domínios e competências comuns do enfermeiro especialista e específicos do enfermeiro especialista em reabilitação. Os domínios enunciados pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no Regulamento de Competências Comuns são:

- A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
- B- Domínio da Melhoria da Qualidade
- C- Domínio da Gestão de Cuidados
- D- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Relativamente ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, considero que desenvolvi competências, tendo por base as seguintes premissas:

- A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no campo de intervenção;
- A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os objetivos específicos (OBE) a seguir apresentados inserem-se neste domínio e as atividades e estratégias desenvolvidas para atingi-los possibilitaram o desenvolvimento das competências anteriormente descritas:

- OBE1- Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dinâmica e organização do serviço;
- OBE2- Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação centrados no cliente e na família, tendo em conta os seus valores, preferências e necessidades individuais, aplicando o processo de enfermagem como unidade científica de trabalho;
- OBE3- Gerir os cuidados prestados ao cliente/família com a equipa de enfermagem e de acordo com os recursos existentes na instituição;
- OBE4- Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas em reabilitação à pessoa submetida a Cirurgia Torácica para prevenir ou minimizar complicações;
- OBE5- Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação que capacitem o cliente/família no processo de transição;
- OBE7- Desenvolver uma prática de enfermagem de acordo com os princípios éticos e deontológicos e com um plano de ação individualizado ao cliente/família.

A prática foi sustentada por um exercício seguro, profissional, ético e a prestação de cuidados foi realizada em parceria e centrada no cliente e na família/pessoas significativas. Durante este percurso teve presente uma prática de

acordo com o Código Deontológico e a tomada de decisão tinha em conta o parecer do cliente/família bem como a participação da equipa. As minhas intervenções promoviam o respeito pelas crenças, valores, costumes e práticas dos clientes assim como a confidencialidade e a segurança da informação transmitida. Como exemplo, as informações transmitidas sobre o consumo de substâncias tóxicas e de práticas recorrentes de grupos vulneráveis.

Durante o estágio, o contributo das minhas ações bem como as atividades que desenvolvi para identificar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa e à família foram refletidas e apresentadas nos jornais de aprendizagem, no apêndice IV. É o caso apresentado sobre o cliente que o contato próximo com a família foi anulado devido a um quadro infeccioso e que conduziu à despersonalização do cliente à entrada na unidade. A minha intervenção consistiu em reconhecer as necessidades do cliente, identificar práticas de risco e adaptar medidas preventivas.

O domínio da melhoria da qualidade apresenta como competências:

- B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

O desenvolvimento destas competências ocorreu através da aquisição dos OBE1, OBE2, OBE3, OBE5 e OBE7. Na prática, o conhecimento da dinâmica, organização, normas e protocolos dos campos de estágio bem como a integração na equipa multidisciplinar contribuíram para a melhoria da prestação de cuidados, norteada por um ambiente seguro e promotor de saúde. A participação na reunião multidisciplinar foi uma forma de estabelecer um plano individualizado para o cliente/família e para permitir a obtenção de ganhos em saúde. Durante o percurso no estágio tive oportunidades excelentes que promoveram o desenvolvimento de competências, possibilitaram aperfeiçoar o estabelecimento de prioridades, concretamente no primeiro campo de estágio na execução do plano de cuidados individualizados e fundamentado em cuidados especializados em reabilitação. Para conseguir atingir estes objetivos senti necessidade de recorrer a recursos humanos (Enfermeiras orientadoras, equipa multidisciplinar e Tutora da ESEL) e recursos materiais disponíveis no estágio assim como a pesquisa em bases de dados como

forma de manter os conhecimentos atualizados. Assim, foi com base na evidência que pude melhorar os resultados das minhas intervenções, prestando cuidados com qualidade.

Durante a prática tive o cuidado de envolver a família e sempre foram tidos como parceiros do cuidar para dar continuidade à satisfação das necessidades do cliente. A educação do cliente e família é uma ferramenta essencial para evitar comportamentos de risco, assegurar medidas de prevenção e promover a adesão à saúde. Como exemplo, o ensino realizado sobre a prevenção das úlceras de pressão, como o uso da aplicação de almofadas para a proteção das proeminências ósseas, o uso de ácidos gordos hiperoxigenados disponibilizados por uma entidade farmacêutica, o uso de colchão de alívio de pressão assim como o cumprimento de uma alimentação e hidratação adequada às necessidades do cliente. Em relação ao risco de queda, o ensino incidia sobre o uso de grades quando o cliente permanecia no leito ou do uso de uma faixa no tórax para evitar a queda da cadeira de rodas. A formação dada a um grupo de idosos sobre a importância do exercício para se manterem ativos foi uma estratégia para promover a adesão à saúde e a segurança durante a realização das atividades de vida diárias. Ainda neste contexto, o ensino sobre os posicionamentos do cliente e os princípios da mecânica corporal a cumprir pelos cuidadores foi também uma estratégia para adquirir competências deste domínio.

As atividades executadas para consecução dos OBE3, OBE4, OBE5 e OBE7 contribuíram para a obtenção das competências incluídas no Domínio da Gestão de Cuidados:

- C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- C2- Adapta liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados.

No estágio participei na tomada de decisão junto da equipa multidisciplinar durante as reuniões de apresentação e avaliação de cada cliente. As reuniões tinham como objetivo reunir recursos ou estabelecer contacto com instituições/organizações, de modo a satisfazer as necessidades do cliente e promover a sua recuperação. Neste caso elaborei cartas de transferência para o departamento de reabilitação para que o cliente continuasse o plano de reabilitação

ou no caso de necessitar de sessões de RFR antes da cirurgia durante 3 a 4 semanas de forma a otimizar a componente respiratória. A passagem de ocorrências de enfermagem permitiu dar continuidade ao plano de cuidados através da transmissão de informações pertinentes aos pares para promover a realização de boas práticas. Além disso, a passagem do plano às fisioterapeutas no primeiro campo de estágio permitiu, que o cliente durante o fim de semana continuasse a desenvolver as suas capacidades, e que a sua evolução clínica fosse positiva. No estágio da comunidade apliquei estratégias para a prevenção das úlceras de pressão com a gestão de camas articuladas e de colchões de alívio de pressão.

No domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, as competências desenvolvidas de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) foram as seguintes descritas:

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

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

As aprendizagens realizadas para concretizar os OBE1, OBE3, OBE4, OBE5 e OBE6 (Maximizar a funcionalidade do cliente em relação à capacidade respiratória, tolerância ao esforço e na realização das atividades de vida diárias) permitiram desenvolver competências deste domínio. Na prestação de cuidados identifiquei as necessidades do cliente/família e procurei dar resposta para satisfazê-las. Como exemplo da prática, os conflitos entre um casal em que o marido estimulava a esposa para realizar os exercícios e o levante, mas a cliente percecionava como uma forma de lhe estar a prestar maus tratos porque estava frio e só promovia a ocorrência de doenças como a gripe. Perante esta situação expliquei à cliente a importância de fazer o exercício, da redução de complicações ao realizar o levante e da possibilidade de regressar à rua para conviver com os vizinhos ou passear com o marido. Nesta minha intervenção tive de ser assertiva com a senhora e alegar que tinha de haver uma relação de respeito e evitar a ocorrência de conflitos entre ambos. A minha ação foi eficaz e verificou-se a aproximação do casal e o companheirismo entre ambos.

Os jornais de aprendizagem constituíram uma forma de refletir sobre a minha prática de cuidados, nos quais refletem a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para o cliente. Um dos casos apresentados foi

sobre o consumo de substâncias tóxicas num cliente com Esclerose Múltipla e face à minha falta de conhecimentos nesta área tive necessidade de procurar na evidência a relação entre estas duas vertentes para dar uma resposta assertiva e evitar comportamentos que coloquem em risco a vida do cliente.

Uma estratégia que desenvolvi ao longo do estágio foi a formação, que no primeiro estágio incide sobre o ensino perioperatório, porque o cliente ao ser detentor de conhecimentos sólidos sobre os exercícios permite que no pós-operatório consiga executá-los corretamente e minimize o aparecimento de CPP. Assim, a compreensão da educação do cliente é uma componente integral de cuidados para a pessoa submetida a cirurgia e deve ser transmitida por todos os elementos da equipa multidisciplinar ao longo do internamento (Engelke & Pravikoff, 2014).

Nas sessões de RFR reconheci oportunidades de aprendizagem ao realizar a admissão do cliente na unidade e na educação do cliente, tendo como futura enfermeira especializada em reabilitação a responsabilidade de prestar cuidados de qualidade. A instrução dos exercícios às pessoas deve ser realizada num ambiente de apoio e seguro, utilizando uma abordagem sistemática para avaliar, planear, implementar e avaliar o ensino realizado ao cliente (Engelke & Pravikoff, 2014).

Na prática, disponibilizei conhecimentos desenvolvidos ao longo da experiência profissional, como é o exemplo da implementação de um novo produto para a prevenção de úlceras de pressão, bem como facultei artigos e livros recentes com a equipa, de modo a promover a partilha de saberes e a discussão das temáticas entre os elementos. Além disso, identifiquei como necessidade na comunidade a realização de uma formação sobre o exercício para promover ganhos em saúde através da manutenção das capacidades das pessoas para realizarem as atividades de vida diárias e evitarem o isolamento através das caminhadas com os parceiros ou pessoas significativas.

O perfil do ER integra as seguintes competências específicas aprovadas pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, em 2010:

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

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



J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A concretização dos OBE2, OBE4, OBE5, OBE6 e OBE7 proporcionou a progressão das competências específicas acima referidas. Nos campos de estágio tive situações de aprendizagem que identifiquei alterações da funcionalidade cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva e de eliminação.

A estratégia apresentada foi observar a intervenção da Enfermeira orientadora e debater em conjunto os fatores e o potencial de reabilitação de cada pessoa no desempenho das atividades de vida diárias. As necessidades dos clientes eram identificadas no acolhimento, quer em contexto hospitalar, quer na comunidade, e este é um momento crucial para conhecer a pessoa/família ou pessoa significativa e possibilita a transmissão de informações relevantes para dar início ao processo de enfermagem (OE, 2012d). O processo é um método orientador da prática que tem por objetivo satisfazer as necessidades dos clientes, promover a saúde, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional e prevenir as complicações (OE, 2012d). Neste sentido, os dados disponíveis pelo cliente permitem identificar as necessidades de dependência bem como a forma como realiza as suas atividades de vida diárias.

Após esta etapa, identifiquei os cuidados necessários para permitir a autonomia ou limitar as complicações através da execução de planos de cuidados (Apêndice III). O exemplo da prática de cuidados foi do cliente com ausência de visão que identifiquei os fatores que podiam comprometer a realização das AVD, bem como comportamentos de risco, como as quedas. A estratégia apresentada nos primeiros dias após a cirurgia, enquanto teve drenos, foi acompanhá-lo ao banho assistido e orientá-lo para a localização de suportes de apoio nas paredes, dos produtos de higiene e da extensão do chuveiro, bem como a orientação das torneiras de água fria e quente. Para além disso tive a possibilidade de realizar o ensino sobre os cuidados a ter com os drenos e as possíveis complicações no caso de exteriorização. Durante as sessões de RFR tive disponível material de apoio como o espirómetro de incentivo, que através do ensino e supervisão deste dispositivo contribuiu para a evolução do processo de reabilitação, com tradução na melhoria da qualidade de vida do cliente. Durante o estágio, o ensino do levantar e do deitar do cliente com e sem drenos torácicos de forma autónoma, mas com o

auxílio do “burro”<sup>19</sup> é um exemplo para favorecer a sua autonomia. Os resultados da RFR facultaram o processo adaptativo e de transição saúde-doença e atingir a autonomia nas atividades de vida diárias. Para dar continuidade ao programa de reabilitação, e para que a pessoa possa ter mais ganhos em saúde, foi referenciada por mim, após o parecer da Enfermeira orientadora, para o Departamento de Medicina Física e Reabilitação através da carta de transferência.

Na prestação de cuidados a um cliente já com limitações secundárias de uma patologia, identifiquei que havia barreiras arquitetônicas no domicílio do cliente e que era necessário providenciar obras. Para tal, com a ajuda da Enfermeira orientadora e restante equipa, proporcionou-se o contato com as entidades necessárias para que o cliente usufrísse de maior autonomia, com a reestruturação do sanitário e pudesse satisfazer as necessidades das atividades de vida diárias (higiene). As alterações realizadas permitiram que se conseguisse deslocar sozinho em cadeira de rodas até ao sanitário, bem como a todas as outras divisões da casa. Neste processo foi feito o ensino ao cliente sobre os cuidados a ter para evitar as quedas e ao cuidador sobre os cuidados a ter, nomeadamente na aproximação do material para os cuidados de higiene. O uso de escalas durante a avaliação permite demonstrar a evolução da pessoa ao longo do programa de RFR e/ou de RFM e nestes campos de estágio recorri ao uso de escalas como a escala da Dor, escala de Borg da Dispneia, escala de Coma de Glasgow, escala da Medida de Independência Funcional, escala de Lower, escala de Morse e escala de Ashworth.

Esta parte do relatório destaca as aprendizagens, limitações e o crescimento de competências comuns e específicas do ER, destacando a intervenção do enfermeiro tanto em ambiente hospitalar como comunitário. Face ao meu desempenho durante o estágio, apresento em apêndice VI a minha autoavaliação em cada campo de estágio assim como a avaliação elaborada pelas Enfermeiras orientadoras (Anexo IV).

---

<sup>19</sup> “Burro”- Dispositivo criado por enfermeiros, que consiste numa trança feita com ligaduras, que é colocado aos pés da cama e que permite fazer o movimento de tração entre o cliente e a cama (Definição da autora).

## 2. AVALIAÇÃO

Este percurso académico foi norteado segundo a Teoria das Transições, pois este caminho foi uma mudança súbita nesta fase da minha vida pessoal e profissional, contemplada por fatores negativos e positivos, influenciada por condições pessoais que contribuíram para chegar à redação do relatório e ao fim do curso, constituindo assim uma transição saudável.

Os pontos fortes referem-se ao aumento de conhecimentos sobre a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, bem como a intervenção do ER. Esta prática de cuidados foi sustentada por momentos de reflexão, no sentido de avaliar as minhas intervenções, cuja ação está associada ao cuidar da pessoa de acordo com a sua situação singular através do uso de competências profissionais (Hesbeen, 2004). A interação com as enfermeiras orientadoras e os pares nos respetivos locais de estágio, facilitou a reunião de experiências e oportunidades para a construção do meu perfil como futura enfermeira especializada em reabilitação e para ultrapassar as dificuldades sentidas durante o estágio. Nestes campos de estágio, realço a conduta de cada formador como perita porque fornece “um quadro conceptual e informações teóricas próprias para fazer progredir o processo de mudança ou facilitar a compreensão dos fenómenos em curso” (Hesbeen, 2004, p.163).

Os fatores negativos referem-se às dificuldades sentidas na gestão dos turnos, devido ao défice de pessoal, e cuja sobrecarga horária impediu por vezes o desenvolvimento de trabalhos durante o estágio e a elaboração deste relatório. A falta de atenção disponibilizada às pessoas significativas/família foi um motivo que despoletou sentimentos de angústia, tristeza e ansiedade. O tempo e a concentração sobre este trabalho produziram alterações nas minhas rotinas, nomeadamente, hábitos alimentares irregulares, diminuição das horas de sono e repouso.

Uma das limitações encontradas no estágio realizado na unidade de Cirurgia Torácica foi a falta de conhecimento e experiência em visualizar e identificar alterações nas imagens radiológicas, bem como na técnica da auscultação pulmonar. Inicialmente a minha visão era reducionista, ou seja, a minha preocupação incidia sobre a execução correta das técnicas, mas à medida que

desenvolvi competências permitiu ter uma nova forma de olhar para a reabilitação. A planificação do plano de ação durante as sessões de RFR foi uma das dificuldades sentidas, mas o estudo e o desenvolvimento de segurança nas minhas ações, permitiram ultrapassar estes fatores negativos.

A especificidade do horário do primeiro campo de estágio, na fase inicial constituía um fator negativo, mas que ao longo da prática transitou para os fatores positivos, pois o fato de ter uma prática de 5 dias seguidos por semana permitiu acompanhar o cliente desde o momento da admissão na unidade até à alta. Com base nisso, a aprendizagem foi enriquecida e foi uma condição que facilitou a implementação do meu projeto, atingir os objetivos previamente definidos e desenvolver capacidades e competências inerentes ao ER. Neste sentido, aprender a gerir o tempo para realizar atividades que tinha dependentes, quer a nível escolar, quer profissional e pessoal, tornou-se um ponto positivo.

A seleção de campo de estágio da comunidade nesta área de Lisboa promoveu a vivência de experiências e o contato com realidades desconhecidas bem como prestar cuidados a pessoas, inseridas em grupos vulneráveis. A prestação de cuidados foi de encontro à satisfação das necessidades, com respeito da individualidade e sem estereotipar a pessoa em termos de características do grupo vulnerável a que pertence. Neste sentido, trabalhar com grupos vulneráveis é produtivo porque os padrões epidemiológicos podem ser identificados e algumas intervenções desenvolvidas podem condicionar uma prestação de cuidados com qualidade não só a uma pessoa mas também abranger os outros elementos do grupo (Chesnay & Anderson, 2008). No estágio da comunidade não encontrei nenhum cliente submetido a Cirurgia Torácica, contudo a concretização dos objetivos foi atingida porque direcionei a minha prática para pessoas que apresentavam capacidade respiratória comprometida e que experienciavam processos de transição.

No decorrer das 17 semanas de estágio, a Teoria das Transições serviu de suporte para a minha prática diária e os conceitos transição e vulnerabilidade, que estão intimamente ligados estiveram presentes para o reconhecimento de dimensões subjacentes ao cliente e família, para prepará-los para o processo de transição. Assim, ao identificar o tipo de transição e a vulnerabilidade implícita permitiu reunir recursos e planejar as ações, já que as interações e os

condicionalismos do ambiente onde estão inseridos podem expô-los a potenciais riscos, que podem conduzir a processos de *coping* longos e tornarem-se incapazes para solucionar favoravelmente a transição (Meleis et al, 2000).

Durante o estágio, a minha estratégia principal para desenvolver a aprendizagem foi realizar pesquisas constantes, de modo a enriquecer e esclarecer as informações relativas a determinadas temáticas e, para dar resposta às necessidades dos clientes durante a realização das atividades de vida diárias. Outra estratégia chave foi a relação empática que estabeleci com os clientes e família/pessoa significativa, bem como uma prestação de cuidados centrada nestes elementos, que condicionaram a motivação no processo de reabilitação. O ensino à pessoa e à família através do ensino e treino de técnicas e dispositivos proporcionaram a prevenção de complicações, a promoção da saúde e em alguns casos progredir no processo de transição, que estavam a experienciar durante o programa de reabilitação.

As atividades realizadas ao longo do estágio favoreceram o desenvolvimento de competências, ao nível de trabalho de equipa interdisciplinar e multidisciplinar, através da minha participação na tomada de decisão, tendo em conta o parecer dos outros profissionais e da minha iniciativa/disponibilidade para participar nas atividades. Outras capacidades foram sedimentadas ao nível da relação terapêutica com os clientes e família e baseada no respeito pelos seus valores, normas, cultura e crenças. A capacidade de comunicar embora seja uma ferramenta inerente à minha personalidade, foi desenvolvida neste processo de aprendizagem, sendo a escuta uma atividade presente ao longo do estágio. A formação que realizei foi uma forma de promover ganhos em saúde na comunidade e permitiu desenvolver a capacidade de planificação e gestão das atividades decorrentes do campo de estágio. O uso da CIPE foi uma mais-valia para adquirir conhecimentos nesta valência e explicar os diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação nos planos de cuidados, bem como dar continuidade aos cuidados, tendo em conta as capacidades e limitações do cliente. No primeiro estágio, compreendi a importância da RFR no perioperatório e os benefícios que advém no pós-operatório para prevenir ou limitar as CPP. Além disso, a preparação para a alta é um momento essencial para demonstrar as aprendizagens desenvolvidas e para avaliar os resultados das minhas intervenções. Nesta fase, o ensino individualizado aos

clientes com necessidades de cuidados de reabilitação, no período inicial, após a alta hospitalar, permite que esta pessoa adquira informações relevantes e que compreenda melhor a continuidade do programa de reabilitação. Os conhecimentos apreendidos são relativos à reabilitação física, à gestão dos problemas financeiros e laborais, ao apoio psicológico/espiritual, à procura de cuidados hospitalares, à troca de experiências com pessoas com diagnóstico semelhante e à adequação do estilo de vida (Missel, Schønau & Pedersen, 2015).

No estágio, o desenvolvimento da capacidade reflexiva e analítica durante a execução das atividades permitiram identificar as minhas dificuldades e procurar estratégias para ultrapassá-las, no sentido de promover a mudança neste processo de aprendizagem e atingir a melhoria do meu desempenho e a reformulação da minha identidade através do desenvolvimento pessoal e profissional.

Com o término do estágio, as respostas dos clientes continuaram através do contato telefónico para desejar as boas festas no Natal, para agradecer as minhas intervenções na otimização do processo de reabilitação e quando visitei a unidade houve o meu reconhecimento por parte dois clientes internados, sendo a minha presença perspetivada com alegria. Em relação à comunidade também verifico a presença da procura de informações acerca de mim através de questões feitas à Enfermeira orientadora.

O desenvolvimento deste trabalho, no âmbito da intervenção do ER ao cliente submetido a Cirurgia Torácica proporcionou a melhoria da minha prestação de cuidados e dar mais ganhos em saúde ao cliente e família, visto ter como substrato uma experiência de dez anos como enfermeira de cuidados gerais ao cliente submetidos a intervenções do foro desta especialidade cirúrgica. No início do estágio vivenciei um processo de readaptação como estudante, que segundo os níveis de Benner (2001) a minha prestação de cuidados na prática diária enquadrar-se ao nível de perita e daí ser o segundo elemento da minha equipa, enquanto estudante da especialidade em enfermagem de reabilitação o meu nível era de iniciada.

A implementação de programas de RFR ao cliente submetido a Cirurgia Torácica permitiu ter conhecimentos e ir de encontro a necessidades que anteriormente não tinha a habilidade de identificar. Esta aprendizagem condicionou a troca de saberes e experiências semelhante às do meu serviço mas com algumas

abordagens diferentes. O ensino perioperatório é um elemento chave para prevenir e limitar o aparecimento de CPP e estas informações foram divulgadas aos meus pares. Esta comunicação visa otimizar o potencial do cliente, promover a sua recuperação e o retorno rápido ao domicílio com qualidade de vida, na medida em que após a cirurgia pulmonar, o futuro do cliente é incerto, pois pode levar à redução da qualidade de vida, aumento da ansiedade e depressão (Missel, Schønau e Pedersen, 2015). Para além disso, os mesmos autores referem que o cliente pode apresentar problemas físicos, incluindo dor, dispneia, nível funcional reduzido, anorexia e fadiga. Estes fatores acima descritos podem condicionar a transição do hospital para a sua reintegração na sua vida diária.

Este meu saber proporcionou novas perspetivas de solucionar problemas das pessoas e famílias, que passam por fases de mudança na sua vida, e o desenvolvimento das competências inerentes ao ER, faz de mim um elemento de mudança e com um conhecimento alargado nesta área, bem como ser educador dos outros enfermeiros que partilham comigo as experiências e situações diárias.

Relativamente a sugestões, o resultado deste trabalho vai condicionar a construção de um plano de ação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica para ser implementado no serviço e no qual constam programas de reabilitação e que incluem a admissão do cliente para identificar as necessidades do próprio e da família ou pessoas significativas, o ensino perioperatório, as sessões de RFR, a preparação para a alta e o encaminhamento para departamentos onde possam dar continuidade ao plano de cuidados. Outra sugestão e que presentemente é uma lacuna no serviço onde exerço funções consiste na elaboração de folhetos com cuidados especializados em reabilitação a este cliente, que serão entregues no momento da admissão e da alta, tendo em conta a intervenção cirúrgica.

### **3. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS**

A unidade de Cirurgia Torácica foi o local de eleição para implementar este projeto e as experiências com as pessoas alvo contribuíram para dinamizar a minha prática de cuidados especializados em reabilitação, nos quais dou ênfase à avaliação inicial como estratégia fundamental para o conhecimento do cliente/família e para estimular a sua participação no processo de reabilitação. A família é a primeira unidade social e instituição onde a pessoa se insere e que contribui para o desenvolvimento, socialização e formação da sua personalidade. (Pereira & Santos, 2008). De acordo com estes autores, o enfermeiro deve centrar os cuidados na pessoa e na família, pois esta é sujeita à sobrecarga de cuidados e por vezes atinge o limite das suas capacidades físicas, económicas e emocionais Assim, o “suporte social da família e dos prestadores de cuidados, atualmente são o foco de intervenção do enfermeiro de reabilitação” (OE, 2014a, p.1).

Os benefícios da reabilitação perioperatória ao cliente submetido a Cirurgia Torácica, disponíveis pela evidência, apresenta algumas controvérsias, mas na experiência que tive verifiquei a presença desses mesmos ganhos no que diz respeito à prevenção de CPP, à otimização da capacidade respiratória através da melhoria da eficácia das trocas gasosas e da expansão pulmonar. O ensino perioperatório é uma estratégia que usei durante a prática e que compreende a aprendizagem dos exercícios que deve desenvolver no pós-operatório e o plano de cuidados individualizado, cuja informação deve ser partilhada com uma linguagem compreensível e de acordo com a cultura do cliente e família (Engelke & Pradikoff, 2014). A intervenção do ER durante as sessões de RFR permitiu melhorar significativamente a qualidade de vida e a capacidade para realizar as atividades de vida diárias (Liu, 2013). Neste sentido, o ensino, instrução e treino do cliente e da família /pessoas significativas promovem o autocuidado do cliente e a continuidade dos cuidados (OE, 2011b).

Na procura da excelência do exercício, o ER procura identificar as necessidades do cliente através da avaliação inicial para promover a satisfação, desenvolver planos e programas para promover a saúde, enunciar riscos para prevenir complicações, que comprometam a funcionalidade, limitem a atividade e provoquem incapacidade (OE, 2011b). Na prática e de acordo com os enunciados da qualidade de cuidados emitidos pela OE (2011b), este profissional de saúde



assume-se como modelo de referência na gestão da cuidados de enfermagem, maximiza o bem-estar, concebe estratégias para o autocuidado nas atividades de vida diárias, promove a readaptação funcional da pessoa ao concentrar recursos e melhorar as capacidades funcionais da pessoa, proporciona a reintegração e participação do cliente na sociedade, estabelece estratégias para incluir o cliente/família na comunidade.

Este trabalho versa a intervenção do ER no cliente submetido a Cirurgia Torácica explanada ao longo desta redação, assim como a prática reflexiva sobre as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos delineados no projeto e atingidos durante o estágio, e sobre as competências inerentes ao ER para qualificar a minha prática de cuidados. A dinâmica da unidade onde decorreu o estágio foi promotora da aprendizagem do estudante e a equipa multidisciplinar atua de acordo com conceitos descritos neste relatório. Para refletir sobre a prática diária recorri ao ciclo de Gibbs, ferramenta que condicionou o aumento da minha capacidade de reflexão e que ajudou a ultrapassar dificuldades, limitações e contribuiu para a melhoria da prestação de cuidados fundamentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. A análise dos resultados da intervenção do ER permite o desenvolvimento profissional especializado e contribui para dinamizar a qualidade de cuidados que é essencial para a tomada de decisão durante a prática clínica (OE, 2011b). Este percurso foi norteado por um processo de transição em que na fase final há uma reformulação da identidade e a mestria surge como o meu desenvolvimento de novos comportamentos e habilidades (Meleis et al, 2000).

A procura de evidência pela temática produziu conhecimentos científicos e respostas para compreender a necessidade da prática de enfermagem de reabilitação, a prestação de cuidados centrada no cliente e na família, a elaboração de estratégias que proporcionem qualidade de vida e que facilitem a ocorrência de uma transição saudável. A reabilitação visa potenciar a recuperação e reintegração da pessoa através da diminuição da deficiência, da incapacidade e da desvantagem (Lima & Almeida, 2014), e neste sentido, a intervenção do ER na comunidade é essencial para promover e garantir que o regresso a casa ocorra com sucesso. O ER no contexto comunitário poderá ter um “papel determinante na formação, nas empresas e em organizações públicas” (APER, 2010, p. 2). Assim, os

conhecimentos desenvolvidos nesta área de atuação possibilitaram que na minha prática, os clientes pudessem usufruir da continuidade de cuidados especializados nesta área, bem como recorrer a recursos presentes na sociedade.

Com este relatório pretendo futuramente definir um plano de ação individualizado ao cliente, tendo em conta as suas necessidades pessoais e da família, coordenar os cuidados com outras instituições ou serviços bem como a realização de um estudo sobre a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica, para posteriormente apresentar no congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiotorácica e Vasculár. Face à evidência obtida pretendo justificar a importância da presença e intervenção de um enfermeiro especialista em reabilitação num serviço de Cardiotorácica. Neste sentido, direcionei o meu projeto de aprendizagem para um serviço de Cirurgia Torácica, de modo a desenvolver aprendizagens que possam ser uma mais-valia para o meu serviço e para os meus pares. Após a passagem pela prática identifico o reconhecimento da equipa em relação aos meus conhecimentos sobre a RFR.

A fase da conclusão do relatório torna-se um desafio, compreendido com sentimentos de alegria, de satisfação pessoal e de dever cumprido por ter atingido este momento, que outrora parecia um percurso inatingível e doloroso. Nesta fase sinto-me completa, com um olhar diferente e com instrumentos que permitem ter uma abordagem global nas diferentes situações que o cliente experiencia ao longo do seu ciclo vital. Esta nova fase da minha prática enquadra-se no perfil das competências do enfermeiro especialista, em que torna visível que as competências especializadas provêm do aprofundamento dos domínios das competências dos enfermeiros de cuidados gerais. O enfermeiro desde iniciado a perito deve respeitar os valores e crenças dos clientes, o direito à informação e privacidade e confidencialidade, tendo em conta o Código Deontológico, Ético e Jurídico (OE, 2011b). Com base na minha experiência concluo que na intervenção do ER ao cliente submetido a Cirurgia Torácica, a pessoa apenas não pode esquecer que “You are where you need to be. Just breathe” (Benzo, 2013, p. 44).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS). (2014). Relatório síntese da atividade cirúrgica programada- 1º semestre de 2014. Acedido a 13/04/2015. Disponível em:  
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2014.11.26-Apresentacao-Resultados-1º-Semestre.pdf>
- Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS). (2014). Relatório síntese de cirurgia programada- Ano 2013. Acedido a 7/07/2014. Disponível em:  
[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/UCGIC%20TL%2020140604%20RelSi nt\\_Ativ\\_Cir\\_2013%20VE6.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/UCGIC%20TL%2020140604%20RelSi nt_Ativ_Cir_2013%20VE6.pdf)
- American Thoracic Society. (2013). Pulmonary Rehabilitation. *Patient Education Series*, 188, 5-6. Acedido a 16/06/2014. Disponível em: [www.thoracic.org](http://www.thoracic.org)
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER). (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Acedido a 16/04/2015. Disponível em:  
[http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/PNS2011\\_2016.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf)
- Beddoe, A. E., Engelke, Z., & Pravikoff, D. (2014). Patient Education: Incentive Spirometry at the Bedside. *Nursing Practice and Skill*. Acedido a 10/04/2015 de Nursing Reference Center. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=e93e67ae-61c5-4732-9b14-5e153d3ed69a%40sessionmgr113&vid=5&hid=123>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica da enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benzo, R., Wigle, D., & Deschamps, C. (2011). Preoperative Pulmonary Rehabilitation before Lung Cancer Resection: Results from two Randomized Studies. *National Institutes of Health*, 74, 441– 445.  
**DOI:**10.1016/j.lungcan.2011.05.011.

- Benzo, R. (2013). Rehabilitation and Lung Cancer Resection. In *American Association for Thoracic Surgery Annual Meeting*, 4-8 Maio 2013. USA.
- Bobbio, A. Chetta, A., & Olivieri, D. (2009). Exercise capacity assessment in patients undergoing lung resection. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 35, 419-422. **DOI:** 10.1016/j.ejcts.
- Branco, P.S., Barata, S., & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação- Reabilitação respiratória*. Porto: Medesign - Edições e Design de Comunicação, Lda.
- Branson, R. D. (2013). The Scientific Basis for Postoperative Respiratory Care. *Respiratory Care*, 58, 1974-1984. **DOI:**10.4187/respcare.02832.
- Caple, C., & Pravikoff, D. (2014). Care Plans: Preparing. *Nursing Practice and Skill*. Acedido a 26/11/2014 de Nursing Reference Center. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=25&sid=d863055a-c523-4aa5-bf22-600b38c27d1f%40sessionmgr4003&hid=4214&bdata=JnNpdGU9bnJlWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T706479>
- Chesnay, M., & Anderson, B. A. (2008). *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. (2<sup>nd</sup> ed.). USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Chwistek M. (2014). Thoracotomy. *Patient Education*. Acedido a 07/07/2014 de Nursing Reference Center. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?sid=d917bd48-201f-4798-8f09-a12648f851dc%40sessionmgr113&vid=7&hid=121&bdata=JnNpdGU9bnJlWxpdmU%3d#db=nrc&AN=2009534458>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (3<sup>a</sup> ed). Lisboa: Lidel.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). Ambientes favoráveis à prática. Condições de trabalho = Cuidados de qualidade. In *Dia Internacional do Enfermeiro*. Lisboa. 12 Maio 2007.

Conselho Internacional de Enfermagem. (2011). Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão beta 2. Acedido a 16/04/2015. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Crandall, K., Maguire, R., & Kearney, N. (2014). Exercise intervention for patients surgically treated for Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): a systematic review. *Surgical Oncology*, 23, 17-30. **DOI:** 10.1016/j.suronc.2014.01.001

Crum, B.S.G. (2008). Cirurgia Torácica. In J.C. Rothrock, D.R. McEwen. *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (pp. 1233-1252). Loures: Lusodidacta.

Cruz, S. S. S. M. S. (2008). A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de Enfermagem Avançada. *Servir*, 56, 200-206.

Divisi, D., Francesco, C. D., Leonardo, G. D., & Crisci, R. (2013). Preoperative pulmonary rehabilitation in patients with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 43, 293-296. **DOI:** 10.1093/ejcts/ezs257.

Engelke, Z., & Pravikoff, D. (2014). Patient Education: Preparing the patient for lung transplantation. *Nursing Practice and Skill*. Acedido a 12/03/2015 de Nursing Reference Center. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=20&sid=8d3896c8-4d91-43b7-a9f7-9e9fdc948f76%40sessionmgr113&hid=124>

Escrivá, J.B. (1939). *Caminho. Obras do fundador do Opus Dei (1902-1975)*.

Acedido a 29/03/2015. Disponível em:

<http://pt.escrivaworks.org/book/caminho-ponto-823.htm>

Gândara, M. (2004). Valores universais da prática da Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros- V Seminário de ética de Enfermagem*,15, 24-15.

Godinho, T. (2014). Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente. Acedido a 16/6/2014. Disponível em:

<http://www.hsm.min->

[saude.pt/contents/pdfs/destaques/PROF.DRA.%20TERESA%20GODINHO.pdf](http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/destaques/PROF.DRA.%20TERESA%20GODINHO.pdf)

Güell, M. R., Cejudo, P., Rodríguez-Trigo, G., Gàldiz, J. B., Casolive, V., Regueiro, M., & Cataluña, J. (2012). Estándares de calidad asistencial en rehabilitación respiratória en pacientes com enfermedad pulmonar crónica. *Archivos de Bronconeumologia*, 48, 396-404. **DOI:** 10.1016/j.arbres.2012.05.009.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.

Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient Centered Care - A Conceptual Model and Review of the State of the Art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4, 15-25. **DOI:**1874-9240/11.

Jaffe, S.E., Caple, C., & Pravikoff, D. (2014). Postoperative complications: Pulmonary- Prevention, Interventions and Management. *Nursing Practice and Skill*. Acedido a 12/03/2015 de Nursing Reference Center.

Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=13&sid=d917bd48-201f-4798-8f09-a12648f851dc%40sessionmgr113&hid=121&bdata=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T705781>

Jaffe, S., & Pravikoff, D. (2014). Postoperative Complications: Pulmonary- Prevention, Interventions and Management. *Skill Competency Checklist*. Acedido a 10/04/2015 de Nursing Reference Center. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=f83968f6-df73-4852-88f2-79ab496bbe1d%40sessionmgr114&vid=30&hid=106>

Januário, J. C. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Disponível em RCAAP.

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. Reino Unido. Lynne Wigen. Acedido a 17/04/2015. Disponível em:

[http://books.google.pt/books?id=FKroWQSJ7z4C&pg=PA71&hl=pt-PT&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=FKroWQSJ7z4C&pg=PA71&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)

Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos*. (5ª ed.). Brasil: Editora Manole.

Kumar, A., & Asaf, B. B. (2015). Robotic thoracic surgery: the state of the art. *Journal of Minimal Access Surgery*, 111, 60-67. **DOI:** 10.4103/0972-9941.147693

Lage, M., Magalhães, M. A., & Novais, R. (2004). Educar para o Cuidado Reflectido. *Revista Sinais Vitais*, 53, 14-18.

- Lima, A. M. N. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível no RCAAP.
- Lima, M., Almeida, R. (2014). A reabilitação como um processo global, dinâmico e contínuo. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 14/04/2015.  
Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Documents/Artigo%20Junho%2014%20%20-%20Reabilitação%20domiciliária.pdf>
- Liu, W., Pan, Y., Gao, C., Shang, Z., Ning, L., & Liu, X. (2013). Breathing exercises improve post-operative pulmonary function and quality of life in patients with lung cancer: A meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 5, 1194-1200. **DOI:**10.3892/etm.2013.926
- Makhabah, D. N., Martino F., & Ambrosio, N. (2013). Peri-operative physiotherapy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 8, 1- 6. **DOI:** 10.1186/2049-6958-8-4.
- Meleis, A., Sawyer L., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mennella, H., Schub, T., & Pravikoff, D. (2014). Case Management: the Patient with Lung Cancer. *Evidence- based Care Sheet*. Acedido a 12/03/2015 de Nursing Reference Center. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=4&sid=5934d24f-cdbd-4d5c-9e4e-4f58b9d3610f%40sessionmgr4004&hid=4206&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T708277>



- Menoita, E., Sousa, L., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Missel, M., Schønau, M., & Pedersen, P. (2015). Transition from Hospital to Daily Life: A Pilot Study. *Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing*, 40, 20-29.
- Morano, M. T., Araújo, A. S., Nascimento, F. B., Silva, G. F., Mesquita, R., Pinto, J. S. & Pereira, E. D. (2013). Preoperative Pulmonary Rehabilitation Versus Chest Physical Therapy in patients undergoing lung cancer resection: a pilot randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation-American Congress of Medicine*, 94, 53-58. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2012.08.206.
- Nagarajan, K., Bennett, A., Agostini, P., & Naidu, B. (2011). Is preoperative Physiotherapy/ pulmonar rehabilitation beneficial in lung resection patients? *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 13, 300-302. **DOI:** 10.1510/icvts.2010.264507.
- Olsén, M.F., & Anzén, H. (2012). Effects of training interventions prior to Thoracic or abdominal surgery: a systematic review. *Physical Therapy Reviews*, 2, 124-131. **DOI:** 10.1179/1743288X11Y.0000000054.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Acedido a 07/01/2015. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. ( 2009a). Código Deontológico dos Enfermeiros. Acedido em 02/05/2014. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009b). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. *Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Acedido a 14/04/2015.

Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2009c). Os Enfermeiros e o Empowerment em Saúde. Acedido a 25/04/2015. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2009d). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro. Acedido a 16/04/2015. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 12/03/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 12/03/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Acedido em 02/05/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_individualizacao\\_especialidades.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). CIPE<sup>®</sup> Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Acedido a 04/05/2015. Disponível em:  
<http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Acedido a 02/05/2015. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012c). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Acedido a 10/04/2015.  
Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2012d). Sou o seu enfermeiro. Acedido a 30/04/2015.  
Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Sou%20o%20seu%20enfermeiro,%20por%20Enf%20Marina%20Castro.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014a). A Enfermagem de Reabilitação e a Família no Processo de Reabilitação. Acedido a 16/04/2015.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/enf%20reabilita%C3%A7%C3%A3ooutubro2014%20final%20-%20C%C3%B3pia.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014b). Competências no âmbito de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação - Parecer nº12/2014. *Mesa de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 13/04/2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER\\_Parecer\\_12\\_2014\\_Competencias\\_no\\_ambito\\_dos\\_cuidados\\_especializados\\_em\\_Enfermagem\\_de\\_Reabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_12_2014_Competencias_no_ambito_dos_cuidados_especializados_em_Enfermagem_de_Reabilitacao.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2014c). Dia Mundial da Esclerose Múltipla. *Mesa de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 13/04/2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/I%20semestre%202013/A%20Esclerose%20Múltipla\\_enfermeiros.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/I%20semestre%202013/A%20Esclerose%20Múltipla_enfermeiros.pdf)

Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas doenças neuromusculares. Abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.

Pravikoff, D., Caple, C. (2014). Care Plans: Preparing. Acedido a 26/11/2014 de Nursing Reference Center. *Nursing Practice and Skill*. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=25&sid=d863055a-c523-4aa5-bf22-600b38c27d1f%40sessionmgr4003&hid=4214&bdata=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T706479>

Pereira, T., & Santos, R. (2008). Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação... Acedido a 11/04/2015. Disponível em:

<http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/302/1/Artigo%200001.pdf>

- Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação). Disponível no RCAAP.
- Pinto, E. (2011). *Independência funcional e regresso ao domicílio: variável chave para a enfermagem de reabilitação*. (Relatório final do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Restrepo, R.D., Wettstein, R., & Wittnebel, L. (2011). Incentive Spirometry:2011. *Respiratory Care*, 56 (10), 1600-1604. **DOI:** 10.4187/respcare.01471.
- Rodriguez-Larrad, A., Lascurain-Aguirrebena, I., & Seco, J. (2014). Preoperative Physiotherapy in patients undergoing lung cancer resection. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 12. 1-13. **DOI:** 10.1093/icvts/ivu126.
- Smith, N., Engelke, Z., & Pradikoff, D. (2014). Preoperative Teaching: Preparing Adults for Surgery. *Patient Education*. Acedido a 12/03/2015 de Nursing Reference Center. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=13&sid=d917bd48-201f-4798-8f09-a12648f851dc%40sessionmgr113&hid=121&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T705781>
- Sommer, M. S., Trier, K., Vibe-Petersen, J., Missel, M., Christensen, M., Larsen, K.R., & Langberg, H. (2014). Perioperative rehabilitation in operation for lung cancer (PROLUCA) - Rationale and design. *BMC Cancer*, 14, 1-10. **DOI:** 10.1186/1471-2407-14-404.
- Sousa, E. S. A. S. (2011). *A família – Atitudes do enfermeiro de Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível em RCAAP.

Theuerkauf, A. (2000). *Autocuidado e atividades da vida diária – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Tochowski, M. P., & Kozak, J. (2014). Video-assisted thoracic surgery complications. *Videosurgery and other Miniinvasive Techniques*, 9, 495-500.

**DOI:** 10.5114/wiitm.2014.44250

Weyant, M. J. (2015). The Year in Thoracic Surgery: Highlights from 2014. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 19, 24-28.

**DOI:** 10.1177/1089253215571133

World Health Organization. (2014). Health topics: Rehabilitation. Acedido em 02/05/2014. Disponível em: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

Zeng, J., & Liu, J. (2014). A study on quality of life after thoracoscopic assistant lobectomy for lung cancer. *Chinese Journal of Lung Cancer*, 17 (3), 209-214.

**DOI:** 10.3779/j.issn.1009-3419.2014.03.05.

**ANEXOS**

**Anexo I - Folha de Registos de Enfermagem de Reabilitação**



**SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA**  
**REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_/\_\_/\_\_

DATA DE ALTA: \_\_/\_\_/\_\_

CAMA: \_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO CIRURGICA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

LIMITAÇÕES AOS EXERCÍCIOS: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO		DATA																	
Vitalis	Frequência Cardíaca (ppm)	(I/F)																	
	Frequência respiratória (cpm)	(I/F)																	
	SpO <sub>2</sub> (%)	(I/F)																	
	Tensão Arterial (mmHg)	(I/F)																	
	Dor (0 a 10)	(I/F)																	
	Escala de Borg da dispneia (0 a 10)	(I/F)																	
Respiração	Simetria Torácica (Sim, Não)																		
	Torácica, Abdomino-Diafragmática, Mista, Paradoxal																		
	Amplitude (Superficial, Normal, Profunda)																		
Sintomas	Tosse (Seca, Produtiva - Eficaz, Ineficaz, Aspiradas Secreções)																		
	Secreções	Quantidade (Abundantes, Moderadas, Escassas)																	
		Consistência (Fluidas, Espessas)																	
		Caract. (Mucosas, Muco-Purulentas, Purulentas, Hemáticas, Rosadas)																	
Tiragem (Intercostal, Supraclavicular) Adejo Nasal																			
Auscultação	Murmúrio Vesicular: (Mantido, Diminuído, Ausente)	(D/E)	1/3 Sup.																
			1/3 Méd.																
			1/3 Inf.																
	Ruídos Adventícios: (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos)	(D/E)	1/3 Sup.																
			1/3 Méd.																
			1/3 Inf.																
Rad. Tórax	___/___	<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência	
	___/___	<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência	
	___/___	<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência	
	___/___	<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência		<input type="checkbox"/> Hipotransparência	

0	Ausência de dispneia	5	
0.5	Dispneia muito, muito ligeira	6	
1			Dispneia muito intensa
2	Dispneia ligeira		
3	Dispneia moderada		Dispneia muito, muito severa
4	Dispneia algo intensa		Dispneia máxima



**Anexo II - Guías Orientadores de Cuidados**

## ALTA

Será avisado da alta com alguma antecedência.

Não deverá sair sem consultar a equipa de enfermagem



Os documentos que poderá levar são:

- Ficha de Alta Médica ou equivalente
- Carta com o programa de RFR (Reeducação Funcional Respiratória)
- Carta da alta de enfermagem com guia de tratamento (incluindo orientações quanto ao penso)
- Receita de medicamentos
- Marcação da próxima consulta



*Queremos ajudá-lo a restabelecer o mais rapidamente possível.  
Para isso, precisamos da sua colaboração.  
Exponha as suas dúvidas ...*

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA

## Guia de Acolhimento

## GUIA DE ACOLHIMENTO

Neste guia de acolhimento encontrará várias informações, sucintas e úteis, que podem ajudá-lo durante o seu internamento.

1. Tem ao seu dispor uma unidade completa com armário devidamente identificado onde pode colocar os seus objectos pessoais. O refeitório e as enfermarias dispõem de televisão que pode utilizar.

2. No início do internamento e após a cirurgia é normal que seja solicitado para realização de exames fora do serviço. Não se preocupe, pois vai devidamente acompanhado.

3. Após ter sido submetido a cirurgia ficará num serviço perto do Bloco Operatório chamado UCAPO, onde lhe serão prestados os cuidados diferenciados.

4. Quando voltar ao serviço, é habitual que fique na sala de Cuidados Intermediários (nos primeiros dias após a cirurgia).

5. Quando a sua situação estiver restabelecida volta para o seu quarto inicial.



## VISITAS

O horário das visitas é o seguinte:

### ☉ Na UCAPO

Não estão previstas visitas. No entanto poderá um familiar seu vê-lo, por breves instantes entre as 17 e as 20H.

### ☉ Na Unidade de Cuidados Intermediários

15:00 - 20:00 ⇒ 1 pessoa que pode trocar

### ☉ No quarto/enfermaria

~~15:00 - 16:00 ⇒ 3 pessoas que podem trocar~~  
15:00 - 20:00 ⇒ 2 pessoas que podem trocar

Não é permitida a visita de crianças com idade inferior a 12 anos em qualquer das situações anteriores.



## ALIMENTAÇÃO

O horário das refeições é aproximadamente o seguinte:



- ☉ Peq. Almoço ⇒ 8:30
- ☉ Almoço ⇒ 13:00
- ☉ Lanche ⇒ 16:00
- ☉ Jantar ⇒ 19:00
- ☉ Ceia ⇒ 22:00

Dispõe também de um frigorífico no refeitório onde poderá guardar alguns alimentos identificados.

Se não houver indicação contrária, deverá tomar as suas refeições no refeitório juntamente com os outros utentes.

## TELEFONE

O número do telefone geral é

- ☉ Ext. 1134 - Cirurgia Torácica
- ☉ Ext. 1363 - UCAPO (dia da operação)
- ☉ Ext. 1990 - Telef. portátil (16-19 horas)



## ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

Se desejar assistência religiosa, basta solicitar.

*A missa é celebrada no seguinte horário:  
09:00 horas - De 2ª a 6ª  
16:15 horas - Sábado*

## RECOMENDAÇÕES ÚTEIS

- Evite trazer objectos de valor
- Guarde os seus pertences nos armários
- Não sobrecarregue a mesa de cabeceira
- Traga objectos de higiene pessoal, próteses, pijama e chinelos
- Traga exames e análises realizados anteriormente
- Traga lista de medicação habitual
- Às 23:00 horas inicia o período de descanso
- É proibido fumar





## O QUE FAZER SE:

### **\* Sente dor no local operado?**

Chamar o/a enfermeiro/a e através da seguinte régua revelar a intensidade da sua dor e caracterizá-la:



Irão ser tomadas medidas no sentido de aliviar a sua dor através da medicação, massagem...

### **\* Tem uma ou mais Drenagens Torácicas (D.T.)?**

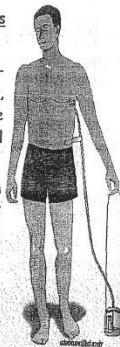
Dentro do Bloco Operatório podem colocar-lhe D.T. para que drenem todo o líquido (sangue/serosidade) e/ou ar resultante da cirurgia;

### **Cuidados a ter com os frascos de D.T.:**

\* Devem estar sempre colocados num suporte próprio, para poderem manter-se sempre na posição vertical ("em pé");

\* Devem estar sempre a um nível inferior ao tórax ("peito"), para que o líquido saia e não regresse;

**Nota:** Se estiverem conectadas (ligadas) a um aspirador, não mexa.



### **\* Tem expectoração e não consegue expelir?**

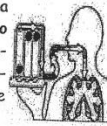
É normal apresentar expectoração e nem sempre conseguir libertá-la como desejaria. Para isso vai ter a possibilidade de:

\* Ter um fisioterapeuta diariamente consigo a fazer vários exercícios respiratórios, devendo depois de aprendidos serem realizados várias vezes ao dia;



\* Fazer vapores de soro (atmosfera húmida), inspirando pelo nariz (como se cheirasse uma flor) e expirando pela boca (como se soprasse uma vela);

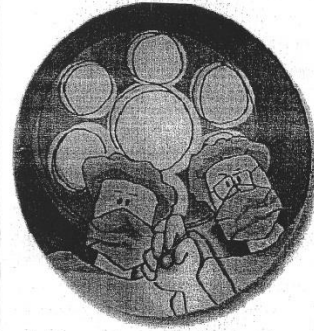
\* Poderá ainda ser necessário a ajuda de um inspirómetro (encher o pulmão de ar até elevar a bola ao cimo do inspirómetro, deixando-a o máximo de tempo possível elevada).



**DURANTE TODO ESTE PERÍODO PODERÁ CONTAR SEMPRE COM A NOSSA DISPONIBILIDADE!**

## SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA

## CUIDADOS A TER PERANTE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA



**A cirurgia traz dúvidas e medos. Este panfleto é para o informar e a nossa presença para o ajudar!**

## NA VÉSPERA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:

\* Deve cumprir jejum para a operação a partir das 24h (não pode beber nem comer);

\* Este folheto será complementado com um ensino pré-operatório pelo/a enfermeiro/a, havendo oportunidade de expor todas as suas dúvidas.

## NO DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:

Antes de ir para o Bloco Operatório:

\* Avaliam-lhe os Sinais Vitais ( temperatura, tensão arterial, pulso);

\* Fornecem-lhe 2 Mini-clisters para eliminar todas as fezes (quebra-se a patilha - nº1 - introduz-se o tubo no ânus - nº2 - aperta-se a bisnaga - nº3, retirando-a sem deixar de a apertar; fazer o 2º da mesma forma;



\* A Assistente Operacional irá proceder à tricotomia ("rapar-lhe os pêlos") da região a ser operada;

\* Deve tomar banho com um desinfetante próprio - Clorhexidina (frasco verde com líquido rosa);

\* Deve vestir apenas um pijama do hospital ( não vestir roupa interior);

\* Deve retirar prótese dentária, anéis, colares, brincos...;

\* Deve retirar maquilhagem ( verniz das unhas, ...);

\* poderá ser-lhe puncionada ("picada") uma veia para administração de medicação;

\* Se tiver varizes/ derrames nas pernas ou pés vão-lhe ser calçadas umas meias elásticas, que irão permanecer calçadas até efectuar o 1º levante após a operação (é uma forma de facilitar a circulação do sangue e evitar a formação de coágulos);

Um dos enfermeiros do serviço irá posteriormente acompanhar-lhe até ao Bloco Operatório, onde será recebido também por um enfermeiro, que o transporta até à sala onde vai ser operado;

Durante a operação estará a dormir profundamente.

## DEPOIS DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:



É transferido/a para o serviço da UCAPO (recobro) e quando regressar para o nosso serviço da Cirurgia Torácica vai ficar na Unidade de Cuidados Intermediários, para que haja uma maior vigilância por parte da equipa de enfermagem/médica.

### Não esquecer de:

\* Quando acordar movimentar as pernas (activa a circulação do sangue);

\* Respirar de forma profunda e pausada por períodos frequentes (inspire pelo nariz e expire pela boca, para facilitar a mobilização de secreções, o relaxamento, a diminuição da dor e a recuperação do pulmão);

\* Tossir sem medo, os pontos não vão abrir - faça-o contendo a ferida operatória com a mão (a tosse é muito importante na prevenção de infecções e para o pulmão voltar ao normal);



\* Mobilizar o braço do lado operado com a ajuda do outro (quanto mais cedo o mobilizar mais cedo deixa de doer);

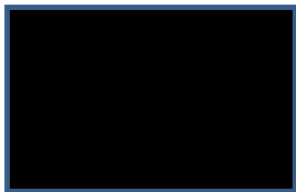
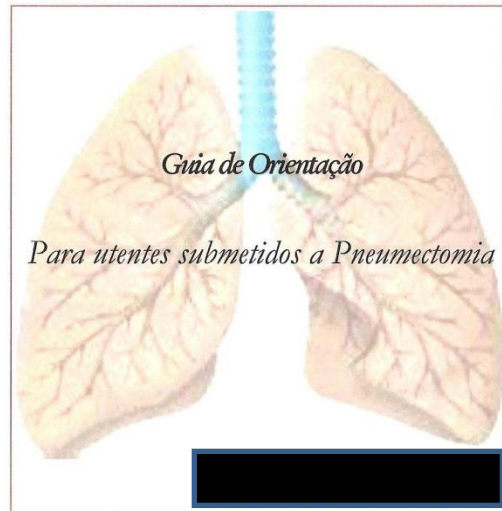


\* No dia em que for operado não pode comer nem beber (somente molhar os lábios), podendo restabelecer dieta líquida no 1º dia pós-operatório e dieta normal nos dias seguintes;

\* Beber muita água assim que for possível (facilita o funcionamento do rim e a saída de expectoração);

\* Efectuar o 1º levante após a cirurgia na presença do/a enfermeiro/a;

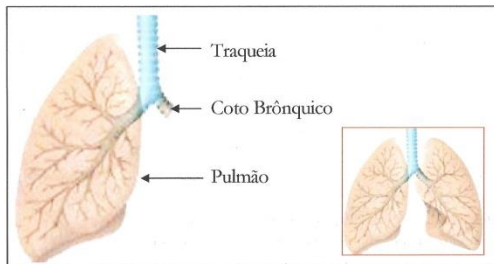
\* Permanecer por longos períodos na posição de sentado ao longo do dia (permite uma melhor respiração e recuperação do pulmão);



## GUIA DE ORIENTAÇÃO

### Para alta a utentes submetidos a Pneumectomia

A cirurgia a que foi submetido chama-se pneumectomia e consiste na remoção total de um dos pulmões, conforme ilustração abaixo.



#### POSICIONAMENTOS

Após cirurgia, deverá adotar APENAS determinados posicionamentos, nomeadamente:

- Decúbito dorsal (de costas) com o tronco elevado;
- Preferencialmente em decúbito lateral (de lado) e **sempre** em cima do lado operado.

Estes posicionamentos permitem que o pulmão intacto respire livremente, facilitando a saída de secreções, prevenindo certas complicações.

Durante o internamento pode contar com o auxílio dos enfermeiros que na sua dinâmica o ajudarão a melhorar as suas capacidades (respiratória, física, ...).

#### EXERCÍCIOS

Deverá realizar os seguintes exercícios:

- Y respirações pausadas e profundas:
  - Inspiração pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor)
  - Expiração lenta pela boca com os lábios semi-cerrados (como se estivesse a apagar uma vela)
- Y movimentar o braço do lado operado
- Y mexer as pernas para evitar complicações circulatórias
- Y com a expiração forçada deve exercitar o HUFF, pois ajuda a que as secreções "subam" pela traqueia e sejam expelidas através da tosse



#### CONSELHOS ÚTEIS

Devido à cirurgia a que foi submetido, poderá sentir-se mais cansado. Não se preocupe! Dê tempo para que o seu organismo se adapte às mudanças que o seu corpo sofreu.

Antes da alta, procure informar-se junto dos enfermeiros das regalias a que tem direito, devido ao tipo de cirurgia a que foi submetido.

O regresso ao seu trabalho deverá ser ponderado, tendo em conta a opinião da equipa de saúde.

#### O QUE DEVE EVITAR:

- ⊗ lugares poluídos e com muito fumo
- ⊗ diferenças bruscas de temperatura
- ⊗ fazer esforços violentos
- ⊗ deitar-se para o lado contrário ao da sua cirurgia

#### O QUE DEVE FAZER:

- ⊕ Andar muito, evitando as horas de muito calor, frio e chuva
- ⊕ Beber bastante água
- ⊕ Consultar o médico se tiver febre, se a expectoração mudar de cor ou se sentir agravamento do seu estado

Exponha as suas dúvidas ...





Se não se sentir bem, por exemplo, se tiver febre, tosse, dificuldade respiratória, dores intensas, procure ajuda médica. Deverá entrar em contacto com o seu médico ou com o médico de serviço. Para isso telefone para a Cirurgia Torácica. Se se justificar será reencaminhado para o nosso serviço.

Faça-se acompanhar sempre da Carta de Alta Médica e/ou de Enfermagem.

Em caso de dúvidas, telefone! Tal como até aqui estaremos cá para o/a esclarecer e ajudar!

Não se esqueça de levar consigo!

- Carta de Alta Médica (definitiva ou não)
- Carta de Alta de Enfermagem
- Carta de Alta de Fisioterapia
- Receitas

**Contactos Úteis:**

Centro de Saúde \_\_\_\_\_

Tif: \_\_\_\_\_



**Guia para a Alta**



**De regresso a casa...**

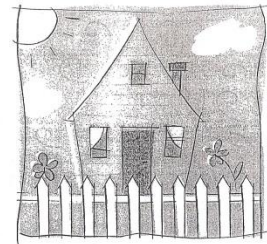


Guia elaborado com base na monografia de fim de curso: "De regresso a casa: uma transição. Como a pessoa e família experienciam o processo de recuperação de uma cirurgia torácica de foro oncológico, numa perspectiva de alta."



**Serviço de Cirurgia Torácica**

**Guia para a Alta**



**De regresso a casa...**



**Caro/a utente:**

Agora que se aproxima o momento de regressar a casa, aqui ficam algumas informações e esclarecimentos que o/a poderão ajudar na sua recuperação.

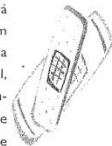
**Tratamentos:**

Quando tiver alta poderá ainda precisar de alguns cuidados fora do hospital, que poderão ser os seguintes:

**- Penso cirúrgico:**

Se tiver penso, este deverá ser realizado de cinco em cinco dias desde que esteja limpo e íntegro. Para tal, deve dirigir-se ao seu Centro de Saúde fazendo-se acompanhar da Carta de Alta de Enfermagem que será entregue pela Enfermeira no dia da alta. Nela constam informações relativas ao internamento e datas de remoção de pontos e agafes. Quando isto acontecer e durante o primeiro mês deve:

- Aplicar creme gordo na cicatriz e massajar
- Não expor a cicatriz ao sol



**- Cinesiterapia respiratória:**

Poderá ter indicação clínica para continuar a fazer cinesiterapia respiratória. Neste caso a Fisioterapeuta entregará-lhe a documentação respectiva ou entrará em contacto consigo posteriormente. Deverá procurar rapidamente um local para fazer este tratamento para que seja o mais continuado possível. Pode e deve continuar a fazer em casa os exercícios que aprendeu a fazer no hospital.



**- Medicação:**



No dia da alta ser-lhe-á entregue também a receita com a medicação que deverá tomar. Se já tomava medicação antes pergunte à Enfermeira/ Médico o que fazer.

**- Consulta Médica:**

Provavelmente cerca de um mês após a cirurgia terá uma consulta com o seu Médico. Nesta consulta será informado acerca da sua evolução clínica, confirmação de diagnóstico, necessidade ou não de outros tratamentos adjuvantes.



**Voltar ao dia-a-dia...**

É natural sentir algumas limitações ao nível do esforço físico, podendo sentir-se cansado com mais facilidade, questionando-se acerca do que pode ou não fazer. Isso será gerido por SI! Faça as coisas de uma forma gradual e moderada conforme sinta que é capaz.

É importante pôr o corpo a mexer para retomar a sua vida diária! Pouco a pouco sentirá menos dores e que é capaz de fazer mais coisas, como por exemplo, conduzir, deitar-se com mais facilidade, fazer as tarefas domésticas.



**... e ao trabalho...**

Em relação ao regresso ao trabalho deverá informar-se junto da equipa médica que o acompanhou acerca da possibilidade e momento mais adequado para o fazer. Depende da especificidade da sua situação...

Se precisar do Certificado de Incapacidade Temporária ("baixa") solicite-o ao seu médico.

Deixar o hospital não significa que esteja totalmente recuperado. Trata-se do início da sua recuperação, por isso é normal que ainda precise de ajuda.

Certamente que poderá contar com o apoio de outras pessoas, como a sua família. Peça-lhes ajuda se precisar.



**Anexo III - Folha de Registo da Prova de marcha 6 minutos**





(Colocar vinheta do doente ou preencher campos)

Nome: \_\_\_\_\_

CHLN: \_\_\_\_\_

## Prova de marcha 6 minutos

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HORA: \_\_\_:\_\_\_

CORREDOR \_\_\_\_\_ m

Idade \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_  
Altura \_\_\_\_\_  
IMC \_\_\_\_\_

Sem O<sub>2</sub>  Com O<sub>2</sub>  \_\_\_\_\_ l/m Fluxo Cont.  Fluxo Desc.   
Interface: \_\_\_\_\_ Tipo portátil: \_\_\_\_\_  
Transporte portátil: \_\_\_\_\_  
Auxiliar de marcha: \_\_\_\_\_  
Sensor digital  Auricular

Medicação prévia: \_\_\_\_\_

Fc Prevista  $(220 - \_\_) \times 0,75 = \_\_ \text{ bpm}$  Distância prevista \_\_\_\_\_ m Limite inferior \_\_\_\_\_ m

### ANTES DA PROVA DE MARCHA

Sinais Vitais		Escala Borg	
TA	mmHg	Dispneia	
FC	bpm	Cansaço MI	
FR	cpm	Dor no peito	

### DEPOIS DA PROVA DE MARCHA

Sinais Vitais		Escala Borg	
TA	mmHg	Dispneia	
FC	bpm	Cansaço MI	
FR	cpm	Dor no peito	

PROVA DE MARCHA	
Distância	
Pausas	
SpO <sub>2</sub> mínima	
FC máxima	

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, N° mec ( \_\_\_\_\_ )



## **Anexo IV - Avaliação das Enfermeiras Orientadoras**

## **Avaliação da Enfermeira Orientadora do 1º campo de estágio (Unidade de Cirurgia Torácica)**

A Enfermeira Inês demonstrou-se uma aluna com muita vontade de apreender, curiosa e atenta as oportunidades de aprendizagem.

Assídua e pontual com postura adequada ao seu papel de estudante e sempre disponível face as solicitações. Demonstrava alguma ansiedade face a seu novo papel de enfermeira com outras competências, as de reabilitação. Insegura face as novas situações apresentadas, o que por vezes fez com que não revelasse os seus saberes de forma clara e específica.

A aluna integrou-se com facilidade na equipa de enfermagem, julgo que muito contribuiu o facto de ter experiência profissional nesta especialidade cirúrgica. De uma forma progressiva ambientou-se com o espaço físico, rotinas, protocolos e normas do serviço e nesta altura faz parte integrante da equipa.

Revelou interesse para agarrar todos os momentos de aprendizagem sobre enfermagem de reabilitação a doentes com situações clínicas e patologias diferentes aumentando assim o nível de exigência de aprendizagem e de conhecimento teórico para adaptar os seus cuidados e torna-los personalizados.

Apresentou inicialmente alguma dificuldade em avaliar, planear intervenções de cuidados de enfermagem de reabilitação e relacionar e adaptar os conhecimentos teóricos já aprendidos á prática. Esta foi sendo ultrapassada ao longo do estágio com a consolidação de conteúdos e uma maior prática no campo de estágio, com diferentes situações clínicas e doentes.

Nesta altura a aluna demonstra capacidade de avaliação das necessidades de reabilitação respiratória dos doentes submetidos a Cirurgia Torácica e suas limitações. Define um programa adaptado a cada doente para todas as fases do perioperatório. Avalia a sua intervenção e readapta a sua intervenção consoante a situação e evolução clínica do doente. Efectua registo e passa informação com vista a continuidade dos cuidados prestados. Ao longo do ensino clínico desenvolveu capacidades e conhecimentos na auscultação pulmonar e interpretação de exames imagiológicos (radiografias).

Esteve atentas as alterações dos doentes e necessidades de reabilitação não só na área da reabilitação respiratória como em todas as outras vertentes. Teve oportunidade de ter experiências diferentes e de olhar para a reabilitação de uma forma ampla e como um todo.

Por tudo o atrás descrito e pelo seu desenvolvimento ao longo do estágio a aluna esta num nível de - Muito bom.

## **Avaliação da Enfermeira Orientadora do 2º campo de estágio (UCC)**

A aluna integrou-se com muita facilidade na equipa multiprofissional e apreendeu rapidamente a sua filosofia e metodologia de trabalho, assumiu-se como elemento da equipa, assim como, adquiriu conhecimentos sobre a RNCC e o seu modelo organizacional.

Trata-se de uma pessoa muito comunicativa e dinâmica, o que favoreceu o estabelecimento de uma relação empática com todos os utentes e famílias, a quem prestou cuidados. Esta situação pode ser confirmada pelo facto de os utentes questionarem a sua ausência.

Promoveu uma relação de ajuda com os utentes e seus familiares, fundamentada na autenticidade e na individualidade da pessoa, ajudando desta forma, a adquirir competências que lhes permitam lidar com os seus problemas.

Apresenta um nível elevado de conhecimentos de enfermagem de reabilitação, identifica sem dificuldade os problemas da pessoa e concebe um plano de intervenção individual, implementando-o e avaliando-o. Demonstra ter capacidade de análise e reflexão na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e ser detentora de conhecimentos que lhe permitem transmitir informação de forma clara e estruturada, através dos registos de enfermagem.

Realiza os registos de enfermagem nos dois sistemas informáticos sem dificuldade.

Ao longo deste estágio desenvolveu competências científicas, técnicas e humanas fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A sua presença na equipa foi uma mais-valia, pois partilhou bibliografia actualizada e artigos de investigação com todos os profissionais, o que favoreceu momentos de reflexão e aprendizagem.

Realizou uma sessão de educação para a saúde sobre envelhecimento activo na comunidade, sendo a população alvo os idosos que frequentam um centro de dia de Alcântara. Estes participaram na sessão entusiasticamente e avaliaram-na muito positivamente.

**APÊNDICES**

## **Apêndice I- Planejamento de Atividades**

Objetivos específicos	1. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dinâmica e organização do serviço.
Domínios e Competências	<p>A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2- Baseia a sua práxia clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>
Atividades e Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com o Enfermeiro Orientador</li> <li>- Apresentação do serviço e da equipa multidisciplinar</li> <li>- Conhecimento da dinâmica, organização, normas e protocolos do serviço</li> <li>- Integração na equipa multidisciplinar do serviço</li> <li>- Conhecimento sobre recursos materiais existentes e uso adequado para garantir a qualidade de cuidados prestados</li> <li>- Observação e colaboração na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos pela enfermeira orientadora</li> </ul>
Indicadores Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece a dinâmica e organização do serviço</li> <li>- Conhece os protocolos e normas do serviço</li> <li>- Identifica as intervenções do enfermeiro de reabilitação adequadas à situação da pessoa/família</li> <li>- Reflete sobre o contributo das ações do enfermeiro de reabilitação para o cliente/ família</li> <li>- Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa/família</li> </ul>
Recursos	<p>Humano- Cliente/ família, Enfermeiro orientador do campo de estágio, Tutor da ESEL, equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais - Guia de acolhimento, normas e protocolos do serviço, Código Deontológico dos Enfermeiros, Biblioteca da ESEL, Bases de dados</p> <p>Físicos- Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital [REDACTED] UCC [REDACTED]</p> <p>Temporais- Até 3' semana de estágio</p>

Objetivos específicos	2. Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação centrados no cliente e na família, tendo em conta os seus valores, preferências e necessidades individuais, aplicando o processo de enfermagem como unidade científica de trabalho (mínimo 4 clientes).
Domínios e Competências	<p>A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade</p> <p>B3-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>
Atividades e Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do serviço ao cliente e família</li> <li>- Apresentação do guia de acolhimento do serviço</li> <li>- Integração do cliente e família no plano de cuidados e no processo de tomada de decisão</li> <li>- Identificação de necessidades do cliente e da família</li> <li>- Promoção de um ambiente saudável para a receção do cliente/ família</li> <li>- Promoção do respeito pelos direitos dos clientes, tendo em conta a sua individualidade, costumes, crenças, valores no exercício profissional</li> <li>- Transmissão de informação ao cliente e família sobre a sua evolução clínica e percurso no serviço</li> <li>- Participação da pessoa/família na prestação de cuidados</li> <li>- Mobilização de conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos ao longo do curso</li> <li>- Observação e colaboração na prática do enfermeiro orientador</li> </ul>
Indicadores Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove o respeito pelo direito de informação dos clientes/família à informação clínica</li> <li>- Promove o respeito pelos valores, preferências, costumes, crenças e necessidades do cliente</li> <li>- Envolve a família para assegurar a continuidade de cuidados e a satisfação das necessidades do cliente</li> <li>- Discute as práticas e planos com o cliente/ família</li> <li>- Ensino à pessoa/ família sobre técnicas específicas de autocuidado [REDACTED]</li> <li>- Desenvolve estratégias em parceria com o cliente/família na resolução de problemas</li> </ul>
Recursos	<p>Humanos - Cliente/ família, Enfermeiro orientador do campo de estágio, Tutor da ESEL, equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais - Guia de acolhimento, Código Deontológico dos Enfermeiros, Apontamentos das sessões teórico-práticas, processo do cliente, Biblioteca da ESEL</p> <p>Físicos- Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital [REDACTED] UCC [REDACTED]</p> <p>Temporais- Até final do estágio</p>



Objetivos específicos	3. Gerir os cuidados prestados ao cliente/família com a equipa de enfermagem e de acordo com os recursos existentes na instituição
Domínios e Competências	<p>A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade</p> <p>B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>C- Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 - Desenvolve o auto- conhecimento e a assertividade</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>
Atividades e Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação e colaboração nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Orientador</li> <li>- Identificação da função do enfermeiro de reabilitação na gestão de cuidados com a equipa de enfermagem</li> <li>- Identificação de ações da intervenção do enfermeiro especialista junto da equipa multidisciplinar para desenvolvimento de conhecimentos ao nível do domínio cognitivo, afetivo e psicomotor</li> <li>- Identificação de momentos que possibilitem o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais com a equipa multidisciplinar</li> <li>- Participação com o enfermeiro especialista em reabilitação no processo de tomada de decisão em equipa sobre a prestação de cuidados ao cliente/ família</li> <li>- Transmissão de informações à equipa sobre os cuidados que promovam o potencial do cliente</li> <li>- Conhecimento dos protocolos e normas sobre a coordenação de cuidados com outros serviços ou instituições</li> <li>- Conhecimento sobre materiais e recursos existentes que promovam a qualidade dos cuidados prestados</li> <li>- Participação em atividades que promovem a qualidade de cuidados (guia orientador de boas práticas, escalas de avaliação e folhas de registo)</li> <li>- Coordenação dos cuidados com a equipa multidisciplinar</li> <li>- Participação em atividades que condicionem o desenvolvimento de ambiente promotor da saúde entre a equipa multidisciplinar</li> <li>- Participação em atividades que proporcionem a aprendizagem individual</li> </ul>
Indicadores Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove o respeito pelos princípios éticos e deontológicos relativos à prática de cuidados de enfermagem</li> <li>- Desenvolve estratégias de resolução centradas no cliente/família e em parceria com a equipa de enfermagem</li> <li>- Gere a prática de cuidados promovendo a segurança, respeito e dignidade do cliente /família</li> <li>- Participa na construção da tomada de decisão em equipa</li> <li>- Reconhece as competências do enfermeiro especialista em reabilitação como elemento promotor de ambientes saudáveis</li> <li>- Promove princípios de mecânica corporal de modo a evitar danos aos profissionais e clientes</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recorre às normas e protocolos para avaliação da qualidade</li> <li>- Aplica instrumentos de avaliação de resultado</li> <li>- Reflete sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação no seio da equipa de enfermagem</li> <li>- Identifica oportunidades para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais</li> </ul>
Recursos	<p>Humanos -Cliente/ família, Enfermeiro orientador do campo de estágio, Tutor da ESEL, equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais - Processo do cliente, Protocolos e normas dos serviços, Escalas de avaliação e folhas de registo, REPE, Código Deontológico dos Enfermeiros, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Apontamentos das sessões teórico-práticas, Biblioteca da ESEL</p> <p>Físicos- Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital ██████████ UCC ██████████</p> <p>Temporais- Até final do estágio</p>

Objetivos específicos	4. Desenvolver intervenções de enfermagem de enfermagem especializadas em reabilitação à pessoa submetida a Cirurgia Torácica para prevenir ou minimizar complicações
Domínios e Competências	<p>A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>C- Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 – Desenvolve o auto- conhecimento e a assertividade</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>
Atividades e Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da capacidade cognitiva do cliente para participar num programa de reabilitação</li> <li>- Identificação das alterações que possam comprometer a independência funcional do cliente</li> <li>- Identificação e avaliação de alterações nos exames radiológicos para o desenvolvimento de competências</li> <li>- Identificação de problemas para desenvolvimento de competências ao nível da auscultação</li> <li>- Identificação das necessidades do cliente em relação a um programa de reeducação funcional respiratória, na fase perioperatória, pós-operatória e preparação para a alta</li> <li>- Realização de ensino ao cliente de acordo com o seu potencial para prevenção de complicações</li> <li>- Desenvolvimento de técnicas de Reeducação Funcional Respiratória, de acordo com a abordagem cirúrgica</li> <li>- Elaboração de um plano individualizado e centrado no cliente de modo a contribuir para a independência funcional</li> <li>- Transmissão de orientações à equipa de enfermagem sobre os cuidados que previnem ou limitam complicações</li> <li>- Coordenação com a equipa de enfermagem para assegurar a continuidade de cuidados</li> <li>- Observação e colaboração com enfermeiro orientador sobre os ensinamentos realizados e as técnicas de reeducação funcional respiratória realizadas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão com a orientadora sobre a minha avaliação individual dos cuidados inerentes ao cliente/família</li> <li>- Discussão com a orientadora sobre os planos desenvolvidos em parceria com o cliente/família</li> <li>- Identificação de oportunidades que contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional</li> <li>- Acompanhamento do cliente no período perioperatório, intra, pós- operatório e preparação para a alta</li> <li>- Desenvolvimento dos conhecimentos da minha experiência para adequar à prática de uma unidade de Cirurgia Torácica</li> <li>- Avaliação da permeabilidade e funcionamento dos drenos, características do líquido drenado e tipo de aspiração</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Indicadores Critérios de Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete sobre a prática diária em relação aos cuidados prestados ao cliente /família</li> <li>- Promove o respeito pela tomada de decisão realizada pelo cliente</li> <li>- Reconhece a necessidade de prevenir e identificar riscos que possam comprometer a independência funcional do cliente</li> <li>- Reflete sobre o desenvolvimento de atividades e em que medida contribuíram para a evolução clínica do cliente</li> <li>- Identifica ações que previnem o aparecimento de complicações</li> <li>- Colabora nas decisões da enfermeira orientadora e equipa multidisciplinar</li> <li>- Reflete sobre as avaliações individuais desenvolvidas</li> <li>- Reconhece os seus limites e recursos pessoais e profissionais</li> <li>- Identifica as competências desenvolvidas no decurso da prática diária</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Recursos</p>	<p>Humanos -Cliente/ família, Enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, Tutor da ESEL</p> <p>Materiais - Processo do cliente, Escalas de avaliação e folhas de registo, Apontamentos das sessões teórico-práticas, Livro: “Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória” de Cordeiro e Menoita, “Temas de Reabilitação- Reabilitação Respiratória” de Pedro Branco, “Reeducação Funcional Respiratória” de Clara Heitor e tal, Biblioteca da ESEL, Base de dados</p> <p>Físicos- Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital [REDACTED]</p> <p>Temporais- Até final do estágio</p>

Objetivos específicos	5. Prestar cuidados de enfermagem especializados em reabilitação que capacitem o cliente/família no processo de transição
Domínios e Competências	<p>A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B3-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C-Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 - Desenvolve o auto- conhecimento e a assertividade</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>
Atividades e Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização de conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos ao longo da formação</li> <li>- Identificação das necessidades biopsicossociais e culturais do cliente/família que possam condicionar o processo de transição</li> <li>- Promoção de processos de transição saudáveis através da adoção de estratégias de coping e que proporcionem a reformulação da identidade face à família e sociedade</li> <li>- Avaliação do cliente tendo em conta a sua proveniência e a estrutura de suporte para perspetivar a reintegração socio familiar</li> <li>- Identificação de fatores que condicionam o processo de uma transição saudável</li> <li>- Implementação de estratégias que promovam a reinserção sociofamiliar através do uso de recursos disponíveis</li> <li>- Promoção da participação do cliente/família no processo de reabilitação</li> <li>- Gestão das expetativas do cliente/família face ao processo de reabilitação</li> <li>- Colaboração com a equipa interdisciplinar na prática de cuidados ao cliente/família em processo de transição</li> </ul>
Indicadores Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolhe informação adequada sobre as necessidades do cliente e da família</li> <li>- Elabora planos de cuidados que visam contribuir para a reinserção sociofamiliar e para um processo de transição saudável</li> <li>- Identifica condições habitacionais do cliente/família e dá orientações para minimizar fatores que condicionam a transição para a alta</li> <li>- Ensina, demonstra e treina estratégias com o cliente/família que promovam a reinserção sociofamiliar e a melhoria da qualidade de vida</li> <li>- Assegura a continuidade de cuidados no processo de transição para o domicílio/instituição</li> <li>- Elabora programa de enfermagem de reabilitação que condicione o processo de transição, maximizando as capacidades e potencialidade do cliente</li> </ul>
Recursos	<p>Humanos - Cliente/ família, Enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, Tutor da ESEL</p> <p>Materiais - Processo do cliente, Escalas de avaliação e folhas de registo, Apontamentos das sessões teórico-práticas, Livro <i>Transition Theory</i>. Meleis, A. (2010) e artigos relacionados com a transição, Biblioteca da ESEL, Base de dados</p> <p>Físicos- Unidade de Cirurgia Torácica do [REDACTED] e UCC [REDACTED]</p> <p>Temporais- Até final do estágio</p>

Objetivos específicos	6. Maximizar a funcionalidade do cliente em relação à capacidade respiratória otimizada, tolerância ao esforço e na realização de atividades de vida diárias
Domínios e Competências	<p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 - Desenvolve o auto- conhecimento e a assertividade</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>
Atividades e Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização de conhecimentos teórico-práticos de unidades curriculares de reabilitação I,II,III e consulta de livros no âmbito da reabilitação</li> <li>- Participação em atividades que possibilitem o desenvolvimento de competências científicas, relacionais e técnicas no âmbito da enfermagem de reabilitação</li> <li>- Participação em ações que promovam o desenvolvimento de competências da Reeducação Funcional Respiratória</li> <li>- Identificação de necessidades do cliente relativamente à área cardiorrespiratória, motora, cognitiva, sensorial e na realização das atividades de vida diárias</li> <li>- Observação da intervenção do enfermeiro orientador</li> <li>- Avaliação de exames complementares de diagnóstico para identificar as necessidades de enfermagem de reabilitação do cliente</li> <li>- Identificar recursos materiais, físicos e humanos do serviço</li> <li>- Elaboração de plano de cuidados que promova a otimização das atividades de vida</li> <li>- Conceção de sessões de treino para promoção da saúde</li> <li>- Ensino, instrução e treino sobre técnicas de forma a maximizar o desempenho a nível cardiorrespiratório e motor</li> <li>- Aconselhamento ao cliente e à família/cuidadores informais sobre produtos de apoio e alterações facilitadoras no domicílio</li> <li>- Implementação de um programa de reeducação funcional respiratória e motora em parceria com o cliente/família- Monitorização dos resultados obtidos pela pessoa</li> <li>- Avaliação dos planos e programas de reabilitação individualizados com o objetivo de maximizar a funcionalidade do cliente</li> <li>- Elaboração de registos sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação</li> <li>- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação através de orientações à equipa</li> <li>- Assegurar a coordenação do plano de cuidados relativos à transferência / alta do cliente com serviços e instituições</li> </ul>
Indicadores Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolhe informação sobre as necessidades do cliente</li> <li>- Usa de forma adequada escalas e medidas de avaliação do cliente na área cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade</li> <li>- Elabora planos de cuidados de acordo com as necessidades e objetivos do cliente</li> <li>- Presta cuidados especializados e de acordo com os princípios inerentes a esses cuidados</li> <li>- Ensina, demonstra e treina o cliente e família, maximizando a funcionalidade e atendendo aos objetivos do cliente</li> <li>- Integra o cliente/família na prestação de cuidados de modo a promover a independência funcional</li> <li>- Reflete sobre em que medida o plano de ação traçado pelo enfermeiro de reabilitação manteve ou recuperou a independência ou o máximo de funcionalidade possível do cliente</li> <li>- Reflete acerca da aprendizagem em ensino clínico a nível humano, teórico e técnico</li> </ul>

Recursos	<p>Humanos - Cliente/ família, Enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, Tutor da ESEL</p> <p>Materiais - Processo do cliente, Instrumentos de medida e escalas, Apontamentos das sessões teórico-práticas, Livros e artigos de Enfermagem de Reabilitação, Biblioteca da ESEL, Base de dados</p> <p>Físicos- Unidade de Cirurgia Torácica do [REDACTED] e UCC [REDACTED]</p> <p>Temporais- Até final do estágio</p>
----------	--

Objetivos específicos	7. Desenvolver uma prática de enfermagem de acordo com os princípios éticos e deontológicos e com um plano de ação individualizado ao cliente/família
Domínios e Competências	<p>A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B3-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C- Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>
Atividades e Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização de conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos ao longo da formação</li> <li>- Reflexão sobre o Código Deontológico dos Enfermeiros</li> <li>- Observação e colaboração na prática do orientador</li> <li>- Consulta do processo clínico do cliente</li> <li>- Realização de técnicas que desenvolvam os conhecimentos de Reeducação Funcional Respiratória</li> <li>- Identificação de situações que condicionam a aprendizagem sobre técnicas, avaliação de exames radiológicos, auscultação pulmonar</li> <li>- Aperfeiçoamento de competências técnicas e científicas</li> <li>- Integração do cliente/família no plano de ação</li> <li>- Identificação, planeamento e avaliação diária das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação (Reeducação Funcional Respiratória)</li> <li>- Ensino, demonstração sobre técnicas e uso de materiais utilizados para realizar reeducação funcional respiratória</li> <li>- Promoção do respeito pelo cliente tendo em conta a sua individualidade</li> <li>- Participação na tomada de decisão em equipa e promoção da participação ativa do cliente</li> <li>- Colaborar com a equipa na prestação de cuidados individualizados e no âmbito da enfermagem de reabilitação</li> </ul>
Indicadores Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra conhecimento acerca da função motora e cardiorrespiratória</li> <li>- Evidencia mestria nas técnicas de reeducação funcional respiratória e motora</li> <li>- Demonstra respeito pelos princípios éticos gerais no cuidar e na relação com os profissionais de saúde</li> <li>- Apoia a integração do cliente no seu processo de cuidar e na tomada de decisão</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidencia respeito pelo código deontológico assim como pelos direitos da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação</li> <li>- Respeita a vontade do cliente</li> <li>- Descreve as competências desenvolvidas</li> <li>- Reflete sobre as ações desenvolvidas e sobre os objetivos propostos a atingir</li> <li>- Reflete em que medida a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para a independência funcional do cliente e melhoria da qualidade de vida</li> </ul>
Recursos	<p>Humanos - Cliente/ família, Enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, tutor da ESEL</p> <p>Materiais - Processo do cliente, Instrumentos de medida e escalas, Apontamentos das sessões teórico-práticas, Livros e artigos de Enfermagem de Reabilitação, Biblioteca da ESEL, Base de dados</p> <p>Físicos- Unidade de Cirurgia Torácica do [REDACTED] e UCC [REDACTED]</p> <p>Temporais- Até final do estágio</p>

## **Apêndice II- Cronograma do Estágio**





**Apêndice III- Planos de Cuidados (I, II, III, IV)**

## PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO I

### Identificação

Nome: Sr. A.L.S. Nome preferido: A. – Idade: 68 anos

Profissão: Músico

Escolaridade: Sem habilitações

Centro de Saúde: Entroncamento

Agregado familiar: Esposa e filho

Antecedentes Pessoais: Invisual, Polipectomia intestinal em 2004, fratura do fémur direito há 30 anos, com necessidade de intervenção cirúrgica para colocar material de osteossíntese, HTA, DPOC, Duas intervenções cirúrgicas a pólipos na faringe. Fez tratamentos de quimioterapia neoadjuvante entre Março e Setembro de 2014. Ex-fumador desde há 8 anos (40-60 cigarros/ dia) e fumou durante 45 anos.

Medicação do domicílio: Furosemida, Diltiazem retard, Omeprazol, Ombrez, Spiriva e Nolotil

Alergias: desconhece

Diagnóstico: Nódulo do pulmão direito

Intervenção cirúrgica: Lobectomia superior direita e Esvaziamento ganglionar mediastínico por toracotomia (01/10/2014)

Condições habitacionais: casa própria, com escadas e sem problemas ambientais.

<b>Informação clínica</b>	
<b>Estilo de vida</b>	Sem distress
<b>Comportamentos aditivos</b>	Presença de hábitos tabágicos. Ausência de hábitos alcoólicos e substâncias ilícitas.
<b>Comunicação</b>	Audição e fala sem alterações. Visão nula bilateralmente.
<b>Avaliação mental</b>	Consciente, orientado e com comportamento adequado.
<b>Segurança e Proteção</b>	Sem registo de quedas prévias.
<b>Tegumentos</b>	Pele íntegra. Mucosas coradas e hidratadas.
<b>Respiração</b>	Eupneico, ausência de tosse.
<b>Circulação</b>	Presença de edemas e de alterações vasculares (varizes).
<b>Sono e repouso</b>	Presença de perturbações no padrão do sono: dificuldade em adormecer e insónias.

<b>Atividades básicas de vida diárias</b>	
<b>Higiene pessoal</b>	Independente. Higiene oral e corporal cuidada. Autónomo ao barbear-se.
<b>Eliminação vesical e intestinal</b>	Independente. Sem alterações no padrão urinário e nas características da urina Padrão intestinal: hábitos regulares (1x/dia).
<b>Vestuário</b>	Independente para vestir-se, calçar-se e despir-se.
<b>Alimentação</b>	Independente. Realiza 4 refeições diárias.

<b>Locomoção</b>	Marcha sem alterações e sem necessidade de dispositivos de ajuda.
<b>Transferência</b>	Independente nas transferências do leito para a cadeira.

### **Avaliação Inicial**

O Sr. A.S. invisual, com necessidade de orientação espacial e presença de dispositivos. Apresenta capacidade de orientação elevada e é autónomo nas atividades de vida diárias. Apresenta alterações no padrão do sono devido a apresentar dificuldade em adormecer. Ansioso pela intervenção cirúrgica e foram esclarecidas dúvidas relativas ao procedimento cirúrgico e ao pós-operatório imediato.

Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido, exceto no terço médio do campo pulmonar à direita.

Radiografia: pulmão expandido.

PFR: FEV1- 61%/58% e FVC- 2.97L/3.12L; DLCO/VA- 59%

RFR: Ensino pré-operatório- objetivos:

Minimizar a ansiedade;

Estimular a concentração e o relaxamento durante a sessão;

Consciencialização da respiração e coordenação dos tempos respiratórios;

Melhorar a excursão diafragmática;

Melhorar a performance dos músculos inspiratórios;

Corrigir defeitos ventilatórios e posturais;

Hidratação;

Limpeza das vias aéreas;

### Reeducação ao esforço.

Durante a sessão de RFR foram instruídos e validados exercícios respiratórios, com necessidade de minimizar estímulos externos que interferiam na concentração e relaxamento do Sr. A.S. A demonstração dos exercícios foi realizada através do toque e a expiração com os lábios semicerrados através do sopro de ar sobre as mãos. Sem limitações osteoarticulares na realização dos exercícios. Na avaliação da postura verificou-se a presença de posição viciosa (declínio para o hemitórax direito).

Respiração: mista, amplitude normal, com simetria torácica e 18 ciclos/minuto.

Sintomas: Tosse seca

TA: 119/56 mmHg; Fc: 88pp/min.; SpO<sub>2</sub>: 97%; Dor- n=0; Escala de Borg da dispneia- n= 0

## Plano de Cuidados

**Data:** 30-09-2014 a 13-10-2014

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Risco de stress por mudança de ambiente relacionado com cegueira total e acolhimento no serviço.
<b>Resultado esperado</b>	Adaptação à mudança de ambiente em segurança nos primeiros dois dias.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	Ensinar estratégias para minimizar barreiras arquitetónicas. Gerir a apresentação do serviço ao Sr. A.S devido ao défice visual e à família. Gerir a segurança do ambiente durante o internamento. Identificar as necessidades do Sr. A.S. e família e os fatores que contribuem no processo de

	<p>transição.</p> <p>Explicar o guia de acolhimento ao Sr. A.S. e à família.</p> <p>Providenciar dispositivos de segurança para promover a ajuda (campainha) e a localização de objetos (contorno do urinol).</p>
<b>Avaliação</b>	<p>Sr. A. mais calmo após a visita ao serviço e a participação da família no acolhimento ao serviço. O Sr. A. após realizar vários percursos acompanhados pela família e pela equipa do serviço conseguiu identificar várias estruturas que permitiram a localização da sala de refeições, sanitários femininos e masculinos, enfermarias, sala de trabalho e unidade de cuidados intermédios. Após ter conhecimentos sobre a localização dos objetos e da unidade de C.T. não necessitava de orientações para se guiar e estava mais tranquilo em relação à intervenção cirúrgica.</p>

<b>Data:</b> 30-09-2014 a 01-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Défice de conhecimento relacionado com a intervenção cirúrgica e manifestada por ansiedade.
<b>Resultado esperado</b>	Conhecimento sobre a intervenção cirúrgica melhorado dentro de dois dias.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Informar o Sr. A.S. / família e explicar sobre o procedimento cirúrgico.</p> <p>Executar a colheita de dados junto ao Sr. A. S. e à esposa e filha para avaliação inicial do Sr. A. S. (se é fumador, se apresenta cansaço, que tipo de casa reside, presença de escadas ou de elevador e se tem limitações).</p>

	<p>Promover a posição de relaxamento e conforto para reduzir a tensão psíquica.</p> <p>Promover estratégias de distração/ ocupação – convívio com os outros clientes, ouvir rádio (fados).</p> <p>Gerir o controlo respiratório e dissociação dos tempos respiratórios.</p> <p>Diminuir a tensão psíquica e muscular através de exercícios de relaxamento para diminuir a ansiedade e promover o bem-estar.</p>
<b>Avaliação</b>	O Sr. A. ficou mais tranquilo após e a comunicação de experiências relatadas pelos outros clientes internados e também pelas respostas dadas pela equipa de enfermagem.

<b>Data:</b> 30-09-2014 a 01-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Risco de alteração da performance dos músculos respiratórios e da ventilação/perfusão relacionado com o procedimento cirúrgico.
<b>Resultado esperado</b>	Performance dos músculos respiratórios e ventilação /perfusão melhorados no perioperatório, com Fr 16-18 e SpO2: 96-97%.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Avaliar se realizou sessões de RFR e se sabe respirar corretamente.</p> <p>Avaliar tipo de padrão respiratório, amplitude e simetria torácica.</p> <p>Consultar exames radiológicos (TAC, Radiografia.)</p> <p>Informar sobre a provável localização dos drenos, ferida operatória e a presença de penso e cateteres.</p>



Minimizar fatores que interfiram no relaxamento e concentração do Sr. A.S. durante a sessão de reeducação funcional respiratória (Exemplo: reduzir o volume do rádio).

Instruir e treinar através do toque a técnica que vai ser executada: posição de repouso e relaxamento, controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino- diafragmática, reeducação costal superior, costal global, abertura costal, ensino da tosse com contenção da ferida operatória e exercícios de mobilização da articulação escapulo-umeral.

Ensinar o Sr. A.S. como deve mudar de posição e orientá-lo para movimentar os membros inferiores após a cirurgia.

Avaliar postura e corrigir posição viciosa.

Avaliar a execução e coordenação dos movimentos respiratórios.

Promover a repetição dos exercícios de tolerância ao esforço na presença da família

Avaliar a participação do Sr. A.S. durante o ensino

Promover a importância dos exercícios para o processo de recuperação da sua autonomia.

Identificar os exercícios que o Sr. A.S. tem maior dificuldade e facilidade em executar, de modo a corrigir erros e para dar continuidade no domicílio.

Reforçar o ensino perioperatório (dissociação dos tempos respiratórios, costal superior e respiração abdomino- diafragmática).

<b>Avaliação</b>	Ensino pré-operatório: procedimento cirúrgico, presença de drenos, ferida operatória, ensino da tosse dirigida e assistida com contenção da ferida. Realizou exercícios de automobilização de forma coordenada.
------------------	---

<b>Data:</b> 03-10-2014 a 13-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Autocuidado comprometido relacionado com a ferida operatória e o dreno torácico, manifestado por falta de capacidade para gerir os exercícios e as atividades de vida diárias.
<b>Resultado esperado</b>	Autocuidado melhorado até 5 dias.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Informar o Sr. A.S. sobre os cuidados a ter com os drenos e ferida operatória.</p> <p>Assistir o Sr. A.S. na prestação de cuidados de higiene no pós-operatório imediato e em caso de necessidade.</p> <p>Realizar uma avaliação respiratória contínua e a tolerância ao esforço nas atividades de vida diárias.</p> <p>Apoiar o Sr. A.S. na realização das atividades de vida diárias (alimentação, higiene, controlo da eliminação, locomoção e transferência).</p> <p>Avaliar as alterações da circulação a nível dos membros inferiores (presença de edemas) e estimular o Sr. A.S. para manter os pés elevados durante o período noturno; realizar massagem e estimular a deambular e a realizar exercícios a nível da articulação tibiotársica e</p>

	do pé.
<b>Avaliação</b>	<p>3-10-2014: Sr. A. comunicativo e quando concentrado executa os exercícios respiratórios corretamente que aprendeu no período perioperatório.</p> <p>3-10/5-10: Foi assistido nos cuidados de higiene, ao nível da região lombar e membros inferiores assim como na hidratação da pele e a partir do dia 6-10 foi apenas supervisionado.</p>

<b>Data:</b> 03-10-2014 a 13-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Dor relacionada com a ferida operatória e manifestada por fácies doloroso e por queixas verbalizadas (nível=6).
<b>Resultado esperado</b>	Dor melhorada (nível=2) dentro de 2 dias.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Identificar a atitude face à dor.</p> <p>Providenciar analgesia, posicionamentos anti-álgico, massagem e relaxamento.</p> <p>Executar o penso sempre que necessário.</p> <p>Avaliar as características da pele.</p> <p>Monitorizar sinais que comprometam a evolução cicatricial.</p> <p>Executar hidratação à ferida operatória para promover a cicatrização.</p> <p>Descrever os procedimentos e relatar à equipa de enfermagem.</p>
<b>Avaliação</b>	6-10-2014: Durante a sessão, o Sr. A. não tolerou decúbito lateral devido à presença de dor

	<p>(n=6) que aliviou com a transferência para o cadeirão, controlo da respiração e analgesia perós. Apresentou broncospasmo que reverteu com inaloterapia.</p> <p>7-10-2014: Sr. A. menos queixoso (dor n=2) e realizou os exercícios respiratórios com maior tolerância e de forma eficaz. Manteve dificuldade de realizar exercícios em decúbito lateral, apresentando ligeira dispneia (n=2), tosse e pieira que reverteu com a posição de sentado e controlo respiratório.</p> <p>9-10-2014: Sr. A. tolerou todos os decúbitos (DD, semi-dorsal e lateral) durante a RFR e no final da sessão não apresentava dor (n=0).</p>
--	--

<b>Data:</b> 03-10-2014 a 13-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Trocas gasosas comprometidas relacionadas com a intervenção cirúrgica e presença de drenos em aspiração ativa, manifestado por defeitos posturais e por Fr= 20.
<b>Resultado esperado</b>	Tocas gasosas melhoradas ao fim de 5 dias com Fr de 14, com maior capacidade respiratória (volume=2000 no espirómetro de incentivo) e com postura correta.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Avaliar os benefícios dos exercícios respiratórios com o Sr. A.S.</p> <p>Promover a participação do Sr. A.S. nas sessões de RFR.</p> <p>Executar a auscultação pulmonar e avaliação da expansão pulmonar.</p> <p>Executar exercícios que permitam a reexpansão pulmonar (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, inspirações profundas e expiração prolongada, reeducação costal- seletiva direita,</p>

	<p>antero-lateral direita e postero-lateral direita, abertura costal seletiva direita).</p> <p>Avaliar os exames radiológicos e identificar alterações.</p> <p>Prevenir complicações relacionadas com a componente respiratória e da mobilidade (derrame pleural, pneumotórax, atelectasias).</p> <p>Promover a repetição dos exercícios respiratórios.</p> <p>Avaliar os exercícios de tolerância ao esforço (levante do leito e posicionamentos no leito).</p> <p>Avaliar a permeabilidade dos drenos, volumes e características.</p> <p>Avaliar as características do líquido drenado.</p> <p>Monitorizar os drenos durante a sessão de reeducação funcional respiratória.</p> <p>Providenciar o espirómetro de incentivo e promover a sua realização na presença dos familiares do Sr. A.S. nos turnos seguintes.</p> <p>Explicar as orientações à equipa de enfermagem para dar continuidade aos exercícios respiratórios e alertar para a necessidade de executar o espirómetro de incentivo.</p> <p>Avaliar os ensinamentos com os familiares (filha/esposa).</p>
<b>Avaliação</b>	<p>3-10/ 7-10: Durante as sessões, o Sr. A. apresentou simetria torácica, respiração mista, de amplitude normal. Realizou posições de descanso e relaxamento, controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática posterior, reeducação costal seletiva direita, antero-lateral e postero-lateral de forma coordenada após redução de estímulos externos e que afetam a sua concentração. O Sr. A realizou levante com ajuda devido à presença dos drenos e colaborou nos posicionamentos realizados no leito.</p> <p>9-10-2014: Manteve plano anterior e realizou pela primeira vez abertura seletiva direita tendo</p>

	<p>conseguido atingir 180°.</p> <p>03-10-2014: O dreno em aspiração ativa a 5 KPa apresentava-se oscilante, funcionante e drenou líquido serohemático.</p> <p>03-10-2014: Foi fornecido espirômetro de incentivo com o objetivo de reexpansão pulmonar e realizou volumes de 1000-1250.</p> <p>5-10-2014: Retirou dreno sem intercorrências. O Sr. A. iniciou marcha pelo corredor da unidade na presença da família, com presença de 2 pausas.</p> <p>6-10-2014: Uma hora após a sessão teve dificuldade em realizar o espirômetro com presença de dor (n=4), tendo atingindo apenas volumes de 500-1000.</p> <p>9-10-2014: Apresentou maior capacidade respiratória ao realizar o espirômetro (volumes=2000) e realizou na presença da família (esposa e filha).</p>
--	--

<b>Data:</b> 03-10-2014 a 13-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Limpeza das vias aéreas comprometida relacionada com a presença de secreções e manifestada por tosse ineficaz.
<b>Resultado esperado</b>	Limpeza das vias aéreas melhorada, com tosse eficaz e após 3 dias.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Promover a ingestão de líquidos.</p> <p>Executar a auscultação no início e final da sessão de reeducação funcional respiratória (avaliação do murmúrio vesicular e presença de ruídos adventícios: roncos, sibilos).</p>

	<p>Executar a elevação da cabeceira quando apresenta dispneia.</p> <p>Executar a drenagem postural modificada.</p> <p>Executar manobras acessórias (compressões e vibrações).</p> <p>Executar o ciclo ativo das técnicas respiratórias (TEF, HUFF).</p> <p>Promover a tosse com contenção da sutura.</p> <p>Avaliar a tosse, secreções (quantidade, consistência e características).</p>
<b>Avaliação</b>	<p>7-10-2014: À auscultação pulmonar presença de ruídos adventícios (roncos e sibilos).</p> <p>9-10-2014: Na auscultação se o Sr. A. realizar controlo respiratório não apresenta ruídos adventícios. Tosse produtiva e eficaz, tendo expelido secreções abundantes, espessas e mucopurulentas. Iniciou antibioterapia pelas características das secreções.</p>

<b>Data:</b> 13-10-2014 a 13-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Risco de défice de conhecimento sobre a saúde relacionado com a continuidade dos exercícios aprendidos durante as sessões de RFR, após a alta.
<b>Resultado esperado</b>	Que consiga estar ciente dos problemas de saúde, seja capaz de reconhecer sinais e sintomas de complicações pulmonares pós-operatórias e dar continuidade aos exercícios.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	Instruir sobre o ensino que deve dar continuidade no domicílio ao Sr. A.S. e à família (controlo da respiração, exercícios de abertura costal global com e sem bastão, exercícios de abertura

	<p>costal direita, exercícios de correção postural).</p> <p>Avaliar se o Sr. A.S. sabe realizar os exercícios e corrigi-lo no caso de não realizar corretamente.</p> <p>Instruir sobre hábitos de exercício como marcha, subir e descer degraus.</p> <p>Instruir sobre hábitos alimentares: reforço da ingestão hídrica.</p> <p>Referenciar para o centro de reabilitação da área.</p> <p>Descrever os registos de enfermagem de reabilitação do Sr. A.S. e a sua evolução.</p>
<b>Avaliação</b>	<p>Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares apesar de diminuído no terço inferior direito. Presença de ruídos adventícios dispersos (roncos).</p> <p>Radiografia: pulmão expandido sem evidência de câmaras ou derrames.</p> <p>Respiração: mista, amplitude normal, com simetria torácica, 20ciclos/min.</p> <p>Sintomas: Tosse produtiva</p> <p>TA: 127/57 mmHg; Fc: 96; SpO2: 94%; Dor- n=2; Escala de Borg da dispneia: 0</p> <p>O Sr. A. executou os exercícios com maior tolerância, mas por abdómen distendido não tolera plano zero. Realiza corretamente reeducação costal superior e abdomino-diafragmática na posição de sentado e de forma autónoma. Apresenta dificuldade na abertura costal seletiva à direita. Durante as sessões atingiu saturações periféricas de 94-97%. O Sr. A sabe usar o espirómetro de incentivo com aumento gradual de volumes. Foi incentivado ao reforço hídrico devido apresentar secreções espessas e purulentas em pequena quantidade. Realiza marcha pela unidade sem dispneia ou dor nos membros inferiores. Apresenta postura corrigida. Tem</p>



indicação para dar continuidade às sessões de RFR após a alta.

### Avaliação dos parâmetros vitais (Início e final da sessão de RFR)

Pré – operatório		Pós-operatório										
Data	30/9/2014		3/10/2014		6/10/2014		7/10/2014		9/10/2014		13/10/2014	
<b>Frequência cardíaca (ppm)</b>	58	65	88	86	89	87	95	93	97	93	98	96
<b>Frequência respiratória (ciclos/min.)</b>	20	18	18	16	18	18	18	14	16	16	21	20
<b>SpO2 (%)</b>	93	96	97	97	97	97	93	97	95	96	97	98
<b>Tensão arterial (mmHg)</b>	141/97	123/72	119/56	115/54	135/62	123/57	139/59	130/59	136/59	134/57	145/63	127/57
<b>Dor (0-10)</b>	0	0	0	0	6	2	4	2	5	0	4	0
<b>Escala de Borg da dispneia (0-10)</b>	0	0	0	0	2	0	2	0	0.5	0	0.5	0

## Avaliação da função respiratória (Início e final da sessão de RFR)

### Respiração

		Pré-operatório		Pós-operatório			
Data		30/9/2014	3/10/2014	6/10/2014	7/10/2014	9/10/2014	13/10/2014
Simetria torácica	Sim=S Não=N	S	S	S	S	S	S
Padrão da respiração	T= torácica AD= abdomino-diafragmática M= mista P= paradoxal	M	M	M	M	M	M
Amplitude	S= superficial N= normal P= Profunda	N	N	N	N	N	N

## Sintomas

<b>Tosse</b>	<b>S= seca</b> <b>P= produtiva</b> <b>(E= eficaz;</b> <b>I= ineficaz;</b> <b>A= aspiração de</b> <b>secreções)</b>	<b>S</b>	<b>S</b>	<b>S</b>	<b>P, I</b>	<b>P, E</b>	<b>S</b>
<b>Secreções</b> <b>(quantidade)</b>	<b>A= abundantes</b> <b>M= moderadas</b> <b>E= escassas</b>					<b>M</b>	
<b>Secreções</b> <b>(consistência)</b>	<b>F= fluidas</b> <b>E= espessas</b>					<b>E</b>	
<b>Secreções</b> <b>(caraterísticas)</b>	<b>M= mucosas</b> <b>MP= mucopurulentas</b> <b>P= purulentas</b> <b>H= hemáticas</b> <b>R= rosadas</b>					<b>P</b>	

## Auscultação Pulmonar

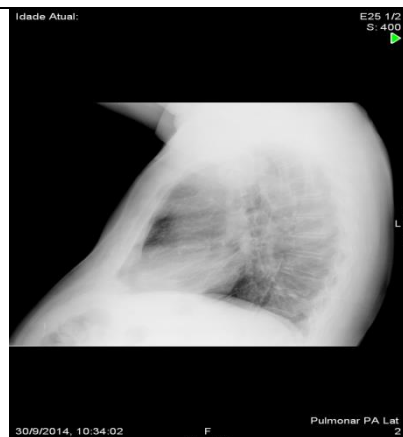
Auscultação Pulmonar															
Data			30/9/2014		3/10/2014		6/10/2014		7/10/2014		9/10/2014		13/10/2014		
Avaliação no início/fim da sessão de RFR			I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	
<b>Murmúrio vesicular</b>	M= mantido D= diminuído A= ausente (D /E) = Direito/esquerdo)	1/3 superior	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) D/M	(D/E) D/M	(D/E) D/M	(D/E) D/M	(D/E) D/D	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	
		1/3 médio	M/M	M/M	M/M	M/M	D/M	M/M	D/M	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M
		1/3 inferior	M/M	M/M	M/M	M/M	D/M	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M	D/D	M/M
<b>Ruídos adventícios</b>	R= roncos S= sibilos F= ferveores C= crepitações A= atritos	1/3 superior	R/R	R/	S/S	S/S							R/R		
		1/3 médio	R/R		S/S										
		1/3 inferior	S/											R/R	

## Radiografia do tórax

30/10/2014



30/10/2014



01/10/2014



02/10/2014



### Nota de alta/transferência de Enfermagem de Reabilitação- 13/10/2014

Sr. A. é invisual (congénito) e tem necessidade de orientação espacial e presença de dispositivos. Autónimo nas atividades de vida no seu ambiente. PFR: FEV1- 61%/58% e FVC- 2.97 L/3.12L; DCLO/VA 59%.

No pré-operatório realizado ensino e validação dos exercícios respiratórios com necessidade de minimizar estímulos externos que interfiram na concentração e relaxamento. Sem limitações osteoarticulares na realização dos exercícios.

Durante o internamento foram realizadas sessões de RFR. Realizados exercícios de reexpansão pulmonar, correção postural e limpeza das vias aéreas. Progressivamente com maior tolerância ao esforço.

Controlo respiratório e tosse ineficaz levando por vezes a períodos de broncospasmos, que revertem com inaloterapia (faz de forma eficaz), elevação da cabeceira e controlo respiratório. Apresenta abdómen distendido, o que dificulta a tolerância ao plano zero.

AP: murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares apesar de diminuído no 1/3 inferior direito. Presença de ruídos adventícios (roncos) dispersos.

Radiografia: pulmão expandido, sem evidência de câmaras ou derrames.

Fornecido espirómetro de incentivo com aumento gradual dos volumes (2000 à saída). Caminha pelo corredor sem cansaço.

Realiza de forma correta costal superior e reeducação abdomino-diafragmática na posição de sentado e de forma autónoma.

Apresenta dificuldade na abertura costal seletiva direita. Durante as sessões SpO<sub>2</sub> 94-97%.

Incentivado o reforço hídrico devido a secreções espessas e purulentas em pequena quantidade.

Tem indicação para dar continuidade às sessões de RFR após a alta.

## PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – II

### Identificação

Nome: Sr. I.L.S.S. Nome preferido: Sr. I. – Idade: 75 anos.

Profissão: Reformado (Comerciante de perfumes).

Escolaridade: 4º ano.

Centro de Saúde: Silves.

Agregado familiar: esposa Cuidador principal: filho (Sr. C.S.).

Condições habitacionais: casa térrea com quintal e sem presença de humidade.

Antecedentes Pessoais: Diabetes tipo II desde há 5 anos, ex-fumador há 45anos (20 cig/dia), hiperplasia benigna da próstata, dislipidémia, apendicectomia na infância, cirurgia aos joelhos há 3 anos, acidente de viação há 4 meses com internamento no H.P. durante 4 dias por crise epiléptica parcial complexa, situação em estudo e mantém períodos de ausência.

Medicação do domicílio: metformina+vidagliptina, dutasterida, perindopril+ amlodipina

Alergias: desconhece.

Diagnóstico: Massa da Língua, inicialmente proposto para Pneumectomia.

Intervenção cirúrgica: Lobectomia Superior Esquerda (8-10-2014).

## Informação clínica

<b>Estilo de vida</b>	Sem distress
<b>Comportamentos aditivos</b>	Ausência de hábitos tabágicos, alcoólicos e substâncias ilícitas. Refere que só bebe água.
<b>Comunicação</b>	Audição e fala sem alterações. Visão diminuída, usa próteses oculares (óculos).
<b>Avaliação mental</b>	Consciente, orientado e com comportamento adequado.
<b>Segurança e Proteção</b>	Sem registo de quedas prévias.
<b>Tegumentos</b>	Pele íntegra. Mucosas coradas e hidratadas.
<b>Respiração</b>	Eupneico em ar ambiente, ausência de tosse.
<b>Circulação</b>	Presença de alterações vasculares (varizes) no membro inferior direito.
<b>Sono e repouso</b>	Ausência de perturbações no padrão do sono.



<b>Atividades básicas de vida diárias</b>	
<b>Higiene pessoal</b>	Independente. Higiene oral e corporal cuidada.
<b>Eliminação vesical e intestinal</b>	Independente. Sem alterações no padrão urinário e nas características da urina Padrão intestinal: hábitos regulares (1x/dia).
<b>Vestuário</b>	Independente para vestir-se, calçar-se e despir-se.
<b>Alimentação</b>	Independente. Realiza 3- 4 refeições diárias. Ingere dieta mole devido à ausência de dentição. Não tem prótese dentária porque refere não gostar de usar.
<b>Locomoção</b>	Marcha sem alterações e sem necessidade de dispositivos de ajuda.
<b>Transferência</b>	Independente nas transferências do leito para a cadeira.

<b>Avaliação Inicial</b>
<p>Sr. I.S. apresenta bom estado nutricional (Peso: 78 kg, IMC: 26,98), sem limitações na realização dos exercícios e autónomo nas atividades de vida diárias.</p> <p>Realizado esclarecimento de dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e informado sobre os potenciais riscos respiratórios;</p> <p>Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente em todos os campos pulmonares e diminuído no terço médio esquerdo.</p> <p>PFR: FEV1- 2,61; FVC- 3,06 DLCO/VA-1,16</p>

RFR: Ensino pré-operatório: objetivos:

Estimular a motivação para participar na sessão de RFR;

Coordenação dos movimentos respiratórios;

Melhorar a performance dos músculos respiratórios;

Otimizar a ventilação/perfusão alveolar do lado direito;

Maximizar a expansão pulmonar à direita;

Assegurar permeabilidade das vias aéreas através do ensino da tosse (dirigida/assistida) com contenção da ferida operatória;

Hidratação;

Adoção de atitudes e posicionamentos corretos após a cirurgia;

Reeducação ao esforço.

O Sr. I. foi participativo e disponível para a receção de informações durante a sessão de RFR. Executou de forma coordenada os exercícios, com boa tolerância aos mesmos.

Foi ensinada a posição de descanso e relaxamento; instruída e demonstrada a técnica do controlo da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na inspiração profunda; realizado ensino sobre as técnicas de reeducação costal seletiva à direita (antero-posterior), abertura costal com bastão, exercícios de automobilização.

Respiração: mista, amplitude normal, com simetria torácica e 16 ciclos/minuto.

Sintomas: Tosse seca

TA: 155/70mmHg; Fc: 64 pp/min.; SpO<sub>2</sub>: 95%; Dor: n=0; Escala de Borg da dispneia: n=0

## Plano de Cuidados

**Data:** 06-10-2014 a 08-10-2014

### Diagnóstico de enfermagem

Défice de conhecimento relacionado com a intervenção cirúrgica (provável Pneumectomia) e manifestado por ansiedade.

### Resultado esperado

Conhecimento melhorado dentro de 2 dias.

### Intervenções de enfermagem

Avaliar a capacidade do Sr. I. S. para participar nas sessões de Reeducação funcional respiratória.

Avaliar sinais vitais, auscultação pulmonar, radiografia do tórax e tomografia axial computadorizada, provas de função respiratória, cintigrafia de perfusão/ventilação.

Ensinar e instruir a posição de descanso e relaxamento para reduzir a tensão psíquica e muscular e a ansiedade.

Ensinar e instruir o posicionamento que deve realizar após a cirurgia: decúbito dorsal e decúbito lateral sobre o lado intervencionado.

Instruir sobre os riscos respiratórios potenciais (acumulação de secreções, insuficiência respiratória, hemorragia).

Instruir e treinar as técnicas respiratórias- inspirações profundas e pausadas e expiração com lábios semicerrados.

Avaliar a coordenação dos movimentos respiratórios (Que o SR.I.S saiba controlar e dissociar os tempos respiratórios).

	<p>Instruir e treinar as técnicas – reeducação costal seletiva direita, antero-lateral e abertura costal global.</p> <p>Instruir e treinar a técnica da tosse dirigida com contenção da ferida operatória.</p> <p>Gerir os exercícios de automobilização.</p> <p>Realizar prova de marcha de seis minutos.</p> <p>Avaliar a execução e limitações aos exercícios respiratórios.</p> <p>Avaliar os conhecimentos que o Sr. I.S. tem sobre os exercícios realizados durante o ensino perioperatório.</p>
<b>Avaliação</b>	<p>Realizou prova de marcha 6 minutos com chinelos: 170 metros, com Fr: 16-20 ciclos/minuto, FC: 60-66 pp/min e SpO2: 94-95% e sem apresentar dispneia, precordialgia ou cansaço ao nível dos membros inferiores. TA: 139/61mmHg – TA: 150/61mmHg.</p> <p>No dia da cirurgia foi reforçado o ensino sobre o controlo da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios, tendo executado para promover o relaxamento.</p>

<b>Data:</b> 09-10-2014 a 13-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Trocas gasosas comprometidas relacionadas com a cirurgia e manifestado por FR= 20 ciclos/min.
<b>Resultado esperado</b>	Trocas gasosas melhoradas, com FR= 16 ciclos/min, dentro de 4 dias.

<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Executar o levante precoce da cama para o cadeirão</p> <p>Ensinar e instruir a técnica como deve realizar a transferência da cama para o cadeirão com o auxílio do “burro”.</p> <p>Promover a correção da postura para evitar limitações funcionais ou posturas viciosas.</p> <p>Executar os exercícios instruídos no pré-operatório: controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios e mobilização da articulação escapulo-umeral.</p>
<b>Avaliação</b>	<p>09-10: Sr. I. sonolento mas executou o controlo da respiração de forma eficaz. Drenos em ativo (5KPa) e a borbulhar continuamente. Tosse produtiva e eficaz, tendo expelido secreções hemáticas escuras, espessas e abundantes, com alívio do Sr. I. Saturações baixas (88%) foi colocada oxigenoterapia (1l/min) com melhoria da oximetria. Durante a sessão de RFR e sem aporte de O<sub>2</sub> atingiu oximetria de 95-96%. Não teve dificuldade em mobilizar a articulação escapulo-umeral.</p>

<b>Data:</b> 09-10-2014 a 20-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Alteração da dinâmica respiratória relacionada com a presença de drenos e ferida operatória, manifestada por dor nível 3.
<b>Resultado esperado</b>	Dor melhorada (nível=0), dentro de 2 dias.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	Monitorizar escala da dor e gerir a analgesia.

	<p>Gerir oxigenoterapia para otimizar a ventilação e melhorar a tolerância ao esforço.</p> <p>Promover a readaptação respiratória e tolerância ao esforço.</p> <p>Prevenir /minimizar o aparecimento de complicações pós-operatórias.</p> <p>Executar o ciclo ativo das técnicas respiratórias para limpeza das vias aéreas.</p> <p>Ensinar e treinar as técnicas respiratórias: posição de descanso e relaxamento, controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática posterior, reeducação costal seletiva esquerda, antero-posterior e postero-lateral, costal global e abertura costal global com bastão e abertura seletiva esquerda e costal inferior.</p> <p>Instruir e treinar a técnica da tosse assistida e contenção da ferida operatória, com ênfase no “huff” (aplicar manobras acessórias: vibrações e compressões).</p> <p>Executar o posicionamento sobre o dreno quando tolerado pelo Sr. I.S.</p> <p>Providenciar o espirómetro de incentivo para reexpansão pulmonar.</p> <p>Avaliar se o Sr. I.S. usa corretamente o espirómetro e motivá-lo a realizar 2 a 3 vezes.</p> <p>Descrever o registo diário da avaliação durante as sessões de RFR.</p>
<b>Avaliação</b>	<p>13-10: Dreno oscilante no final da RFR. Sem aporte de O2 e sem dispneia. Realizou todos os decúbitos e com menor tolerância ao semi-dorsal. No final da sessão, o Sr. I. não tinha dor e adormeceu em semi-ventral.</p> <p>15-10: Na sessão de RFR o Sr. I. apresentou melhor tolerância aos exercícios respiratórios e no final atingiu oximetria de 98%. Ausência de dispneia nos cuidados de higiene e já é autónomo.</p>

	<p>16-10: Fornecido o espirómetro de incentivo e atingiu volumes máximos de 2000, por um período de 5 minutos devido a referir cansaço. Face à sintomatologia fez controlo da respiração e reverteu.</p> <p>20-10: Tosse seca.</p>
--	--

<b>Data:</b> 14-10-2014 a 15-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Dispneia funcional relacionada com a intervenção cirúrgica, manifestada por diminuição da capacidade de tolerância ao esforço durante os cuidados de higiene (Escala de Borg=2).
<b>Resultado esperado</b>	Ausência de dispneia (escala de Borg=0) dentro de 2 dias.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Assistir nos cuidados de higiene (região dorso-lombar e membros inferiores) com o Sr. I.S. sentado para diminuir o trabalho respiratório e conservar energia.</p> <p>Ensinar e instruir o Sr. I.S. para realizar inspirações profundas e pausadas e aumentar o tempo expiratório após o esforço /controlo da respiração.</p> <p>Ensinar e treinar as posições de descanso perante a dispneia (sentado numa cadeira com os membros superiores apoiados ou no leito com a cabeceira elevada).</p>
<b>Avaliação</b>	14-10: Sr. I.S. foi assistido nos cuidados de higiene devido a apresentar dispneia ao secar os pés. Eupneico após repouso sentado e controlo respiratório. Após repouso realizou marcha até ao leito com tolerância ao esforço.

<b>Data:</b> 20-10-2014 a 20-10-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Risco de déficit de conhecimento sobre a saúde relacionado com a continuidade dos exercícios após a alta.
<b>Resultado esperado</b>	Que o Sr. I.S. consiga estar ciente dos problemas de saúde e manter a continuidade dos exercícios.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Instruir e treinar os exercícios que o Sr. I.S. deve realizar no domicílio (controlo da respiração perante o esforço, exercícios costais e diafragmáticos, uso de espirómetro e marcha).</p> <p>Avaliar a execução dos exercícios respiratórios.</p> <p>Realizar prova de marcha para avaliação final do SR.I.S.</p> <p>Referenciar o Sr. I.S. para centro de reabilitação para dar continuidade ao plano de reabilitação.</p> <p>Descrever a nota de alta referente aos cuidados de reabilitação.</p>
<b>Avaliação</b>	Durante a sessão foram validados os exercícios respiratórios e reforçados os que deve dar continuidade no domicílio. Prova de marcha: 120 metros, com Fr: 16-21 ciclos por min.; Fc: 66-71 pp/min. SpO2: 93%. O Sr. I. apenas realizou menos 50 metros que no período perioperatório e com tolerância ao esforço (sem pausas, dispneia, precordialgia nem cansaço nos membros inferiores).



### Avaliação dos parâmetros vitais (Início e final da sessão de RFR)

Pré – operatório				Pós-operatório												
Data	7-10-2014		08-10-2014		09-10-2014		13-10-2014		14-10-2014		15-10-2014		16-10-2014		20-10-2014	
Frequência cardíaca (ppm)	93	64	61	66	81	82	81	66	65	68	70	64	64	67	67	66
Frequência respiratória (ciclos/min.)	16	20	16	16	18	20	18	20	19	18	18	16	17	16	16	16
SpO2 (%)	97	96	94	95	95	96	96	94	93	97	96	98	97	98	95	97
Tensão arterial (mmHg)	134/61	144/63	153/76	130/61	130/72	148/88	154/76	147/80	158/83	133/71	136/66	148/73	137/67	123/60	144/63	146/72
Dor (0-10)	0	0	2	0	2	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Escala de Borg da dispneia (0-10)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

## Avaliação da função respiratória (Início e final da sessão de RFR)

### Respiração

Pré-operatório		Pós-operatório							
Data		07/10/2014	08/10/2014	09/10/2014	13/10/2014	14/10/2014	15/10/2014	16/10/2014	20/10/2014
Simetria torácica	Sim=S Não=N	S	S	S	S	S	S	S	S
Padrão da respiração	T= torácica AD= abdomino-diafragmática M= mista P= paradoxal	M	M	T	T	T	T	T	T
Amplitude	S= superficial N= normal P= Profunda	N	N	N	N	P	P	P	P

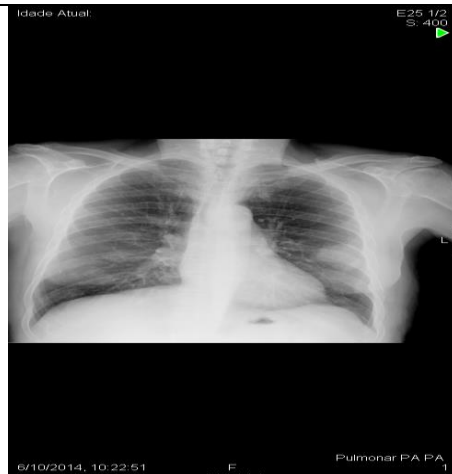
**Sintomas**

<b>Sintomas</b>									
<b>Tosse</b>	<b>S= seca</b> <b>P= produtiva</b> <b>(E= eficaz;</b> <b>I= ineficaz;</b> <b>A= aspiração de secreções)</b>	<b>S</b>	<b>S</b>	<b>PE</b>	<b>PI</b>	<b>S</b>	<b>PE</b>	<b>PE</b>	<b>S</b>
<b>Secreções (quantidade)</b>	<b>A= abundantes</b> <b>M= moderadas</b> <b>E= escassas</b>	-	-	<b>A</b>	<b>E</b>	-	-	-	-
<b>Secreções (consistência)</b>	<b>F= fluidas</b> <b>E= espessas</b>	-	-	<b>E</b>	<b>E</b>	-	<b>E</b>	<b>E</b>	-
<b>Secreções (caraterísticas)</b>	<b>M= mucosas</b> <b>MP= mucopurulentas</b> <b>P= purulentas</b> <b>H= hemáticas</b> <b>R= rosadas</b>								<b>P</b>



# Radiografia do tórax

08/10/2014



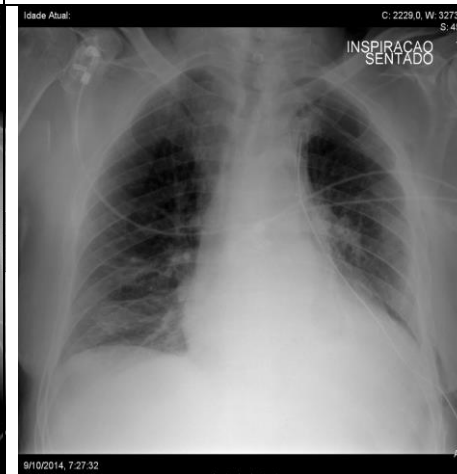
08/10/2014



08/10/2014- Após cirurgia



09/10/2014



15/10/2014



17/10/2014



18/10/2014



18/10/2014



### **Nota de alta/transferência de Enfermagem de Reabilitação- 20/10/2014**

Na admissão, o Sr. I. apresentava-se orientado e autônomo nas atividades de vida diárias. Sem alterações osteoarticulares.

PFR: FEV1- 2.61; FVC- 3.06; DLCO/VA- 1.16

Realizou RFR com ensino perioperatório e prova de marcha. Sem limitações na execução dos exercícios. Durante o internamento realizou exercícios respiratórios de forma coordenada: Costal superior, abdomino-diafragmática, costal antero-posterior e postero-lateral, abertura costal seletiva e global aos 180°. Apresenta dificuldade em realizar espirômetro de incentivo, contudo quando realiza, de forma eficaz, atinge volumes de 1500.

AP: Murmúrio vesicular mantido, sem presença de ruídos adventícios.

Radiografia do tórax: pulmão expandido, com ausência de câmaras ou derrame.

À saída foram reforçados e validados os exercícios respiratórios com ênfase na inspiração.

Realizada prova de marcha- 120m; Fr: 16-20 ciclos/min.; Fc: 66-71pp/min. SpO<sub>2</sub>: 93%.

Tem indicação para realizar RFR no ambulatório.

## PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO III

### Identificação

**Nome:** Sr. R.J.S.V. **Nome preferido:** R. – **Idade:** 45 anos.

**Estado civil:** Solteiro.

**Profissão:** Reformado por invalidez.

**Escolaridade:** 1º estadio de educação básica (4ª classe / 6ºano).

**Centro de Saúde:** Unidade de Saúde Familiar de Santo Condestável.

**Unidade de Referência:** UCC Consigo (Internamento desde 17/03/2014).

**Agregado familiar:** Mãe (**Cuidador informal**).

**Antecedentes Pessoais:** Hipertensão arterial; Síndrome depressivo; Hábitos toxifílicos inalatórios (cocaína e heroína) suspendidos desde 2000; portador de VHC; Tuberculose pulmonar tratada em ambulatório com terapêutica antibacilar quitupia durante um ano e meio (2002); Tabagismo ativo (20 cigarros /dia durante 25 anos, tendo reduzido para 10 cigarros/dia em 2011); Esclerose múltipla diagnosticada desde 2001, com quadro clínico acompanhado de diminuição da força muscular e acompanhado pela consulta de Neurologia do CHLO desde 2003; Em 2007 realizava marcha com o apoio de uma bengala mas após novo surto ficou com hemiparesia à esquerda e agravamento progressivo da função motora; Em 2013 perdeu a capacidade de escrita e iniciou fisioterapia na Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM). Suspendeu sessões de fisioterapia entre Setembro e Dezembro devido à impossibilidade de se deslocar em cadeira de rodas até este centro por avaria do elevador e por morar no quarto andar. Em 2014 reinicia sessões de fisioterapia na SPEM após arranjo do elevador.

**Último internamento:** 20 a 27 de Novembro de 2014 no CHLO.

**Antecedentes familiares:** Não tem filhos; Mãe- 79 anos, Diabetes Mellitus tipo II, patologia intestinal não especificada; Pai –

falecido aos 63 anos após AVC isquémico, Diabetes Mellitus tipo II, Doença hepática crónica de causa etanólica; Irmãos (12), 3 falecidos (1irmão com complicações neonatais, 1 irmão portador de HIV e Tuberculose pulmonar que faleceu por causa não especificada e 1 irmão faleceu de doença infecciosa não específica) e os restantes saudáveis.

**Medicação do domicílio:** Captopril 50mg, 1cp ao Pequeno-almoço e ½ cp ao jantar; Fluoxetina 20mg, 1cp ao Pequeno-almoço; Baclofeno 25mg, 2 cp ao Pequeno-almoço e 1 cp ao Almoço; Baclofeno 10mg, 1 cp ao almoço; Spiriva 18 µg SOS; Atrovent (Brometo de Ipatrópio) 1 inalação ao almoço e 1 inalação ao jantar.

**Condições habitacionais:** O cliente vive com a mãe num apartamento (T2) arrendado e que se localiza no 4º andar e inserido num bairro social de Lisboa. O cliente permanece a maior parte do tempo na sala e dorme nessa divisão numa cama articulada e com colchão de alívio de pressão. A dimensão das divisões do apartamento permite a sua mobilidade através de cadeira de rodas adaptada às suas limitações. Inicialmente, os cuidados de higiene eram prestados no leito por uma equipa da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa mas após reunião com a equipa multidisciplinar foi possível a reestruturação da casa de banho, de modo a permitir a entrada de uma cadeira de higiene e neste momento esta atividade de vida já foi desenvolvida neste local. O apartamento apresenta-se limpo e sem problemas ambientais.



**Informação clínica – Avaliação: 03/12/2014**

<b>Estilo de vida</b>	Com alguns períodos de ansiedade.
<b>Comportamentos aditivos</b>	Ex-fumador e ex-toxicómano.
<b>Comunicação</b>	Audição, visão e fala sem alterações. Revela conhecimentos acerca de assuntos da atualidade e veiculados pelos meios de comunicação social.

**Atividades básicas de vida diárias**

<b>Higiene pessoal</b>	Dependente de terceiros (prestador de cuidados e equipa da Santa Casa da Misericórdia)
<b>Eliminação vesical e intestinal</b>	Dependente de terceiros. Usa dispositivo urinário permanentemente por incontinência urinária e usa fralda de proteção por incontinência de esfíncteres.
<b>Vestuário</b>	Dependente de terceiros
<b>Alimentação</b>	Dependente de terceiros para a confeção dos alimentos, mas consegue alimentar-se sozinho porque ainda tem mobilidade a nível do membro superior direito.
<b>Locomoção</b>	Mobiliza-se em cadeira de rodas adaptada à sua situação clínica.
<b>Transferência</b>	Dependente de terceiros.

**Avaliação mental** - Consciente, orientado no tempo, espaço e na pessoa; com comportamento adequado.

Escala da Consciência (Escala de Coma de Glasgow)

Abertura dos olhos	<b><u>4-</u></b> <b><u>Espontaneamente</u></b> 3- Por ordem 2- À dor 1- Nula	Resposta verbal	<b><u>5- Orientada</u></b> 4- Confusa 3- Inapropriada 2- Incompreensível 1- Nula	Resposta motora	<b><u>6- Obedece a</u></b> <b><u>ordens</u></b> 5- Localiza a dor 4- Foge à dor anormal 3- Flexão anormal 2- Em extensão 1- Nula
<b>Score</b>	<b><u>15</u></b> (resposta do cliente sublinhada e a negrito)				

<b>Respiração</b>	Padrão: Respiração mista. Simetria torácica: sim. Amplitude: normal. Ritmo: regular. Dispneia presente (escala de Borg= 2) durante médios esforços.
<b>Sintomas</b>	Tosse seca.
<b>Circulação</b>	Ausência de edemas e de alterações vasculares.
<b>Segurança e Proteção</b>	Sem registo de quedas prévias.

<b>Tegumentos</b>	Pele íntegra. Mucosas coradas e hidratadas.
<b>Sono e repouso</b>	Ausência de perturbações no padrão do sono; repousa 8 a 9 horas.

<b>Escala de Borg da Dispneia (0-10)</b>			
0	Ausência de dispneia	5	
0.5	Dispneia muito, muito ligeira	6	
1		7	Dispneia muito intensa
2	Dispneia ligeira	8	
3	Dispneia moderada	9	Dispneia muito, muito severa
4	Dispneia intensa	10	Dispneia máxima

### **Avaliação Inicial**

Sr. R.V apresenta-se participativo no processo de reabilitação e tem algumas limitações nas atividades de vida diárias resultantes da sua situação clínica.

3-12-2014: O cliente teve um internamento recente no serviço de neurologia no período de 20 a 27 de Novembro e o motivo de internamento foi para conhecer a causa da dispneia e para fazer tratamento de metilprednisolona e que segundo o cliente obteve ganhos, nomeadamente na mobilização dos dedos do pé direito. Durante o internamento realizou provas de função respiratória cujos resultados revelaram padrão respiratório restritivo e foi instituída ventilação não invasiva durante o período noturno (8h/dia).

Neste momento encontrava-se em processo de adaptação desta modalidade ventilatória (BIPAP), pois só consegue realizar duas horas diárias porque refere medo de fazer durante a noite. Apresenta padrão respiratório misto, regular e com tosse eficaz. Contudo mantém ligeira dispneia (n=2- escala de Borg) quando fala e a sua tolerância ao esforço diminuiu. À auscultação pulmonar verifica-se que mantém o murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares exceto no 1/3 inferior direito que se encontra diminuído.

Atualmente com tetraparésia espástica e perda de esfíncteres que agravou com o internamento, ou seja, apresenta eczema do pénis e por isso encontra-se algaliado.

A pele encontra-se íntegra, hidratada e com as mucosas coradas. O cliente dorme num colchão de alívio de pressão e consegue mudar de posição no leito com o auxílio das grades e os cuidados de higiene são prestados no leito pela equipa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Neste momento a equipa de reabilitação tem como objetivo mobilizar meios para realizar obras no wc para que o cliente possa usufruir de cuidados de higiene neste local.

Plano de intervenção (objetivos):

- Otimizar a mobilidade e limitar complicações decorrentes da sua situação clínica;

- Capacitar o Sr. R.V. e a prestadora de cuidados a desenvolver estratégias que facilitem as atividades de vida diárias;

- Promover meios/ajudas de custo para reconstruir o wc e permitir menor dependência nos cuidados de higiene e de eliminação.

## Plano de Cuidados

**Data:** 03-12-2015

### **Diagnóstico de enfermagem**

Capacidade respiratória comprometida devido a alteração do padrão respiratório, da mobilização da caixa torácica e da hipoatividade dos músculos acessórios da respiração, manifestada por períodos de dispneia (escala de Borg=2).

### **Resultado esperado**

Autocontrolo do padrão respiratório melhorado (escala de Borg=0,5) e da ventilação não invasiva (Bipap), ao fim de um mês.

### **Intervenções de enfermagem**

Avaliar a componente respiratória e a sua tolerância ao esforço.

Instruir e treinar o cliente sobre técnicas respiratórias: controlo da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios perante um esforço.

Instruir e treinar as técnicas de reeducação costal: seletiva à direita, abertura costal global com mobilização passiva do membro superior esquerdo (entrelaça os dedos da mão direita na esquerda e é apoiada a zona do cotovelo para a elevação do membro), costal inferior.

Gerir a execução dos exercícios de automobilização com o membro superior direito (acompanhar os movimentos instruídos pelo enfermeiro de modo a tocar com dedos na mão do técnico).

Avaliar o padrão respiratório (caraterísticas da respiração, auscultação pulmonar).

Ensinar e instruir o Sr. R.V. sobre os cuidados a ter com a ventilação não invasiva (monitorizar o tempo de realização de Bipap).

	<p>Executar exercícios para tonificar o diafragma (exercícios abdomino-diafragmáticos);</p> <p>Executar exercícios a nível do tórax (flexão/extensão).</p>
<b>Avaliação</b> (18-01-2015)	<p>O Sr. R.V. realiza o controlo da respiração de forma correta e executa os exercícios costais com sequências iniciais de 5 vezes e ao longo do programa de reabilitação conseguiu desenvolver sequências de 10. A abertura seletiva à direita é executada de forma independente e com resistência (garrafa de água de 33cl na mão direita).</p> <p>O cliente durante os exercícios respiratórios efetuava inicialmente 2 a 3 períodos de pausa mas com evolução gradual, pois nas últimas sessões realizava sequências sem pausas e sem dificuldade respiratória (escala de Borg da dispneia=0,5). Durante as sessões foi avaliada a capacidade de adaptação ao Bipap e verificou-se um aumento gradual do número de horas de ventilação não invasiva, tendo atingindo 8 horas noturnas.</p>

<b>Data:</b> 03-12-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Autocuidado em alimentar-se comprometido, em grau moderado, relacionado com défice neuromuscular e manifestada por diminuição da força muscular, hipotonia a nível do membro superior esquerdo (escala de Lower= 1/5 e escala de Ashworth=2), hipertonia dos membros inferiores (escala de Lower= 0/5;0/5 e escala de Ashworth= 3) por incapacidade de aceder, preparar e cortar os alimentos.
<b>Resultado esperado</b>	Que o Sr. R.V. apresente autocuidado na alimentação melhorado ao fim de 30 dias, com deslocação até à cozinha para aceder aos alimentos.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Ensinar sobre cuidados a ter com a dieta (suplementos proteicos).</p> <p>Avaliar o estado nutricional (perímetro abdominal).</p> <p>Instruir e treinar o posicionamento durante as refeições para evitar riscos de aspiração.</p> <p>Ensinar o Sr. R.V. a avaliar a cavidade oral antes e após as refeições.</p> <p>Ensinar a prestadora de cuidados para reunir os utensílios necessários para a refeição.</p> <p>Instruir e treinar estratégias para continuar a alimentar-se sozinho.</p> <p>Promover o reforço hídrico (1,5l de líquidos/dia).</p>
<b>Avaliação</b> (18-01-2015)	O cliente consegue alimentar-se sozinho com o membro superior direito mas necessita de ajuda parcial para a preparação dos alimentos. O Sr. R. V. alimenta-se de uma dieta equilibrada e cumpre o reforço hídrico. Apresenta conhecimentos sobre o posicionamento para evitar o risco de aspiração e mantém higiene oral cuidada. Apresenta perímetro abdominal de 80 cm.

<b>Data:</b> 03-12-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Autocuidado na eliminação vesical e intestinal comprometida relacionada com déficit neuromuscular e manifestada pela incapacidade de ir ao sanitário.
<b>Resultado esperado</b>	Autocuidado na eliminação vesical e intestinal melhorado ao fim de um mês e com ida ao sanitário.
<b>Atividades de enfermagem</b>	Ensinar sobre os cuidados a ter com a pele na região perianal. Instruir o Sr. R.V. e a prestadora de cuidados sobre os cuidados a ter com a eliminação (mudança de dispositivos). Promover a privacidade nesta atividade de vida eliminação no wc (adaptação da sanita de modo a encaixar a cadeira de rodas sanitária). Avaliar e otimizar o reflexo gastrocólico (se necessário administrar laxante de forma rectal e realizar estimulação digital).
<b>Avaliação (18-01-2015)</b>	A prestadora e o cliente apresentam conhecimentos sobre os cuidados necessários com o uso do dispositivo urinário bem como os sintomas relacionados com as alterações do trato urinário e intestinal. O Sr. R.V. consegue manter hábitos intestinais regulares, mas aguarda a receção de cadeira sanitária para ir ao sanitário.



<b>Data:</b> 03-12-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Autocuidado da higiene pessoal comprometida relacionado com déficit neuromuscular, manifestado por diminuição/ausência de força do membro superior esquerdo (0/5) e dos membros inferiores (direita-0/5; esquerda- 0/5).
<b>Resultado esperado</b>	Autocuidado melhorado, com ida ao sanitário em cadeira de rodas ao fim de um mês.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	Reunir equipa para promover ajudas de apoio para a reformulação do wc (banho adaptado e sem limitações ao acesso da cadeira de rodas); Instruir e treinar o cliente e a prestadora de cuidados sobre estratégias para posicionar a cadeira sanitária no duche; Instruir e treinar a prestadora para providenciar os objetos pessoais necessários para os cuidados de higiene; Instruir e treinar a massagem corporal e hidratação da pele; Ensinar a prestadora de cuidados e o cliente sobre o risco de maceração da pele e para o risco das complicações da imobilidade (aparecimento de úlceras de pressão).
<b>Avaliação</b> (18/01/2015)	A reestruturação do wc permitiu que o cliente e a prestadora possam prestar os cuidados de higiene com maior privacidade. Após as orientações sobre os cuidados que devia ter como a aproximação dos objetos para realizar esta atividade de vida, o cliente consegue realizar a higiene na face e do tronco e apenas necessita de ajuda para cuidar da região lombar, genital e dos membros inferiores.

<b>Data:</b> 03-12-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Mobilidade comprometida relacionada com déficit neuromuscular e manifestada por diminuição/ausência de força do membro superior esquerdo (0/5) e dos membros inferiores (direita-0/5; esquerda- 0/5).
<b>Resultado esperado</b>	Mobilidade melhorada ao fim de 30 dias, com deslocação em cadeira de rodas adaptada à sua situação e em segurança; Que o cliente consiga manter a força muscular, a amplitude dos movimentos e limitar a espasticidade. Estimular o cliente a realizar automobilizações dos membros superiores e inferiores ao fim de 1mês.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	Avaliar a participação do Sr. R.V. e do prestador no programa de reabilitação. Avaliar a dor (escala de Borg) e do risco de queda (escala de Morse) durante o programa de reabilitação. Ensinar o cliente e a prestadora sobre os riscos de queda e as estratégias para evitar a queda; Avaliar a componente motora: força muscular a nível segmentos corporais. Executar mobilizações ativas da cabeça e pescoço através da rotação, da flexão e da extensão.

	<p>Executar mobilizações ativas a nível do membro superior direito com o auxílio de uma garrafa de água de 33cl.</p> <p>Executar mobilizações ativas-assistidas no membro superior esquerdo.</p> <p>Instruir e treinar o cliente para realizar a flexão e extensão do tronco com supervisão.</p> <p>Executar mobilizações ativas-assistidas na articulação coxo-femural.</p> <p>Executar mobilizações passivas a nível dos joelhos.</p> <p>Executar mobilizações ativas-resistidas no metatarso do pé direito e passivas no pé esquerdo.</p> <p>Executar a mobilização os membros inferiores através de movimento “rolar”.</p>
<b>Avaliação</b> (18-01-2015)	<p>O Sr. R.V. apresenta-se participativo nas sessões de reabilitação e sem queixas álgicas (escala de Borg=0). Realiza os exercícios da cavidade torácica na presença da prestadora ou do profissional visto estar sem imobilização da cintura e para evitar desequilíbrio e posterior queda. Durante os exercícios da mobilização do tórax necessita de fazer pausa intermediária na sequência determinada (10 vezes) porque fica com ligeira dispneia (escala de borg=2) mas que após controlo e dissociação dos tempos respiratórios fica eupneico. No momento consegue realizar mobilizações ativas da cabeça e do pescoço com e sem resistência e em sequências de 6. O cliente mantém força no membro superior direito e consegue realizar movimentos com uma garrafa de água (resistência) e com sequência de 15 vezes, não apresentando dispneia. A nível dos movimentos do metatarso direito verifica-se um aumento gradual da força face ao movimento de resistência.</p>

<b>Sinais Vitais</b>	<b>Data</b>	<b>02/12/2014</b>	<b>18/01/2015</b>
	Temperatura	36°C	36°C
	Frequência cardíaca	88 (pp/min)	88 (pp/min)
	Tensão arterial	147/99 (mmHg)	147/99 (mmHg)
	Frequência respiratória	18 Ciclos/minuto	20 Ciclos por minuto
	Dor	Zero	Zero

<b>Avaliação das atividades de vida diárias- MIF (Medida de Independência Funcional)</b>		
		<b>Avaliação</b>
<b>Autocuidado</b>	A. Alimentação	<b>3</b>
	B. Higiene pessoal	<b>1</b>
	C. Banho	<b>1</b>
	D. Vestir metade superior	<b>2</b>
	E. Vestir metade inferior	<b>1</b>
	F. Utilização da sanita	<b>1</b>

<b>Controlo dos esfíncteres</b>	G. Bexiga	<b>1</b>
	H. Intestino	<b>1</b>
<b>Mobilidade/ Transferências</b>	I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	<b>2</b>
	J. Sanita	<b>1</b>
	K. Banheira, Duche	<b>1</b>
<b>Locomoção</b>	L. Marcha/cadeira de rodas	<b>3</b>
	M. Escadas	<b>1</b>
<b>Comunicação</b>	N. Compreensão	<b>7</b>
	O. Expressão	<b>7</b>
<b>Cognição social</b>	P. Interação social	<b>7</b>
	Q. Resolução de problemas	<b>3</b>
	R. Memória	<b>7</b>
<b>Total</b>		<b>51</b>

<b>Legenda da avaliação das atividades de vida diárias- MIF (Medida de Independência Funcional)</b>	
Níveis:	Graus de dependência:
7- Independência completa: em segurança, em tempo normal 6- Independência modificada: ajuda técnica	Nível 7, 6 e 5: grau reduzido
Dependência modificada 5- Supervisão 4- Ajuda mínima: indivíduo participa em $\geq 75\%$ 3- Ajuda moderada: indivíduo participa em $\geq 50\%$	Nível 4 e 3: grau moderado
Dependência completa 2- Ajuda máxima: indivíduo participa em $\geq 25\%$ 1- Ajuda total: indivíduo participa em $\leq 25\%$	Nível 2: grau elevado Nível 1: grau muito elevado

### **Avaliação da função motora -força muscular (Escala de Lower)**

A força muscular avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, inicia-se dos segmentos distais para os proximais e a avaliação realiza-se bilateralmente. A força muscular pode ser avaliada pela escala de *Lower* através do uso da força e resistência do próprio profissional e é classificada por uma fração (numerador- desempenho do cliente; denominador – desempenho do profissional. Apresenta 5 frações diferentes, onde a fração 5/5 representa um empate de forças.







**Escala de Lower (legenda)**

<b>5/5</b>	Movimento normal contra gravidade e resistência;
<b>4/5</b>	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade; O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
<b>3/5</b>	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
<b>2/5</b>	Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;
<b>1/5</b>	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
<b>0/5</b>	Sem contração muscular e sem movimento.

### Avaliação do tônus muscular (escala modificada de Ashworth)

	Membro superior		Membro inferior	
	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
<b>Espasticidade</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Escala modificada de Ashworth</b>	<b>Avaliação da espasticidade</b> 0- Ausente 1- Esboça 2- Moderada 3- Acentuada 4- Muito acentuada		0 – Nenhum aumento do tônus muscular; 1 – Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por uma resistência mínima no final da amplitude do movimento articular; 2 – Aumento do tônus muscular mais marcante na quase totalidade da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente; 3 – Aumento considerável do tônus muscular com mobilização passiva difícil; 4 – Os segmentos afetados apresentam rigidez na flexão ou na extensão.	

### Avaliação do risco de quedas – Escala de Morse

Data: 02/12/2014 e 18/12/2014

<b>Antecedentes de quedas</b>	Não
<b>Diagnóstico secundário</b>	Sim
<b>Apoio para a deambulação</b>	Nenhum/Apoiado/Acamado
<b>Medicação e/ou Heparina intravenosa</b>	Não
<b>Marcha</b>	Normal/Acamado/Cadeira de rodas
<b>Estado mental</b>	Consciente das suas limitações
<b>Classificação</b>	<b>15 – Baixo risco</b>

<b>Nível de risco</b>		
<b>Risco</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Medidas a tomar</b>
Baixo	0-24	Cuidados básicos de saúde
Médio	25-50	Implementar as intervenções standard de quedas
Alto	≥ 51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

## PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO IV

### Identificação

**Nome:** Sr.<sup>a</sup> M.H.F.Q.O. **Nome preferido:** H – **Idade:** 69 anos.

**Estado civil:** Viúva (tem companheiro/ 2º casamento).

**Profissão:** florista (reformada após intervenção cirúrgica).

**Escolaridade:** 1º estadio de educação básica (4ª classe / 6ºano).

**Centro de Saúde:** USF Descobertas.

**Unidade de Referência:** UCC Consigo (Internamento desde 14/05/2014).

**Agregado familiar:** marido (**Cuidador informal**).

**Antecedentes Pessoais:** HTA; obesidade (seguida em consulta da obesidade); IRC com episódios de agudização por desidratação; status pós cirurgia cardíaca (aneurisma da aorta torácica- dissecação da aorta tipo A) em Fevereiro de 2014, com complicações no pós-operatório (2 episódios de paragem cardiorrespiratória com internamento de 14 de Fevereiro a 17 de Março de 2014); epilepsia com encefalopatia vascular (seguida pela neurologia); ida ao serviço de urgência por crise convulsiva (mordedura bilateral da língua, com tremor postural e simétrico discreto); cistite.

**Último internamento:** Junho de 2014 no serviço de nefrologia do HSC por insuficiência renal.

**Antecedentes familiares:** Sr.<sup>a</sup> H. habita com um companheiro após uma 2ª união de vários anos e é o responsável pela prestação de cuidados. Tem 3 filhos, dos quais 2 estão vivos e o outro faleceu em criança após uma queda. Esta intercorrência decorreu há vários anos mas está bem presente na memória da cliente, que se manifesta por períodos de depressão.

**Medicação do domicílio:** furosemida 40 mg (1 cp ao pequeno almoço), AAS 100mg (1 cp ao pequeno almoço), fluoxetina (1

cp ao pequeno almoço), omeprazol (1cp ao pequeno almoço), sene 20mg (1cp ao jantar), perindopril ( 1 cp ao pequeno almoço), bisoprolol 5mg (½ cp ao pequeno almoço), levetiracetam 500mg (1cp ao pequeno almoço e 1cp ao jantar); ciprofloxacina 500mg de 12/12horas.

**Condições habitacionais:** A Sr.<sup>a</sup> H. habita numa casa arejada, sem problemas de humidade e dorme na sala numa cama articulada facultada pela ECCL e com colchão de alívio de pressão. Ao seu dispor tem uma televisão para ver os programas preferidos e tem uma janela que lhe permite estabelecer comunicação com o vizinho da loja da frente que diariamente comunica através de um gesto de “adeus”.

### Informação clínica – Avaliação: 05/12/2014

<b>Estilo de vida</b>	Com alguns períodos que se apresenta deprimida e desconcentrada.
<b>Comportamentos aditivos</b>	Não apresenta.
<b>Comunicação</b>	Audição, visão e fala sem alterações. Apresenta períodos com discurso coerente e com raciocínio lógico que alterna com períodos de confusão.
<b>Estado mental</b>	Consciente, orientada no espaço e na pessoa e por vezes desorientada no tempo. Abre espontaneamente os olhos, orientada no momento da avaliação e obedece a ordens quando solicitada (Escala de Coma de Glasgow=15).

<b>Respiração</b>	Padrão: Respiração abdomino-diafragmática. Simetria torácica: sim. Amplitude: normal. Ritmo: regular. Presença de pieira a médios esforços/dispneia ligeira (escala de borg=2) que reverte em repouso com controlo respiratório.
<b>Sintomas</b>	Tosse seca.
<b>Circulação</b>	Ausência de edemas e de alterações vasculares.
<b>Segurança e Proteção</b>	Sem registo de quedas prévias.
<b>Tegumentos</b>	Pele íntegra. Mucosas coradas e hidratadas.
<b>Sono e repouso</b>	Padrão de sono normal- 8horas; não necessita de indutores do sono.

### Atividades básicas de vida diárias

<b>Higiene pessoal</b>	Dependente de terceiros (prestador de cuidados e equipa da Santa Casa da Misericórdia- 2 vezes por dia).
<b>Eliminação vesical e intestinal</b>	Dependente do marido e da equipa da SCML. Apresenta incontinência urinária e fecal e por isso usa fraldas fornecidas pela SCML. Mantém trânsito intestinal regular e evacua todos os dias (toma sene com chá em SOS e tem bons resultados).
<b>Vestuário</b>	Dependente de terceiros (cuidador).
<b>Alimentação</b>	Dependente. O marido é o responsável por confeccionar a comida após o menu definido pela Sr. <sup>a</sup> H. A cliente consegue alimentar-se sozinha após colocação da refeição num tabuleiro.
<b>Locomoção</b>	Não anda, apenas mobiliza-se no leito com o auxílio das grades da cama e fica sentada com a ajuda do prestador de cuidados e do profissional de saúde.
<b>Transferência</b>	Não realiza transferência.

## Avaliação Inicial

A Sr.<sup>a</sup> H. apresenta-se desperta, orientada e comunicativa com discurso lentificado. Após a intervenção cirúrgica do foro cardíaco ficou dependente de terceiros na realização das atividades de vida diárias (higiene, alimentação, mobilização e eliminação). Em relação à alimentação necessita de ajuda do prestador de cuidados para a confeção dos alimentos mas consegue comer sozinha em posição de fowler no leito. Em relação à mobilização, a Sr.<sup>a</sup> H. demonstrou iniciativa para realizar movimentos ativos e quando incentivada colabora nos decúbitos laterais com o apoio das grades da cama e realiza a ponte. A cliente necessita de ajuda total para se sentar no leito, tem equilíbrio estático na posição sentada mas não tolera muito tempo devido à presença de náuseas sem hipotensão ortostática ou à presença de pieira após o esforço. Apresenta padrão respiratório toraco-abdominal e quando apresenta pieira reverte com o repouso e com o controlo respiratório. A pele apresenta-se íntegra mas desidratada.

Os objetivos da reabilitação consistem em:

- Promover a estimulação cognitiva;

- Otimizar a mobilidade;

- Capacitar o cuidador para a prevenção do aparecimento de úlceras de pressão, anquilose e promoção da hidratação;

- Capacitar o cuidador sobre os cuidados com a alimentação e sobre as estratégias para posicionar e transferir a cliente.

O plano de intervenção engloba mobilizações passivas e ativas-resistidas das articulações, exercícios de fortalecimento muscular (execução da ponte), treino de equilíbrio e ensino ao cuidador sobre os posicionamentos.



## Plano de Cuidados

**Data:** 05-12-2014

### Diagnóstico de enfermagem

Trocas gasosas comprometidas relacionadas com hipotonia dos músculos respiratórios (complicações cirúrgicas), manifestado por sibilos e por Fr=22 ciclos/min.

### Resultado esperado

Trocas gasosas melhoradas, com ausência de sibilos, com Fr=20 ciclos/min. após 3 semanas.

### Intervenções de enfermagem

Instruir e treinar o controlo da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios (inspirar pelo nariz e expirar com os lábios semicerrados).

Executar exercícios: costal superior, costal global com apoio de uma bengala, abertura costal com ajuda de garrafas de 0,5l.

Executar exercícios abdomino-diafragmáticos com as mãos da cliente apoiadas no abdómen e realizar sequência de 10 com o apoio do enfermeiro.

### Avaliação (15-01-2015)

Ao longo do programa de reabilitação verificou-se que a Sr.<sup>a</sup> H. melhorou a sua capacidade respiratória e sem a presença de sibilos. Nas sessões foram aumentadas as sequências dos exercícios de 10 para 12 e posteriormente para 15 e sem sinais de dificuldade respiratória.

<b>Data:</b> 05-12-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Mobilidade comprometida relacionada com hipóxia pós cirurgia cardíaca e manifestada por diminuição da força dos cotovelos (esquerdo:4/5; direito:4/5) e dos membros inferiores (esquerdo:3/5; direito:3/5).
<b>Resultado esperado</b>	Mobilidade melhorada com levante ao fim de mês.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Instruir sobre exercícios de rotação e flexão da cabeça e pescoço</p> <p>Instruir sobre a elevação dos ombros em sequências de 5</p> <p>Instruir a flexão e a extensão dos cotovelos e colocar como resistência duas garrafas de água de 0.5l em cada mão (sequência de 10)</p> <p>Instruir e treinar a realização da ponte e promover a elevação da articulação coxo-femural (sequência de 10 exercícios)</p> <p>Executar a rotação interna e externa da articulação coxo-femural (sequência de 10)</p> <p>Instruir e treinar a abdução de cada membro inferior (resistência: pesos de ginástica)</p> <p>Instruir e treinar a flexão e extensão dos joelhos de forma unilateral (sequência de 10)</p> <p>Executar a inversão e eversão da articulação tibio-társica (sequência de 10)</p> <p>Instruir e treinar a flexão e extensão dos dedos dos pés (sequência de 10)</p> <p>Executar o posicionamento da Sr.<sup>a</sup> H. com apoio do cuidador sentada na cama e promover o levante.</p>
<b>Avaliação</b> (15-01-2015)	A cliente realiza os exercícios corretamente quando está concentrada, contudo durante

algumas sessões apresentava-se deprimida e houve necessidade de incentivá-la a realizar exercícios. Após a ida à consulta do hospital de referência e de ajuste da sua terapêutica, a cliente deixou de apresentar náuseas e conseguiu ficar na posição sentada no leito e partir desse momento começou a tomar o pequeno-almoço com um tabuleiro apoiado nos seus membros inferiores. No dia 16 de Janeiro de 2015 realizou o primeiro levante com o apoio dos dois profissionais de saúde. A partir deste momento tornou-se mais participativa e empenhada nas sessões de reabilitação e o tempo de permanência na posição ortostática foi aumentando gradualmente. O cuidador começou a participar no levante e a cliente nas últimas sessões apenas necessitava do apoio da profissional de saúde para se sentar porque tinha mais força no cotovelo direito e conseguia ultrapassar a resistência.

<b>Data:</b> 05-12-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Autocuidado alimentar-se comprometido, relacionado com alimentação excessivo para as necessidades diários e manifestado por perímetro abdominal 125cm.
<b>Resultado esperado</b>	Autocuidado em alimentar-se melhorado ao fim de um mês e com redução do perímetro abdominal pra 115cm.
<b>Intervenções de enfermagem</b>	Ensinar e instruir a cliente e o cuidador sobre hábitos alimentares (nº de refeições), o tipo de alimentos e a importância da ingestão hídrica (fornecer água, sumos naturais e chás de acordo com a sua preferência); Ensinar e instruir sobre a restrição de proteínas devido ao seu quadro de insuficiência renal e sobre a importância das fibras para a promoção do trânsito intestinal regular.
<b>Avaliação (15-01-2015)</b>	O cuidador compreendeu as instruções e começou a preparar refeições de acordo com as preferências da cliente e tendo em conta um padrão alimentar adequado (peixes com alternância de carnes brancas). A Sr.ª H. compreendeu a importância de realizar refeições mais regulares, de substituir o arroz e batatas por vegetais e cumpriu o aumento do reforço hídrico. Na avaliação de 15/1/2015 apresentou redução do perímetro abdominal para 117 cm.

<b>Data:</b> 05-12-2014	
<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	Cognição alterada relacionada com hipóxia, manifestada por períodos de desorientação no tempo e pelo esquecimento de particularidades da sua vida.
<b>Resultado esperado</b>	Cognição melhorada ao fim de 15 dias (orientada no tempo, enunciar os exercícios das sessões e identificar tarefas do dia-a-dia – menu das refeições e exercícios que deve treinar durante o dia).
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<p>Executar exercícios para estimular a capacidade cognitiva da Sr.<sup>a</sup> H.</p> <p>Facilitar a lembrança do nome dos filhos e os momentos mais marcantes da sua infância, a data de aniversário, a data do segundo casamento.</p> <p>Promover a identificação das rotinas do dia-a-dia como florista, os vários tipos de flores e para descrever a forma como organizava os bouquets e a decoração de festas.</p> <p>Promover a identificação dos locais onde habitou e as características das casas.</p> <p>Promover o discurso sobre a forma como interage com os vizinhos e outros familiares mais distantes.</p> <p>Solicitar autorização à Sr.<sup>a</sup> H. para tirar uma fotografia durante a sessão para avaliar a sua evolução e para recordar os momentos junto da equipa de reabilitação.</p>

**Avaliação** (15-01-2015)

A Sr.<sup>a</sup> H. apresenta alguns períodos com discurso mais lentificado ao relembrar as coisas do passado e que alterna com períodos de euforia pelo facto de se ter lembrado. Adora falar sobre a sua profissão de florista e foi uma estratégia com resultado muito positivo para o processo de reabilitação. A partir desse momento esteve mais motivada para realizar os exercícios durante as sessões. Após o pedido de autorização para lhe tirar uma fotografia durante a sessão foi um estímulo primordial para a realização do levante bem como para a mudança do estado psicológico (ausência de estados de depressão).

### Sinais Vitais

<b>Data</b>	<b>05-12-2014</b>	<b>15-01-2015</b>
Temperatura	36°C	36,2°C
Frequência cardíaca	62 pp/min	65 pp/min
Tensão arterial	158/88 mmHg	159/75mmHg
Frequência respiratória	20 ciclos/min	20 ciclos/min
Dor	Zero	Zero





	BB. Sanita CC. Banheira, Duche	-	em $\geq 25\%$ 1- Ajuda total: indivíduo participa em $\leq 25\%$	
<b>Locomoção</b>	CC. Marcha/cadeira de rodas CC. Escadas	- -		
<b>Comunicação</b>	CC. Compreensão CC. Expressão	<b>6</b> <b>6</b>		
<b>Cognição social</b>	CC. Interação social DD. Resoluçã o de problemas EE. Memória	<b>6</b> <b>2</b> <b>6</b>		
<b>Total</b>		<b>40</b>		





### Escala de Lower (legenda)

<b>5/5</b>	Movimento normal contra gravidade e resistência;
<b>4/5</b>	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade; O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
<b>3/5</b>	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
<b>2/5</b>	Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;
<b>1/5</b>	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
<b>0/5</b>	Sem contração muscular e sem movimento.

### Avaliação do tônus muscular (escala modificada de Ashworth)

	Membro superior		Membro inferior	
	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
<b>Espasticidade</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Escala modificada de Ashworth</b>	<b>Avaliação da espasticidade</b> 5- Ausente 6- Esboça 7- Moderada 8- Acentuada 9- Muito acentuada		0 – Nenhum aumento do tônus muscular; 1 – Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por uma resistência mínima no final da amplitude do movimento articular; 2 – Aumento do tônus muscular mais marcante na quase totalidade da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente; 3 – Aumento considerável do tônus muscular com mobilização passiva difícil; 4 – Os segmentos afetados apresentam rigidez na flexão ou na extensão.	

### Avaliação do risco de úlcera de pressão - Escala de Braden

Avaliação do risco de úlcera de pressão - Escala de Braden			
<b>Percepção sensorial</b>	3. Ligeiramente limitada	Risco	Pontuação
<b>Atividade</b>	1. Acamado	<b>Elevado</b>	<b>14</b>
<b>Nutrição</b>	3. Adequada		
<b>Humidade</b>	3. Pele ocasionalmente húmida		
<b>Mobilidade</b>	2. Muito limitada		
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	2. Problema potencial		

### Legenda (Escala de Braden)

<b>Legenda (Escala de Braden)</b>		
<b>Percepção sensorial:</b>	1. totalmente limitado; 2. Muito limitado; 3. Ligeiramente limitado; 4. Nenhuma limitação	<b>Avaliação</b>  6-11 Pontos = risco alto  12-17 Pontos = risco moderado  18-20 Pontos = risco baixo
<b>Atividade:</b>	1. acamado; 2. Confinado à cadeira; 3. Anda ocasionalmente; 4. Anda frequentemente	
<b>Nutrição:</b>	1. Muito pobre; 2. Provavelmente inadequada; 3. Adequada; 4. Excelente	
<b>Humidade:</b>	1. Completamente molhado; 2. Muito molhado; 3. Ocasionalmente molhado; 4. Raramente molhado	
<b>Mobilidade:</b>	1. Totalmente imóvel; 2. Bastante limitado; 3. Levemente limitado; 4. Não apresenta limitações	
<b>Fricção e forças de deslizamento:</b>	1. Problema; 2. Problema potencial; 3. Nenhum problema	

### Avaliação do risco de quedas – Escala de Morse

<b>Data:</b> 15-01-2015		<b>Risco/Pontuação/Medidas a tomar</b>  Baixo (0-24) Cuidados básicos de saúde  Médio (25-50) Implementar as intervenções standardizadas de quedas  Alto ( $\geq 51$ ) Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas
<b>Antecedentes de quedas</b>	Não	
<b>Diagnóstico secundário</b>	Sim	
<b>Apoio para a deambulação</b>	Nenhum/Apoiado/Acamado	
<b>Medicação e/ou Heparina intravenosa</b>	Não	
<b>Marcha</b>	Normal/Acamado/Cadeira de rodas	
<b>Estado mental</b>	Consciente das suas limitações	
<b>Classificação</b>	15 – Baixo risco	



**Apêndice IV – Reflexões/Jornais de Aprendizagem**

## **REFLEXÃO I- Reintegrar a identidade**

A aprendizagem é um processo contínuo e na prática diária de enfermagem senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, habilidades e competências técnicas, científicas e relacionais, de modo a contribuir para a satisfação das necessidades dos clientes, para a promoção da sua independência funcional e reinserção social, proporcionando a melhoria da qualidade de vida.

Na minha prática diária, como enfermeira de cuidados gerais há cerca de 10 anos no serviço de Cirurgia Cardiorácica tornou-se imperioso desenvolver competências de enfermeira especialista em reabilitação e para tal selecionei a Unidade de Cirurgia Torácica do [REDACTED]. O meu intuito sobre este campo de estágio visa conhecer uma nova realidade e uma nova abordagem sobre os cuidados especializados em reabilitação prestados aos clientes que são submetidos a este tipo de cirurgia. Assim sendo, é notório o entusiasmo para desenvolver novas aprendizagens e posteriormente ser um elemento com conhecimentos científicos e práticos, que permitam a partilha de experiências bem como a estruturação de uma equipa de reabilitação.

O acolhimento no serviço foi realizado com a apresentação da equipa multidisciplinar e dos clientes presentes no serviço. A adaptação à dinâmica é um processo que vai decorrer nas primeiras semanas de estágio mas existem fatores que podem condicionar positivamente o processo integração como a minha experiência neste âmbito cirúrgico e pela disponibilidade de todos os elementos. Contudo, há procedimentos diferentes que a meu ver são aprendizagens cruciais, ou seja, que permitem levar novo conhecimento para o meu serviço e ser um elemento formador dos meus pares, de modo a obter melhores resultados face aos cuidados prestados. Além disso, o facto de estar a contactar com uma realidade de menor dimensão senti necessidade de reajustar a forma e organização do meu trabalho face à minha experiência, visto que neste campo de estágio tenho disponibilidade para prestar cuidados sem haver a pressão do contexto de urgência/ emergência. Por outro lado, adaptei a minha forma de estar, consciencializando-me do papel de estudante e da necessidade de voltar a questionar todas as tomadas de decisão antes de qualquer intervenção.

As dificuldades sentidas estão relacionadas com a execução de procedimentos técnicos, nomeadamente a auscultação e na colocação das mãos

durante os exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), atendendo sempre se a execução estava a ser dolorosa ou incomodativa para o cliente. Outra dificuldade sentida é a falta de conhecimentos relativos à mecânica corporal e à massagem, cujas temáticas não foram abordadas no contexto teórico do curso. Para colmatar este défice, a minha ação passou por pesquisar suporte teórico e por assimilar as indicações dadas pela orientadora.

Um dos momentos mais marcantes desta semana prende-se com a participação e receptividade de um cliente com ausência de visão à minha prestação de cuidados como estudante de reabilitação. Sem dúvida uma experiência única, munida de muita admiração pelas potencialidades e capacidades deste cliente, nomeadamente na minha identificação através do meu toque nas suas mãos e pelo meu perfume. Este momento fez refletir-me sobre a forma como devia transmitir as informações e de orientá-lo para a realização das atividades de vida diárias. A minha preocupação incidiu sobre as suas necessidades, pois apesar da ausência deste sentido apenas precisa de ser guiado para orientação espacial e de lhe ser transmitida informação acerca da localização e dos contornos dos objetos. Deste modo, tornou-se um incentivo reabilitá-lo porque aprendi estratégias de comunicação que até então não tinha desenvolvido e esta experiência permitiu refletir sobre uma nova visão do cliente e a forma como interage e avalia tudo o que o rodeia.

Neste processo de cuidados a família é um elemento crucial para dar continuidade aos exercícios de reeducação funcional respiratória. Esta experiência despoletou-me sentimentos de alegria por ter a oportunidade de cuidar do cliente com esta particularidade e pelos comentários que expressa pelo trabalho do enfermeiro especialista em reabilitação. Além disso, na minha avaliação inicial este cliente apesar da limitação da visão apresenta-se autónomo nas atividades de vida diárias.

Na prestação de cuidados tive em conta as suas preferências, nomeadamente o ouvir música, mas durante a sessão de RFR solicitei autorização para reduzir o volume do rádio, de forma a eliminar fatores que intervissem na sua concentração e relaxamento. Por outro lado tive de deixar de proferir a palavra “ajuda” porque era considerada por este cliente como uma ameaça à sua autonomia e substituí-la por “apoio” ou por “guiar”. A razão por esta alteração visa ser uma

estratégia para o cliente perceber que a enfermeira tinha de estar presente para supervisioná-lo e para alertá-lo para a presença de drenos ou para não realizar transferências sozinho. Contudo, ao prestar cuidados a outras pessoas, a resposta dos clientes ao termo “ajuda” traduzia-se numa mais-valia e forma de colaboração nos cuidados que necessitavam devido à presença dos drenos, como por exemplo no auxílio dos cuidados de higiene na região dorsal ou nos membros inferiores. Nos primeiros dias de pós-operatório era explicada a importância da minha colaboração enquanto se readaptavam ao esforço ou quando tinham de estar com os drenos permanentemente em ativo. Segundo a minha análise é muito importante a avaliação inicial do cliente para perceber o seu potencial para recuperar após a intervenção cirúrgica e quais os fatores que possam interferir neste processo de transição.

Na sessão de RFR prestada ao cliente cego, o toque e o tato foram elementos cruciais para a sua aprendizagem e as estratégias apresentadas pela enfermeira de reabilitação foram cruciais e tão simples, que conduziram à sua participação ativa. Perante estas estratégias refleti sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação e a forma como mais tarde, numa situação semelhante, poderei abordar ou contornar o caso.

Outro momento notório foi a reunião clínica, em que tive o privilégio de ter um caso apresentado e direcionado a mim como futura enfermeira de reabilitação e senti nesse momento que o enfermeiro de reabilitação assume um lugar importante na equipa multidisciplinar e apresenta-se como gestor da mesma.

Neste serviço o enfermeiro de reabilitação é um elemento que atua como um perito e que é dotado de um leque de conhecimentos e competências que tem destaque pela visibilidade que dá na sua prática diária. Além disso intervêm na tomada de decisão junto da equipa multidisciplinar e é tido como uma referência para os enfermeiros que prestam cuidados gerais. Este elemento é o espelho do perfil do enfermeiro especialista em reabilitação, tal como está descrito na literatura. Neste sentido, o aluno que usufrui desta orientação não só desenvolve competências como permite a formação de uma nova identidade pessoal e profissional.

## **REFLEXÃO II – Outra forma de olhar...**

Para aprender é necessário desenvolver competências reflexivas, de forma a dar contributo à formação/ ensino. Neste contexto de aprendizagem optei por refletir sobre a motivação do cliente para o programa de reabilitação, fomentando-me no ciclo de Gibbs.

### **Descrição da situação:**

A situação escolhida refere-se à prestação de cuidados de reabilitação de um cliente de 47 anos, com o diagnóstico de provável empiema à esquerda e transferido de outra instituição hospitalar, na qual permaneceu cerca de um mês. Atualmente reformado mas foi pintor de construção civil, vive com a esposa e três filhos e era responsável pelas tarefas domésticas. O cliente era autónomo nas atividades de vida diárias até ao momento do internamento.

À entrada no serviço é acompanhado pelos elementos do transporte e por familiares (esposa e filho). Ao aproximar-me do cliente observo que usa apenas uma bata e uma fralda, com fâcias triste, despersonalizado, com uma imagem corporal que não corresponde à idade real, desnutrido, com abdómen volumoso, compatível com os antecedentes pessoais (doença hepática crónica) e que necessita de oxigenoterapia. O cliente possuía informação de que tinha de usar meios de proteção para cuidar dele devido a apresentar culturas positivas na bacteriologia. Após identificação do agente instruí e clarifiquei o cliente e a família de quais os cuidados a ter em relação aos meios de proteção bem como a aproximação do cliente, ou seja, uso de máscaras, avental e luvas, que lhe podiam tocar e que não era necessário estar a um metro de distância. Neste controlo de infeção era importante após o uso dos meios de proteção colocá-los no respetivo lixo e posteriormente proceder à lavagem correta das mãos ou desinfeção com o antisséptico.

Neste dia, o cliente realizou o primeiro levante desde que estava internado, momento em que esboçou um sorriso por perceber que mantinha capacidades como ficar na posição de pé e andar. Momentos depois foram reunidas condições para proporcionar os cuidados de higiene a este cliente, tais como transporte de cadeira de rodas com reservatório de oxigénio. Os cuidados de higiene decorreram num banho assistido, foi estimulada motivação para se lavar sozinho, sendo assistido nos

locais que apresentava maior dificuldade de acesso e que lhe proporcionava menor tolerância ao esforço. Durante a higiene proporcionei a oportunidade de lavagem do cabelo bem como o relaxamento dos pés dentro de um recipiente com água morna. Além disso foi incentivado a mobilizar os membros superiores e inferiores. Face a esta prestação encorajei o cliente por manter os cuidados e mostrei a sua face ao espelho para observar a diferença. Perante este quadro, o cliente verbalizava que agora estava preparado para a cirurgia e para o processo de reabilitação.

Os ensinamentos pré-operatórios foram transmitidos e demonstrados na presença da família, nomeadamente o controlo da respiração, dissociação dos tempos respiratórios e ensino da tosse com contenção da ferida. As palavras de agradecimento eram muitas, o que me levou a pensar que tinha conseguido transmitir ao cliente que lhe podia proporcionar novos caminhos compatíveis para ultrapassar a sua situação. Estas palavras despoletaram sentimentos de alegria, pensamentos de dever cumprir e de como é essencial estabelecer uma relação de ajuda para conhecer a pessoa e para melhorar o seu estilo de vida.

O encontro do cliente com a família antes da entrada para o bloco operatório proporcionado por mim e pela orientadora teve como intuito unir a família. Este momento foi importante para a família expressar os sentimentos que tem pelo cliente e tive a oportunidade de presenciar várias manifestações de carinho através do toque pelo filho e pela esposa. Esta situação deixou-me emocionada pelo fato de ver que estava perante uma família unida e corroborando com Menoita et al (2012), para se humanizar os cuidados é primordial promover o toque afetivo, cuja intenção pode conduzir a momentos de felicidade. Por outro lado, foi dado apoio emocional ao cliente e à família e que me fez refletir que independente da capacidade do cliente e família para ultrapassar esta transição, o enfermeiro de reabilitação pode sempre contribuir para o bem-estar e para o respeito pela tomada de decisão da pessoa e da sua família. Neste sentido, “ao promover o papel ativo da família desenvolve parceria caracterizada pela cooperação e responsabilidade partilhada, favorecendo o processo de capacitação, ou seja, de empowerment” (Menoita et al, 2012, p.37).

### **Sentimentos e pensamentos**

Esta situação despoletou um processo reflexivo sobre a essência dos cuidados de enfermagem e sobre a forma como consegui motivar o cliente para dar

início ao processo de reabilitação, ou seja, proporcionei a melhoria da autoestima e promovi o autocuidado. Neste sentido, a capacidade para avaliar a situação permitiu definir objetivos para o processo de recuperação da pessoa e fez-me pensar que o enfermeiro de reabilitação é uma mais-valia para a melhoria dos resultados da prática diária da enfermagem. É importante não só olhar para as competências técnicas mas também relacionais porque a minha ação visa agir no sentido de melhorar a qualidade de vida e minimizar os efeitos das limitações instaladas. Assim, devo agir para que esses limites não impeçam a pessoa de usufruir de momentos com emoções, afetos e sentimentos. Além disso, devo evitar que essas barreiras levem a situações de isolamento ou que façam com que a pessoa se sinta um “peso” para os outros.

O levante foi o fator favorável para ultrapassar esta transição de uma condição debilitada para uma situação minimamente otimizada, de modo a limitar as possíveis complicações pós-cirúrgicas. Os cuidados e a atenção disponibilizada durante a higiene cativaram o cliente e os resultados obtidos foram essenciais para avaliar o potencial, a participação do cliente no processo de recuperação e para promover a melhoria da sua qualidade de vida. Além disso, os cuidados prestados foram centrados no cliente e na família, permitindo conhecer melhor o cliente e proporcionando o contato próximo do cliente com a família.

Esta minha intervenção teve como objetivo mobilizar as capacidades do cliente e integrar a família, para minimizar as limitações proporcionadas pela situação clínica. Assim e corroborando com Collière (1999), a minha intervenção visa compreender tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém através da identificação de fatores e estratégias para atingir esse objetivo.

### **Avaliação: O que foi bom e o que mau na experiência?**

Ao refletir sobre esta situação posso enunciar como fatores positivos a identificação das necessidades do cliente que tinham repercussões na sua qualidade de vida e na realização das atividades de vida diárias bem como os fatores que estimularam a motivação do cliente e da família no processo de transição. Contudo, também consegui ir de encontro com as expectativas do cliente e família sobre os cuidados prestados. Por outro lado, os fatores negativos referem-

se à falta de tempo para aprofundar os procedimentos técnicos relativos aos exercícios respiratórios.

Face à limitação de tempo na ida para o bloco e como futura enfermeira especialista em reabilitação, a minha prioridade foi realizar o primeiro levante para estimular a sua motivação e para minimizar complicações pulmonares. Posteriormente, instrui e demonstrei os exercícios respiratórios de forma simplificada, de modo a que o cliente assimilasse essa informação e para que este na fase pós-operatória perante uma situação de dispneia conseguisse controlar a respiração e dissociar os tempos respiratórios.

### **Análise: que sentido pode encontrar à situação**

Ao analisar a situação, a avaliação inicial do cliente é primordial para estabelecer um plano de ação, no qual posso analisar criticamente a melhor forma de abordar o cliente e os cuidados de que necessita. Os planos de cuidados são instrumentos baseados no processo de enfermagem e que permitem definir intervenções de enfermagem de forma sistemática e cuidados centrados na pessoa. É um instrumento da prática de enfermagem, que permite identificar as necessidades do cliente, objetivos, evolução e atualização das intervenções de enfermagem (Pravikoff & Caple, 2014).

Por outro lado, o ensino pré-operatório é essencial para diminuir os défices de conhecimentos do cliente em relação à intervenção cirúrgica, às possíveis complicações e aos cuidados inerentes.

Face a este processo de transição, será que consegui motivá-lo de forma a conseguir ultrapassar uma transição de uma fase de dependência para uma parcialmente dependente dos cuidados e posteriormente atingir a sua mestria? Será que disponibilizei todas as estratégias para conseguir ultrapassar esta transição? O meu contributo visa estimular a sua autoestima para promover a sua participação no programa de reabilitação e deste modo contribuir para a readaptação funcional da pessoa. A dificuldade sentida foi conjugar todas as estratégias de enfermagem de reabilitação para otimizar a performance dos músculos respiratórios, melhorar a ventilação e perfusão alveolar, quebrar o ciclo vicioso da dispneia e promover exercícios de tolerância ao esforço. Neste sentido, o ensino pré-operatório poderia ter maior contributo se a transferência deste cliente fosse em dias anteriores. A



preparação para a cirurgia requer que o ensino seja validado, de modo a melhorar os procedimentos técnicos e estabelecer uma avaliação completa do cliente.

Perante este caso transmiti à equipa de enfermagem os cuidados prestados e a estratégia de motivação do cliente, de modo a que todos os pares possam ter conhecimento da situação e demonstrar o quanto é importante a essência do cuidar como núcleo central da Enfermagem. Porque cuidar é “um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter e sustentar a vida” (Collière, 1999, p.235).

### **Conclusão: que mais poderia ter feito**

Em relação a esta experiência, os cuidados de enfermagem de reabilitação muitas vezes são focados nos procedimentos técnicos e não nas condições que alteram a qualidade de vida. Este foi um exemplo que enfatizei a melhoria da qualidade de vida e na promoção da autonomia nas atividades de vida diárias.

Esta experiência permitiu demonstrar a pertinência de ajustar o processo de identificação dos cuidados de enfermagem à realidade e a situações de transição. Neste sentido, “identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração: os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e os valores em que se fundam” (Collière, 1999, p. 234). Face a este cliente poderia ter transmitido os ensinamentos realizados à equipa de enfermagem do recobro e podia ter salientado a importância da presença da família junto do cliente, visto que permaneceram afastados devido a uma situação de isolamento durante um mês.

### **Plano de ação**

Como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação pretendo dar mais ênfase às necessidades do cliente e a uma avaliação inicial mais abrangente, de modo a que no período pós-operatório possa contribuir para o regresso da autonomia do cliente nas atividades de vida diárias, em parceria com a família. Por outro lado é notório sensibilizar a equipa de enfermagem para os cuidados necessários para a recuperação do cliente e que contribuem para uma transição saudável.

## **Referências Bibliográficas**

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Menoita, E., Sousa, L. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Pravikoff, D., Caple, C. (2014). Care Plans: Preparing. Acedido a 26/11/2014 de Nursing Reference Center. *Nursing Practice and Skill*. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=25&sid=d863055a-c523-4aa5-bf22-600b38c27d1f%40sessionmgr4003&hid=4214&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T706479>

## **REFLEXÃO III – Regresso à comunidade**

O regresso à comunidade leva-me a refletir sobre diferentes contextos que estão presentes na nossa sociedade e que por vezes são desconhecidos ou ocultos.

### **Descrição da situação**

A unidade onde estou a estagiar abrange uma zona de realojados de uma área problemática de Lisboa. O cliente é um adulto de 45 anos, portador de esclerose múltipla e pelas limitações instauradas pela doença torna-o dependente para sair do domicílio. O cuidador principal é a mãe e um irmão que vive com ele e são os elementos que acompanham a situação do cliente porque não convive diariamente com os outros seis irmãos.

Atualmente iniciou ventilação não invasiva e está num processo de readaptação. A saída do domicílio é feita pelo transporte de uma equipa que leva-o até à Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla, uma vez por semana. No primeiro dia que fui prestar cuidados especializados em reabilitação, o cliente foi recetivo e participativo dentro das suas possibilidades. Face às necessidades de autocuidado na alimentação, higiene pessoal, eliminação e ao compromisso da capacidade respiratória, da mobilidade relacionadas com o défice neuromuscular, o enfermeiro de reabilitação desloca-se três vezes por semana e tem uma equipa de apoio que lhe presta os cuidados de higiene.

Neste momento está a dormir numa cama articulada na sala e tem à sua disposição uma televisão e uma cadeira de rodas para se mobilizar pela casa. Esta cadeira de rodas está adequada à sua situação e é o próprio que a conduz, com o auxílio do membro superior direito (força= nível 4/5 da escala de Lower). Durante a sessão de reabilitação consegui desenvolver uma relação empática, pois verbalizou os momentos da sua vida pessoal como histórias de consumo de substâncias e da forma como iniciou esta prática (toxicómano).

No momento da prestação de cuidados já tinha conhecimentos deste caso após a consulta do seu processo, mas mesmo assim a pessoa em questão comunicou-me como foi a evolução da sua história clínica, os internamentos, os seus défices e identificou quais os exercícios que conseguia ter uma maior participação. Após algumas visitas domiciliárias, o cliente relembra as primeiras conversas que tive com ele e de quanto foi importante a partilha de informação. Os

resultados da intervenção do ER expressam as aprendizagens do cliente porque tem noção da importância de aumentar o tempo da ventilação não invasiva e está preparado e adaptado à máscara facial do Bipap, contudo ainda apresenta receios ao realizar este tipo de ventilação durante o período noturno.

Durante as sessões relevo esforço para realizar os exercícios e para impedir que se instalem mais limitações. Contudo, numa das sessões questionou-me se devia de consumir uma substância tóxica (marijuana), porque segundo o mesmo provoca broncodilatação e era para promover o seu bem-estar. Face a esta questão não tive resposta porque não tinha conhecimentos relativos a esta substância e sugeri que questionasse a sua médica assistente.

### **Sentimentos e pensamentos**

Ao prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a esta pessoa penso que a aprendizagem é um processo contínuo e há informações que desconhecemos e que estão presentes em determinadas realidades. Quando o cliente partilhou esta informação agradeço-lhe a transmissão de conhecimentos assim como a disponibilidade para me verbalizar todas as rotinas da sua vida até chegar à presente situação clínica. Face à questão tive o cuidado de dizer a verdade, ou seja, que não tinha conhecimentos mas se a médica considerasse uma resposta afirmativa para a inalação dessa substância só o cliente seria responsável pela tomada de decisão. Contudo, face à sua patologia alertei-o para as consequências /desvantagens desse ato. Nesta situação senti-me impotente por não conseguir dar outro tipo de resposta e apenas recorri à orientadora para fundamentar a minha explicação.

Esta minha atitude prende-se com o princípio da responsabilidade, de modo a que aquela substância tóxica não se tornasse um dano para a própria pessoa e para que o meu agir fosse interpretado como uma ação preventiva. Tendo por base, a liberdade responsável como valor universal, o enfermeiro respeita o cliente durante as suas atividades e é responsável pela “ proteção e defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, ética ou o bem comum” (OE, 2006). Além disso, a minha ação tinha como objetivo garantir a segurança do cliente e evitar a presença de complicações pulmonares.

### **Avaliação: O que foi bom e o que mau na experiência?**

Esta experiência fez refletir sobre a criatividade do enfermeiro de reabilitação e das inúmeras estratégias que sentimos necessidade de desenvolver para ultrapassar e dar resposta às situações impostas no dia-a-dia. Nesta situação o ponto negativo foi a minha única estratégia, isto é, verbalizar a ausência de conhecimento. Mas o ponto positivo foi a minha atitude para contornar a situação, ou seja, recorri aos meus conhecimentos para verbalizar as consequências desse ato e esclareci a pessoa que numa fase inicial após inalação poderia sentir bem-estar ou ficar relaxado, mas posteriormente poderia voltar a sentir dificuldade respiratória e ter outras complicações pulmonares. Após o esclarecimento, a resposta dada pelo cliente foi que era uma pessoa de confiança e com a qual gostava de expor os seus problemas e esclarecer as suas dúvidas.

O profissional de saúde que cuida deste tipo de clientes deve gerir os cuidados, tendo em conta princípios como “ a técnica na escuta das necessidades do cliente, acolhimento e vínculo terapêutico, disponibilidade de técnicas adequadas às necessidades dos clientes e atendimento às necessidades dos clientes de maneira interdisciplinar” (Orsini, 2012).

### **Análise: que sentido pode encontrar à situação**

Esta situação permitiu saber que a relação empática que estabeleci com este cliente foi o ingrediente primordial para o incentivar para o processo de reabilitação. Assim, ao cativar a confiança do cliente consegui saber quais as suas necessidades e quais os exercícios que possam melhorar a sua capacidade funcional respiratória e motora. Além disso, ao participar no plano de reabilitação permite-lhe assegurar alguma qualidade de vida e ainda conseguir tomar as refeições sem ajuda do cuidador, isto porque ainda mantém amplitude articular a nível do membro superior direito.

A prestação de cuidados do ER a um cliente com uma doença neuromuscular requer a promoção da qualidade do movimento, da aprendizagem de capacidades motoras, que neste caso são no âmbito da força muscular, coordenação motora, estabilidade postural, tolerância ao esforço, amplitude articular e da função proprioceptiva. O objetivo do programa de reabilitação visa a longo prazo minimizar a sintomatologia neurológica, limitar as complicações, melhorar a capacidade de

autocuidado e atividades de vida diárias (OE, 2014c). O enfermeiro deve motivar o cliente para realizar as atividades de vida diárias, mesmo que o cliente apresente limitações impostas pela patologia (Orsini, 2012). Neste sentido, a prática diária do ER no contexto comunitário como hospitalar exige que este profissional de saúde apresente competência técnica, capacidade reflexiva e conhecimentos técnicos e científicos.

### **Conclusão: que mais poderia ter feito**

Perante este caso poderia questionar o cliente em relação aos conhecimentos que têm sobre a esclerose múltipla. Contudo, considero que deveria explorar as suas conceções e desejos com ética e cientificidade, de modo a otimizar a sua saúde e a melhorar a sua qualidade de vida. Outra estratégia que poderia ter usado seria conciliar a visita domiciliária da médica do cliente com a equipa de reabilitação ou na reunião semanal da equipa multidisciplinar, onde se apresenta cada caso, de modo a avaliar a evolução da situação de saúde da pessoa, para esclarecer informações relativas à evolução do seu diagnóstico e para reunir recursos presentes na comunidade para melhorar a sua qualidade de vida. Além disso, ao definir estratégias é importante incluir os familiares/ cuidador informal porque são aliados na prestação de cuidados e necessitamos deles para dar continuidade ao plano de intervenção.

### **Plano de ação**

Ao traçar um plano de cuidados, as minhas intervenções devem ser centradas no cliente e no cuidador principal (mãe) e a avaliação deve incluir sobre a situação dos dois elementos. É necessário compreender se o cuidador necessita de ajuda do foro psicológico ou da assistente social, de modo a promover algumas saídas de casa ou até mesmo o descanso / alívio da prestação de cuidados ao cliente, visto que o seu dia-a-dia é em torno deste filho.

Como futura enfermeira de reabilitação é importante enfatizar as necessidades do cuidador informal e apresentar capacidade de escuta porque ter um familiar portador de doença crónica provoca sofrimento e destruturação familiar. Com base nisto, numa situação futura a minha intervenção seria proporcionar o descanso da mãe numa unidade para essa função, a realização de um passeio à

localidade das suas origens e uma ida ao cabeleireiro. Em relação ao cliente, reunia contatos com a assistência social e com organizações, de modo a facultar a ida do cliente para a semana de férias de Verão organizada pela Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla.

### **Referências bibliográficas**

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente.*

Acedido a 07/01/2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2014c). Dia Mundial da Esclerose Múltipla. *Mesa de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.* Acedido a 13/04/2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/I%20semestre%202013/A%20Esclerose%20Múltipla\\_enfermeiros.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/I%20semestre%202013/A%20Esclerose%20Múltipla_enfermeiros.pdf)

Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas doenças neuromusculares. Abordagem interdisciplinar.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.

**Apêndice V - UCC - Formação "Envelhecer Ativamente"**



# ENVELHECER ATIVAMENTE

Faça do exercício uma rotina

Inês Martins  
Marisa Varandas

Antigamente...



...o exercício já era uma prática do dia-a-dia !

Atualmente.. Dê continuidade ao exercício porque tem muitos benefícios!



- ✓ Previne o aparecimento de doenças: tensão alta, varizes e diabetes, problemas no coração e pulmões e osteoporose

- ✓ Melhora a força muscular

- ✓ Melhora os movimentos dos braços, pernas e tronco

- ✓ Reduz o consumo de remédios

- ✓ Reduz as dores

- ✓ Reduz o risco de quedas





## Caminhada



20-30 minutos  
2 a 3 vezes /  
semana



- Melhora a circulação;
- Melhora a amplitude articular
- Fortalece os membros inferiores

## Exercícios no domicílio...

- ✓ Rodar a cabeça para a direita e esquerda
- ✓ Levantar e baixar os ombros
- ✓ Afastar e aproximar os braços do tronco
- ✓ Elevar os braços acima da cabeça
- ✓ Aproximar a mão ao ombro contrário e afastar do tronco
- ✓ Flexão e extensão dos antebraços
- ✓ Mobilizar o punho "o gesto do adeus"
- ✓ Abrir e fechar as mãos



## E ainda...

- ✓ Flexão e extensão do tronco
- ✓ Afastar e aproximar uma perna da outra
- ✓ Elevação da perna com flexão do joelho
- ✓ Flexão e extensão do joelho
- ✓ Aproximar um joelho ao outro e exercer pressão
- ✓ Elevação dos calcanhares com flexão dos dedos dos pés



**Mexa-se pelo bem da sua velhice !**



**Apêndice VI- Autoavaliação nos campos de estágio**

## **Autoavaliação no campo de estágio da Unidade de Cirurgia Torácica**

Na avaliação da aprendizagem neste campo de estágio saliento a integração na equipa multidisciplinar e neste momento era considerada um elemento da equipa. Este processo de aprendizagem teve uma evolução crescente, com períodos de dificuldades que foram ultrapassadas à medida que obtive confiança e segurança no meu trabalho. A partir deste momento as minhas prioridades que inicialmente se centravam na execução dos procedimentos técnicos mudaram porque apresentei um novo olhar sobre a reabilitação. Neste sentido, as experiências vivenciadas vem dar ênfase à evidência publicada e permitiram o crescimento profissional e pessoal e conseqüentemente uma reformulação da minha identidade. Além disso, permitiu o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, que já foram aplicadas em prática no serviço onde exerço funções e cujos resultados foram alvo de atenção e respeito pelos meus pares. Este campo de estágio constitui um substrato para atingir um grau de mestria enquanto futura enfermeira especialista em reabilitação.

Neste ensino houve fatores positivos que contribuíram para a minha aprendizagem, nomeadamente os conhecimentos acerca desta especialidade, o suporte teórico disponível na componente teórica, o relacionamento e as respostas dadas pelos clientes face aos cuidados especializados prestados por mim e a interação e disponibilidade da orientadora. Por outro lado, a carga horária foi considerado um fator negativo e neste momento defendo que o horário instituído neste campo de estágio é primordial para uma avaliação contínua do cliente, ao longo do seu processo de reabilitação.

## **Autoavaliação no campo de estágio decorrido na UCC**

O campo de estágio na Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED] é um local de referência para colocar em prática os conhecimentos teórico-práticos apreendidos durante a formação. Diariamente, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados em reabilitação centrados no cliente, no seu cuidador e em alguns casos incluir a participação de outros elementos da família.

Relativamente à integração foi facilitada pela equipa de enfermagem através da partilha de informações e de experiências e que constituíram uma mais valia para a minha aprendizagem. Na fase inicial houve a necessidade de readaptação, pois não prestava cuidados na comunidade desde a formação da licenciatura e esta experiência fez reviver alguns momentos do passado. Ao longo do campo de estágio desenvolvi competências e consegui definir estratégias bem como o plano de intervenção adequado ao cliente. A maior dificuldade sentida foi o registo na plataforma informática que foi colmatada com o desenvolvimento deste exercício.

A prestação de cuidados realizada pelo enfermeiro de reabilitação na comunidade traduz a importância deste elemento no seio da equipa multidisciplinar porque ele é o coordenador dos cuidados e mobiliza meios / ajudas de apoio para atingir os objetivos que propôs para o cliente. Neste estágio tive a possibilidade de experienciar o reconhecimento do trabalho do enfermeiro de reabilitação pelo cliente, cuidador e pela família. Os momentos de agradecimento contribuem para a satisfação pessoal, profissional do enfermeiro e permitem dar visibilidade à profissão do cuidar, que é a Enfermagem. Além disso, pude constatar que o dia a dia da minha orientadora é repleto por esses agradecimentos e tal como a evidência revela o seu perfil é de perito, pois a sua prática é orientada por princípios, tais como capacidade de iniciativa, gestora de cuidados, responsável pela tomada de decisão e elevado espírito de criatividade.

Neste estágio vivenciei experiências gratificantes como a evolução positiva de determinados clientes, contribui com o meu parecer em determinados cuidados e como formadora no âmbito do envelhecimento ativo a um grupo de idosos sob regime de centro de dia.