



**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Contributo da Intervenção do Enfermeiro  
Especialista em Reabilitação na Capacitação da  
Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca**

**REALIZADO POR:**

**Maria Joana Silva**

**Escola Superior de Saúde Atlântica**  
**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

**Contributo da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na  
Capacitação da Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca**

**Realizado por: Maria Joana Silva**  
**Orientador: Professor Doutor Nelson Guerra**

**Barcarena, março 2025**

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho acadêmico.”

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso os meus agradecimentos a todos aqueles que percorreram este percurso comigo e que, de alguma forma, contribuíram para a concretização de mais uma etapa na minha vida.

Gostaria de expressar o meu agradecimento ao Professor Doutor Nelson Guerra pela sua orientação durante o estágio e a realização do relatório.

Aos meus enfermeiros orientadores, por toda a disponibilidade e por todos os conhecimentos transmitidos ao longo dos estágios.

Aos meus colegas de turma, pelo ambiente e pelo espírito de entreatajuda, em especial à Elisabete Almeida, pelo incentivo constante.

Agradeço ainda aos meus colegas de trabalho do Instituto Português de Oncologia e à minha família, que sempre me ajudaram e incentivaram nos momentos mais difíceis.

Obrigado, Pedro Fernandes.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diárias

CCT – Cirurgia Cardioracica

DCVs – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral da Saúde

DR - Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

FRCV – Fatores risco cardiovasculares

LMERT - Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho

MI- Membros Inferiores

MRC - Medical Research Council Muscle Scala

MS- Membros Superiores

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRC – Programas Reabilitação Cardíaca

RC – Reabilitação Cardíaca

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SHI – Software Hospitalar Integrado

SIGEHP – Sistema Integrado de Gestão Hospitalar

*SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT– Unidade de Cuidados Intermédios

UMRD - Unidade de Média Duração e Reabilitação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

## RESUMO

**Introdução:** a pessoa submetida a cirurgia cardíaca pode enfrentar diversas complicações no pós-operatório, sendo a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação crucial para prevenir essas complicações. Seu papel é fundamental na promoção da readaptação funcional, maximizando as capacidades da pessoa e capacitando-o para o retorno ao domicílio.

**Objetivos:** descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, que possibilitam a documentação da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, bem como a consolidação das competências de Mestre. O objetivo principal foi avaliar o impacto das intervenções realizadas pelo EEER na capacitação da pessoa submetida à cirurgia cardíaca.

**Metodologia:** análise-reflexiva para dar resposta ao objetivo proposto, por meio da descrição e reflexão sobre as competências adquiridas durante o estágio profissionalizante. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a temática das doenças cardiovasculares e cirurgia cardíaca, com ênfase na intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

**Resultados:** foi possível consolidar e desenvolver os conhecimentos teórico-práticos adquiridos na componente teórica do Mestrado, permitindo a elaboração de um plano de cuidados para a capacitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

**Conclusão:** a elaboração deste relatório permitiu concluir que foi possível desenvolver tanto as competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Reabilitação, quanto as competências próprias do nível de Mestre. Além disso, foi possível documentar e obter indicadores sobre a intervenção do EEER em pessoas submetidos à cirurgia cardíaca, evidenciando a importância da implementação de programas de reabilitação para promover ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

**Palavras-chave:** capacitação, cirurgia cardíaca, cuidados de enfermagem, enfermagem de reabilitação.

## SUMMARY

**Introduction:** a person undergoing cardiac surgery may face several complications post-operatively, with the intervention of a Rehabilitation Nursing Specialist being crucial to prevent these complications. Its role is fundamental in promoting functional readaptation, maximizing the person's capabilities, and enabling them to return home.

**Objectives:** to describe, analyse and reflect on the activities developed during the professional internship, which enable the documentation of the acquisition of common and specific skills of the Rehabilitation Specialist Nurse, as well as the consolidation of Master's skills. The main objective was to evaluate the impact of the interventions carried out by EEER on the training of people undergoing cardiac surgery.

**Methodology:** reflective analysis to meet the proposed objective, through description and reflection on the skills acquired during the professional internship. A narrative review of the literature was carried out about cardiovascular diseases and cardiac surgery, with an emphasis on the intervention of the EEER in people undergoing cardiac surgery.

**Results:** it was possible to consolidate and develop the theoretical-practical knowledge acquired in the theoretical component of the master's degree, allowing the elaboration of a care plan to train the person undergoing cardiac surgery.

**Conclusion:** the preparation of this report allowed us to conclude that it was possible to develop both the common and specific skills of a Rehabilitation Specialist Nurse, as well as the skills specific to the master's level. Furthermore, it was possible to document and obtain indicators on the EEER intervention in people undergoing cardiac surgery, highlighting the importance of implementing rehabilitation programs to promote health gains and improve people's quality of life.

**Keywords:** training, cardiac surgery, nursing care, rehabilitation nursing.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO-----	11
1.APRECIAÇÃO DO CONTEXTO-----	14
1.1. Estágio em Contexto Comunitário-----	14
1.2. Estágio em Contexto Hospitalar-----	16
2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL-----	20
2.1. Pessoa com Doença Cardiovascular-----	20
2.2. Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca -----	22
2.3. Modelo Conceptual de Enfermagem: Teoria das Transições e Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem -----	27
3.ANÁLISE CRÍTICA- REFLEXIVA-----	36
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista-----	36
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação-----	48
3.3. Competências de Mestre-----	62
4. ANÁLISE SWOT -----	66
CONCLUSÃO-----	68
BIBLIOGRAFIA-----	70
ANEXOS E APÊNDICES -----	82
ANEXO I: Consentimento Informado-----	83

ANEXO II: Certificado de Presença - “Enfermagem às Quintas - Prevenção e Controlo de Infeção: da formação à inovação” -----	85
ANEXO III: Certificado de Presença - "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos” -----	87
ANEXO IV: Certificado de Presença - "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos” -----	89
ANEXO V: Certificado de Presença- IV Conferência de Enfermagem dos três Institutos Portugueses de Oncologia, “Da prática à evidência: Enfermagem oncológica na atualidade-----	91
ANEXO VI: Certificado de Presença - "Desafios na promoção do autocuidado e gestão de complicações na pessoa com ostomia"-----	93
ANEXO VII: Certificado de Presença - “Enfermagem às Quintas Reabilitação Geriátrica-----	95
APÊNDICE I: Plano de Atividades-----	97
APÊNDICE II: Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Pré-operatório da Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca -----	123
APÊNDICE III: Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Pós-operatório da Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca-----	125
APÊNDICE IV: Relato de Caso - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca-----	130

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Técnicas a integrar no plano de reabilitação na fase pré-operatória-----	24
Quadro 2 — Intervenção do EEER no pós-operatório-----	26

## INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio encontra-se inserido na unidade curricular de Estágio Profissionalizante, que faz parte do plano de estudos do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica. O presente documento descreve as atividades realizadas, assim como o meu trajeto pessoal enquanto estudante deste Mestrado, evidenciando as aprendizagens teóricas, teórico-práticas e práticas que foram adquiridas ao longo do curso.

Ao finalizar este Curso de Mestrado, espera-se que tenha desenvolvido as competências científicas, técnicas e humanas essenciais para prestar cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade e/ou restrição da participação, ao longo de todas as fases da vida e nos diferentes contextos de cuidados. O objetivo é promover a reabilitação e a reintegração social, conforme estabelecido no Regulamento n.º 392/2019.

O relatório apresentado reflete as aprendizagens e competências adquiridas ao longo de um percurso de três semestres, destacando o impacto do estágio profissionalizante na consolidação do conhecimento e no desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). A aprendizagem contínua, a integração entre teoria e prática e o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva são elementos essenciais para a aquisição e aprofundamento dos conhecimentos, sendo fundamentais para a adaptação às diversas situações e aos desafios da profissão de Enfermagem.

Para alcançar as competências descritas no Regulamento n.º 140/2019, que define as competências comuns, no Regulamento n.º 392/2019, que estabelece as competências específicas do EEER, e no Decreto-Lei n.º 65/2018, que trata das competências do Mestre, foi necessário realizar avaliações, identificar diagnósticos de enfermagem por foco e elaborar planos de intervenção. Essas etapas foram fundamentais para evidenciar as atividades desenvolvidas ao longo do curso, visando a aquisição dessas competências. Além disso,

procurou-se destacar a importância da intervenção do EEER para alcançar ganhos em saúde que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A componente prática foi dividida em dois momentos, com o objetivo de cumprir as horas de contato nos diversos processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, ortopédico/reumatológico). O primeiro momento (Estágio de Reabilitação na Comunidade), integrado no plano de estudos do 1º ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (2º semestre), ocorreu numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Mais concretamente numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMRD).

O segundo momento (Estágio Profissionalizante), foi realizado num hospital integrado numa Unidade Local de Saúde da área metropolitana de Lisboa, mais especificamente num Serviço de Cirurgia Cardiorácica.

Considerando o local de estágio e as exigências dos cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto hospitalar, e tratando-se de uma área pouco desenvolvida e investigada ao longo do meu percurso profissional, senti a necessidade de aprofundar os conhecimentos e competências do EEER na área da Reabilitação Cardíaca (RC). Assim, o presente relatório centra-se no **Contributo da Intervenção do EEER na Capacitação da Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca**. Para fundamentar o meu raciocínio clínico e orientar a prática e a tomada de decisão, recorri a modelos conceptuais de enfermagem, nomeadamente a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem. Com base nesta temática, foi realizada uma revisão da literatura nas diversas bases de dados em Saúde, que sustenta o enquadramento conceptual deste relatório, bem como a justificação para as intervenções estabelecidas nos planos de cuidados elaborados.

Desta forma, a finalidade deste relatório é evidenciar as competências adquiridas enquanto enfermeiro especialista, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e mestre, desenvolvidas durante o estágio, assim como refletir sobre as experiências e aprendizagens adquiridas ao longo deste período. O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos: no primeiro capítulo, é feita uma apreciação do contexto da prática clínica, abordando os contextos comunitário e hospitalar. No segundo capítulo, apresento o enquadramento

conceptual, onde são discutidos os principais conceitos desenvolvidos ao longo do relatório (a pessoa com doença cardiovascular e a intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia cardíaca), bem como os referenciais teóricos que sustentaram a prática desenvolvida. No terceiro capítulo, realizo uma análise crítico-reflexiva das competências comuns, das competências específicas do EEER e das competências de Mestre, descrevendo também as atividades desenvolvidas. No quarto capítulo, apresento uma análise SWOT, com o objetivo de identificar os pontos facilitadores internos (forças), os pontos inibidores internos (fraquezas), as barreiras externas (ameaças) e os fatores facilitadores externos (oportunidades) que influenciam o processo de desenvolvimento das competências. Por fim, na conclusão, faço um balanço geral de todo este percurso, destacando os ganhos pessoais, as principais dificuldades encontradas e as estratégias adotadas para superá-las, além de descrever os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de reabilitação.

A sua elaboração segue as orientações fornecidas pela ESSATLA nos vários documentos referentes à elaboração do relatório. As referências bibliográficas e citações foram elaboradas conforme as normas definidas pela American Psychological Association (7ª edição).

## **1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO**

Neste capítulo, serão descritos os dois estágios clínicos realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com a caracterização de cada um deles. O primeiro estágio ocorreu em contexto comunitário, sendo denominado Estágio de Reabilitação na Comunidade, enquanto o segundo foi realizado em ambiente hospitalar.

Com um total de 1000 horas, das quais 531 horas foram de contacto direto e as restantes de trabalho autónomo, de acordo com as orientações do plano de estudos, este percurso permitiu-me desenvolver as diversas competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, sempre associadas a um processo contínuo de reflexão e juízo crítico nos vários contextos.

### **1.1. Estágio em Contexto Comunitário**

O Estágio de Reabilitação na Comunidade decorreu numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) no distrito de Lisboa, mais especificamente na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMRD). Este estágio teve uma duração total de 231 horas de estágio presencial, realizadas entre 20 de maio e 26 de junho de 2024.

Como refere a Ata da 172.<sup>a</sup> Sessão Ordinária da Mesa da SCML de 2 de Setembro de 2021 a UCCI tem como missão:

a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e ações paliativas, a pessoas que ao longo do seu ciclo de vida, se encontrem em situação de dependência, com vista a melhorar a sua funcionalidade, condições de vida e bem-estar, e promover a sua reinserção sociofamiliar (p.2).

Sendo que se norteia pelos seguintes princípios e valores:

prestação humanizada e individualizada de cuidados; b) Equidade e continuidade na prestação dos cuidados, mediante intervenção em Rede; c) Ética profissional com observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram a atividade de todos os profissionais da UCCI; d) Proximidade da prestação de cuidados, em rede com os serviços comunitários existentes; e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; f) Avaliação integral das necessidades do utente e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e autonomia (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2021, p.3).

A UMRD encontra-se no segundo andar do edifício, com uma capacidade de 22 camas, organizados em 10 quartos duplos e 2 individuais. A nível dos recursos humanos, o serviço é assegurado por uma equipa multidisciplinar, que engloba médicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, técnicos superiores de serviço social, animadores sociais, bem como assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é composta por 13 profissionais, incluindo 1 EEER, garantindo a prestação de cuidados 24 horas por dia, sete dias por semana. Esta equipa está organizada em três turnos diários: o turno da manhã, com 3 enfermeiros; o turno da tarde, com 2 enfermeiros; e o turno da noite, com 1 enfermeiro. O EEER presente no serviço tem a flexibilidade de integrar qualquer um dos turnos.

A casuística do serviço durante o estágio foi, sobretudo, relacionada com patologias do foro neurológico, orto-traumatológico e reumatológico.

Durante o estágio, constatei que não existe um sistema específico para registar as intervenções do EEER; os registos são feitos de maneira geral através do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGEHP), desenvolvido pela Software Hospitalar Integrado (SHI). Em relação aos instrumentos de recolha de dados utilizados, são aqueles recomendados pela RNCCI: a Escala

de Quedas de Morse para avaliar o risco de quedas; a Escala de Braden para o risco de úlceras de pressão; e a Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF). A utilização desses instrumentos é responsabilidade de todos os membros da equipa.

A atuação do EEER neste serviço é crucial para fornecer cuidados especializados a pessoas com condições neurológicas e orto-traumatológicas. Os principais benefícios da sua intervenção incluem a recuperação e promoção da independência funcional e do autocuidado, bem como a capacitação da pessoa com limitações nas atividades e restrição da participação, decorrentes de alterações neurológicas e musculoesqueléticas. Em conformidade com o que é referido pelo Regulamento nº392/2019 “proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (p. 13565).

## **1.2. Estágio em Contexto Hospitalar**

O Estágio Profissionalizante foi efetuado no Serviço de Cirurgia Cardiorácica (CCT) de um hospital pertencente a uma Unidade Local de Saúde na área metropolitana de Lisboa, no período de 16 de setembro a 19 de dezembro de 2024.

A Unidade Local de Saúde fundamenta os seus princípios e valores na humanização e na não discriminação, respeitando a dignidade de cada pessoa, promovendo a saúde na comunidade, garantindo a excelência e a ética dos seus profissionais, incentivando a multidisciplinaridade e promovendo o respeito pelo ambiente (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

O CCT encontra-se localizado no quarto piso do hospital mencionado. Caracteriza-se como um serviço que presta cuidados à pessoa com patologia do foro cardíaco e às suas famílias. É direcionado a pessoas do foro cirúrgico, com foco no atendimento a adultos submetidos a cirurgia cardíaca devido a diversas condições, como doenças das artérias coronárias, patologias das válvulas cardíacas, malformações congénitas do coração, alterações no ritmo cardíaco e transplantes cardíacos. A pessoa admitida no serviço pode ser encaminhada a partir

do domicílio, de outras instituições com indicação de cirurgia cardíaca, da consulta externa, da unidade de cuidados intensivos, hemodinâmica e serviço de cardiologia.

O serviço é composto por 20 camas distribuídas por 8 quartos com 2 camas cada e um quarto com 4 camas. A Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) dispõe de 8 camas e está equipada com os recursos necessários para prestar cuidados a utentes em pós-operatório mediato ou cuja situação clínica requer maior monitorização e vigilância.

Em relação aos recursos humanos, o serviço conta com uma equipa multidisciplinar formada por enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. A equipa inclui ainda uma nutricionista, técnica de serviço social, assistentes técnicas-secretárias de unidade, fisioterapeutas e farmacêutica.

A equipa de enfermagem é constituída por 1 Enfermeira Gestora, 40 Enfermeiros de Cuidados Gerais e 1 EEER. Os cuidados são assegurados 24h por dia, 7 dias por semana, organizados em turnos. Normalmente, o turno da manhã é composto por 8 enfermeiros, enquanto o turno da tarde conta com 7 enfermeiros e o turno da noite é assegurado por 6 profissionais.

O modelo de trabalho adotado é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável pelos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e sua família durante o seu turno (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Como refere Ventura- Silva, “o método individual consiste na abordagem de assistência total ao cliente, um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno. A organização dos cuidados de enfermagem reflete as necessidades e a centralidade do cliente como o centro da assistência” (2021, p. 280). A prestação de cuidados deve sempre respeitar a integridade e a dignidade da pessoa humana, sendo que o enfermeiro orienta a sua prática de acordo com o Código Deontológico e as competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros, que abrangem as competências do enfermeiro de cuidados gerais, do enfermeiro especialista e do enfermeiro gestor (SNS, 2022).

A equipa de enfermagem desenvolve projetos institucionais baseados em indicadores e padrões de qualidade em saúde, abrangendo diversas áreas, como dor, quedas, úlceras de

pressão, controlo de infeções, segurança do doente e formação em serviço. Estes projetos estão alinhados com o que é referido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no qual alguns dos objetivos estratégicos eram:

    aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (DR, 2015, p.3882).

Atualmente, existe um EEER responsável pelo acompanhamento das pessoas em processo de cirurgia e transplante cardíaco, desde a admissão até à alta hospitalar. Este profissional desempenha as suas funções durante o turno da manhã, com um papel bem definido e estruturado, coordenando a sua intervenção com a restante equipa de enfermagem. O trabalho em equipa é essencial, com uma constante partilha de informação entre os profissionais de saúde.

Assim, é possível destacar os seguintes contributos da sua intervenção: prevenção de complicações pulmonares; promoção da recuperação e da independência funcional, bem como do autocuidado; e capacitação da pessoa para lidar com as limitações de atividade e restrições de participação decorrentes da cirurgia cardioracica. Além disso, destaca-se a promoção de um retorno seguro e gradual às atividades de vida diária (AVD), com o objetivo de restabelecer a autonomia e independência da pessoa. Este processo envolve ainda o apoio à reintegração da pessoa na família e na comunidade, garantindo que a adaptação à rotina seja feita de forma personalizada, tendo em conta as suas necessidades e capacidades. O objetivo é, igualmente, maximizar a satisfação e a perceção da qualidade de vida tanto da pessoa como do respetivo prestador de cuidados, criando um ambiente de suporte que favoreça o bem-estar emocional e social. Este enfoque holístico está alinhado com os princípios do Regulamento nº 392/2019, que orienta a prestação de cuidados centrados na

pessoa, garantindo a sua dignidade e inclusão social ao longo de todo o processo de reabilitação.

Atualmente, está a ser desenvolvido um programa para implementar uma consulta pré-operatória, na qual o EEER realiza a colheita de dados e avaliações necessárias para ajustar as suas intervenções pós-cirurgia. Nesta fase, é fundamental a realização de ensinamentos, com particular foco na Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e na Reeducação Funcional Motora (RFM). O principal objetivo da fase pré-operatória é “informar a pessoa, assegurando uma preparação adequada e incentivando a sua participação ativa no processo de reabilitação, de modo a proporcionar uma recuperação pós-operatória mais rápida e eficaz” (Ordem dos Enfermeiros, 2020, p. 153).

Neste contexto clínico, as competências específicas de enfermagem de reabilitação são aplicadas em todas as fases do processo de reabilitação, conforme estabelecido no Regulamento n.º 392/2019:

a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (p.13565).

## **2.ENQUADRAMENTO CONCETUAL**

### **2.1. Pessoa com Doença Cardiovascular**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte em todo o mundo. Em 2019, estima-se que 17,9 milhões de pessoas tenham falecido devido a DCVs, o que corresponde a 32% de todas as mortes globais (OMS, 2021).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em dados publicados em 2024, as doenças do aparelho circulatório em 2021 continuam a ser das principais causas de morte em Portugal. Nesse ano, de acordo com o INE (2024), 25,9% da população (32.452 mortes) que faleceu teve como causa principal as doenças do aparelho circulatório, destacando-se a Doença Isquémica do Coração, que registou 6.683 óbitos. A morbilidade e mortalidade associada às cardiopatias são elevadas a nível global, exercendo um impacto significativo na saúde pública.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2020), no seu Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca, as doenças cardíacas têm um impacto significativo em vários aspetos da vida. A nível pessoal, afetam a qualidade de vida da pessoa; no âmbito familiar, provocam mudanças nas dinâmicas familiares; e, no contexto profissional e social, interferem nas relações e na participação ativa na comunidade. Além disso, estas condições têm um impacto económico considerável. Os custos elevados associados devem-se ao seu tratamento, incluindo terapêutica medicamentosa, realização de exames, procedimentos cardíacos, internamentos e cirurgias, recorrendo a tecnologias cada vez mais sofisticadas (Silva et al., 2019).

As DCVs constituem um conjunto de distúrbios que afetam o coração e os vasos sanguíneos, abrangendo uma variedade de condições, como a doença cardíaca coronária, a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica e a cardiopatia congénita, entre outras (OMS, 2021). A maioria destas condições tem uma base aterosclerótica, envolvendo as artérias cerebrais, cardíacas e a circulação periférica. O processo de desenvolvimento da aterosclerose é complexo e está associado a múltiplos fatores de risco (Bourbon et al., 2019).

Os fatores de risco cardiovascular (FRCV) podem ser divididos em duas classes: modificáveis e não modificáveis. Os FRCV não modificáveis são aqueles que não podem ser alterados através de intervenções preventivas, como a idade, o sexo, a etnia e o histórico pessoal ou familiar de doenças cardiovasculares. Por outro lado, os FRCV modificáveis são passíveis de intervenção e correção, abrangendo fatores como o tabagismo, uma alimentação inadequada, o consumo excessivo de álcool, a falta de atividade física, os fatores psicossociais, a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes mellitus, a obesidade e os distúrbios do sono (Bourbon et al., 2019; OE, 2020).

O diagnóstico precoce é fundamental para assegurar o tratamento adequado e, consequentemente, reduzir a mortalidade (Terra et al., 2023). O sistema de classificação mais utilizado na insuficiência cardíaca é a Classificação Funcional da New York Heart Association, que se baseia na gravidade dos sintomas e na capacidade de realizar atividades físicas. Na classe I, não há limitação na atividade física; na classe II, há uma limitação leve da atividade física; na classe III, ocorre uma restrição significativa da atividade física; e na classe IV, há incapacidade de realizar qualquer atividade física sem experimentar desconforto, como fadiga, palpitações e dispneia (OE, 2020). A sintomatologia associada à patologia cardíaca, como dispneia, cansaço, desconforto ou dor retro esternal, condiciona de forma significativa a qualidade de vida das pessoas, provocando limitações nas atividades de vida diária (AVD) (Malcato, 2023)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2022), no seu manual de apoio à consulta de enfermagem para utentes com patologias cardiovasculares, a cirurgia cardíaca desempenha um papel fundamental no tratamento de doenças cardiovasculares, tanto congénitas como adquiridas. O objetivo da cirurgia cardíaca é melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos doentes cardíacos. Essa melhoria é alcançada por meio da redução da gravidade dos sintomas da doença e do aumento da funcionalidade do doente (Sumin, 2022).

As principais condições que necessitam de intervenção cirúrgica incluem doenças coronárias, doenças valvulares, cardiopatias congénitas e insuficiência cardíaca. As cirurgias cardiovasculares mais comuns incluem procedimentos como a revascularização do miocárdio,

a transplantação cardíaca, a substituição e/ou reparação valvular, a implantação de dispositivos de assistência ventricular e a correção da disseção da artéria aorta.

A cirurgia cardíaca, por ser um procedimento altamente invasivo, pode provocar complicações no pós-operatório devido a alterações fisiológicas, à presença de comorbidades e a fatores de risco prévios à intervenção. Aspectos como a utilização de ventilação mecânica, o tipo e a duração da anestesia também têm impacto na duração do internamento hospitalar. Apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas e na redução do risco peri operatório, é comum observar um declínio acentuado na função pulmonar no período imediatamente após a cirurgia (Borges et al., 2022; Zhang et al., 2023).

## **2.2. Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca**

Como refere Hoeman, o EEER “tem obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, não só para assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações, como para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade” (2000, p.20). A intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação é fundamental para manter e recuperar essas capacidades, através da implementação de ações que promovam a qualidade de vida das pessoas.

Os programas de reabilitação cardíaca (PCR) são “efetivamente um recurso terapêutico com eficácia transversalmente positiva na qualidade de vida das pessoas com doença cardíaca. Assim, torna-se imperativo que os enfermeiros de reabilitação desenvolvam programas de intervenção que proporcionem ganhos em saúde e otimizem a qualidade de vida global dos pacientes” (Martins et al., 2021, p. 84). Como consta no Guia Orientador para a Prática de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca

o EEER tem aqui um papel fundamental através de uma correta planificação dos cuidados a prestar, estudando e conhecendo a pessoa de uma forma holística e acompanhando-a em todo o processo de internamento, na preparação para a alta/transição de cuidados, no acompanhamento na comunidade, sendo consultor no

ensino e incentivo para hábitos de vida saudável, gestor de projetos de Reabilitação Cardíaca e principal investigador na procura de evidência científica das suas intervenções (2020, p.274).

Desta forma, os programas de reabilitação devem ser iniciados o mais precocemente possível, desde que estejam reunidos os critérios de estabilidade clínica e hemodinâmica. Estes podem ser implementados nas 12 a 24 horas após a cirurgia cardíaca (OE, 2020). Segundo estudos científicos publicados, há uma diminuição de 30 a 50% na taxa de mortalidade após a cirurgia cardíaca em doentes submetidos à reabilitação cardíaca, o que evidencia uma melhoria clara no prognóstico pós-operatório (Shibata et al., 2023).

A avaliação inicial da pessoa é essencial para elaborar o plano de intervenção do EEER, a mesma deve ser “efetuada com instrumentos de medida padronizados torna-se essencial para servir de base para o processo de tomada de decisão do EEER, pela sua relevância e especificidade. De acordo com a OE (2016) existem múltiplos instrumentos de avaliação dos quais destacamos para a atuação do EEER na área da RC” (OE, 2020, p. 147). Destacam-se o Teste de marcha de 6 minutos, para avaliar a capacidade funcional; o Medical Research Council, para avaliar a força muscular; e o Índice de Barthel e a Medida de Independência Funcional, para avaliar o grau de dependência nas AVD (OE, 2020).

Desta forma, a intervenção do EEER, começa no pré-operatório, sendo o objetivo principal nesta fase “dar informação á pessoa no sentido de garantir uma adequada preparação, a participação ativa no processo de reabilitação, proporcionando uma recuperação pós-operatória mais célere e eficaz” (OE, 2020, p. 153). A pessoa que aguarda a realização da cirurgia apresenta sentimentos como ansiedade e medo, que “pode levar ao aumento do tempo de internamento, à exacerbação da sensação de dor, ao consumo de analgésicos, a piores resultados nos programas de RC e ao aumento na taxa de mortalidade” (OE, 2020). Desta forma como refere Maia (2006), citado pela OE (2020), “o contacto com indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca; a inclusão da família e o programa de reabilitação pré-operatório constituem, da mesma forma, estratégias que podem ajudar à redução do nível de

stress e ansiedade e aumentar o grau de colaboração com o processo de recuperação e reabilitação” (p. 155). As informações na fase pré-operatória sobre o risco de complicações pulmonares, restrições de movimento após a cirurgia cardíaca e exercícios respiratórios são práticas comuns que contribuem para reduzir o tempo de recuperação no pós-operatório (OE, 2020).

A intervenção do EEER deve incluir técnicas de RFR, como: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; técnica da tosse com contenção da ferida operatória; ensino/instrução e treino sobre técnica respiratória com recurso a espirometria de incentivo (sobretudo se existirem fatores de risco) (OE, 2020; Malcato, 2023). Resumindo o objetivo principal na fase pré-operatória é “a capacitação da pessoa mediante a instrução e o treino de exercícios respiratórios, de técnicas de higiene brônquica, de posicionamento e de mobilização musculoesquelética precoce, com o objetivo de garantir a sua envolvência no processo de reabilitação pós-operatória” (Vermelho & Pestana, 2021, p.582). A realização de reabilitação cardíaca durante a fase pré-operatória “reúne consenso na literatura, comprovando uma redução na incidência de complicações no período pós-operatório, na diminuição do tempo de internamento e na melhoria na reintegração familiar e social” (OE, 2020, p. 157). Segundo a OE (2020) as técnicas de EEER aconselhadas durante a fase pré-operatória são as seguintes:

Técnica	Frequência e duração da técnica
Respiração abdominodiafragmática	5-10 respirações/dia, consoante tolerância
Limpeza das vias aéreas	Ensinar/instruir/treinar diariamente até aquisição de conhecimentos: técnica de tosse
Espirometria de incentivo	Na presença de fatores de risco de complicações pós-operatórias; N.º repetições de acordo com tolerância com limite de 6 (frequência: 2 vezes/dia)
Treino de exercício físico (MS e MI)	Flexão/Extensão e Adução e Abdução dos membros superiores e inferiores; Abertura costal global e seletiva; Dorsiflexão/flexão plantar (iniciar com 3+3 repetições e aumentar +1/dia até limite 8+8, de acordo com tolerância)

Quadro 1 – Técnicas a integrar no plano de reabilitação na fase pré-operatória – Fonte: Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca (2020, p.157)

Em relação à fase pós-operatória, a intervenção do EEER pode ser definida em três estádios: Estádio 1 (Unidade de Cuidados Intensivos), Estádio 2 (Unidade de Cuidados Intermédios) e Estádio 3 (Internamento) (OE, 2020).

No estádio 1: o foco principal é “evitar as complicações da cirurgia cardíaca e minimizar os efeitos da mobilidade. Após 12-24 horas, (...) inicia-se o programa de reabilitação que deve incluir: respiração abdóminodiafragmática, técnicas de mobilização de secreções e limpeza das vias aéreas” (OE, 2020, p.159).

No estádio 2, para além de prevenir complicações respiratórias e outras associadas às restrições de mobilidade, o objetivo é melhorar a capacidade respiratória e funcional do doente e iniciar o treino das AVD (OE, 2020). As técnicas de reeducação funcional respiratória (RFR) implementadas mantem-se, iniciando-se o treino de AVD, como o levante e “treino com exercício físico mediante mobilizações ativas assistidas ou ativas, consoante o grau de participação, nível de consciência e capacidade funcional da pessoa” (OE, 2020, p.160). Enquanto no estádio 3, o foco principal é a preparação para a alta e a promoção da independência na realização de AVD (OE, 2020).

De acordo com a OE (2020), no Guia Orientador para a Prática de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca, “após a realização da cirurgia cardíaca, os músculos respiratórios ficam danificados, levando a fraqueza, disfunção muscular respiratória e insuficiência respiratória. As restrições à mobilização e a ineficácia da tosse no período pós-operatório vão influenciar de forma negativa o sistema respiratório” (p.158). Tendo em conta estes pressupostos, as intervenções nesta fase visam garantir a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, minimizar a perda de capacidade funcional e força muscular, além de reeducar a pessoa para o esforço. Entre as técnicas implementadas, destacam-se: controlo e dissociação dos tempos respiratórios; posições de relaxamento e descanso; correção postural; tosse dirigida com contenção de ferida operatória; reeducação diafragmática e costal; exercícios muscularto-articulares; treino de marcha e escadas (OE, 2020). Um dos objetivos fundamentais deste estádio inclui a preparação para alta e a promoção da independência na realização das AVD.

As principais intervenções do EEER recomendadas pela OE (2020):

Técnicas	Estadio	Observações/Frequência/duração
Respiração abdominodiafragmática	Estadio 1,2,3	5-10 respirações (2x/dia)
Mobilização de secreções e limpeza das vias aéreas	Estadio 1,2,3	Ensino/instrução/treino de tosse com contenção da ferida operatória Drenagem postural modificada SOS Manobras acessórias (percussões contraindicadas)
Espirometria de incentivo	Estadio 2,3	2-3 séries de 7-10 repetições de cada exercício com descanso intermédio (15 a 30 segundos entre repetições e 45 a 60 segundos entre as séries) — as pausas podem ser modificadas consoante a tolerância; Frequência: 2X/dia
Treino cardiorrespiratório (exercícios de MS e MI)	Estadio 1,2,3	6 a 10 repetições/ 2 vezes por dia, associado a respiração diafragmática, com aumento gradual conforme tolerância. <u>Restrições ao movimento musculartoarticular:</u> abdução dos ombros e flexão dos ombros a partir de 90º; flexão/ extensão do joelho e anca (72h após safenectomia)
Correção postural	Estadio 1,2,3	Fornecer informação diariamente até aquisição de conhecimentos. O EEER corrige o posicionamento ou utiliza um espelho quadriculado
Treino de AVD	Estadio 1,2,3	Identificar áreas comprometidas (Índice de Barthel/ Medida de independência funcional). Incluir técnicas de conservação de energia e ajudas técnicas
Treino de Marcha	Estadio 3	Iniciar 25-50 metros/ Progressão: Aumentar 10-15 metros/dia. Objetivo:150-200 metros antes da alta.
Treino de subir/descer escadas	Estadio 3	Iniciar 5 degraus /Progressão: Aumentar 2-3 degraus/ dia. Objetivo: 20 degraus antes da alta.

Quadro 2 — Intervenção do EEER no pós-operatório;

Fonte: Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca (2020, p.157

A reabilitação respiratória é uma intervenção amplamente reconhecida e implementada em pessoas submetidas a cirurgias cardíacas, com o objetivo de reduzir o risco de complicações pulmonares e de internamento hospitalar devido a alterações na função pulmonar (Zhang et al., 2023). Para isso, são implementadas técnicas de RFR, além de intervenções que visam o fortalecimento muscular, o aumento da resistência e a melhoria da capacidade ao esforço físico (OE, 2018). A RFR “baseia-se num conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento. É definida como uma terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na base da sua intervenção com a finalidade de restabelecer o padrão funcional da respiração” (OE, 2018, p. 86). Complementarmente, a RFM é orientada para a melhoria do equilíbrio corporal, da coordenação e da marcha (Bushman, 2018).

### **2.3. Modelo Conceptual de Enfermagem: Teoria das Transições e Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem**

A Enfermagem, atualmente, constitui-se “como profissão e disciplina científica, autónoma, com um campo de atuação e investigação próprios” (OE, 2021, p.1). Dessa forma, é fundamental “centrar as atividades profissionais em fundamentos teóricos que, além de promoverem o caráter disciplinar da enfermagem, contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados” (Ribeiro, et al., 2021a, p.48). Podemos definir teoria como “um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática” (Tomey, A. & Alligood, M., 2004, p.7).

Como refere a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, “na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (2015b, p. 16656).

O recurso a teorias serve como base para uma abordagem estruturada, “onde se procede à colheita e organização intencional dos dados, à formulação de diagnósticos, ao planeamento e implementação das intervenções, bem como à definição de resultados, tendo por base a mesma orientação” (Ribeiro, et al., 2021a, p. 48). Como refere Sousa et al. (2020), procurar um

fundamento teórico para a intervenção dos enfermeiros é reconhecer que a enfermagem está associada às experiências humanas de transição. A pessoa, no seu percurso de vida, vai vivenciar diversas experiências transitórias, em que a doença e a cirurgia pode ser um dos motivos.

Chick & Meleis (1986, citados por Smith. & Parker, M.,2015) definem transição como “uma passagem de uma fase, condição ou status da vida para outra” (p. 363), e cabe ao EEER implementar cuidados de enfermagem com o objetivo de facilitar essas transições (Ribeiro, et al., 2021a). Como refere Padilha et al. (2021), os EEER “devem desenvolver competências para a facilitação e promoção de processos de transição e adaptação, centrados nas circunstâncias individuais e no ambiente envolvente das pessoas/família” (p.84).

Segundo Meleis (2010), a natureza das transições pode ser definida de acordo o tipo, padrão e propriedades. Existem quatro tipos de transições: saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais. A transição saúde/doença refere-se a alterações súbitas no estado de saúde, como diagnósticos ou tratamentos. As transições de desenvolvimento ocorrem ao longo do ciclo de vida, como a passagem da infância para a adolescência. As situacionais envolvem mudanças de papéis em diferentes contextos, como casamento ou maternidade. Por fim, as organizacionais dizem respeito a mudanças sociais, políticas ou económicas, como a implementação de novas regras no local de trabalho ou tecnologias.

Os padrões de transição incluem transições simples e múltiplas. As múltiplas podem ocorrer simultaneamente ou de forma sequencial, podendo estar relacionadas entre si ou não. São várias as propriedades da transição: consciencialização, compromisso, mudança e diferença, pontos críticos e eventos, e período de experiência. Por exemplo, a consciencialização “está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora de transição, cuja ausência significa que a pessoa pode não ter iniciado a experiência de transição” (Sousa et al., 2020, p66).

A teoria das transições considera condições que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável, como fatores pessoais (significados, crenças culturais, nível socioeconómico,

preparação e conhecimento), comunitários (apoio familiar e social) e condições da sociedade (género e etnia).

De acordo com Meleis et al. (2010), uma transição saudável é caracterizada por indicadores tanto de processo quanto de resultados. Como refere Ribeiro et al. (2021b)

as terapêuticas implementadas pelos EEER procuram gerar nas pessoas a seu cuidado padrões de resposta adequados, quer ao nível do processo (sentir-se situado, em interação com pessoas com a mesma condição e/ou com profissionais de saúde e desenvolver confiança), quer ao nível do resultado (mestria, reformulação de nova identidade), que traduzem a vivência de uma transição com sucesso (p.51).

Segundo Silva et al (2019):

na prática do EEER, o referencial teórico de Afaf Meleis ajuda o enfermeiro especialista na compreensão da pessoa e da sua família/ familiar cuidador em qualquer momento do processo de transição, de modo que este aconteça de forma consciente e saudável. O referido permite, assim, a possibilidade de serem criadas pontes e elos facilitadores entre a rotura e o novo processo de mudança, com o objetivo primordial da maximização do potencial, do conhecimento e das capacidades (p. 43).

A pessoa e a sua família que passaram por uma cirurgia cardíaca estão a vivenciar uma transição entre saúde e doença, sendo necessário desenvolver novas competências, adquirir novos conhecimentos e adaptar à sua nova situação de vida. Assim, a teoria das transições deve ser o guia orientador do EEER para planear e implementar o seu plano de reabilitação, com o objetivo final de capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardíaca, maximizando a sua funcionalidade e melhorando a sua qualidade de vida. Como refere Sousa et al. (2020), “as terapêuticas de enfermagem e os indicadores de processo e resultado podem ser observados nas competências específicas do enfermeiro de reabilitação no âmbito da capacitação da

pessoa para lidar com a transição em que se encontra e respetivos ensinamentos e treinos que são realizados pelo enfermeiro de reabilitação” (p.66). O EEER vai ensinar a pessoa/cuidador, capacitando-a na tomada de decisões e contribuindo para a sua autonomia, além de treinar o desenvolvimento de habilidades para tornar a pessoa independente nas AVDs (Sousa et al., 2020).

Uma das teorias de grande relevância é a Teoria do Autocuidado de Orem, desenvolvida na década de 1950. Esta teoria foca-se no papel ativo das pessoas na manutenção da sua saúde e bem-estar, sugerindo que têm a capacidade de realizar ações de autocuidado – atitudes intencionais para cuidar da sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (Orem, 2001). O modelo enfatiza a importância da motivação da pessoa para o autocuidado e a adoção de um estilo de vida saudável, o que é essencial para a recuperação eficaz de quem foi submetido a cirurgia cardíaca, além de ajudar na prevenção de complicações. Através da educação para a saúde e do estabelecimento de metas realistas em colaboração com a pessoa, os enfermeiros de reabilitação podem utilizar este modelo para promover a adesão aos programas de exercício e outras orientações pós-operatórias essenciais para quem passou por cirurgia cardíaca.

Na teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, o autocuidado é o conceito central, sendo definido como “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (Foster & Bennett, 2000, p.84).

Segundo Orem, a TDAE é composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Ribeiro, 2021a). Na teoria do Autocuidado, Orem explica o que significa autocuidado e quais os fatores que podem influenciar o mesmo. Enquanto na teoria do Déficit do Autocuidado, especifica quando a enfermagem é precisa para ajudar as pessoas, ou seja, quando as pessoas não conseguem realizar as atividades de autocuidado por diferentes motivos, como doenças, limitações físicas, falta de conhecimento ou apoio social. Quando isso ocorre, surgem as deficiências no autocuidado, ou seja, a incapacidade de atender às necessidades básicas de saúde e bem-estar (Foster & Bennett, 2000). Por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem

descreve e explica as relações que precisam ser estabelecidas e mantidas para que se faça enfermagem (Tomey & Alligood, 2004 citado por Ribeiro et al, 2021).

Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório (onde a pessoa é incapaz de se autocuidar, dependem totalmente de outros); sistema parcialmente compensatório (a pessoa é capaz de realizar algumas atividades de autocuidado, mas necessita de assistência de outras, o enfermeiro compensa as limitações do autocuidado e assiste a pessoa no necessário ) e o sistema apoio-educação (a enfermagem auxilia a pessoa a aprender e a realizar o autocuidado de forma independente e autónoma, fornecendo conhecimentos e capacidades para a tomada de decisão).

Na prática de enfermagem, a teoria do Autocuidado é aplicada através da avaliação das necessidades de autocuidado das pessoas, determinando o nível de assistência necessário e fornecendo intervenções adequadas. Como refere Ribeiro et al. (2021a), “o referencial teórico de Dorothea Orem apresenta-se assim, como um pressuposto adequado para planear e implementar princípios do autocuidado, fundamentais para a prestação de cuidados pelo EEER, sendo usados como uma estrutura concetual para orientar os programas de autocuidado” (p.52). Ambas têm como principal foco o autocuidado e as deficiências de autocuidado, principalmente quando este está comprometido devido a condições de saúde, seja pela doença, lesão ou outras limitações.

A teoria fornece uma base para compreender as necessidades de autocuidado da pessoa e orientar as estratégias de intervenção do EEER, com o objetivo final de capacitar a pessoa para recuperar as suas capacidades e a realizar o seu autocuidado de forma independente. Como refere Ribeiro et al. (2021a) “o cerne do referencial teórico visa a promoção, recuperação e potencialização das capacidades da pessoa afetada por doença ou incapacidade, sendo também estes os desígnios que sustentam a intervenção diária dos profissionais especializados em enfermagem de reabilitação” (p.55).

Assim, a elaboração do projeto de intervenção para a pessoa submetida a cirurgia cardíaca foi fundamentada nestes dois modelos teóricos – a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria do Autocuidado de Orem, sendo a cirurgia o fator que desencadeia a transição, tanto para a

pessoa quanto para a sua família, provocando mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociofamiliares. As pessoas com patologia cardíaca e submetidas a cirurgia cardíaca enfrentam diferentes processos de transição, começando pela adaptação a uma nova condição, que tem implicações a nível pessoal, especialmente devido à limitação das atividades (transição saúde/doença). Como refere Teixeira et al. (2023),

é fundamental as instituições criarem atividades com envolvimento dos Enfermeiros e, particularmente, de EEER que promovem a readaptação funcional da pessoa adulta em situação de transição, de forma a viver em plenitude, com privilégio pela aceitação e adaptação ao seu estado de saúde. Devem ser preparadas sessões de educação para a saúde que sejam do real interesse e necessidade da pessoa, com tempo ajustado às suas necessidades formativas e com consideração pelo seu conhecimento/competência (p.12).

Além disso, também existem repercussões no contexto laboral (transição organizacional), com a possibilidade de suspensão da atividade profissional por um período que pode variar entre curto, médio ou longo, e ainda consequências sociais, devido à restrição da participação e reintegração na comunidade, como por exemplo, a recomendação de não conduzir durante 2 meses após-cirurgia (transição situacional). Neste processo de transição, destaca-se a importância de se sentir ligado aos profissionais de saúde (indicador de processo), onde a capacidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas e incertezas é um importante indicador de uma transição positiva. É fundamental a pessoa consciencializar-se relativamente às mudanças desencadeadas pela cirurgia, como por exemplo, limitações na capacidade de realizar algumas AVD provocadas pela própria cirurgia e pela esternotomia, que implica restrições ao movimento musculoesquelético durante 2 meses após cirurgia (abdução dos ombros e flexão dos ombros a partir de 90º). A mestria é alcançada apenas quando a pessoa se torna consciente destas mudanças, o que ocorre quando está capacitada para a alta, tendo adquirido novas

competências que lhe permitem maximizar o seu potencial funcional e alcançar maior independência e qualidade de vida.

Como refere Reis & Bule (2023), “capacitar é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação” (p. 57). Durante o processo de transição entre saúde - doença, a pessoa procura alcançar a autonomia e independência, ajustando-se à nova realidade. “As atividades de vida pessoais e instrumentais são reflexo da autonomia e da independência e prendem-se com a funcionalidade e a qualidade de vida” (Reis & Bule, 2023, p. 57).

Assim, considera-se a capacitação um processo que exige a mobilização dos domínios cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2023). O enfermeiro de reabilitação tem como competência, conforme referido por Sousa et al. (2020), a capacidade de integrar esses diferentes domínios, promovendo uma abordagem holística e personalizada para cada pessoa em processo de reabilitação. Os mesmos autores referem que o EEER tem a competência de:

capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, de modo a maximizar a autonomia, facilitar a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, melhorar a participação na sociedade e consequentemente a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde, tomando particular ênfase no processo de transição saúde-doença (Sousa et al., 2020, p. 68).

Como já referido anteriormente, a pessoa submetida a cirurgia cardíaca terá a sua capacidade de autocuidado comprometida. Neste sentido, como refere Ribeiro et al. (2021), “o referencial teórico de Dorothea Orem é o que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa e pelo ambiente que a envolve, existindo um défice na sua ação de autocuidado” (p. 54). Como também destaca Teixeira et al. (2023), “a avaliação da capacidade de autocuidado é transversal a todos os Enfermeiros, mas representa uma área de decisão clínica com especial relevância para a prática de Enfermagem de Reabilitação. A Reabilitação emerge num ponto de transição

de autocuidado, dependendo da autonomia e liberdade da pessoa para a tomada de decisão relativamente ao seu Projeto de Saúde” (p.4).

Diante do défice de autocuidado, o EEER tem um papel fundamental, já que a reabilitação é o principal mecanismo de apoio na readaptação da pessoa, possibilitando-lhe o desenvolvimento de novas capacidades físicas e psicológicas. O objetivo é promover o autocuidado por meio de intervenções que visam ensinar e auxiliar as pessoas a identificarem as suas necessidades de autocuidado (Ribeiro et al., 2021).

O EEER, como refere Teixeira et al. (2023), “tem três pilares na sua praxis: cuidar, capacitar e maximizar. Nesta perspetiva o EEER pode substituir temporária ou definitivamente a pessoa na realização das AVD e/ou realizar intervenções que potenciam a funcionalidade da pessoa para a realização do autocuidado, transmitindo conhecimentos e treinando capacidades neste processo da pessoa e/ou dos cuidadores formais ou informais, para a realização de um autocuidado autónomo e independente (p.4)

O EEER utilizará o conhecimento para capacitar a pessoa na tomada de decisões, com o objetivo de maximizar a sua autonomia. Simultaneamente, utilizará o desenvolvimento de habilidades e capacidades para tornar a pessoa mais independente na realização das atividades diárias (Sousa et al., 2020), contribuindo, assim, para o aumento da literacia em saúde das pessoas. Segundo a Direção Geral da Saúde, no Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico, a “Literacia em Saúde é um instrumento de promoção de saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde” (2023, p.4). Estas quatro competências, segundo a DGS

aliadas à motivação, conhecimento e contextos facilitadores, são fundamentais para formar juízos e tomar decisões conscientes e informadas sobre cuidados de saúde.

Visa-se, assim, a ativação de comportamentos de promoção da saúde e prevenção da

doença e, conseqüentemente, a otimização da qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social da população ao longo dos diferentes estádios do ciclo de vida e contextos (2023, p. 4).

Essas competências são fundamentais no processo de reabilitação, pois permitem que as pessoas assumam um papel ativo na gestão da sua saúde e adaptem-se de maneira mais eficaz ao seu novo estado após a cirurgia cardíaca.

O EEER, por meio de um cuidado intencional, “pode agir na relação intersubjetiva com o objetivo de incentivar a pessoa na sua vida quotidiana, através da esperança, maximizando, assim, a sua funcionalidade e promovendo as individualidades e coletividades que promovem o seu Bem-Viver” (Vargas et al., 2024, p.7). Os cuidados de enfermagem de reabilitação, devem permitir que a pessoa adquira novas capacidades, de forma a promover a sua reintegração na vida quotidiana/social, respeitando a sua realização pessoal (Vargas et al., 2024). Esses cuidados devem ser direcionados para ajudar a pessoa a superar limitações impostas pela cirurgia e a transitar para uma nova fase da vida, com mais autonomia e independência. A intervenção do EEER não só foca a recuperação física, mas também a reabilitação emocional, social e psicológica, visando promover a qualidade de vida e o bem-estar geral.

### **3. ANÁLISE CRÍTICA- REFLEXIVA**

Como refere Pestana (2023), a definição “das competências para a profissão de enfermagem é fundamental, pois possibilita a clarificação do seu conteúdo funcional, nomeadamente: refletir sobre o seu próprio trabalho; monitorizar a qualidade dos serviços prestados (...)” (p.48). Desta forma, a OE procedeu à definição das competências do Enfermeiro Especialista (competências comuns) e às competências do EEER (competências específicas).

Assim, neste capítulo, apresento as experiências e atividades desenvolvidas, que foram fundamentais para a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEER, bem como das competências de Mestre.

Este processo de desenvolvimento das competências envolve uma prática reflexiva e a avaliação contínua, que são essenciais para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O domínio das competências tanto comuns quanto específicas é um passo importante para a consolidação do papel do enfermeiro no contexto da reabilitação, permitindo-lhe atuar de forma mais eficaz e integrada no processo de cuidado.

#### **3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O enfermeiro especialista é um profissional com conhecimento avançado numa área específica da enfermagem, focando-se nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este conhecimento reflete-se numa capacidade elevada de juízo clínico e tomada de decisão, traduzida num conjunto de competências especializadas adaptadas ao seu campo de atuação. (DR, 2019a).

As competências comuns refere-se às “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (DR, 2019a, p.4745). Definidos no regulamento nº 140/2019 “os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista são as seguintes: responsabilidade

profissional, ética e legal; promoção da melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (2029, p.4745).

Como refere Nunes & Amaral (2022), a Enfermagem tem “uma dimensão ética que envolve o respeito e a proteção da dignidade humana; dimensão moral pelo facto de a sociedade esperar um desempenho competente, de qualidade; expressão deontológica e jurídica, onde se fundem valores, virtudes, princípios e deveres” (p.6). A **responsabilidade profissional, ética e legal** desempenham um papel fundamental para a qualidade e integridade dos cuidados. Como refere a Ordem dos Enfermeiros, “não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos «gente que cuida de gente», pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora” (2015, p. 14). Os enfermeiros orientam as suas intervenções e decisões, promovendo um ambiente seguro, eficaz e humanizado. Como afirma Nunes (2013)

os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. O que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. Igualmente, o enfermeiro está obrigado a assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação (p.6).

Contudo, como referem Sabra & KamelHossny (2023), num estudo com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros em relação às responsabilidades legais e éticas e suas aplicações, aplicado a enfermeiros (n = 110) que trabalham em departamentos psiquiátricos no momento do estudo, a maioria dos enfermeiros estudados tem nível moderado de conhecimento relacionado a responsabilidades legais e éticas, e baixo nível de aplicação em ambas. Pelo que considero essencial a Disciplina de Deontologia e Ética em Enfermagem para a consolidação de conhecimentos neste domínio, de forma a permitir a prática de enfermagem de forma segura, tanto para o profissional, quanto para a pessoa e familiares.

Segundo Sousa et al. (2024), a ética profissional na enfermagem “é de extrema importância, pois determina o comportamento e a tomada de decisão do enfermeiro no cuidado aos pacientes. Isto significa respeitar a dignidade, a privacidade e a independência dos pacientes e promover um ambiente caracterizado pela confiança e segurança” (p.14). A minha intervenção foi fundamentada nos princípios éticos e deontológicos estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Como menciona a Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), a prática de enfermagem deve ser pautada por normas que assegurem a dignidade do ser humano, garantindo uma prática reflexiva, responsável e ética, no cuidado individualizado e integral de cada pessoa. O enfermeiro,

na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos cliente, são elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde ( OE, 2001,p. 13).

Durante o estágio, assegurei a explicação clara dos procedimentos, garantindo a compreensão e o consentimento informado das pessoas. Esta abordagem promoveu a confiança e a colaboração, essenciais para o sucesso do plano de intervenção. Respeitei as escolhas individuais, ajustando as intervenções às necessidades e preferências de cada pessoa. Preservei a confidencialidade das informações, discutindo os planos de intervenção

exclusivamente com os membros da equipa de cuidados diretamente envolvidos e em ambientes apropriados para tal. Como referem Santos & Magri (2024), a privacidade do doente é uma preocupação crescente com o aumento do compartilhamento de dados e a digitalização dos registos de saúde. Assim, o enfermeiro deve ter uma abordagem cautelosa para garantir a confidencialidade das informações do doente, protegendo os seus direitos.

O consentimento informado é fundamental na relação entre a pessoa/família e o profissional de enfermagem. À medida que os tratamentos médicos se tornam mais especializados e complexos, é essencial garantir que os doentes compreendam completamente os procedimentos propostos, permitindo que os doentes participem de forma ativa nas decisões sobre a sua saúde (Santos & Magri, 2024).

Foram igualmente considerados todos os procedimentos éticos de atuação e investigação estabelecidos na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo, assegurando a aceitação livre e esclarecida por meio do consentimento informado, como, por exemplo, o solicitado para a realização do relato de caso (anexo I). O enfermeiro tem também a responsabilidade de promover e assegurar que os doentes recebam a informação adequada, para que possam consentir o tratamento ou os procedimentos, incluindo a participação em investigação (Nunes, 2013).

De acordo com o artigo 78 do Código Deontológico (2015), a nossa prática enquanto enfermeiros deve ser orientada por conceitos como:

- 1- As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro;
- 2- São valores universais a observar na relação profissional: a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional.

O domínio da **melhoria contínua da qualidade** envolve um conjunto de competências, atitudes e conhecimentos que asseguram que o profissional esteja sempre à procura de formas de aperfeiçoar os processos de cuidados e gestão em saúde. Uma das responsabilidades do enfermeiro especialista é realizar avaliações constantes dos processos de cuidado para garantir que estejam em conformidade com as melhores práticas e protocolos estabelecidos. Isso envolve a recolha e análise de dados sobre os resultados clínicos, a segurança do doente, a satisfação dos utentes, entre outros indicadores de qualidade. A partir dessa análise, é possível identificar falhas e implementar melhorias, seguindo um processo contínuo de monitorização.

Como refere Stavropoulou et al. (2022), num estudo qualitativo com a finalidade de explorar as perceções dos enfermeiros sobre o conceito de cuidados de qualidade, a análise de conteúdo permitiu definir quatro categorias: "cuidados de qualidade são cuidados holísticos", "é uma questão interpessoal", "a liderança é crucial" e "o melhor cuidado é nossa responsabilidade". Resumindo, cuidados de qualidade foram definidos como cuidados holísticos, abordando todas as necessidades da pessoa. Estavam associado à comunicação, trabalho em equipa, boa liderança e compromisso pessoal.

É responsabilidade do Enfermeiro Especialista (EE) promover um ambiente terapêutico seguro, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como requisito fundamental para a eficácia terapêutica e prevenção de incidentes. O enfermeiro deve atuar de forma proativa, promovendo a participação adequada ao bem-estar da pessoa e gerindo os riscos de maneira eficaz (DR, 2019a).

Foram promovidos ambientes seguros, tanto no que diz respeito à prevenção de riscos, como na avaliação da pessoa e na implementação de intervenções apoiadas pela evidência. Desta forma, antes de cada sessão foi realizada uma avaliação das necessidades da pessoa, recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação, de forma a ajustar o plano de cuidados e permitir uma monitorização da evolução da pessoa e comprovar a eficácia da minha intervenção e os ganhos em saúde para a pessoa. Cumprindo o descrito no "B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas" (DR, 2019a,

p.4747). Este processo foi essencial para garantir que a intervenção fosse personalizada e ajustada às necessidades específicas de cada pessoa, promovendo a segurança e a qualidade no cuidado prestado. Além disso, o uso de instrumentos de avaliação permite uma abordagem objetiva, mensurável e baseada em evidências, contribuindo para a eficácia do plano de cuidados e para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A segurança da pessoa é, de facto, um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, e o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD 2021-2030), adotado pela OMS, estabelece uma “visão um mundo no qual não existam danos relacionados com os cuidados de saúde e onde são prestados cuidados seguros, personalizados, de forma respeitosa, a todos os doentes, ao longo do ciclo de vida” (DGS, 2022, p. 17).

É imperativo que o EE tenha a capacidade de identificar riscos potenciais à segurança da pessoa e implementar estratégias eficazes para minimizar ou eliminar esses riscos. Segundo Lucas et al. (2023), num estudo com uma amostra composta por 1059 enfermeiros a exercer funções em Cuidados de Saúde Primários, as conclusões foram “a perceção dos enfermeiros é que há um ambiente de prática de enfermagem desfavorável e misto, com boa qualidade de cuidado e segurança da pessoa e cultura de segurança aceitáveis. A qualidade dos ambientes de prática de enfermagem está associada a melhor qualidade e segurança do cuidado. Assim, melhorar os ambientes de prática de enfermagem em organizações de saúde é uma estratégia organizacional de baixo custo para atingir melhores resultados para as pessoas e enfermeiros, melhorando a qualidade do cuidado de enfermagem” (Lucas et al., 2023, p. 8).

Além disso, deve promover uma comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde, garantindo que todas as informações relevantes sobre os doentes sejam partilhadas de forma segura e eficiente. Desta forma, antes e após a intervenção, discutia-se com o enfermeiro responsável pela pessoa naquele turno algum especto relevante para a implementação do plano delineado para a sessão, como, por exemplo, alterações no ritmo cardíaco (taquicardia ventricular, fibrilação auricular). Após as sessões, eram comunicadas alterações significativas, como a redução do aporte de oxigénio por óculos nasais. Como refere Siqueira et al. (2023),

“o enfermeiro visa assegurar a qualidade da assistência e o bom funcionamento dos serviços de saúde, o que requer do profissional, não só dinamismo, mas também capacidade de análise crítica, diálogo e vínculo com a equipa de saúde” (p.2).

Como descrito no Regulamento do Exercício Profissional do enfermeiro (2015a), no artigo 109.º, o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; manter a atualização contínua dos seus conhecimentos” (p.86).

Durante a prestação de cuidados, foram consideradas as normas de qualidade implementadas pelo próprio serviço, como normas de prevenção e controlo de infeções e normas de risco de quedas. Foi utilizado equipamento de proteção individual (avental, luvas e máscara), cumprindo as normas de segurança básicas. Tive a oportunidade de assistir a várias formações dinamizada pela Ordem dos Enfermeiros: “Enfermagem às Quintas - Prevenção e Controlo de Infeção: da formação à inovação” (anexo II); “Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos” (anexo III e IV), com o objetivo de atualizar os conhecimentos na área do controlo de infeção, uma vez que, na instituição onde desempenho funções, sou o elo dinamizador do serviço com o Grupo de Coordenação Local – PPCIRA.

Outro ponto relevante diz respeito ao “B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes e ao B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional” (DR, 2029a). Nesse sentido, durante a prestação de cuidados, foram tidos em consideração princípios da ergonomia desenvolvidos nas aulas teóricas. Como refere Costa et al. (2022), é primordial então que sejam difundidos os aspetos ergonómicos e de segurança no trabalho, procurando incentivar o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação aos impactos do ambiente de trabalho sobre a saúde dos profissionais “(p.10). Por exemplo, no dia nacional do Enfermeiro de Reabilitação (18 de Outubro), foi desenvolvida uma atividade para alertar os profissionais para a adoção de posturas incorretas.

As lesões musculoesqueléticas estão frequentemente associadas à prática profissional na área da saúde. A ginástica laboral é vista como uma abordagem eficaz para prevenir essas lesões e promover o bem-estar geral dos trabalhadores (Magalhães et al., 2021). Nesse sentido, foi implementada, pela EEER do serviço e minha orientadora, uma sessão semanal de ginástica laboral (às quartas-feiras). Estas sessões decorrem em grupo, com frequência facultativa pelos profissionais do serviço (enfermeiros, assistentes operacionais, médicos), no início do turno (de forma a abranger o turno da noite e da manhã), com duração aproximada de 15 a 20 minutos. Durante as sessões, são realizados exercícios que mobilizam todas as regiões corporais (1 série de cinco repetições para cada exercício), juntamente com exercícios de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. Para promover o relaxamento, é colocada música de fundo. Tive oportunidade de dinamizar uma sessão, verificando a aderência por parte dos profissionais. Como refere Mota et al. (2020), a “interferência da ginástica laboral é benéfica e contribui não só para a manutenção da saúde do profissional como um todo, mas também para maior lucro da empresa” (p.3). Uma estratégia para promover a saúde dos enfermeiros é a prática de atividade física, garantindo o acesso ao exercício físico tanto no ambiente de trabalho como fora dele (Farias, 2019). De acordo com Magalhães et al. (2021), o EEER desempenha um papel fundamental na implementação dos princípios ergonómicos, devendo atuar na prevenção das Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho (LMERT). Conforme estabelecido no Regulamento das suas Competências Específicas, a intervenção do EEER deve focar no diagnóstico precoce e na implementação de ações preventivas, com o objetivo de preservar as capacidades funcionais, evitar complicações e minimizar incapacidades permanentes. Além disso, é responsabilidade do EEER realizar a prevenção e reduzir o impacto dos riscos biomecânicos e psicossociais, que afetam diretamente o desempenho dos profissionais. Como refere Moura et al. (2019), “os enfermeiros apresentam uma alta prevalência de desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética ligadas ao trabalho, sendo fundamental consciencializá-los para esta problemática” (p.130).

Além disso, a implementação de programas de ginástica laboral, como o descrito anteriormente, oferece uma abordagem prática e preventiva, pois permite que os profissionais

integrem exercícios de alongamento e fortalecimento muscular ao seu dia a dia de trabalho. A promoção de um ambiente de trabalho que incentive a prática regular de atividades físicas, juntamente com a consciencialização sobre os riscos envolvidos em posturas e movimentos incorretos, pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a incidência de LMERT. O EEER pode ajudar a reduzir o desenvolvimento de condições crónicas que afetam não só a saúde física, mas também a qualidade de vida dos enfermeiros. O investimento em estratégias educativas, como workshops, palestras sobre postura correta e o uso de equipamentos de proteção, pode contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente de trabalho e a manutenção de uma equipa de enfermagem saudável e produtiva.

O domínio da **gestão dos cuidados** é uma competência fundamental para o EE, uma vez que implica a capacidade de planear, coordenar, implementar e avaliar cuidados de saúde de forma eficaz, com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade. Esta competência envolve um conjunto de habilidades e conhecimentos que vão desde a gestão de recursos e equipas até à tomada de decisões baseadas em evidências científicas e na ética profissional. O EE deve ser capaz de planear cuidados de forma estruturada, com base nas necessidades dos doentes e nas melhores práticas científicas. Isso inclui a identificação de prioridades, a definição de objetivos claros e a elaboração de planos de cuidados individualizados.

Segundo Moura et al. (2017, citado por Ribeiro, 2022)

defende que o líder em enfermagem atua como aquele que permite uma comunicação franca e aberta, que tem capacidade de reconhecer e atender às necessidades da equipe, sabe apoiar quando necessário e promove a harmonia no ambiente de trabalho; alguém que trabalha pela união e integração da equipe, garantindo a satisfação dos enfermeiros e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados (p.2).

Como refere Alkhaqani (2022), a comunicação é um elemento essencial da enfermagem em todos os campos de atividade, incluindo prevenção, tratamento, terapia, reabilitação,

educação e promoção da saúde. Segundo o mesmo autor, enquanto ciência da saúde, a enfermagem foca-se em atender às necessidades das pessoas como entidades biopsicossociais e espirituais. A sua prática exige não só conhecimento científico, mas também habilidades interpessoais, intelectuais e técnicas. Isso envolve uma combinação de saberes, trabalho clínico e comunicação interpessoal (Alkhaqani, 2022).

Considero que, com o decorrer do estágio, o planeamento e a tomada de decisão foram suportados por evidências científicas, sendo necessário efetuar pesquisa sobre a intervenção do EEER na área específica da cirurgia cardioracica, de forma a justificar a minha intervenção. Ao longo do mesmo, articulei a minha intervenção com os colegas generalistas e outros profissionais, bem como existiu uma capacidade gradual na gestão dos cuidados. A prestação de cuidados seguros e eficazes depende da colaboração entre profissionais (Zalac et al., 2021).

Consegui, no decorrer do estágio, adequar os recursos materiais de forma eficiente, atendendo às necessidades individuais da pessoa (como, por exemplo, o uso de pedaleiras, andarilhos para apoio da marcha), pois, como consta no DR (2019a) o enfermeiro especialista “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4748).

Um aspeto que merece reflexão e que foi transversal aos meus locais de estágio são as dotações seguras. Como refere a Ordem dos Enfermeiros, “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações” (2019, p. 125). De acordo com o regulamento das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros define “a alocação, por serviço de, pelo menos 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana” (2019, p. 140). Enquanto numa Unidade de Média Duração e Reabilitação: “o rácio de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 doentes” (OE, 2019). Em ambos os locais, esses rácios recomendados não se verificavam, o que levanta a questão da falta de recursos humanos e as

consequências a nível dos ganhos de saúde que poderiam ser alcançados com a alocação de enfermeiros de reabilitação, de forma a garantir dotações seguras e a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana. Como refere Saville et al. “várias revisões sistemáticas de pesquisas concluíram que níveis mais altos de pessoal de enfermagem registados estão associados a menores riscos de mortalidade intra-hospitalar, menor tempo de internação e menos ocorrências de outros eventos adversos do paciente” (2019, p.7). Segundo Santos (2021), a dotação segura de enfermagem, nomeadamente no que se refere aos EEER,

permitirá a obtenção de ganhos em saúde para os clientes, refletida na qualidade e segurança dos cuidados prestados e no seu grau de satisfação; os enfermeiros estarão mais satisfeitos emocional e profissionalmente, com diminuição da taxa de absentismo e de doença profissional; para a organização, os ganhos serão obtidos através da diminuição das taxas de mortalidade, de morbilidade e de reinternamento, e na demora média dos dias de internamento (p.23).

A nível do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o enfermeiro especialista deve estar comprometido com o processo de aprendizagem ao longo da sua carreira. Isso envolve a participação regular em programas de formação e cursos de especialização, bem como a atualização das suas competências em áreas emergentes da enfermagem e da saúde.

Como refere Camargo et al., “a Prática Baseada em Evidências pode ser definida como uma abordagem de solução de problema para prestar o cuidado em saúde que integra a melhor evidência oriunda de estudos bem delineados e dados do cuidado, e combina com as preferências e valores do paciente e a expertise do profissional de saúde” (2018, p.2149).

Como menciona King et al., “os principais fatores para otimizar o impacto da enfermagem e do desenvolvimento contínuo interprofissional são: automotivação, relevância para a prática, preferência por aprendizado no local de trabalho, forte liderança habilitadora e uma cultura positiva no local de trabalho. As descobertas revelam a interdependência desses fatores

importantes na otimização do impacto do desenvolvimento profissional contínuo no atendimento centrado na pessoa e nos resultados” (2021, p. 104652).

Durante o estágio, participei na IV Conferência de Enfermagem dos três Institutos Portugueses de Oncologia, com o tema “Da prática à evidência: Enfermagem oncológica na atualidade” (anexo V). Este momento formativo permitiu-me adquirir novos conhecimentos, atualizar-me sobre as práticas atuais em enfermagem e refletir sobre a importância da integração de evidências científicas na prática clínica, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados na área oncológica (área onde desenvolvo a minha atividade profissional). Nesta conferência, foram apresentados diversos trabalhos desenvolvidos por EEER na área da oncologia, o que me permitirá, ao concluir o mestrado, aplicar na prática alguns dos aspetos abordados e justificar a minha intervenção como futura EEER. Um dos painéis foi o designado “RE Habilitar”, onde foram desenvolvidos temas como a capacitação da pessoa com patologia do esófago submetida a cirurgia e a reabilitação em radioterapia. A prática baseada em evidências científicas é essencial para garantir que os cuidados de saúde sejam fundamentados nas melhores informações disponíveis, resultando em melhores cuidados para as pessoas, maior segurança e eficiência nos serviços de saúde, e um desenvolvimento contínuo para os profissionais da área.

A reflexão crítica é uma ferramenta essencial no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois permite ao profissional avaliar de forma crítica a sua prática, reconhecendo os pontos fortes e as áreas que necessitam de aperfeiçoamento. Como refere Vargas et al. (2024), “a importância da reflexão sobre a ação, é vista como uma oportunidade de aprendizagem mais formalizada, na qual o profissional de enfermagem de reabilitação pode extrair lições valiosas e insights que podem ser aplicados no futuro” (p.4). Esse processo também envolve a análise dos resultados dos cuidados prestados, a fim de avaliar a eficácia das intervenções realizadas e identificar áreas para melhoria, exigindo uma autocrítica contínua e a receptividade ao feedback de colegas e outros profissionais de saúde.

Ao longo do estágio, validei junto da minha orientadora, os planos delineados e implementados. Segundo Fumutimi (2021), a reflexão é o exame de pensamentos e ações

personais. Para os profissionais, isto significa focar-se na forma como interagem com os seus colegas e com o ambiente para obter uma imagem mais clara do seu próprio comportamento. Portanto, é um processo através do qual os profissionais se podem compreender melhor para poderem desenvolver os pontos fortes existentes e tomar medidas futuras apropriadas (p.28). Elaborei dois relatos de casos, um no estágio na Comunidade e outro que me permitiu adquirir e aprofundar os conhecimentos sobre a intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de forma a justificar a minha intervenção em evidência científica. Estes estudos são fundamentais no processo educativo, proporcionando uma oportunidade para a aplicação prática do conhecimento teórico. “É uma abordagem metodológica de investigação, que visa compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores” (Figueiredo & Amendoeira, 2018, p.103). Este método permite que “o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano et al., 2003, p.373).

Além disso, ao integrar a prática baseada em evidências na reflexão sobre os casos, o enfermeiro assegura que suas intervenções sejam fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, o que não só melhora a qualidade dos cuidados, mas também contribui para a segurança do doente. A evidência científica fornece o conhecimento atualizado necessário para fundamentar as decisões clínicas, garantindo que o cuidado prestado esteja alinhado com as melhores práticas e protocolos da área de atuação.

### **3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

A reabilitação, segundo o Regulamento nº392/2019, enquanto especialidade multidisciplinar:

engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos destinados a apoiar pessoas com doenças agudas, crónicas ou suas sequelas, com o objetivo de maximizar o seu potencial funcional e promover maior independência. Os seus principais objetivos são melhorar a função, enquanto especialidade multidisciplinar,

compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (p. 13565).

Conforme previsto no Regulamento n.º 392/2019, publicado no Diário da República, que define as competências específicas, o EEER:

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

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

J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (p. 13566).

Tendo em conta as competências referidas anteriormente, o EEER desempenha um papel fundamental na sustentabilidade na Saúde, alinhando-se com o que é referido pela DGS (2022a): “o PNS 2030, com foco na saúde sustentável, tem por finalidade melhorar a saúde e o bem-estar da população ao longo de todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde, sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras” (p. 13).

Durante o estágio, além de orientar a minha intervenção pelo regulamento das competências específicas, recorri ao Padrão de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, bem como ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação. No início do estágio, elaborei um plano de atividades (apêndice

I), com o objetivo de definir as minhas áreas de intervenção, os objetivos a atingir e as estratégias/atividades necessárias para os alcançar.

No padrão de qualidade, com os enunciados descritivos de qualidade, “pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (DR, 2015, p. 16656). Foram estabelecidas “oito categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem” (DR, 2015, p.16656).

O padrão documental é uma ferramenta essencial na documentação dos cuidados implementados pelos EEER, pois permite a uniformização e parametrização dos cuidados. Esta padronização é crucial para gerar indicadores sensíveis, que possibilitam a avaliação e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Como descreve o regulamento 392/2019, o EEER

identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (p.13565).

Durante o estágio, a colheita de dados foi um elemento fundamental para a elaboração dos planos de cuidados. Este processo foi realizado por meio da consulta ao processo clínico, entrevistas informais, observação direta e também com o uso de instrumentos de colheita de dados, como escalas recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER, desenvolvidas pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Esses

instrumentos permitem “quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2016, p. 3). Para cada área de intervenção, selecionei a escala mais adequada a cada situação, o que possibilitou uma escolha mais fundamentada e consciente das ferramentas a serem utilizadas. Além disso, permitiu-me compreender melhor as vantagens e limitações de cada instrumento, salientando a importância de adaptar a avaliação às necessidades específicas de cada contexto.

A abordagem terapêutica adotada na UMDR distingue-se pela sua natureza multidisciplinar e personalizada, centrando-se nas necessidades individuais de cada pessoa. Este modelo de intervenção visa promover, de forma integrada, a independência, autonomia e qualidade de vida das pessoas, através de estratégias terapêuticas que consideram as suas limitações físicas, emocionais e psicossociais. A adaptação das intervenções a cada contexto específico é fundamental, permitindo uma abordagem holística que valoriza as capacidades remanescentes e os desafios enfrentados pelas pessoas, garantindo uma recuperação mais eficaz e um melhor bem-estar geral. Ao considerar não apenas os aspetos clínicos, mas também os fatores psicossociais que influenciam a vida da pessoa, procura-se, assim, um cuidado integral e alinhado com as necessidades e aspirações de cada pessoa, estabelecendo metas realistas e atingíveis.

Durante a prática clínica, os principais focos de intervenção na Enfermagem de Reabilitação, enquanto EEER, centraram-se na vertente motora, com ênfase no movimento corporal (força e tónus muscular), equilíbrio, uso de auxiliares de marcha, autocuidado, transferências e intolerância à atividade. Durante o estágio, as técnicas implementadas incluíram mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas-resistidas, bem como mobilizações com o auxílio de elásticos e bolas. Realizei também treino de equilíbrio e marcha, tanto com como sem o uso de auxiliares. O treino incluiu ainda a prática de subir e descer escadas, transferências de posições, correção postural e técnicas de conservação de energia, com o objetivo de promover a independência e melhorar a funcionalidade da pessoa. Na área respiratória, abordei a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, o ciclo ativo das técnicas respiratórias, tosse assistida, técnicas de relaxamento e posições de descanso, além de trabalhar a correção postural.

Desenvolvi um estudo de caso no qual analisei a atuação do EEER e a sua intervenção junto de uma pessoa internada após um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Este trabalho permitiu-me realizar uma avaliação detalhada e personalizada, evidenciando os benefícios da minha intervenção, nomeadamente o aumento da independência nas atividades de vida diária, tanto básicas quanto instrumentais, a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar, e a promoção de uma maior participação e reintegração social.

Um estudo conduzido por Santos e colaboradores (2020), no qual foi implementado um programa de reabilitação durante 30 dias em uma pessoa pós-AVC, também revelou uma melhoria gradual no equilíbrio corporal e na força muscular do lado parético, fatores essenciais para o início da marcha. Outro estudo realizado por Rocha e colaboradores (2020) refere que, após a implementação de 10 sessões de exercícios terapêuticos e treino de equilíbrio ao longo de um mês e meio, foram observados ganhos significativos na força muscular, no equilíbrio (tanto na posição sentada quanto em pé), na marcha e na funcionalidade.

Em contexto hospitalar, os principais instrumentos utilizados foram os recomendados pelo Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca: capacidade funcional- Teste de Marcha de 6 minutos; força muscular- Medical Research Council (MRC); grau de dependência nas AVD- Índice de Barthel; intolerância à atividade – Escala de Borg Modificada – avaliação da percepção subjetiva de esforço (OE, 2020).

Foi possível também desenvolver competências na interpretação de meios complementares de diagnóstico, particularmente na área respiratória, como imagiologia (telerradiografia) e auscultação pulmonar. Por não ser uma área recorrente na minha atividade profissional, inicialmente enfrentei dificuldades na interpretação, especialmente da telerradiografia, o que foi superado por meio de investimento. Contudo, a comparação da evolução dos resultados obtidos nos meios complementares de diagnóstico realizados permitiu evidenciar a eficácia das intervenções, sobretudo na área da RFR.

Com base na avaliação inicial e nas necessidades identificadas, elaborei planos de intervenção e cuidados adaptados aos objetivos e necessidades individuais de cada pessoa, estabelecendo metas realistas e atingíveis. Os principais focos de atenção e intervenção na RFM e na RFR,

como referido no regulamento o EEER “interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (DR, 2019, p.13567).

Procedeu-se ao planeamento das intervenções, com a definição de diagnósticos, objetivos e intervenções, sustentados no Padrão Documental de Enfermagem do EEER. O EEER “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (DR, 2019, p. 13567), com a intencionalidade de capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardíaca para o autocuidado e maximizar a sua capacidade funcional, visando o regresso ao domicílio.

A intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia cardíaca inicia-se ainda antes da cirurgia, no período pré-operatório. O objetivo principal nesta fase é fornecer informações à pessoa para assegurar uma preparação adequada, promover a sua participação ativa no processo de reabilitação e facilitar uma recuperação pós-operatória mais rápida e eficaz (OE, 2020; Ribeiro, 2021b). No serviço, a pessoa é internada no dia anterior à data da cirurgia, sendo a minha intervenção era implementada nesse dia. Após avaliar os conhecimentos da pessoa sobre a doença e cirurgia ( incluindo o risco de complicações pulmonares, restrições de movimento), a intervenção consistia no ensino/instrução sobre diversos aspetos, como a consciencialização da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios; mobilizações (tendo em conta as restrições ao movimento musculartoarticular na fase pós-operatória, resultantes da esternotomia e dos drenos torácicos), mais concretamente automobilizações das mãos e pés (dorsiflexão/flexão plantar e flexão/extensão dedos das mãos); tosse com contenção da ferida operatória.

A disponibilidade demonstrada é um fator fundamental, pois “possibilita a exposição de dúvidas, sendo um fator que contribui para a redução do stress; a promoção da adesão e interferir positivamente no processo de recuperação no pós-operatória” (OE, 2020). Nas primeiras semanas era realizado em conjunto com a enfermeira orientadora, progressivamente a minha intervenção já era efetuada de forma independente.

Como refere Scarpine (2021), num estudo, as pessoas que receberam orientações da equipa de enfermagem sentiram-se mais confiantes em relação ao procedimento, pois esclareceram eventuais dúvidas no período pré-operatório. Por outro lado, os que não receberam essas orientações demonstraram maior confusão, irritabilidade, medo e ansiedade, o que resultou em descontrolo dos sinais vitais, maior tempo de internamento em cuidados intensivos, aumento do número de procedimentos e, conseqüentemente, maiores custos para o hospital.

No pré-operatório, o plano de intervenção delineado (apêndice II) e as intervenções implementadas permitiram, como refere Malcato (2023), citando Testas (2008), “preparar a pessoa para a intervenção cirúrgica, antecipar as complicações broncopulmonares, pleurais, circulatórias e posturais mediante a explicação sobre mobilidade precoce no período pós-operatório e promover a recuperação funcional mais rápida e completa possíveis” (p. 519). Rodrigues et al. (2021) referem que “uma intervenção baseada em exercícios respiratórios aplicada a pessoas a aguardar cirurgia cardíaca pode ajudar a melhorar o desempenho respiratório após cirurgia, reduzir complicações pulmonares pós-operatórias e tempo de internamento” (p.230).

Como destacam Moreira & Grilo (2019), a intervenção do EEER, com o objetivo de eliminar o défice de autocuidado no utente submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio, tem início no período pré-operatório, durante a consulta de enfermagem. Durante esta consulta, abordam-se de forma gradual aspetos como a gestão do regime terapêutico, os cuidados com a ferida operatória, o controlo da dor, a prática de atividade física, a alimentação, a atividade sexual e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

No pós-operatório, a minha intervenção foi desenvolvida na unidade de cuidados intermédios e na enfermaria, conforme descrito no guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação cardíaca a intervenção do EEER é desenvolvida em três estadios (Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, Unidade de cuidados intermédios e Internamento). Tive também oportunidade de realizar um turno na unidade de cuidados intensivos, onde pude observar a intervenção do EEER e implementar o plano de cuidados delineado para a pessoa selecionada para o relato de caso. Conforme Cerol et al. (2019), “através da análise dos 9

estudos incluídos, verificámos que a mobilização precoce conduz a uma melhoria da capacidade funcional, diminui o tempo de VMI e reduz a ocorrência de diversas complicações. Consequentemente, levará a uma diminuição dos dias de permanência em UCI” (p.57). Como referem Reis et al. (2021,) a

mobilização precoce é essencial para restaurar a saúde após a hospitalização. Assim, esta mobilização em doentes críticos deve ocorrer o mais precocemente possível. E, a existência de protocolos de reabilitação com ênfase na mobilização precoce pode facilitar a otimização das intervenções permitindo obter ganhos mais rapidamente possível. A enfermagem tem aqui um papel importante devido aos seus conhecimentos e habilidades, uma vez que estes ganhos são obtidos através de atividades específicas da reabilitação (p.29).

Na unidade de cuidados intermédios, foram implementadas técnicas de RFR e RFM com objetivo de “evitar complicações respiratórias e outras devidas às restrições na mobilidade, e melhorar a capacidade respiratória e funcional do paciente e iniciar o treino de AVD” (OE, 2020, p.160). Foram desenvolvidas técnicas de RFR, como a consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, espirometria de incentivo, técnicas de mobilização de secreções e limpeza das vias aéreas (tosse assistida ou dirigida com contenção da ferida operatória, drenagem postural modificada, manobras acessórias- vibrações), além de cinesiterapia respiratória (abertura costal global, abertura costal seletiva à esquerda e à direita).

Como refere Zhang et al. (2023), num ensaio clínico em que foi implementado um plano de reabilitação cardíaca em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, foi observado que, num dos grupos, além do plano de reabilitação, foram realizados exercícios respiratórios específicos, o que permitiu melhorar a função pulmonar, a força muscular respiratória, a capacidade de realizar atividades da vida diária e aliviar a ansiedade após cirurgia. O uso do inspirometro de

incentivo também contribuiu para diminuir o risco de complicações respiratórias, associadas à redução do volume pulmonar pós cirurgia (Alves & Grilo, 2022; OE, 2018).

Bem como as técnicas de RFM, que incluíram: técnica de posicionamento (correção postural e posição de descanso e relaxamento); mobilizações passivas, ativas- assistidas ou ativas (conforme o grau de participação, nível de consciência e capacidade funcional da pessoa); e treino de AVD, onde o EEER deve “fornecer conselhos ergonómicos ao paciente para realização de transferência/levante com o mínimo de esforço possível, bem como a adoção de posicionamento que, por um lado, não cause dor à/s ferida/s cirúrgicas (esternotomia e/ ou safenectomia) e, por outro lado, melhore a relação ventilação-perfusão” (OE, 2020, p.160).

Na enfermaria, o foco da minha intervenção foi a promoção da independência na realização de AVD, bem como os focos conhecimento e aprendizagem de capacidades, de forma a capacitar a pessoa para a alta segura, capaz de lidar com as alterações decorrentes da cirurgia. A intervenção do EEER “nos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades da pessoa permite o empoderamento, a tomada de decisão e a passagem à ação, de modo a desenvolver habilidades e assim sentir-se capacitada para lidar com os desafios que surgem no dia a dia, decorrentes de processos de transição” (Sousa et al., 2020, p.68). Dessa forma, foram implementadas as técnicas descritas anteriormente, acrescidas do treino da marcha, treino subir e descer escadas, e ensino/instrução de exercícios de fortalecimento muscular no fundo da cama (como, por exemplo, adução/abdução da coxo-femural em ortostatismo; alternar apoio metatarsos e apoio calcanhar; semi-agachamentos). Também foi efetuado ensino sobre técnicas de conservação de energia, sendo entregue um folheto sobre exercícios de RFR a serem realizados no domicílio.

As técnicas de exercício implementadas tiveram sempre em conta a tolerância da pessoa, amplitude articular, planos e eixos, considerando o acrómio FITT VP: frequência, intensidade, tempo, tipologia, progressão. Como refere Delgado et al. (2019), a “prescrição de exercício físico baseia-se na verificação de parâmetros como Frequência, Intensidade, Tempo e Tipo de exercício (FITT), que devem ser ajustados de acordo com variadas determinantes, tais como o local onde o exercício é realizado (internado ou ambulatório), o estadio da doença (aguda ou

crônica) e limitações ou motivação do doente” (p. 21). A intervenção do EEER deve ser planeado de acordo com o “princípio FITT-VP (Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo, Volume e Progressão). Este princípio visa auxiliar os profissionais a desenvolver um treino individualizado plano otimizado para a condição clínica do paciente e comorbilidades, visando melhorar a aptidão física e a saúde” (Delgado et al., 2025, p.3).

O EEER deve avaliar os resultados das intervenções implementadas, para isso, “monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino e reformula os objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida” (DR, 2019, p. 13567). Em todas as sessões, recorri à aplicação da Escala de Borg Modificada para a avaliação da perceção subjetiva de esforço, adequando a minha intervenção ao resultado, segundo Delgado et al. (2019), a “progressão ou regressão ao longo do programa varia de acordo com o valor da escala de Borg ao final do exercício (2 avaliações entre 1 e 3, o doente avança no estágio, entre 4 e 6 mantém o estágio, entre 7 e 10 retorna ao anterior estágio ou suspende (se se encontrar no primeiro estadio)” (p. 22). Oliveira et al. (2016) e Loureiro et al. (2020), descrevem que um programa de reabilitação cardíaca reduz a perceção subjetiva de esforço.

Para registar os resultados das intervenções e as atividades implementadas, utilizava-se o processo de enfermagem, neste caso era feito através da aplicação SClínico como sistema de informação na área da informatização, o qual visa a uniformização dos registos. Como consta no padrão de qualidade, “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p.18) é essencial para a organização dos cuidados de enfermagem, bem como para a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados do EEER.

A existência de um Sistema de Informação de Enfermagem permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados, garantir a continuidade do acompanhamento das pessoas, otimizar a gestão dos recursos e contribuir para a tomada de decisões mais informadas. Além disso,

facilita a comunicação entre as equipas de saúde e assegura que todas as informações essenciais sejam acessíveis e atualizadas. Como refere Rocha et al. (2023)

o uso dos Sistemas de Informação pelos enfermeiros minimiza o tempo gasto em documentar as informações do utente, elimina redundâncias, melhora o tempo de comunicação entre a equipa, otimiza o acesso à informação, além de oferecer informações à equipa multidisciplinar. Garante ainda uma assistência mais segura, dado que as informações estão mais claras e legíveis; facilita o controlo farmacológico automático por prescrição informática; possibilita a redução de papéis e transcrição de informação; aumenta a precisão das informações e a agilidade dos processos. Aos enfermeiros gestores, em particular, o uso dos SI permite extrair dados atualizados e contínuos, possibilitando que os mesmos possam ser recuperados, compilados e divulgados, garantindo maior facilidade em obter relatórios específicos de acordo com cada necessidade de informação (extração de indicadores de qualidade, processo, estrutura). Possibilitam ainda a obtenção de dados mais efetivos, obtendo indicadores de atuação nos processos de decisão e mudança de práticas (p.20).

Desta forma, como já referido anteriormente, tendo por base o Padrão Documental de Enfermagem do EEER, a pessoa submetida a cirurgia cardíaca terá como principais necessidades de cuidados e diagnósticos de enfermagem de reabilitação o conhecimento e a capacitação dos seguintes focos: Ventilação; Limpeza das Vias Aéreas; Intolerância à Atividade; Movimento Muscular e Autocuidado: higiene, vestuário. Cada diagnóstico inclui o potencial da pessoa para melhorar o conhecimento e a capacitação em realizar técnicas, bem como a descrição das intervenções e escalas/instrumentos de avaliação a serem utilizados (apêndice III). Como refere Sousa et al. (2020), a intervenção do EEER nos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades, possibilita o empoderamento, a tomada de decisões e a

concretização de ações, com o objetivo de capacitar a pessoa para lidar com os processos de transição. O Enfermeiro “tem de respeitar o projeto de vida da pessoa, e não obrigá-la a percorrer o caminho que o profissional pensa ser o melhor para esta” (Menoita, 2012, p. 34).

A implementação do plano de enfermagem de reabilitação foi gradual, ou seja, com aumento gradual da frequência e número de repetições até atingir o máximo de independência funcional da pessoa. Também foi dada capacitação à pessoa para realizar os exercícios apenas com supervisão, como refere Barbosa et al. (2024), “assim, paralelamente ao exercício físico, é fundamental trabalhar aspetos de conhecimento, ou seja, capacitar o doente para conseguir gerir o seu regime de exercício” (p.9). Como já mencionado, a minha intervenção começou logo no primeiro dia após a cirurgia (na UCI), e, como é descrito em alguns estudos (Cerol et al., 2019; Silveira et al., 2021), a mobilização precoce revela-se benéfica na melhoria da capacidade funcional e na redução das complicações associadas à imobilidade, conduzindo a uma diminuição da morbilidade e mortalidade.

Jang et al (2019) referem que o ideal seria intervir no pós-operatório imediato, logo após a cirurgia, enquanto o doente ainda se encontra na unidade de cuidados intensivos, com ou sem suporte de ventilação mecânica invasiva. Os autores afirmam que a reabilitação respiratória e motora deve ser iniciada precocemente em doentes pós-cirurgia em cuidados intensivos. A mobilização precoce é segura, eficaz e oferece benefícios significativos, como a melhoria da capacidade de exercício e a diminuição do tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos. Kourek & Dimopoulos (2024) também consideram que a mobilização precoce deve ser considerada um importante método preventivo e de tratamento para fraqueza adquirida na UCI. Inicialmente, foram implementadas técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido dos MS e MI, com atenção para as restrições impostas pela esternotomia, como a flexão dos ombros acima de 90º de amplitude e a abdução dos ombros.

A nível da RFR, foram implementadas diversas técnicas, cinesiterapia respiratória (abertura costal global, abertura costal seletiva à esquerda e à direita), controlo e dissociação tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática e expiração com lábios semi-cerrados. Como refere, Delgado et al. (2019), “o foco ventilação revela-se o mais relevante numa fase inicial,

uma vez que se a ventilação se encontrar comprometida não será possível progredir na intensidade do plano de treino, uma vez que o aporte de oxigénio é fundamental para um bom desempenho do exercício e como tal carece de atenção imediata, recorrendo-se para isso à reeducação funcional respiratória” (p.69).

O recurso a dispositivos respiratórios, como a espirometria de incentivo, é defendido num estudo de Alaparthi et al. (2021), que teve como objetivo comparar os efeitos da respiração diafragmática e do espirómetro de incentivo em pessoas após cirurgia de substituição valvar. Os autores concluíram que tanto a respiração diafragmática quanto o espirómetro podem melhorar a função pulmonar no período pós-operatório. Outro estudo quantitativo com características exploratórias, com o objetivo de analisar a qualidade de vida após cirurgia de revascularização do miocárdio e os resultados do programa de reabilitação cardíaca, Moreira & Grilo (2019) referem que

no período pós-operatório, segundo as guidelines do *American College of Cardiology/American Heart Association*, a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na fase I da reabilitação cardíaca baseia-se na execução e treino de técnicas de reabilitação respiratória (destacando-se os exercícios de expansão torácica, ciclo de técnicas respiratórias, tosse assistida, “huffing”), no cuidado da esternotomia, na realização de exercícios dinâmicos baseados na avaliação individual e num plano educativo adequado à nova situação de saúde (p. 716).

As técnicas de conservação de energia foram outro aspeto essencial ao longo das várias sessões. A pessoa deve ser orientada acerca das técnicas para conservar energia ao realizar as AVD, dos fatores que podem agravar a sobrecarga cardíaca e, quando estes estiverem presentes, sobre a implementação de estratégias adaptativas (Vermelho & Pestana, 2021).

O recurso ao Teste de marcha de 6 minutos para mensurar a intolerância à atividade é um método válido e confiável, pois permite avaliar a capacidade funcional da pessoa em

reabilitação cardíaca, como referido em vários estudos (Sheraz, 2022; Moreira & Grilo, 2019; OE, 2020; Sumin, 2022). Como refere Vermelho & Pestana (2021), “a experiência ao longo dos anos permite a realização desta prova como forma de credibilizar a prática, tanto perante a pessoa, pois permite perceber melhor a capacidade funcional à saída do internamento, como perante a equipa, pois constitui um instrumento de medida consensual para uso durante o internamento e também posteriormente, em seguimento” (p.581).

Desta forma, considero que o plano de intervenção permitiu a capacitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca para um regresso ao domicílio com segurança. Os resultados obtidos permitem concluir que se alcançaram ganhos em saúde (redução do tempo de internamento, melhoria da funcionalidade, ganhos a nível da independência para realizar as AVD). Estes resultados são confirmados por vários estudos, como, por exemplo, Moreira & Grilo (2019), referem que

a qualidade de vida dos participantes do programa foi moderada no pré-operatório com 53,09%, sendo que no final se observou uma melhoria significativa com 75,02%. A reabilitação cardíaca é fundamental no doente submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio, tendo em conta as dimensões educacional, do exercício físico e da qualidade de vida. Dada a prevalência de fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, a intervenção diferenciada em enfermagem de reabilitação torna-se essencial na formação dos doentes para o autocuidado (p.715).

Outro estudo de Martins et al. (2021), que realizou uma revisão integrativa da literatura para avaliar os efeitos dos programas de reabilitação na qualidade de vida de pessoas com doença cardíaca, concluiu que esses programas contribuem significativamente para a melhoria geral da qualidade de vida. Essas melhorias ocorrem nas dimensões física, emocional e social, além de auxiliarem na gestão dos fatores de risco cardiovascular. Há evidências de benefícios a curto prazo, proporcionados pela realização de exercícios adaptados.

Liu et al. (2020) também realizaram um estudo de coorte conduzido retrospectivamente com 95 adultos com idade  $\geq 65$  anos, que foram submetidos à cirurgia cardíaca e participaram de um programa de reabilitação pulmonar. Concluíram que a sua implementação melhorou significativamente a pressão inspiratória máxima e a pontuação na escala de Borg.

Ambrosetti et al. (2020) referem que a “reabilitação cardíaca abrangente foi reconhecida como a intervenção mais econômica para garantir resultados favoráveis em um amplo espectro de doenças cardiovasculares, reduzindo a mortalidade, morbidade e incapacidade cardiovascular e aumentando a qualidade de vida” (p.460).

Como referido anteriormente, a intervenção do EEER tem como objetivo a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. Nesse sentido, participei no 1º Webinar de Enfermagem em Estomaterapia da ESEL, intitulado "Desafios na promoção do autocuidado e gestão de complicações na pessoa com ostomia" (anexo VII), com o objetivo de aprofundar os conhecimentos na área da pessoa com ostomia.

### **3.3. Competências de Mestre**

O grau de Mestre é atribuído aos estudantes que demonstrem as seguintes competências, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 65/2018:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

No que se refere às competências de grau de mestre, destaco como exemplo o investimento técnico-científico realizado nos cuidados à pessoa submetida à cirurgia cardíaca. Esse processo exigiu uma capacidade de pesquisa avançada e aprofundada sobre a temática, a fim de garantir cuidados de Enfermagem de Reabilitação adequados a cada pessoa. Foi essencial o pensamento crítico e reflexivo para avaliar de forma crítica teorias, práticas e resultados, identificando lacunas no conhecimento. Esse trabalho envolveu não apenas a pesquisa científica, mas também a análise detalhada de protocolos e estratégias de intervenção, adaptando-os às necessidades individuais das pessoas. O processo de decisão e implementação de cuidados foi constantemente ajustado à medida que novas evidências eram integradas, refletindo a competência do mestre em avaliar e aplicar conhecimento científico de maneira prática e eficaz.

Segundo Fernandes et al. (2019), o “conhecimento gerado pela pesquisa em enfermagem deve ser utilizado para desenvolver uma prática baseada em evidências, melhorar a qualidade do atendimento e maximizar a saúde, resultados e custo-efetividade das intervenções de enfermagem. Pelo que, importa referir que todos temos a responsabilidade de compartilhar nosso conhecimento” (p.291). Dessa forma, a elaboração de um relato de caso sobre

capacitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca (apêndice IV) permitiu-me efetuar uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, de forma a sustentar o plano de intervenção, assim como produzir resultados baseados em evidencia científica.

Ao longo do percurso, consegui avaliar as necessidades individuais de cada pessoa e elaborar planos de cuidados específicos para sua reabilitação, considerando fatores físicos, emocionais, sociais e ambientais. Além disso, utilizei práticas baseadas em evidências para garantir que as intervenções fossem eficazes e alinhadas com as melhores práticas nacionais e internacionais. Assegurei que a prática clínica estivesse sempre em conformidade com as normas e regulamentos profissionais e legais, e desenvolvi habilidades de comunicação avançadas para interagir eficazmente com doentes, familiares e a equipa de saúde. A comunicação foi utilizada como ferramenta essencial para educar, motivar e apoiar as pessoas no processo de transição.

A formação contínua refere-se ao processo de aprendizagem ao longo da vida, que visa atualizar conhecimentos e competências de maneira constante. É fundamental para garantir que os profissionais estejam sempre preparados para lidar com mudanças e inovações em suas áreas de atuação, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Particpei na formação dinamizada pela Ordem dos Enfermeiros sobre “Enfermagem às Quintas - Reabilitação Geriátrica” (anexo VIII), com o objetivo de alargar os meus conhecimentos na intervenção do EEER em diferentes contextos. De acordo com Faria et al. (2020), os Enfermeiros de Reabilitação enfrentam o desafio de lidar com uma população em constante envelhecimento, que, além de vivenciarem as transições naturais da vida, apresentam maior predisposição a doenças crónicas e degenerativas. Estas condições afetam as suas capacidades funcionais e cognitivas, impactando, assim, a qualidade de vida. Assim, é responsabilidade dos profissionais de reabilitação desenvolver estratégias adequadas para atender às necessidades específicas dessa faixa etária, visando promover sua autonomia, independência e bem-estar. O mestrado e o estágio profissionalizante permitiram-me investir na minha formação contínua, sendo tão essenciais quanto a definição do problema a ser estudado e a adoção de um método seguro, claro e contextualizado na área da enfermagem de reabilitação. Nesse sentido, investir no desenvolvimento e na inovação constitui um

desafio importante para os EEER (Ribeiro, 2021b). A inovação na enfermagem de reabilitação, para mim, não se limita apenas a novos tratamentos ou tecnologias. Envolve a capacidade de pensar de forma crítica sobre as intervenções realizadas, de adaptar estratégias terapêuticas às necessidades da pessoa e de promover o empoderamento da pessoa, capacitando-a a lidar com as mudanças impostas pela doença ou cirurgia.

#### 4. ANÁLISE SWOT

A análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) é uma ferramenta estratégica utilizada para identificar forças e fraquezas internas, bem como oportunidades e ameaças externas, com o objetivo de compreender os fatores que influenciam uma experiência ou projeto.

Durante o estágio profissionalizante no serviço de cirurgia cardiotorácica, identifiquei várias **forças** que facilitaram o meu processo de aprendizagem. A minha experiência profissional prévia foi uma das principais vantagens, pois forneceu uma base sólida que permitiu-me integrar com maior facilidade na equipa de enfermagem e nas dinâmicas do serviço. Além disso, a motivação pessoal foi crucial para superar os desafios diários e manter o foco nos objetivos estabelecidos. O suporte emocional e pessoal que tive ao longo deste percurso também desempenhou um papel fundamental, proporcionando estabilidade psicológica num ambiente muitas vezes exigente e desafiante.

Embora as forças tenham contribuído para a minha adaptação, as **fraquezas** evidenciadas exigiram esforços adicionais. A falta de experiência específica no contexto de cirurgia cardiotorácica foi uma das principais limitações iniciais, exigindo que dedicasse mais tempo à pesquisa sobre a intervenção do EEER neste contexto. Além disso, senti dificuldade inicial na interpretação de telerradiografias torácicas, um elemento essencial no contexto do acompanhamento de doentes com patologia cardíaca. Por último, a falta de experiência na área da investigação científica representou um desafio na elaboração de relatos de caso e outros trabalhos académicos, bem como alguma dificuldade na análise de informação científica e tradução de artigos em língua estrangeira. Reconheci a importância de melhorar a minha capacidade de análise crítica e a aplicação de metodologias de investigação para contribuir de forma significativa para a prática baseada em evidências.

O estágio proporcionou-me **oportunidades** significativas de crescimento, especialmente no desenvolvimento contínuo de competências. A possibilidade de aplicar conhecimentos adquiridos no mestrado no contexto prático foi uma experiência valiosa, permitindo consolidar conceitos e práticas.

A elaboração de relatos de caso foi uma oportunidade de adquirir novas competências na investigação e na redação científica. Este tipo de trabalho, além de ser uma contribuição para a literatura da área, favorece a prática clínica fundamentada em evidências. Destaco ainda a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; o acompanhamento próximo, as sugestões e a disponibilidade constante foram fundamentais para o meu desenvolvimento. A integração entre a teoria e a prática, proporcionada pelo mestrado, ajudou-me a perceber a interligação entre o conhecimento académico e as práticas clínicas.

Apesar destas oportunidades, também enfrentei algumas **ameaças**. A gestão do tempo e das emoções foi um desafio constante, dado o equilíbrio necessário entre as responsabilidades pessoais, familiares e profissionais. Houve momentos em que me senti desmotivada e a lutar contra o tempo para cumprir todas as exigências do estágio, profissionais e familiares. A sobrecarga da Enfermeira Especialista poderia ter limitado o tempo disponível para orientações mais personalizadas, mas felizmente não foi uma realidade neste estágio, dada a sua dedicação e empenho.

Esta análise SWOT é uma ferramenta valiosa para refletir sobre o estágio, permitindo identificar estratégias para minimizar as fraquezas e ameaças, e potenciar as forças e oportunidades disponíveis. É um passo essencial para um desenvolvimento profissional contínuo e para a construção de uma prática de enfermagem de reabilitação sólida e fundamentada

Desenvolvi maior capacidade de resiliência e adaptação, fundamentais para enfrentar desafios futuros em contextos igualmente exigentes. Este estágio, embora exigente, foi uma experiência enriquecedora que reforçou as minhas competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, preparando-me para contribuir de forma significativa para a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas.

## CONCLUSÃO

O estágio profissionalizante revelou-se uma etapa profundamente enriquecedora e decisiva para a minha formação profissional. Este período foi marcado pela oportunidade única de aplicar, em contexto real, os conhecimentos teóricos adquiridos durante o percurso académico.

Durante o estágio, confrontei-me com situações que exigiram não apenas a aplicação de competências previamente adquiridas, mas também a capacidade de me adaptar a novos contextos e desafios. A experiência proporcionou um ambiente de aprendizagem onde pude fortalecer as bases do meu conhecimento, experimentar diferentes abordagens de cuidado e desenvolver uma visão mais abrangente e integrada sobre o papel da enfermagem de reabilitação.

A elaboração do presente relatório constituiu um exercício fundamental de reflexão e análise crítica sobre as atividades desenvolvidas. Este processo permitiu-me avaliar o cumprimento dos objetivos traçados, identificar os progressos alcançados e reconhecer os desafios enfrentados. Considero que consegui integrar de forma eficaz os conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos ao longo do curso, adaptando-os com sucesso às especificidades do contexto clínico.

Em suma, este estágio foi um marco essencial na minha trajetória profissional. Foi, sem dúvida, um grande desafio a nível pessoal, onde existiram momentos de desgaste físico e emocional, onde o apoio dos meus orientadores foi essencial para ultrapassar as dificuldades sentidas. Proporcionou-me uma preparação sólida e abrangente, conferindo-me as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios futuros na área de Enfermagem de Reabilitação. A experiência reforçou em mim a importância de um cuidado baseado na evidência, centrado na pessoa e nas suas necessidades, e impulsionou-me a continuar a investir no desenvolvimento contínuo das minhas competências, com o objetivo de prestar cuidados cada vez mais qualificados e humanizados.

Outra dificuldade encontrada foi a questão das dotações seguras, em que não existem EEER adequados aos números de pessoas internadas no serviço. Uma estratégia para ajudar a mudar a gestão por parte das instituições será recorrer ao uso de evidências para demonstrar a eficácia dos cuidados prestados e os ganhos em saúde para as pessoas, bem como os ganhos para as instituições (menos dias de internamento e custos associados por exemplo).

A elaboração deste relatório e do relato de caso sobre o contributo da intervenção do EEER na capacitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca evidenciou e validou a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas pelo EEER em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. Durante a implementação do programa, a monitorização da evolução da pessoa, com recurso a instrumentos/ escalas, foi fundamentais para definir diagnósticos de enfermagem e para monitorizar os ganhos em saúde ao longo das sessões. Esses dados reforçam a relevância da intervenção do EEER nas pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, por meio de um programa personalizado RFR e RFM. O principal ganho foi a capacitação da pessoa para que esta se torne o protagonista da sua recuperação, através da aprendizagem e da aquisição de competências que lhe permitem manter a sua saúde e bem-estar após a alta hospitalar, dando continuidade aos exercícios no domicílio e promovendo a melhoria da sua qualidade de vida.

Considero que o serviço onde decorreu o estágio foi um contexto extremamente favorável ao meu desenvolvimento profissional, proporcionando uma experiência rica que contribuiu significativamente para o desenvolvimento tanto das competências comuns quanto das específicas do EEER. Pelo que considero que deve ser mantida como uma opção para a realização de estágios no futuro.

Como sugestão para implementação no serviço pelos EEER, proponho a criação de uma consulta de enfermagem de follow-up (teleconsulta) após a alta hospitalar. Essa consulta permitiria um acompanhamento mais próximo, garantindo a continuidade do cuidado e a prevenção de complicações, além de promover uma recuperação mais eficaz e segura.

## BIBLIOGRAFIA

Alaparthi, G. K., Amin, R., Gatty A., Raghavan, H., Bairapareddy, K.C., Vaishali, K., Borghi-Silva, A.&Hegazy, F.A. (2021). Contrasting effects of three breathing techniques on pulmonary function, functional capacity and daily life functional tasks in patients following valve replacement surgery: A pilot randomized clinical trial. *Heliyon*, 7(7), e07643. <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2021.E07643>

Alkhaqani, A. L. (2022). Importance of teamwork communication in nursing practice. *Nursing Communication*, 6, e2022015. <https://doi.org/10.53388/IN2022015>

Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 67–76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>

Ambrosetti, M., Abreu, A. Corrà, U., Davos, C. H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M.C., Pedretti, R.F.E., Schmid, J.P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M.F., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., ...Zwisler, A.O. (2021). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), 460–495. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>

Barbosa, P. J.M., Ribeiro, C., Vieira, M., & Machado, P. (2024). Componentes centrais dos programas de reabilitação cardíaca na pessoa submetida a cirurgia cardíaca: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), e385. <https://rper.pt/article/view/36498>

Borges, M. G. B., Borges, D. L., Ribeiro, M. O., Lima, L. S. S., Macedo, K. C. M., & Nina, V. J. D. S. (2022). Early Mobilization Prescription in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Systematic Review. *Brazilian journal of cardiovascular surgery*, 37(2), 227–238. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2021-0140>

Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*. [https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e\\_COR\\_relatorio.pdf](https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf)

Bushman, B. A. (2018). Developing the P (for Progression) in a FITT-VP Exercise Prescription. *ACSM'S Health & Fitness Journal*, 22(3), 6–9. <https://doi.org/10.1249/FIT.0000000000000378>

Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Pereira, G. de A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). Competences and barriers for the evidence-based practice in nursing: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2030–2038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>

Cerol, P., Martins, J., Sousa, L., Oliveira, I., & Silveira, T. (2019). Mobilização precoce em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 49–58. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.07.4563>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology*. Aspen.

Chien, L. Y. (2019). Evidence-based practice and nursing research. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 27(4), e29. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000346>

Costa, R., Ribeiro, R., Paiva, A., Souza, M., Vasconcelos, L., Cruz, F., Furtado, I., Peixoto, I., Peixoto, O., Lopes, L., Mourão, K., & Cutrim, D. (2022). Tendências científicas em enfermagem em relação à ergonomia. *Research, Society and Development*, 11, e4311830592. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30592>

Delgado, B., Lopes, I., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B., & Novo, A. (2019). Modulação cardíaca pelo exercício físico na pessoa com insuficiência cardíaca descompensada – Relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 65–73. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4583>

Delgado, B. M., Lopes, I., Rodrigues, F., Neto, C., Pereira, A. S., & Novo, A. (2025). Volume de exercício realizado por doentes internados com insuficiência cardíaca em programa de reabilitação cardíaca – um estudo quase experimental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), e377. <https://rper.pt/article/view/377>

Decreto-Lei n.º 65/2018 - Grau de mestre. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Diário da República. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (N.º 28). Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Direção-Geral da Saúde. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de todos para todos. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>

Faria, A. D., Martins, M. M., Ribeiro, O. M., & Gomes, B. P. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 36–41. <https://doi.org/10.33194/rper2020.v3s1.4.5768>

Farias, A. A. R., Cardoso, L. S., Silva, J. J. S. da, Sant’Anna, C. F., Lima, J. M., & Cezar-Vaz, M. R. (2019). The health of nursing professionals: Reviewing health promotion strategies / Saúde dos trabalhadores de enfermagem: Revisando as estratégias de promoção à saúde. *Revista de*

*Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(3), 828–835. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.828-835>

Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Magalhães, B. M., & Lima, A. M. N. (2019). Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa – Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 282–301. <https://doi.org/10.30681/252610103378>

Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI (2), 102–107. <http://hdl.handle.net/10400.15/2590>

Foster, P., & Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In J. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (pp. 83-103). Artmed Editora.

Famutimi, E. (2021). Reflective practice: Implication for nurses. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 4(4), 28–33. <https://doi.org/10.9790/1959-04432833>

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação* (2ª ed.). Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2024). Estatísticas da saúde - 2021. INE. Portal do INE.

Jang, M. H., Shin, M. J., Shin, Y. B. (2019). Pulmonary and Physical Rehabilitation in Critically Ill Patients. *Acute and Critical Care*, 34(1), 1–13. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00444>

King, R., Taylor, B., Talpur, A., Jackson, C., Manley, K., Ashby, N., Tod, A., Ryan, T., Wood, E., Senek, M., & Robertson, S. (2021). Factors that optimise the impact of continuing professional development in nursing: A rapid evidence review. *Nurse Education Today*, 98, 104652. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104652>

Kourek, C., & Dimopoulos, S. (2024). Cardiac rehabilitation after cardiac surgery: An important underutilized treatment strategy. *World Journal of Cardiology*, 16(2), 67-72. <https://doi.org/10.4330/wjc.v16.i2.67>

Liu, J.-F., Lee, H.-M., Chen, J.-O., Fang, T.-P., Chen, Y.-M., Lo, C.-M., Liu, S.-F., & Lin, H.-L. (2020). Benefits of Multiple-Intervention Pulmonary Rehabilitation to Older Adults with High-Risk Multimorbidity after Coronary Artery Bypass Grafting. *Healthcare*, 8(4), 368. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040368>

Loureiro, M., Duarte, J., Sola, E., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). Programa de reabilitação cardíaca domiciliar da pessoa transplantada ao coração: Relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 42–49. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.5.5771>

Lucas, P., Jesus, É., Almeida, S., & Araújo, B. (2023). Relação do ambiente da prática de enfermagem com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente na atenção primária à saúde. *BMC Nursing*, 22, 413. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01571-8>

Malcato, M. (2023). A pessoa submetida a cirurgia cardíaca. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 515–523). Lusodidacta.

Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, I., Capelo, J., Silva, M., & Pereira, V. (2021). Reabilitar quem cuida: Um projeto de ginástica laboral para profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 73–82. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.173>

Martins, R., Fernandes, J., Martins, S., Carvalho, N., & Batista, S. (2021). Eficácia da reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa: Revisão integrativa da literatura. *Servir*, 2(01), 83–93. <https://doi.org/10.48492/servir0201.2585>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

Moreira, J. M. A., & Grilo, E. N. (2019). Quality of life after coronary artery bypass graft surgery - results of cardiac rehabilitation programme. *Journal of exercise rehabilitation*, 15(5), 715–722. <https://doi.org/10.12965/jer.1938444.222>

Moura, M. I., Martins, M. M., & Ribeiro, O. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: Contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*, 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV19035>

Mota, A. C., Silva, A. F., Vieira, M. C., & Araújo, C. L. (2020). Benefícios da ginástica laboral em ambiente hospitalar: Uma revisão integrativa. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 10(29), 03–12. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.3-12>

Nunes, L. (2013). Considerações éticas: A atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20Oacademica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre fundamentos do agir profissional em enfermagem: Manual de ética, direito e deontologia profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20EDDP%20I%20%20vol%20I%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022\\_compr.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20EDDP%20I%20%20vol%20I%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf)

Oliveira, A., Costa, D., Teodoro, E., Pereira, W., & Miranda, V. (2016). Reabilitação cardíaca fase III em pacientes submetidos ao transplante cardíaco. *Ver Bras Fisiol Exerc*, 15(2). <https://doi.org/10.33233/rbfe.v15i2.147>

Organização Mundial da Saúde. (2021). Fichas formativas: Doença cardiovascular. OMS. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. *livrocj\_deontologia\_2015\_web.pdf*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento do profissional dos enfermeiros (REPE). *nEstatuto\_REPE\_29102015\_VF\_site.pdf*.

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

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumental>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória (Cadernos OE, Série 1, 10). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o%20respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o%20respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação: Reabilitação cardíaca. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby.

Padilha, J. M. S. C., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

Padilha, M. (2021a). O futuro da formação em enfermagem de reabilitação: desafios e oportunidades. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. (pp.704-710). Lidel.

Pestana, S. M. da C., Vermelho, A. C. M. A., & Martins, M. M. F. P. da S. (2023). Ganhos com o programa de reabilitação e ensino à pessoa com insuficiência cardíaca (Programa REPIC). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e213. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.213>

Pestana, H. (2023a). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47-56). Reimpressão 1ª edição. Sabooks Editora.

Regulamento n.º 613/2022 - Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, n.º 131/2022, Série II, 179–182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Regulamento n.º 350/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 119(II), 16655–16660. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, Série II, n.º 85, 13565–13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, n.º 26/19 – II Série, 4744–4750.

Regulamento n.º 65/2018 - Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, n.º 157/18, I Série, 4147–4182.

Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, n.º 184/2019, Série II, 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Reis, G., & Bule, M. J. (2023). Capacitação e atividade de vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57–65). Reimpressão 1ª edição. Sabooks Editora.

Reis, S., Castro, E., Carvalho, S. I., Carvalho, S., Fernandes, C., & Martins, M. M. (2021). Mobilização precoce de doentes na unidade de cuidados intensivos: Contributo para a enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4, DOI:[10.33194/rper.2021.v4.n1.151](https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151)

Ribeiro, M. M. (2022). As diferentes dimensões da gestão da qualidade do cuidado. *Nurse Primary Care*, 6(2), 1–7.

Ribeiro, O., Moura, M.I., Ventura, J. (2021). Referenciais Teóricos orientadores do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. (pp.48-57). Lidel.

Ribeiro, M. P., Oliveira, F. B., Rodrigues, M. F. R., Alves, M. S., Silva, C. F., Prazeres, V., Ribeiro, O., & Jesus, M. (2021a). Enfermagem de reabilitação: A prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, novembro, 47–56. <https://www.researchgate.net/publication/357458612>

Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-17. <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rocha, I., Teixeira, M., Lopes, M., Pacheco, S., & Alves, T. (2023). Importância dos sistemas de informação na gestão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 35. [https://issuu.com/spgsaude/docs/rpgs35?utm\\_medium=referral&utm\\_source=spgsaude.pt](https://issuu.com/spgsaude/docs/rpgs35?utm_medium=referral&utm_source=spgsaude.pt)

Rodrigues, S. N., Henriques, H. R., & Henriques, M. A. (2021). Effectiveness of preoperative breathing exercise interventions in patients undergoing cardiac surgery: A systematic review. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(3), 229-244. <https://www.revportcardiol.org>

Sabra, H. E., & KamelHossny, E. (2023). Nurses' knowledge regarding legal and ethical responsibilities and its applications. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 9(3), 52–58. <https://doi.org/10.9790/1959-090358258>

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2021). Ata da 172.<sup>a</sup> Sessão Ordinária da Mesa da SCML de 2 de Setembro de 2021.

Santos M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. (pp.19-27). Lidel.

Santos, B. C. dos, & Magri, M. D. F. (2024). Ética e enfermagem: Uma análise dos princípios bioéticos. *Revista Ilustração*, 5(4), 211–221. <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i4.339>

Saville, C. E., Griffiths, P., Ball, J. E., & Monks, T. (2019). De quantos enfermeiros precisamos? Uma revisão e discussão de técnicas de pesquisa operacional aplicadas ao pessoal de enfermagem. *Revista internacional de estudos de enfermagem*, 97, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.015>

Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Serviço de Cirurgia Cardiorádica Internamento – Manual de Enfermagem*. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, (26), 35–44. [https://www.researchgate.net/publication/337313131 Contributos do referencial teorico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitacao](https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao)

Silveira, B. O., Melo, J. L., Neri, G. P. O., Gregório, M. L., Godoy, M. F., & Accioly, M. F. (2021). Influência de um protocolo de mobilização precoce no comportamento autonômico de pacientes submetidos a angioplastia coronária transluminal percutânea. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 117(6), 1161-1169. <https://doi.org/10.36660/abc.20200296>

Siqueira, D., Padilha, C., & Silva, E. (2023). O papel do enfermeiro na gestão em enfermagem: Uma revisão integrativa. *RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia*, 3, e33262. <https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i3.262>

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <https://spc.pt/Manual-Apoio-EnfermagemPatologia-Cardiovascular.pdf>

Sousa, F. F. F. de, Santos, S. M. F. dos, & Maia, L. F. dos S. (2024). A ética profissional no contexto do cuidado de enfermagem: Revisão da literatura. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 14. Recuperado de <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1581>

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sumin, A. N., Oleinik, P. A., Bezdenezhnykh, A. V., & Bezdenezhnykh, N. A. (2022). Factors determining the functional state of cardiac surgery patients with complicated postoperative period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4329. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074329>

Scarpine Malheiros, N., das Neves Timóteo, A. C., Veiga da Silva, M., dos Santos Pereira, L., da Costa Nogueira Cerqueira, L., & Peres Sampaio, C. E. (2021). Os benefícios das orientações de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Global Academic Nursing Journal*, 2(2), e140. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200140>

Sheraz, S., Ayub, H., Ferraro, F. V., Razzaq, A., & Malik, A. N. (2022). Clinically Meaningful Change in 6 Minute Walking Test and the Incremental Shuttle Walking Test following Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14270. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114270>

Shibata, K., Kameshima, M., Adachi, T., Araya, K., Shimada, A., Tamaki, M., & Kitamura, H. (2023). Association between outpatient cardiac rehabilitation and all-cause mortality after cardiovascular surgery: A propensity score-matched analysis. *JTCVS Open*, 15, 313–323. <https://doi.org/10.1016/J.XJON.2023.06.003>

Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing theories & nursing practice* (4th ed.). F. A. Davis Company.

Stavropoulou, A., Rovithis, M., Kelesj, M., Vasilopoulos, G., Sigala, E., Papageorgiou, D., Moudatsou, M., & Koukouli, S. (2022). What quality of care means? Exploring clinical nurses' perceptions on the concept of quality care: A qualitative study. *Clinics and Practice*, 12(4), 468–481. <https://doi.org/10.3390/clinpract12040051>

- Teixeira, F., Antunes Ferreira, D. S., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., & Mesquita, A. C. (2023). Indicadores preditivos do autocuidado – Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e324. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>
- Terra, V. H. H., Oue, E. Y., Carvalho, G. N., Pagotto, J. V. F., Rech, S. K., Silva, D. B., Sgarbi, V. M., Rocha, J. C. da, Neto, E. P. L., & Zanoni, R. D. (2023). Detecção precoce de doenças cardiovasculares através de imagens de ultrassonografia Doppler. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 6164–6179. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p6164-6179>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Vargas, C., Schoeller, S., Zuchetto, M., Martins, M. M., & Antunes, L. (2024). Cuidado de enfermagem de reabilitação para o bem-viver. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7, e343. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.343>
- Ventura-Silva, J., Martins, M. M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6, 10.30681/252610105480. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Vermelho, A. & Pestana, S. (2021). Programa de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca Intra-Hospitalar. In O. Ribeiro (Ed), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. (pp.576-599). Lidel.
- Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., & Holladay, C. L. (2021). Overcoming challenges to teamwork in healthcare: A team effectiveness framework and evidence-based guidance. *Frontiers in Communication*, 6, 1–20. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445>
- Zhang, Q. L., Ge, M., Chen, C., Fan, F. D., Jin, Y., Zhang, N., & Wang, L. (2023). Comparison of effects of Liuzijue exercise and conventional respiratory training on patients after cardiac surgery: A randomized controlled trial. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 29(7), 579–589. <https://doi.org/10.1007/s11655-023-3637-9>

## **ANEXOS E APÊNDICES**

## **ANEXO I**

### **Consentimento Informado**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

**Título do estudo:** ... Referir o título do estudo

**Enquadramento:** ... O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade nomear, no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do(a) Professor(a) nomear e do(a) Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação nomear.

**Explicação do estudo:** ... Solicita-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados instrumentos/testes de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no estudo de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre nomear o (s) diagnóstico(os) de enfermagem de reabilitação, contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** ... A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

**Confidencialidade e anonimato:** ... Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

... [agradecimentos e identificação do/a estudante– nome, contacto telefónico, endereço electrónico]

**Assinatura/s:** .....

*Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.*

*Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: .....  
/..... /.....

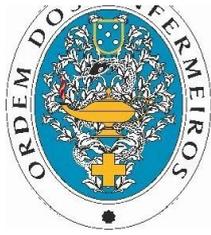
<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)</p>
NOME: .....
BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

<sup>1</sup> <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

## **ANEXO II**

### **Certificado de Presença - “Enfermagem às Quintas - Prevenção e Controlo de Infeção: da formação à inovação”**



Ordem dos  
Enfermeiros

## CERTIFICADO DE PRESENÇA

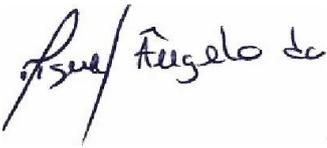
Certifica-se que

MARIA JOANA VASSALO DA SILVA

membro n.º 50610 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas -  
Prevenção e Controlo de Infeção: da formação à inovação", realizado no dia 12  
de Setembro de  
2024, com duração total de 2h00 no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 12 de Setembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do

  
Norte cok



Miguel Vasconcelos

### **ANEXO III**

#### **Certificado de Presença - "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos"**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARIA JOANA VASSALO DA SILVA**

membro nº **50610** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 1**", realizado no dia **1 de Outubro de 2024**, com duração total de **1h30**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 1 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

#### **ANEXO IV**

### **Certificado de Presença - "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos"**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARIA JOANA VASSALO DA SILVA**

membro nº **50610** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 2**", realizado **no dia 15 de Outubro de 2024**, com duração total de **02h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

## **ANEXO V**

**Certificado de Presença- IV Conferência de Enfermagem dos três Institutos  
Portugueses de Oncologia, “Da prática à evidência: Enfermagem oncológica  
na atualidade**

# IV CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA  
COIMBRA | LISBOA | PORTO

Da prática à evidência  
Enfermagem oncológica na atualidade

**11 e 12 outubro 2024**  
Coimbra Business School | ISCAC



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

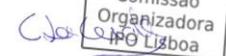
Certifica-se que,

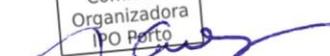
Maria Joana Vassalo da Silva

Participou na IV Conferencia de Enfermagem do Instituto Português de Oncologia  
Coimbra | Lisboa | Porto realizado de 2024-10-11 a 2024-10-12, com a duração de  
10,5 horas, na Coimbra Business School.

Comissão Organizadora

Comissão Organizadora  
IPO Coimbra  
  
Dora Neves  
IPO Coimbra

Comissão Organizadora  
IPO Lisboa  
  
Cristina Lacerda  
IPO Lisboa

Comissão Organizadora  
IPO Porto  
  
José Carlos Pimentel  
IPO Porto

*N. Certificado*

## **ANEXO VI**

### **Certificado de Presença - "Desafios na promoção do autocuidado e gestão de complicações na pessoa com ostomia"**

# CERTIFICADO

---

Certifica-se que Maria Joana Silva participou no 1º Webinar de Enfermagem em Estomaterapia da ESEL “Desafios na promoção do autocuidado e gestão de complicações na pessoa com ostomia” que decorreu online, no dia 11 de novembro de 2024, com a duração de 3 horas.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

*Carla Nascimento*

Professora Doutora Carla Nascimento

## **ANEXO VII**

### **Certificado de Presença - “Enfermagem às Quintas - Reabilitação Geriátrica**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARIA JOANA VASSALO DA SILVA**

membro nº **50610** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas - Reabilitação Geriátrica**", realizado **no dia 14 de Novembro de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**. Porto, 14 de Novembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

---

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

## **APÊNDICE I**

### **Plano de Atividades**



## **II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

# **PLANO DE ATIVIDADES ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

**Professor Orientador:** Professor Doutor Nelson Guerra

**Elaborado por:** Maria Joana Silva, nº 2023073

**Barcarena, setembro 2024**

**Escola Superior de Saúde Atlântica**

**II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**PLANO DE ATIVIDADES ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

**Professor Orientador:** Professor Doutor Nelson Guerra

**Elaborado por:** Maria Joana Silva, nº 2023073

**Barcarena, setembro 2024**

**O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho académico.**



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diárias

CCT – Cirurgia Cardioracica

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCVs – Doenças Cardiovasculares

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FRCV - Fatores de risco cardiovascular

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRC – Programas Reabilitação Cardíaca

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	105
1. ENQUADRAMENTO .....	110
2. PLANO DE ATIVIDADES .....	114
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
BIBLIOGRAFIA.....	121

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Objetivo Específico I -----	16
Tabela 2 - Objetivo Específico II-----	17
Tabela 3 - Objetivo Específico III-----	18
Tabela 4 – Cronograma -----	19

## INTRODUÇÃO

No contexto da unidade curricular de Estágio Profissionalizante, inserida no plano de estudos do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi-me solicitado que elaborasse um plano de atividades para o estágio. Este projeto formativo tem como finalidade atuar como um guia orientador, onde serão identificadas as necessidades de aprendizagem e as competências específicas a desenvolver durante o estágio, assim como definidos os objetivos, estratégias e metodologias a seguir, incluindo os recursos indispensáveis para alcançar os resultados esperados.

O estágio vai decorrer no Serviço de Cirurgia Cardioracica (CCT) de um hospital, inserido na Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental. Vai decorrer de 16 setembro a 19 de dezembro 2024, com uma duração de 300 horas de estágio presencial, sob a orientação da EEER e sob orientação pedagógica do Professor Doutor Nelson Guerra.

O CCT situa-se no 4º piso do referido hospital. Caracteriza-se por ser um serviço onde se presta cuidados ao utente do foro cardíaco e sua família, incluindo doentes submetidos a transplante cardíaco. Destina-se a utentes do foro cirúrgico, sendo a área de atuação o adulto submetido a cirurgia cardíaca, devido a diversas doenças cardíacas, como a doença das artérias coronárias, doenças das válvulas do coração, doenças cardíacas congénitas, doenças do ritmo cardíaco, doenças da aorta e transplantação cardíaca.

O serviço é composto por 20 camas de enfermaria e 8 camas de cuidados intermédios. A sua estrutura é constituída por três alas com a configuração de um “Y” que se unem num hall. Existem 8 quartos com 2 camas cada (localizados nas alas A e B) e um quarto com 4 camas (localizado na ala C). Na ala C encontra-se a Sala de Enfermagem, a Sala de Observações, onde habitualmente se executam tratamentos e procedimentos invasivos; o Gabinete da Enfermeira Chefe e Sala de Pausa e a Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT). Esta última é constituída por 8 camas e dotada de equipamentos necessários para o cuidado de utentes no pós-operatório mediato ou cuja situação clínica exige maiores cuidados ou

vigilância/monitorização. Existe ainda um gabinete médico, um gabinete de apoio à técnica de serviço social. Bem como uma sala de refeições dos utentes, uma copa, uma sala de desinfeção e lavagem de material e uma pequena arrecadação.

O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar formada por enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. A equipa é integrada também por nutricionista; técnica de serviço social; assistentes técnicas-secretárias de unidade; fisioterapeutas e farmacêutica.

A equipa de enfermagem é formada por 1 Enfermeira Gestora, 1 Enfermeira com funções de coordenação (também EEER), 40 Enfermeiros de Cuidados Gerais e 1 EEER. Assegura cuidados durante 24h/7 dias por semana, divididos em turnos (Manhã, Tarde, Noite). Sendo o turno da manhã assegurado por 8 enfermeiros, o turno da tarde por 7 enfermeiros e o turno da noite por 6 elementos, o EEER existente no serviço integra o turno da manhã.

O método de trabalho instituído é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados de enfermagem prestados ao utente/família que lhe é atribuído durante o seu turno (Serviço Nacional de Saúde, 2022). A prestação de cuidados deve privilegiar a integridade da Pessoa Humana, onde o enfermeiro deve gerir a sua atuação baseada no Código Deontológico e nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (competências do enfermeiro de cuidados gerais/competências do enfermeiro especialista/competências de enfermeiro gestor) (SNS, 2022).

O utente admitido no serviço pode ser encaminhado do domicílio, outras instituições – com indicação de cirurgia cardíaca, Consulta Externa, Unidade de Cuidados Intensivo, Bloco Operatório, Hemodinâmica e Serviço de Cardiologia.

A existência do EEER neste serviço é fundamental para a prática de cuidados especializados, fundamentais à pessoa submetida cirurgia cardíaca. Como já referido, atualmente existe uma EEER responsável pelo acompanhamento dos utentes submetidos a cirurgia cardíaca e transplantação cardíaca desde a admissão até à alta. O EEER do serviço exerce funções durante o turno da manhã, sendo que o seu papel se encontra bem estruturado e organizado, fazendo

a gestão da sua intervenção com a restante equipa de enfermagem. O trabalho de equipa é essencial, pelo que existe a partilha de informação constante entre os profissionais de saúde.

Assim podemos destacar os seguintes contributos da sua intervenção: prevenção de complicações pulmonares, como atelectasias, distúrbios ventilatórios e hipoxemia; recuperação e promoção da independência funcional e do autocuidado; capacitação da pessoa com limitações da atividade e restrição da participação, derivadas da cirurgia cardiotorácica; promoção de um retorno seguro e progressivo às suas atividades de via diária (AVD), reintegração na sua família e comunidade; e maximização da satisfação e perceção da qualidade de vida da pessoa, e respetivo prestador de cuidados. Encontra-se atualmente, em desenvolvimento um programa para implementar uma consulta pré-operatória, onde o EEER procede a uma colheita de dados e avaliação necessárias, de forma a adequar as suas intervenções após cirurgia, sendo fundamental nesta fase a realização de ensinamentos, com foco na Reeducação Funcional Respiratória e Reeducação Funcional Motora. O objetivo essencial na fase pré-operatória é “dar informação á pessoa no sentido de garantir uma adequada preparação, a participação ativa no processo de reabilitação, proporcionando uma recuperação pós-operatória mais célere e eficaz” (Ordem dos Enfermeiros, 2020, p.153).

Neste contexto, pretendo desenvolver as competências comuns e específicas do EEER, bem como as competências de mestre. Tendo a oportunidade de aprofundar e consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Será possível aplicar esses conhecimentos na área cardiorrespiratória, elaborando e implementando planos de reabilitação que visem capacitar a pessoa para alcançar o máximo de independência e funcionalidade possível, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Pretendo desenvolver uma atitude crítica em relação às minhas responsabilidades éticas e sociais associadas aos processos de tomada de decisão na prática dos cuidados. Este período de aprendizagem é fundamental para o desenvolvimento de competências, pois é no contexto clínico que os conhecimentos são postos em prática, analisados durante a ação e posteriormente refletidos, o que contribui para a criação de novos saberes.

A nível das competências comuns do Enfermeiro Especialista, como refere o Regulamento nº140/2019, vão ser desenvolvidas nos seguintes domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

As competências específicas do EEER, definidas no Regulamento nº392/2019 são as seguintes: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2019b).

Bem como desenvolver competências necessárias para adquirir o Grau de Mestre, segundo o decreto-lei n.º 65/2018 as competências necessárias são:

- a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentado auto-orientado ou autónomo.

Em relação à sua estrutura, o plano de atividades encontra-se dividido em quatro partes, sendo elas: introdução; o enquadramento; a apresentação do plano de atividades, com o respetivo cronograma e por fim as considerações finais.

## ENQUADRAMENTO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 17,9 milhões de pessoas em 2019 morreram de DCVs, representando 32% de todas as mortes globais (OMS, 2021).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em dados estatísticos publicados em 2024, revelam que as doenças do aparelho circulatório em 2021 continuam a ser das principais causas de morte em Portugal. Em 2021, 25,9% (32452 óbitos) da população portuguesa que faleceu apresentou como principal causa de morte, as doenças do aparelho circulatório, destas há a destacar as Doença Isquémica do Coração com 6683 óbitos.

De acordo com a OE (2020), no seu Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca, compreende-se o impacto significativo das doenças cardíacas em vários domínios da vida. O impacto estende-se ao nível pessoal, com o impacto na qualidade de vida individual, familiar, devido às mudanças nas dinâmicas familiares, profissional, e social, pelo impacto nas relações e na participação ativa na comunidade. Além disso, há um impacto económico considerável. Esta situação nacional reflete também as realidades europeia e mundial, sublinhando a dimensão global das doenças cardiovasculares.

Os fatores de risco cardiovascular (FRCV) podem ser classificados em duas categorias: modificáveis e não modificáveis. Os FRCV não modificáveis são aqueles que não podem ser alterados por intervenções preventivas, como a idade, o género, a etnia/raça e a história pessoal ou familiar de doenças cardiovasculares (DCV). Em contrapartida, os FRCV modificáveis podem ser abordados e corrigidos, incluindo fatores como o tabagismo, a alimentação pouco saudável, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, os fatores psicossociais, a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes mellitus, a obesidade e as alterações do sono (OE, 2020).

Como refere Terra, et al. (2023) a deteção precoce de doenças cardiovasculares é essencial para assegurar um diagnóstico precoce, um tratamento adequado e, conseqüentemente, melhores resultados clínicos.

Como refere a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2022), no seu manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular a cirurgia cardíaca desempenha um papel fundamental no tratamento de doenças cardiovasculares, tanto de origem congénita como adquirida, sendo atualmente o tempo médio de internamento hospitalar na maioria das situações, inferior a 7 dias. As principais patologias que requerem intervenção cirúrgica incluem: as doenças coronárias, doenças valvulares, cardiopatias congénitas e insuficiência cardíaca.

Os programas de reabilitação cardíaca (PCR) são “efetivamente um recurso terapêutico com eficácia transversalmente positiva na qualidade de vida das Pessoas com doença cardíaca. Assim, torna-se imperativo que os Enfermeiros de reabilitação desenvolvam programas de intervenção que proporcionem ganhos em saúde e otimizem a qualidade de vida global dos Pacientes” (Martins et al, 2021, p. 84).

Desta forma, os PCR são essências na redução da morbilidade e mortalidade das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, sendo essências para prevenir possíveis complicações relacionadas com a esternotomia e cirurgia cardíaca em si (OE,2020). O PRC deve “ser iniciado 12 a 24horas após a cirurgia cardíaca (fase pós-operatória), quando estejam reunidos critérios de estabilidade clínica, elétrica e hemodinâmica” (OE, 2020, p.152). A intervenção do EEER no pós-operatório, estão definidos três estadios: Estadio 1 (Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos), Estadio 2 (Unidade de Cuidados Intermédios) e Estádio 3 (Internamento) (OE, 2020).

No estadio 1: o principal objetivo é “evitar as complicações da cirurgia cardíaca e minimizar os efeitos da mobilidade. Após 12-24horas, (...) inicia-se o programa de reabilitação que deve incluir: respiração abdóminodiafragmática, técnicas de mobilização de secreções e limpeza das vias aéreas” (OE, 2020, p.159). No estadio 2: o objetivo, além de evitar complicações

respiratórias e outros problemas relacionados à imobilidade, é melhorar a capacidade respiratória e funcional da pessoa e iniciar o treino das AVD (OE, 2020). Enquanto no Estadio 3, incluímos a preparação para a alta e a promoção da independência na realização das AVD.

Desta forma, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, na Ontologia em Enfermagem e na CIPE, considero que os principais focos de atenção no contexto deste estágio referem-se à área respiratória, sendo a Ventilação, Limpeza das Vias Áreas e Expetorar os principais focos. Posteriormente pode-se definir também a Intolerância à atividade, Movimento Corporal, Equilíbrio.

Tendo em conta os focos de enfermagem previamente mencionados, são enumeradas algumas técnicas específicas de Enfermagem de Reabilitação que considero implementar:

**Foco de Enfermagem: Ventilação**- avaliar respiração e ventilação; executar técnicas de reeducação funcional respiratória, como reeducação diafragmática, reeducação costal global e seletiva, respiração abdominodiafragmática; instruir/treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação, como técnica de relaxamento, posições de descanso, correção postural, consciencialização da respiração, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com lábios semicerrados; ensino/instruir/treinar/incentivar uso de inspirometro de incentivo.

**Foco de Enfermagem: Limpeza da Via Aérea e Expetorar** - avaliar o potencial e a capacidade da pessoa para limpar a via aérea (tosse); ensinar/instruir/treinar técnica da tosse assistida e dirigida com contenção da ferida operatória; expiração forçada (huffing) manobras acessórias; drenagem postural modificada

**Foco de Enfermagem: Intolerância à atividade** – avaliar intolerância à atividade; ensinar/instruir/treinar técnicas de conservação de energia; ensinar sobre hábitos de exercício;

**Foco de Enfermagem: Movimento Corporal** – avaliar força muscular recorrendo a escalas; executar/instruir/treinar técnica de exercício muscular e articular, desde mobilizações

passivas, ativas-assistidos e ativas resistidas, bem como automobilizações; executar atividades terapêuticas, como a ponte.

**Foco de Enfermagem: Equilíbrio-** avaliar o equilíbrio recorrendo a escadas; ensinar/instruir/treinar exercícios, como treino do equilíbrio sentado, ao fundo da cama com ajuda e sem ajuda; treino da marcha com o auxiliar de marcha mais adequado à pessoa, subir e descer escadas.

## PLANO DE ATIVIDADES

Neste capítulo, são descritos os objetivos (geral e específicos) que defini para este percurso formativo. Apresento, igualmente, as atividades a desenvolver, os recursos disponíveis, os indicadores de avaliação e as metas a alcançar. Por fim, é apresentado um cronograma que detalha os objetivos específicos e o respetivo prazo para a sua concretização.

Define como **Objetivo Geral**:

Adquirir e desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação que permitam uma intervenção diferenciada nos cuidados de enfermagem à pessoa com patologia cardíaca e submetida a cirurgia cardíaca que apresentem limitação da atividade e/ ou restrição na participação, de natureza permanente ou temporária, com o intuito de facilitar transições saudáveis, promover a sua autonomia, maximizar a sua funcionalidade, a sua reinserção social e melhorar a qualidade de vida.

Com base no objetivo geral, defini os seguintes objetivos específicos que me proponho a desenvolver ao longo do estágio.

<b>Objetivo Específico I - Compreender a organização, dinâmica e recursos do Serviço de Cardiotorácica identificando o papel do EEER na dinâmica do serviço e na prática de cuidados de Reabilitação</b>		
<b>Atividades a realizar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar na reunião de acolhimento ao serviço com Enfermeira Gestora e Enfermeira orientadora;</li> <li>• Apresentação aos elementos da equipa multidisciplinar;</li> <li>• Visita ao serviço acompanhado pela Enfermeira orientadora;</li> <li>• Observar o funcionamento e dinâmica do serviço;</li> <li>• Observar a intervenção do EEER; • Conhecer os instrumentos de registo de enfermagem utilizados no serviço pelo EEER;</li> <li>• Identificar as ajudas técnicas disponíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Observação direta;</li> <li>• Instrumentos de avaliação funcional;</li> <li>• Instrumentos de Registos de Enfermagem de Reabilitação disponíveis;</li> <li>• Dispositivos de apoio/ajudas disponíveis para integrar no plano de reabilitação da pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descreve a estrutura física, funcionamento e dinâmica do serviço; • Identifica a intervenção do EEER e seu papel na dinâmica do serviço, bem como elabora o plano de cuidados e intervém;</li> <li>• Identifica os instrumentos de colheita de dados utilizados pelo EEER na elaboração dos planos de cuidados;</li> <li>• Identifica com interesse todos os momentos de aprendizagem.</li> </ul>

<p><b>Metas a atingir</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir de forma adequada o tempo;</li> <li>• Compreender a organização e dinâmica do serviço;</li> <li>• Compreender e descrever a importância do EEER no serviço e na equipa multidisciplinar; • Identificar as competências do EEER.</li> </ul>
---

Tabela 1- Objetivo Específico I

<b>Objetivo Específico II - Prestação de cuidados de enfermagem de Reabilitação baseada nos princípios ético-legais e valores deontológicos.</b>		
<b>Atividades a realizar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o exercício profissional conforme deontologia e princípios éticos; • Valorizar a individualidade de cada pessoa, respeitando os seus valores, costumes, crenças;</li> <li>• Desenvolver uma relação de empatia, confiança com a pessoa;</li> <li>• Garantir o direito de acesso à informação, privacidade, escolha e autodeterminação;</li> <li>• Garantir o direito ao consentimento informado;</li> <li>• Respeitar o Sigilo Profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE);</li> <li>• Código Deontológico do Enfermeiro;</li> <li>• Pareceres ético-legais da OE;</li> <li>• Carta dos direitos e deveres dos utentes;</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Enfermeiro orientador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseia a tomada de decisão em princípios, valores e normas de acordo com o Código Deontológico;</li> <li>• Reconhece e respeita os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas de cada pessoa;</li> <li>• Reconhece e respeita as decisões da pessoa em relação ao plano e aos objetivos de reabilitação a serem alcançados.</li> </ul>

**Metas a atingir**

- Respeitar e intervir de acordo com a autonomia da pessoa;
- Planear e desenvolver estratégias de resolução de problemas em conjunto com a pessoa, respeitando a sua decisão; •  
Garantir a inexistência de conflitos éticos e deontológicos na prestação de cuidados.

Tabela 2- Objetivo Específico II

<p><b>Objetivo Específico III</b> - Capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardíaca com limitação da atividade e restrição da participação, maximizando a sua funcionalidade para uma maior independência na realização das suas atividades de vida diárias, básicas e instrumentais.</p>		
<p><b>Atividades a realizar</b></p>	<p><b>Recursos</b></p>	<p><b>Indicadores de avaliação</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar as alterações das funções cardiorrespiratória e motora da pessoa, com recurso a escalas, instrumentos de medida;</li> <li>● Identificar as necessidades de intervenção por parte do EEER;</li> <li>● Elaboração de planos de cuidados, de acordo com a linguagem CIPE;</li> <li>● Implementar plano de cuidados de reabilitação individualizado, respeitando o projeto de reabilitação/saúde da pessoa;</li> <li>● Avaliação dos resultados das intervenções planeadas e executadas;</li> <li>● Gestão da alta, facilitando o processo de transição para o domicílio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermeiro orientador;</li> <li>● Equipa multidisciplinar;</li> <li>● Processo clínico do doente;</li> <li>● Sistemas de informação em Enfermagem;</li> <li>● Escalas/Instrumentos de avaliação;</li> <li>● Técnicas específicas de Reabilitação Funcional Respiratória e Reabilitação Funcional Motora;</li> <li>● Mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso. ● Bibliografia complementar.</li> <li>● Folhetos informativos disponíveis no serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Utiliza escalas/instrumentos de avaliação da funcionalidade da pessoa;</li> <li>● Identifica as necessidades de intervenção;</li> <li>● Concebe planos e prescreve intervenções que visam a otimização da funcionalidade da pessoa</li> <li>● Implementa programas de reeducação funcional de acordo com as necessidades da pessoa;</li> <li>● Assegura a continuidade de cuidados, procedendo aos registos</li> </ul>
<p><b>Metas a atingir</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Planear, implementar, avaliar e atualizar de forma individualizada os programas de reabilitação de acordo com as necessidades da pessoa;</li> <li>● Número de pessoas cuidadas e planos de cuidados; ● Elaboração de um Relato de Caso.</li> </ul>		

Tabela 3 – Objetivo específico III

	Setembro		Outubro					Novembro				Dezembro		
	16 - 22	23- 30	1 - 6	7 -13	14 -20	21 -27	28 -31	1- 10	11- 17	18 -24	25 -30	1 - 8	9-16	17-19
<b>Objetivo I</b>														
<b>Objetivo II</b>														
<b>Objetivo III</b>														

Tabela 4 - Cronograma

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração deste Plano de Atividades permitiu-me refletir sobre as competências específicas e gerais do EEER, que devem ser desenvolvidas de forma contínua, contribuindo para a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Espero conseguir cumprir todos os objetivos estabelecidos no plano, assim como outros que possam surgir durante o estágio, com o intuito de desenvolver, implementar e monitorizar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados. Esses planos serão fundamentados em avaliações adequadas de cada pessoa, visando promover e maximizar a sua autonomia e independência, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a reintegração social.

## BIBLIOGRAFIA

- Diário da República. (2018). Decreto-Lei no 65/2018 - Grau de mestre. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Instituto Nacional de Estatística (2024). Estatísticas da Saúde - 2021. INE. <file:///C:/Users/joana/Downloads/ESaude2022.pdf>
- Loureiro, M., Costa, M., Sola, E., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2021). Enfermagem de Reabilitação em transplante cardíaco (ertxc) – apresentação de projeto de intervenção. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 37–46. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.160>
- Martins, R., Fernandes, J., Martins, S., Carvalho, N., & Batista, S. (2021). Eficácia da reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa: revisão integrativa da literatura. *Servir*, 2(01), 83–93. <https://doi.org/10.48492/servir0201.2585>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática- Reabilitação Respiratória. OE.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação: Reabilitação cardíaca. OE. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumento de Recolha de dados para a documentação de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDad osDocu mentacaoCuidEnfReabilitacao Final 2017.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, Nº 26, 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019->

[119236195](#)

- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 392/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª série, Nº 85, 13565-13568.*
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Fichas Formativas: Doença cardiovascular.* OMS. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases(cvds))
- Pestana, S. M. da C., Vermelho, A. C. M. A., & Martins, M. M. F. P. da S. (2023). Ganhos com o programa de reabilitação e ensino à pessoa com insuficiência cardíaca (Programa REPIC). *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 6(1), e213.* <https://doi.org/10.33194/rper.2023.213>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). Serviço de Cirurgia Cardiorácica Internamento – Manual de Enfermagem. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.
- Tanner, T. G., & Colvin, M. O. (2020). Pulmonary Complications of Cardiac Surgery. *Lung, 198(6), 889–896.* <https://doi.org/10.1007/s00408-020-00405-7>
- Terra, V. H. H., Oue, E. Y., Carvalho, G. N., Pagotto, J. V. F., Rech, S. K., Silva, D. B., Sgarbi, V. M., Rocha, J. C. da, Neto, E. P. L., & Zanoni, R. D. (2023). Detecção precoce de doenças cardiovasculares através de imagens de ultrassonografia doppler. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 5(5), 6164–6179.* <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p6164-6179>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2022). Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular. [Manual-Apoio-Enfermagem-Patologia-Cardiovascular.pdf \(spc.pt\)](#)

## **APÊNDICE II**

### **Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Pré-operatório da Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca**

## Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Pré-operatório da Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca:

### Conhecimento sobre Ventilação

- Avaliar conhecimento sobre: patologia, contexto cirúrgico, cuidados pós-operatório, processo de reabilitação
- Avaliar:
  - Força Muscular: MRC
  - Equilíbrio Corporal: Escala Simples
  - Nível de Independência: Índice Barthel
  - Intolerância à atividade [Teste de marcha de 6 minutos]
  - Percepção Subjetiva de Esforço [Escala de Borg Modificada]
- Ensinar/Instruir/treinar consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios
- Ensinar/Instruir/Treinar técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse eficaz com contenção da ferida operatória)
- Ensinar/Instruir automobilização das mãos e pés (flexão e extensão dos dedos das mãos e dorsiflexão e flexão plantar)

Nota: as escalas/instrumentos de avaliação referidas foram as recomendadas perante o contexto do estágio profissionalizante

### **APÊNDICE III**

## **Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Pós-operatório da Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca**

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Pós-operatório da Pessoa submetida a Cirurgia Cardíaca:

Foco de Enfermagem de Reabilitação	Ventilação
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Ventilação Comprometida	
<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar respiração e ventilação [respiração com uso de músculos acessórios, esforço respiratório, presença de ruídos adventícios]</li><li>• Executar cinesiterapia respiratória: [abertura costal global, abertura costal seletiva à esquerda e à direita- 2 série/5 repetições]</li><li>• Executar técnicas respiratórias: [controlo e dissociação tempos respiratórios- 2 séries/5 repetições, respiração abdominodiafragmática – 5 a 10 repetições, expiração com lábios semi-cerrados]</li><li>• Executar técnica de posicionamento: [correção postural e posição de descanso e relaxamento]</li><li>• Incentivar uso de dispositivos respiratórios: [Espirometria de Incentivo- 2 a 3 séries de 7-10 repetições de cada exercício com descanso intermédio de 15 a 30 segundos entre repetições e 45 a 60 segundos entre as séries]</li><li>• Incentivar o uso de técnicas respiratórias: [controlo e dissociação tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, inspirações profundas]</li></ul>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória	
<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação</li><li>• Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório</li><li>• Ensinar sobre técnica respiratória e posicionamento para otimizar ventilação</li></ul>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias	

**Intervenções de Enfermagem:**

- Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação
- Instruir e Treinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação: [controlo e dissociação dos tempos respiratórios, inspirações profundas, respiração abdominodiafragmática, posição de descanso]

**Foco de Enfermagem de Reabilitação**

**Limpeza das Vias Aéreas**

**Diagnóstico de Enfermagem:** Limpeza das vias aéreas ineficaz

**Intervenções de Enfermagem:**

- Avaliar reflexo da tosse
- Executar técnicas respiratórias: [controlo e dissociação tempos respiratórios- 2 séries/5 repetições, respiração abdominodiafragmática – 5 a 10 repetições, expiração com lábios semi-cerrados]
- Executar cinesiterapia respiratória: [abertura costal global, abertura costal seletiva à esquerda e à direita- 2 série/5 repetições]
- Executar técnica de posicionamento
- Incentivar a tossir: tosse assistida ou tosse dirigida [com contenção da ferida operatória]

**Foco de Enfermagem de Reabilitação**

**Intolerância à atividade**

**Diagnóstico de Enfermagem:** Intolerância à atividade

**Intervenções de Enfermagem:**

- Avaliar intolerância à atividade [Teste de marcha de 6 minutos]
- Avaliar Perceção Subjetiva de Esforço [Escala de Borg Modificada]
- Gerir atividade física
- Planear atividade física [técnicas de conservação de energia]
- Planear Repouso
- Supervisionar resposta ao exercício

<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício físico	
<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício físico</li><li>• Ensinar sobre técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício</li></ul>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia	
<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia</li><li>• Instruir e Treinar sobre técnica de conservação de energia</li></ul>	
<b>Foco de Enfermagem de Reabilitação</b>	<b>Movimento Muscular</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Movimento muscular diminuído	
<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar força muscular através da escala [MRC]</li><li>• Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido de todos os segmentos MS e MI [2 série/ 5 repetições]</li><li>• Restrições: Flexão dos ombros acima de 90º de amplitude, abdução dos ombros</li><li>• Assistir técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido de todos os segmentos MS e MI [2 série/ 5 repetições]</li><li>• Incentivar automobilizações MS e MI</li><li>• Supervisionar movimento muscular</li><li>• Treino de Marcha [iniciar 25-50 metros, progressão: aumentar 10-15 metros/dia]</li><li>• Treino de subir e descer escadas [iniciar 5 degraus, progressão: aumentar 2-3 degraus/dia, objetivo: 20 degraus antes da alta]</li></ul>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	

<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</li></ul> Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	
<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</li><li>• Instruir e Treinar técnicas de exercício muscular e articular [automobilizações. exercícios de fortalecimento muscular]</li></ul>	
<b>Foco de Enfermagem de Reabilitação</b>	<b>Autocuidado: higiene, vestuário</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Autocuidado: higiene, vestuário comprometido	
<b>Intervenções de Enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar autocuidados através [Índice de Barthel]</li><li>• Executar autocuidados</li><li>• Supervisionar autocuidados</li></ul>	

As técnicas de exercício implementadas tiveram sempre em conta a tolerância da pessoa, amplitude articular, planos e eixos, considerando o acrómio FITT VP: frequência, intensidade, tempo, tipologia, progressão.

## **APÊNDICE IV**

### **Relato de Caso - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca**



**II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO À PESSOA  
SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE CASO**

**Elaborado por:** Maria Joana Silva, nº 2023073

**Professor Orientador:** Professor Doutor Nelson Guerra

**Barcarena, novembro de 2024**

**Escola Superior de Saúde Atlântica**

**II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Unidade  
Curricular: Estágio Profissionalizante**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO À PESSOA  
SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE CASO**

**Elaborado por:** Maria Joana Silva, nº 2023073

**Professo Orientadora:** Professor Doutor Nelson Guerra

**Barcarena, novembro de 2024**

**“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho académico”.**

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diárias

CARE - Case Report

CCT – Cirurgia Cardioracica

CF – Capacidade Funcional

CPAP - Pressão Positiva Contínua

DCVs – Doenças Cardiovasculares

DR - Diário da República

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

MRC - Medical Research Council Muscle Scala

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRC – Programas Reabilitação Cardíaca

MS- Membros Superiores

MI- Membros Inferiores

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

Sr<sup>a</sup>. – Senhora

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

## RESUMO

**Introdução:** a pessoa submetida a cirurgia cardíaca pode apresentar no pós-operatório várias complicações, pelo que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel preponderante, de forma a prevenir o aparecimento de complicações, promover a readaptação funcional, maximizando as suas capacidades e capacitando -a para o regresso ao domicílio.

**Objetivo:** Identificar os principais focos, diagnósticos e intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia cardíaca e respetivos ganhos em saúde.

**Metodologia:** estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso segundo as guidelines da case report. Apresentado o caso de uma pessoa submetida a cirurgia cardíaca, à qual foi implementado um programa de reabilitação individualizado. Foram utilizados como instrumentos de avaliação, o Índice Barthel, *Medical Research Council Muscle Scala*, Teste de Marcha de 6 minutos, Escala de Borg modificada - Avaliação da Perceção Subjetiva de Esforço.

**Resultados:** o plano de reabilitação implementado contribuiu beneficemente para a melhoria do padrão ventilatório, força muscular, equilíbrio corporal. A perceção ao esforço diminuiu o que permitiu ganhos na intolerância à atividade.

**Conclusão:** o plano de cuidados implementado teve impacto e benefício na pessoa, permitindo ganhos em saúde, maximizando a sua funcionalidade, contribuindo para uma maior independência e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** capacitação, cirurgia cardíaca, cuidados de enfermagem, enfermagem de reabilitação.

## ABSTRACT

**Introduction:** the person undergoing cardiac surgery may present several complications in the postoperative period, so the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing has a preponderant role, to prevent the appearance of complications, promote functional readaptation, maximizing their capabilities and enabling her to return home.

**Objective:** to identify the main focuses, diagnoses, and intervention of the EEER in people undergoing cardiac surgery and respective health gains.

**Methodology:** study with a qualitative approach, of the case study type, according to the case report guidelines. The case of a person undergoing heart surgery is presented, and an individualized rehabilitation program was implemented. The Barthel Index, Medical Research Council Muscle Scale, 6-minute Walk Test, modified Borg Scale - Assessment of Subjective Perception of Exertion were used as assessment instruments.

**Results:** the implemented rehabilitation plan contributed beneficially to the improvement of the ventilation pattern, muscle strength and body balance. The perception of exertion decreased which allowed gains in activity intolerance.

**Conclusion:** the implemented care plan had an impact and benefit on the person, allowing health gains, maximizing their functionality, contributing to greater independence and quality of life.

**Keywords:** cardiac surgery, nursing care, rehabilitation nursing, training.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	141
<b>1.MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	146
<b>1.1. Apresentação do caso</b> .....	147
<b>1.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação</b> .....	147
<b>2.RESULTADOS</b> .....	156
<b>3.DISSCUSSÃO</b> .....	160
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	164
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	166
<b>ANEXOS</b> .....	171
<b>ANEXO I: Consentimento Informado</b> .....	172

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem -----	16
Quadro 2 – Imagens de Telerradiografia do tórax -----	21
Quadro 3 – Resultados da avaliação do movimento muscular -----	22
Quadro 4 – Resultados da avaliação do equilíbrio -----	22
Quadro 5 – Resultados da avaliação da intolerância à atividade-----	22
Quadro 6 – Resultados da avaliação do Autocuidado-----	23
Quadro 7 – Resultados da avaliação da aquisição de conhecimentos e capacidade -----	23

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados da Escala de Borg Modificada – Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço -----	23
--	----

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem a principal causa de morte no mundo, conforme informações da Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, os dados divulgados em 2024 mostram que, em 2021, as doenças do sistema circulatório permaneceram como uma das principais causas de morte em Portugal. Nesse ano, 25,9% (32.452 mortes) da população que faleceu teve como causa principal as doenças do aparelho circulatório, destacando-se a Doença Isquémica do Coração, que registou 6.683 óbitos.

Como mencionado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2022), a cirurgia cardíaca desempenha um papel crucial no tratamento de doenças cardiovasculares, sejam elas de origem congénita ou adquirida, tendo como objetivo restaurar o funcionamento mecânico adequado do coração (Barbosa et al.,2024). As principais doenças que necessitam de intervenção incluem as doenças coronárias, doenças valvulares, cardiopatias congénitas e insuficiência cardíaca.

A doença valvular mitral, presente em cerca de 34% da população europeia, é considerada um problema de saúde pública, manifestando-se como estenose ou regurgitação (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Tanto a estenose mitral quanto a insuficiência mitral apresentam sinais e sintomas que refletem a gravidade da disfunção valvular e a resposta adaptativa do coração às sobrecargas hemodinâmicas (Silva et al., 2024). Na insuficiência mitral crónica, “as pessoas podem permanecer assintomáticos durante anos devido à adaptação gradual do ventrículo esquerdo à sobrecarga de volume. No entanto, à medida que a regurgitação mitral se agrava, os sintomas de insuficiência cardíaca começam a surgir, incluindo fadiga, fraqueza e dispneia, que ocorrem inicialmente durante atividades físicas e, eventualmente em repouso” (Silva et al.,2024, p. 5).

O sistema de classificação mais utilizado na insuficiência cardíaca é a Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA), baseada na gravidade dos sintomas e na atividade física. Na classe I não há limitação de atividade física; na classe II, há ligeira limitação da

atividade física; classe III, ocorre restrição acentuada da atividade física; e na classe IV há incapacidade de realizar qualquer atividade física sem sentir desconforto, como fadiga, palpitações e dispneia (OE, 2020).

O tratamento da insuficiência mitral depende da gravidade, dos sintomas e da função ventricular esquerda. Quando os sintomas se agravam e a função ventricular se deteriora, recomenda-se a cirurgia da válvula mitral, com preferência pela plastia mitral, que preserva melhor a função cardíaca e apresenta menor risco de complicações a longo prazo (Silva et al., 2024).

A cirurgia cardíaca, sendo um procedimento altamente invasivo, pode causar complicações pós-operatórias devido a alterações fisiológicas, comorbidades e fatores de risco pré-operatórios. Elementos como ventilação mecânica, tipo e duração da anestesia também influenciam o tempo de internamento. Apesar dos avanços na técnica cirúrgica e na redução do risco peri operatório, ocorre frequentemente um declínio significativo da função pulmonar no período imediato após a cirurgia (Borges et al., 2022; Zhang et al., 2023).

A esternotomia provoca repercussões na função respiratória devido à lesão cirúrgica dos músculos respiratórios, reduzindo a estabilidade e mobilidade da parede torácica (OE, 2020). A ventilação mecânica invasiva associada à cirurgia diminui os volumes pulmonares, reduzindo a capacidade residual funcional para 30% nas primeiras 24h. Além disso, altera a dinâmica diafragmática, provoca hipersecreção brônquica, reduz a eficácia da tosse e favorece o acúmulo de secreções, podendo levar a hipoxemia e alterações na perfusão alveolar. As complicações respiratórias mais comuns incluem hipoxemia, atelectasia, pneumonia, derrame pleural e parésia diafragmática (OE, 2020; Ventura & Queirós, 2016; Zhang et al., 2023).

Por sua vez, a imobilidade pós-operatória é a principal causa de complicações motoras, levando à perda de massa e força muscular e comprometendo a capacidade de realizar atividades de vida diária., com efeitos que podem demorar meses a reverter (Sumin et al.,

2022). Após a cirurgia cardíaca, a falta de mobilidade contribui para a diminuição do débito cardíaco, o aumento do risco de infeções respiratórias, tromboembolismo venoso e úlceras de pressão. Evidências atuais apontam que a mobilização precoce, comparada ao repouso na cama, é a intervenção mais eficaz para promover a recuperação funcional (Edney, 2024).

Os Programas de Reabilitação Cardíaca (PCR) são reconhecidos como recursos terapêuticos eficazes na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença cardíaca. Nesse contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) pelas competências e saberes formalmente atribuídos, desempenha um papel central, sendo o profissional mais qualificado para realizar o acompanhamento global da pessoa com doença cardíaca. As intervenções do EEER têm como objetivos recuperar a independência funcional, minimizar limitações decorrentes da patologia ou cirurgia, reduzir o risco de complicações e promover a adaptação à nova condição de saúde, otimizando os ganhos em saúde (Martins et al., 2021).

O PCR deve ser iniciado entre 12 e 24 horas após a cirurgia cardíaca, desde que estejam reunidos critérios de estabilidade clínica, elétrica e hemodinâmica (OE, 2020). A atuação do EEER no pós-operatório divide-se em três estádios: Estádio 1 (Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos), Estádio 2 (Unidade de Cuidados Intermédios) e Estádio 3 (Internamento) (OE, 2020). Além disso, a intervenção do EEER demonstra benefícios significativos na fase préoperatória, uma vez que as orientações sobre complicações pulmonares, restrições de movimentos e exercícios respiratórios contribuem para uma recuperação mais rápida e um menor tempo de internamento (OE, 2020).

Na fase pós-operatória, são implementados exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e exercícios de Reabilitação Funcional Motora (RFM).

A reabilitação respiratória é uma intervenção amplamente reconhecida e implementada em pessoas submetidas a cirurgias cardíacas, com o objetivo de reduzir o risco de complicações pulmonares e de internamento hospitalar devido a alterações na função pulmonar (Zhang et al., 2023). Para isso, são implementadas técnicas de RFR, além de

intervenções que visam o fortalecimento muscular, o aumento da resistência e a melhoria da capacidade ao esforço físico (OE, 2018). A RFR “baseia-se num conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento. É definida como uma terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na base da sua intervenção com a finalidade de restabelecer o padrão funcional da respiração” (OE, 2018, p. 86). Complementarmente, a RFM é orientada para a melhoria do equilíbrio corporal, da coordenação e da marcha (Bushman, 2018).

De acordo com a OE (2020), no Guia Orientador para a Prática de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca, as intervenções na fase pós-operatória têm como objetivo garantir a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, minimizar o declínio da capacidade funcional e da força muscular, bem como reeducar a pessoa ao esforço. Entre as técnicas implementadas, destacam-se: controlo e dissociação dos tempos respiratórios; expiração com lábios semi-cerrados; posições de relaxamento e de descanso; correção postural; tosse dirigida com contenção de ferida operatória; reeducação diafragmática; reeducação costal; exercícios musculo-articulares; treino de marcha; e treino em escadas (OE, 2028; OE, 2020).

O EEER concebe planos de intervenção com o objetivo de promover capacidades adaptativas que visam o autocontrolo e autocuidado durante os processos de transição entre saúde/doença e/ou incapacidade (DR, 2019). Além disso, implementa as intervenções planeadas com a finalidade de otimizar e/ou reeducar as funções em diversos níveis, como o motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade (DR, 2019).

Desempenha um papel fundamental nesse processo de transição, promovendo a adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde. Sua função é facilitar essa mudança, apoiando a pessoa a atingir o maior nível possível de bem-estar, funcionalidade e independência possível após a cirurgia cardíaca. Essa adaptação e aquisição de capacidades orienta-nos para a Teoria das Transições de Meleis, na qual “o enfermeiro cuida da pessoa,

integrada num contexto sociocultural (ambiente), que está em fase de transição (ou antecipando-a), com a intenção (processo de enfermagem) de promover a sua saúde e/ou bem-estar através de um conjunto de ações (intervenções terapêuticas)” (Queirós,2014, p. 161).

Desta forma, o presente relato de caso pretende responder à seguinte questão orientadora: “Qual o impacto da intervenção do EEER no acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia cardíaca?”

Definiu-se como objetivo geral: avaliar a implementação de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Sendo os objetivos específicos:

- Identificar as alterações presentes na pessoa com recurso a instrumentos de avaliação;
- Definir os principais diagnósticos de enfermagem de reabilitação;
- Implementar um programa de reabilitação individualizado às necessidades da pessoa;
- Identificar os ganhos em saúde relacionados com a ventilação, mobilidade e funcionalidade decorrentes da implementação do programa de reabilitação.

## 1.MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso “é uma abordagem metodológica de investigação, que visa compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores” (Figueiredo & Amendoeira, 2018, p.103). Este método permite que “o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano et al., 2003, p.373).

O estudo foi elaborado segundo as *guidelines* da *Case Report (CARE)* e aborda uma pessoa internada num Serviço de Cirurgia Cardioracica, submetida a cirurgia cardíaca e à qual foi instituído um programa de reabilitação com ênfase na RFR e RFM.

Para garantir os princípios éticos, foi solicitado o consentimento informado por escrito (Anexo I) e respeitadas as diretrizes éticas para a investigação em enfermagem, respeitando os princípios da beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013).

Os instrumentos de colheita de dados utilizados na documentação do EEER são fundamentais para a melhoria contínua do cuidar, servindo como suporte essencial na tomada de decisão (OE, 2016). Estes instrumentos permitem “quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2016, p.3). De acordo com as recomendações da OE, a colheita de dados foi realizada por meio de consulta do processo clínico, entrevista informal, observação direta e utilização de instrumentos específicos (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER, conforme orientações da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

### **1.1. Apresentação do Caso**

A Sr.<sup>a</sup> A de 60 anos, caucasiana, de nacionalidade portuguesa, é casada e reside com o marido em uma moradia, sem escadas, não apresentando barreiras arquitetónicas. Refere ter um bom suporte sociofamiliar e, atualmente, encontra-se sem exercer atividade profissional. Entre os seus antecedentes pessoais, destacam-se: dislipidemia, síndrome de apneia obstrutiva do sono (usa CPAP noturno), status pós-ablação de taquicardia auricular, em 2016 implantado um registador de eventos para monitorização cardíaca (Reveal) que removeu em 2021. Nega alergias medicamentosas ou outras. Medicação de ambulatório: Xarelto, Bisoprolol 5mg, Atorvastatina 40mg. É seguida na consulta de aritmologia, desde 2006, devido à taquicardia auricular. Em 2024, realizou uma ecocardiografia transtorácica que revelou regurgitação mitral grave, sendo encaminhada para a consulta de cirurgia cardiotorácica. Na consulta de junho 2024, encontrava-se muito sintomática, classificada no estágio III-IV da NYHA, referindo dispneia e cansaço durante atividades de vida diária. Diante disso, foi proposta para cirurgia cardíaca – plastia mitral por abordagem aberta.

A Sr.<sup>a</sup> A. deu entrada no serviço de Cirurgia Cardiotorácica em 12 de novembro para cirurgia programada – Plastia Mitral, por Insuficiência Mitral. A cirurgia foi realizada no dia 13 de novembro (D0) e decorreu sem intercorrências, sendo transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos. Foi extubada durante a noite do dia 13 de novembro, no dia 14, realizou o primeiro levante, com oxigénio a 3l/min por óculos nasais. Nesse mesmo dia, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios (onde removeu linha arterial radial, drenos pleurais e mediastinos e foi desalgaliada). Em 15 de novembro, foi transferida para a enfermaria, sem necessidade de aporte de oxigénio, onde permaneceu até ao dia da alta, a 20 de novembro.

### **1.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação**

A primeira avaliação foi realizada a 12 de novembro, no pré-operatório, utilizando os seguintes instrumentos: Índice Barthel, *Medical Research Council Muscle Scala* (MRC), Teste

de Marcha de 6 minutos (TM6m), Escala de Borg modificada - Avaliação da Perceção Subjetiva de Esforço, Escala Simples para avaliação do Equilíbrio e Escala Numérica da Dor.

O Programa de Reabilitação teve início a 14 terminou a 20 novembro, com um total de 6 sessões realizadas durante esse período, sendo denominadas de D1 a D7. As sessões ocorreram diariamente, com exceção do dia 16 de novembro. A primeira sessão decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos, e as restantes no Serviço de Cardiotorácica.

Com base na avaliação realizada no primeiro dia pós-operatório, foram identificados os seguintes focos de intervenção do EEER: Limpeza das Vias Aéreas; Ventilação; Movimento Muscular; Equilíbrio Corporal; Intolerância à Atividade; Autocuidado; Conhecimento.

Os focos anteriormente identificados sustentam os diagnósticos e as intervenções do EEER implementadas durante o internamento, sendo que contempla o pré-operatório e pós-operatório.

Para a elaboração do plano de cuidados, foi questionada a pessoa sobre os seus objetivos, que manifestou, sobretudo, o desejo de se recuperar da cirurgia para retornar casa. Como afirma Hesbeen (2003), o plano de cuidados deve ser orientado em torno dos objetivos pessoais da pessoa, a fim de alcançar bons resultados e promover uma recuperação o mais rapidamente possível.

<b>Pré-operatório:</b>
<b>Conhecimento sobre Ventilação</b>
Avaliar conhecimento sobre: patologia, contexto cirúrgico, cuidados pós-operatório, processo de reabilitação
Avaliar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Força Muscular: MRC</li><li>• Equilíbrio Corporal: Escala Simples</li><li>• Nível de Independência: Índice Barthel</li><li>• Intolerância à atividade [Teste de marcha de 6 minutos]</li><li>• Perceção Subjetiva de Esforço [Escala de Borg Modificada]</li></ul>
Ensinar/Instruir/treinar consciencialização da respiração e dissociação dos tempos
Ensinar/Instruir/Treinar sobre técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse eficaz com contenção da ferida operatória)
Ensinar/Instruir sobre automobilização das mãos e pés (flexão e extensão dos dedos das mãos e dorsiflexão e flexão plantar)

<b>Pós-operatório</b>
<b>Foco: Limpeza das Vias Aéreas</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Limpeza das vias aéreas ineficaz</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D3</b>
Avaliar reflexo da tosse
Executar técnicas respiratórias: [controlo e dissociação tempos respiratórios- 2 séries/5 repetições, respiração abdominodiafragmática – 5 a 10 repetições, expiração com lábios semi-cerrados]
Executar cinesiterapia respiratória: [abertura costal global, abertura costal seletiva à esquerda e à direita- 2 série/5 repetições]
Executar técnica de posicionamento
Incentivar a tossir: tosse assistida ou tosse dirigida [com contenção da ferida operatória]
Incentivar a expetorar
Vigiar expetoração
Incentivar ingestão de líquidos

<b>Foco: Ventilação</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Ventilação Comprometida</b>
<b>Intervenções implementadas D1 a D7</b>
Avaliar respiração e ventilação [respiração com uso de músculos acessórios, esforço respiratório, presença de ruídos adventícios]
Observar e auscultar tórax
Monitorizar saturação de O <sub>2</sub>
Executar cinesiterapia respiratória: [abertura costal global, abertura costal seletiva à esquerda e à direita- 2 série/5 repetições]

Executar técnicas respiratórias: [controlo e dissociação tempos respiratórios- 2 séries/5 repetições, respiração abdominodiafragmática – 5 a 10 repetições, expiração com lábios semi-cerrados]
Executar técnica de posicionamento: [correção postural e posição de descanso e relaxamento]
Incentivar uso de dispositivos respiratórios: [Espirometria de Incentivo- 2 a 3 séries de 7-10 repetições de cada exercício com descanso intermédio de 15 a 30 segundos entre repetições e 45 a 60 segundos entre as séries]
Incentivar o uso de técnicas respiratórias: [controlo e dissociação tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, inspirações profundas]
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D7</b>
Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação
Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório
Ensinar sobre técnica respiratória e posicionamento para otimizar ventilação
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D7</b>
Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação
Instruir e Treinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação: [controlo e dissociação dos tempos respiratórios, inspirações profundas, respiração abdominodiafragmática, posição de descanso]

<b>Foco: Intolerância à atividade</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Intolerância à atividade</b>
<b>Intervenções implementadas – D2 a D7</b>
Avaliar intolerância à atividade [Teste de marcha de 6 minutos]
Avaliar Perceção Subjetiva de Esforço [Escala de Borg Modificada]
Gerir atividade física
Planear atividade física [técnicas de conservação de energia]
Planear Repouso
Supervisionar resposta ao exercício
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício físico</b>
<b>Intervenções implementadas – D2 a D7</b>
Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício físico
Ensinar sobre técnicas de conservação de energia e hábitos de exercício
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia</b>
<b>Intervenções implementadas – D2 a D7</b>
Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia
Instruir e Treinar sobre técnica de conservação de energia

<b>Foco: Movimento Muscular</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Movimento muscular diminuído</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D7</b>
Avaliar força muscular através da escala [MRC]

Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido de todos os segmentos MS e MI [2 série/ 5 repetições] Restrições: Flexão dos ombros acima de 90º de amplitude, abdução dos ombros
Assistir técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido de todos os segmentos MS e MI [2 série/ 5 repetições]
Incentivar automobilizações MS e MI
Supervisionar movimento muscular
Treino de Marcha [iniciar 25-50 metros, progressão: aumentar 10-15 metros/dia]
Treino de subir e descer escadas [iniciar 5 degraus, progressão: aumentar 2-3 degraus/dia, objetivo: 20 degraus antes da alta]
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D7</b>
Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D7</b>
Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular
Instruir e Treinar técnicas de exercício muscular e articular [automobilizações. exercícios de fortalecimento muscular]

- ☒ Técnicas de exercício respeitando a tolerância da pessoa, amplitude articular, planos e eixos. Tendo em conta o acrómio FITT VP: frequência, intensidade, tempo, tipologia, progressão.

**Foco: Equilíbrio Corporal**

<b>Diagnóstico de Enfermagem: Equilíbrio corporal comprometido</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D5</b>
Avaliar equilíbrio corporal
Estimular a manter equilíbrio corporal [correção postural]
Executar técnica de treino de equilíbrio [contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos, alternância de cargas membros inferiores]
Monitorizar equilíbrio corporal através [escala simples]
Orientar na técnica de treino de equilíbrio
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D5</b>
Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal
Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</b>
<b>Intervenções implementada – D1 a D5</b>
Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal
Instruir e Treinar técnicas de equilíbrio corporal [correção postural, equilíbrio estático sentado e ortostático, equilíbrio dinâmico sentado e ortostático]

**Foco: Autocuidado: higiene, vestuário**

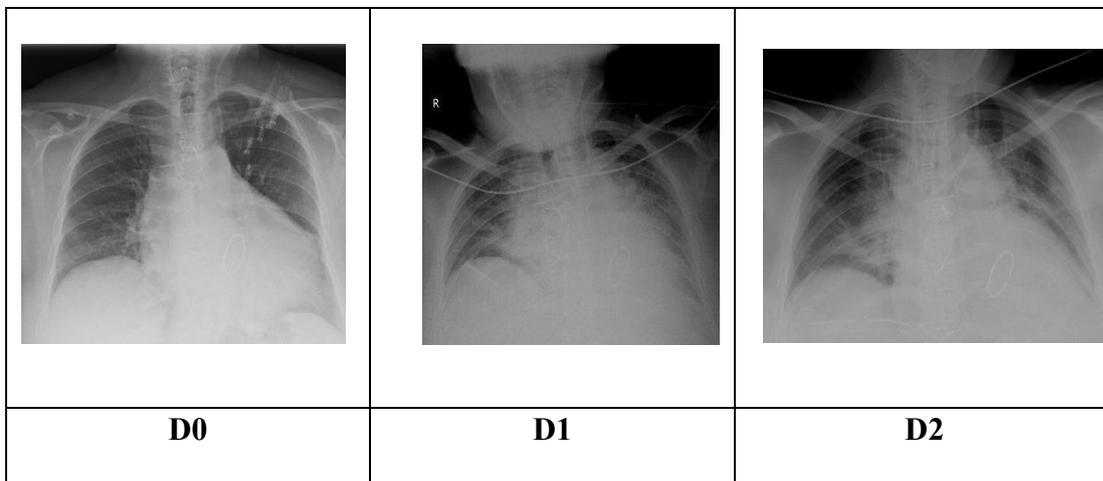
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Autocuidado: higiene, vestuário comprometido</b>
<b>Intervenções implementadas – D1 a D4</b>
Avaliar autocuidados através [Índice de Barthel]
Executar autocuidados
Supervisionar autocuidados

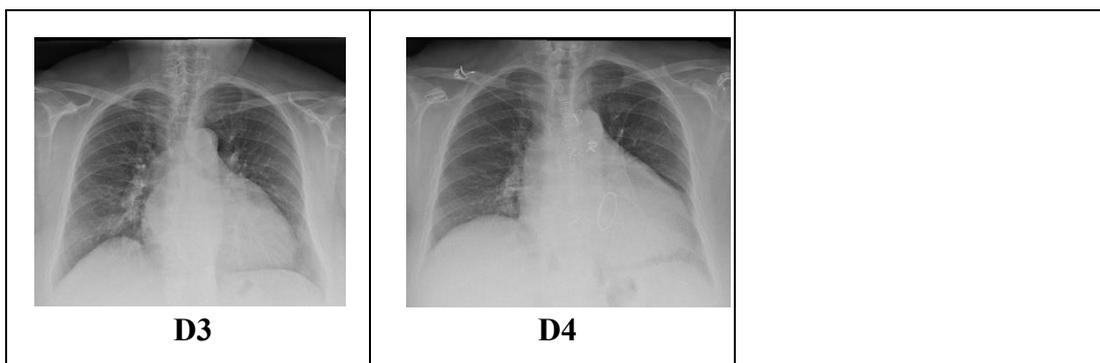
Quadro 1 – Enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem

## 2.RESULTADOS

Relativamente ao foco ventilação, os exames de imagens, como a telerradiografia do tórax, assim como a auscultação pulmonar, são essenciais para monitorizar a evolução dos resultados.

É possível verificar a evolução das imagens da telerradiografia em que no pré-operatório (D0), visualizam-se todas as estruturas pulmonares, e à auscultação, apresenta murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Já no D1 e D2, observa-se zonas de hipotransparência sobretudo nas bases, com subida das hemicúpulas e à auscultação verifica-se murmúrio vesicular diminuído com presença de ruídos adventícios, mais acentuados nas porções inferiores. Em D4, verificou-se uma melhoria significativa, com apenas um pequeno foco de hipotransparência em ambas as bases, associado a respirações pouco profundas. Em D5 observamos uma telerradiografia do tórax expandido, com visualização de todas as estruturas pulmonares, sem alterações importantes e à auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios.





Quadro 2 – Imagens de Telerradiografia do tórax

Na avaliação do movimento muscular, verificou-se que os resultados foram idênticos em ambos os hemicorpos (direito e esquerdo), não evidenciando alterações neurológica. A nível do equilíbrio corporal, foram observadas alterações no equilíbrio em posição ortostática (tanto estático como dinâmico).

Escola MRC	Avaliação pré-operatória	Avaliação Inicial D2	Avaliação Final D7
Membro Superior Direito	5/5	3/5	5/5
Membro Superior esquerdo	5/5	3/5	5/5
Membro Inferior Direito	5/5	3/5	5/5
Membro Inferior Esquerdo	5/5	3/5	5/5
<b>Resultado:</b> Movimento Muscular aumentado			

Quadro 3 – Resultados da avaliação do movimento muscular

Equilíbrio Corporal	Avaliação pré-operatória	Avaliação Inicial D2	Avaliação Final D7
Equilíbrio estático sentado	Sim	Sim	Sim

Equilíbrio dinâmico sentado	Sim	Sim	Sim
Equilíbrio estático em pé	Sim	Não	Sim
Equilíbrio dinâmico em pé	Sim	Não	Sim
<b>Resultado:</b> Equilíbrio corporal não comprometido			

Quadro 4 – Resultados da avaliação do equilíbrio

Relativamente ao diagnóstico de Intolerância à atividade, foi explicada à Sr.<sup>a</sup> A. a Escala de Borg Modificada, assim como as suas vantagens na aplicação, de forma a adaptar a intervenções planeadas. Também foi aplicado o Teste de Marcha de 6 minutos no pré-operatório, no D5 e no D7.

	Avaliação pré-operatória	Avaliação Inicial D5	Avaliação Final D7
<b>Teste de Marcha de 6 minutos</b>	153 metros	144 metros	198 metros
<b>Resultado:</b> Intolerância à atividade melhorado			

Quadro 5 – Resultados da avaliação da intolerância à atividade

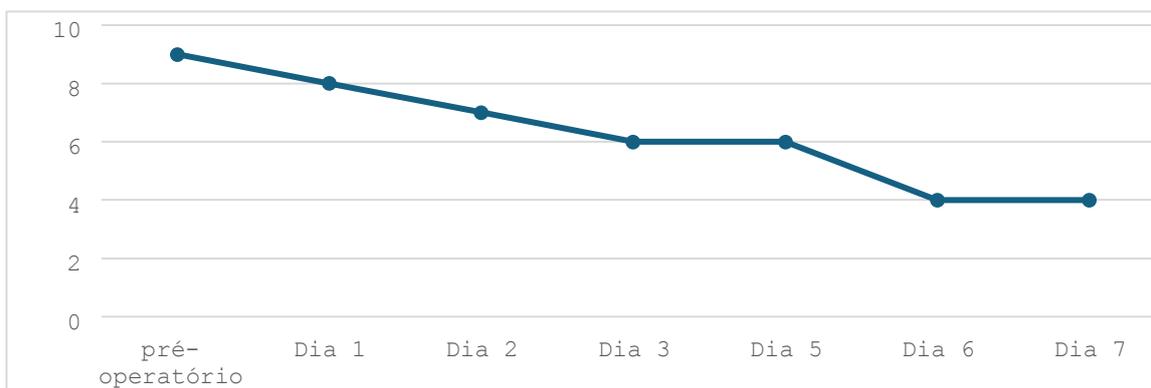


Gráfico 1 – Resultados da Escala de Borg Modificada – Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço

Para avaliar o nível de independência da Sr.<sup>a</sup> A. na realização das atividades básicas de vida diária, foi aplicado o Índice de Barthel.

	<b>Avaliação pré-operatória</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Índice de Barthel</b>	100/100	60/100	100/100
<b>Resultado:</b> Autocuidado não comprometido			

Quadro 6 – Resultados da avaliação do Autocuidado

Em relação aos diversos diagnósticos de enfermagem relacionados com o potencial para melhorar o conhecimento e as capacidades em várias áreas, foi realizada uma avaliação inicial e uma avaliação final.

<b>Conhecimentos e Capacidades</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
Técnica respiratória e técnica da tosse	ND	D
Técnica respiratória para otimizar a ventilação	ND	D
Técnica de conservação de energia e hábitos de exercício físico	ND	D
Técnicas de exercício muscular e articular	ND	D
Técnica de equilíbrio corporal	ND	D
*Legenda: ND – Não demonstra D – Demonstra		

Quadro 7 – Resultados da avaliação da aquisição de conhecimentos e capacidade

### 3.DISCUSSÃO

Os resultados obtidos validam o papel fundamental dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na recuperação da funcionalidade da pessoa após cirurgia cardíaca. A análise desses resultados revelou melhorias nos indicadores avaliados, nomeadamente: ventilação, limpeza das vias aéreas, equilíbrio, movimento muscular e intolerância à atividade.

Estes dados corroboram os achados descritos na literatura representativa (Delgado et al., 2019; Loureiro et al., 2020; Oliveira et al., 2016; Pestana et al., 2023; Yau et al., 2021), que demonstram que os programas implementados por EEER em pessoas com patologia cardíaca e submetidas a cirurgia cardíaca apresentam resultados positivos, nomeadamente na redução da morbilidade, reduzindo o risco de complicações respiratórias e motoras.

A nível da RFM, a capacidade da marcha é um indicador importante da capacidade funcional (CF), pelo que o aumento em 54 metros na distância percorrida, conforme evidenciado pelo Teste de Marcha de 6 minutos, traduz uma melhoria significativa. De acordo com a literatura (Delgado et al., 2019; Loureiro et al., 2020), a capacidade de marcha é um indicador fiável da funcionalidade, sendo que um aumento de pelo menos 48 metros é considerado uma diferença mínima clinicamente relevante em termos de benefício físico após um programa de reabilitação. Além da distância percorrida, o score da Escala de Borg Modificada, também pode ser indicar a melhoria da condição física e, conseqüentemente, da sua CF (Delgado et al., 2018). Assim, pode-se concluir que, ao longo das sessões, a Sr<sup>a</sup>. A. reduziu a sensação de esforço após os exercícios, o que é indicativo de maior resistência física, o que vai ao encontro do descrito por Oliveira et al. (2016) e Loureiro et al., (2020), que descreve que um programa de reabilitação cardíaca reduz a percepção subjetiva de esforço.

A implementação dos exercícios seguiu o conceito FITT VP (frequência, intensidade, tempo, tipologia, progressão), que devem ser ajustados de acordo com outros fatores, como limitações ou motivação da pessoa; presença de dor; percepção subjetiva ao esforço em cada

sessão (Delgado et al., 2018; Loureiro et al., 2020; OE, 2020). Antes de cada sessão foi sempre avaliada a dor com recurso à escala numérica.

A mobilização precoce, iniciada nas primeiras 24h, foi fundamental para a prevenção de complicações pós-operatórias. No D1, a Sr.ª A. realizou o primeiro levante e mobilizações passivas, o que possibilitou a sua transferência para o serviço de CCT já nesse mesmo dia. Conforme Cerol et al. (2019), “através da análise dos 9 estudos incluídos, verificámos que a mobilização precoce conduz a uma melhoria da capacidade funcional, diminui o tempo de VMI e reduz a ocorrência de diversas complicações. Consequentemente levará a uma diminuição dos dias de permanência em UCI” (p.57).

Com a implementação dos exercícios de RFR, verificou-se que, no D4, a Sr.ª A. já apresentava a limpeza das vias aéreas eficaz, o que reduziu a acumulação de secreções e preveniu a ocorrência de complicações, como atelectasias. O uso do inspirometro de incentivo também contribuiu para diminuir o risco de complicações respiratórias, associadas à redução do volume pulmonar pós cirurgia (Alves & Grilo, 2022; OE, 2018)). Como refere Zhang et al. (2023), num ensaio clínico em que foi implementado um plano de reabilitação cardíaca em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, foi observado que, num dos grupos, além do plano de reabilitação, foram realizados exercícios respiratórios específicos, o que permitiu melhorar a função pulmonar, a força muscular respiratória, a capacidade de realizar atividades da vida diária e aliviar a ansiedade após cirurgia. Desta forma, verificou-se que os exercícios respiratórios implementados na Sr.ª A. resultaram numa melhoria significativa da função pulmonar, o que foi evidenciado tanto pela observação da telerradiografia de tórax como pela capacidade de executar as AVD, o que se refletiu no resultado da avaliação final do índice de Barthel (score 100/100).

Como refere Sousa et al. (2020), a intervenção do EEER nos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades, possibilita o empoderamento, a tomada de decisões e a concretização de ações, com o objetivo de capacitar a pessoa para lidar com os processos de transição. A Sr.ª A. demonstrou sempre interesse em adquirir conhecimentos sobre o

seu processo de reabilitação, participando ativamente do processo, o que lhe permitiu, no dia da alta, estar capacitada para continuar a realizar os exercícios no domicílio.

Esse empoderamento é crucial, uma vez que, como apontado por diversos autores, a capacidade da pessoa gerir o seu próprio processo de recuperação está diretamente associada a melhores resultados em termos de funcionalidade e qualidade de vida. Além disso, o envolvimento ativo da Sr.<sup>a</sup> A. no processo de reabilitação contribuiu para uma transição mais suave do ambiente hospitalar para o domicílio, onde ela poderia continuar a aplicar as técnicas e exercícios aprendidos, com o apoio das orientações fornecidas.

A intervenção no pré-operatório também foi fundamental, sendo uma parte integral do processo de preparação da pessoa para a cirurgia, proporcionando-lhe informações cruciais sobre o procedimento, as expectativas pós-operatórias, os cuidados necessários e o que pode esperar durante a recuperação. Como refere Scarpine (2021), num estudo, as pessoas que receberam orientações da equipa de enfermagem sentiram-se mais confiantes em relação ao procedimento, pois esclareceram eventuais dúvidas no período pré-operatório. Por outro lado, os que não receberam essas orientações demonstraram maior confusão, irritabilidade, medo e ansiedade, o que resultou em descontrolo dos sinais vitais, maior tempo de internamento em cuidados intensivos, aumento do número de procedimentos e, consequentemente, maiores custos para o hospital.

Com base no caso clínico apresentado, foi elaborado e implementado um programa de enfermagem de enfermagem, sustentado por evidências científicas e adaptado à condição clínica da pessoa e aos seus objetivos pessoais, pois “o Enfermeiro tem de respeitar o projeto de vida da pessoa, e não obrigá-la a percorrer o caminho que o profissional pensa ser o melhor para esta” (Menoita, 2012, p. 34).

Permitiu-me desenvolver competências específicas nos três principais domínios (DR, 2019)

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (p.13566)

Desta foram, avalei as necessidades específicas da pessoa e adaptei as intervenções para promover a sua independência e autonomia, facilitando e capacitando a pessoa para maximizar a sua funcionalidade e contribuir para a melhoria da qualidade de vida. No dia da alta a Sr.<sup>a</sup> A. referiu melhorias, especialmente em relação à intolerância à atividade, sentindo-se menos cansada ao realizar as AVD. A avaliação pré-operatória valida esses resultados, pois na alta a Sr.<sup>a</sup> A. obteve os mesmos scores na MRC e Índice de Barthel, mas com melhorias significativas na Escala de Borg Modificada e no teste de Marcha de 6 minutos.

Este relato de caso permitiu sistematizar o plano de cuidados, identificar de forma mais concreta os indicadores que sofreram alterações com a aplicação das minhas intervenções e os ganhos em saúde para a pessoa. Facilitou a reflexão sobre a prática clínica, identificando os pontos fortes e áreas a melhorar, além de promover a melhoria contínua e o crescimento profissional. Além disso, funciona como um incentivo para a realização de pesquisas mais detalhadas sobre o tema em estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso evidenciou e validou a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas pelo EEER em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, focando na maximização da funcionalidade e na promoção da adesão ao exercício físico. Durante a implementação do programa, a monitorização da evolução da pessoa, especialmente em relação à tolerância ao esforço e à independência nas AVD, foi essencial. Os instrumentos de avaliação aplicados foram fundamentais para definir diagnósticos de enfermagem e para monitorizar os ganhos em saúde ao longo das sessões.

Esses dados reforçam a relevância da intervenção do EEER nas pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, por meio de um programa personalizado RFR e RFM. Este programa contribuiu para a otimização da ventilação, reeducação do esforço físico e minimização do declínio da capacidade funcional e da força muscular após a cirurgia. O principal ganho foi a capacitação da pessoa para continuar os exercícios no domicílio, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida.

Em resumo, a intervenção do EEER vai além da implementação de planos de cuidados de reabilitação motora e respiratória. Ela envolve a capacitação da pessoa para que este se torne o protagonista da sua recuperação, através da aprendizagem e da aquisição de competências que lhe permitem manter a sua saúde e bem-estar após a alta hospitalar. A experiência da Sr.<sup>a</sup> A. reflete bem esse modelo de cuidado integrado e centrado na pessoa, onde o conhecimento adquirido no hospital se transforma numa ferramenta para o sucesso da recuperação em casa.

Como limitações posso referir a dificuldade em encontrar artigos científicos sobre a intervenção do EEER na cirurgia cardíaca (existem artigos, mas referem-se ao transplante cardíaco em específico, descompensação da insuficiência cardíaca).

Torna-se fundamental mais estudos nesta área e com amostras superiores, e talvez um desenho de estudo diferente, como por exemplo um ensaio clínico com um grupo de controlo.

## BIBLIOGRAFIA

- Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação Respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(1), 67–76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>.
- Barbosa, P. J.M., Ribeiro, C., Vieira, M., & Machado, P. (2024). Componentes centrais dos programas de reabilitação cardíaca na pessoa submetida a cirurgia cardíaca: uma Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 7(2), e385. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.385>.
- Borges, M. G. B., Borges, D. L., Ribeiro, M. O., Lima, L. S. S., Macedo, K. C. M., & Nina, V. J. D. S. (2022). Early Mobilization Prescription in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Systematic Review. *Brazilian journal of cardiovascular surgery*, 37(2), 227–238. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2021-0140>.
- Bushman, B. A. (2018). Developing the P (for Progression) in a FITT-VP Exercise Prescription. *ACSM'S Health & Fitness Journal*, 22(3), 6–9. <https://doi.org/10.1249/FIT.0000000000000378>.
- Cerol, P., Martins, J., Sousa, L., Oliveira, I., & Silveira, T. (2019). Mobilização precoce em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 49–58. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.07.4563>.
- Delgado, B., Lopes, I., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B., & Novo, A. (2019). Modulação cardíaca pelo exercício físico na pessoa com insuficiência cardíaca descompensada – relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 65–73. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4583>.

Edney, J., McDonall, J., Khaw, D., & Hutchinson, A. F. (2024). Uso de dispositivos vestíveis para monitorar a atividade pós-operatória após cirurgia cardíaca: uma revisão sistemática de escopo. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(7), 697–710. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae054>.

Figueiredo, M.C. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI, (2), 102-107. <http://hdl.handle.net/10400.15/2590>.

Gagnier, J. J., Riley, D., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Kienle, G., & CARE Group (2013). The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Deutsches Arzteblatt international*, 110(37), 603–608. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0603>.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação, criar novos caminhos*. Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da Saúde: 2022*. Instituto Nacional de Estatística.

Loureiro, M., Duarte, J., Sola, E., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). Programa de reabilitação cardíaca domiciliar da pessoa transplantada ao coração: Relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 42–49. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.5.5771>

Martins, R., Fernandes, J., Martins, S., Carvalho, N., & Batista, S. (2021). Eficácia da reabilitação cardíaca na qualidade de vida da pessoa: revisão integrativa da literatura. *Servir*, 2(01), 83–93. <https://doi.org/10.48492/servir0201.2585>.

Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS | IPS.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20a%20cademica%20em%20enfermagem.pdf>.

Oliveira, A., Costa, D., Teodoro, E., Pereira, W., & Miranda, V. (2016). Reabilitação cardíaca fase III em pacientes submetidos ao transplante cardíaco. *Ver Bras Fisiol Exerc*, 15(2). <https://doi.org/10.33233/rbfe.v15i2.147>.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumental>.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória* (Cadernos OE, Série 1, 10). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o%20respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o%20respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação: Reabilitação cardíaca*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Fichas formativas: Doença cardiovascular*. OMS. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

Pestana, S. M. da C., Vermelho, A. C. M. A., & Martins, M. M. F. P. da S. (2023). Ganhos com o programa de reabilitação e ensino à pessoa com insuficiências cardíacas (Programa REPIC).

*Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e213.

<https://doi.org/10.33194/rper.2023.213>.

Queirós, P. J. P., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164.

[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2477&id\\_revista=24&id\\_edicao=68](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68).

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. (2019). *Diário da República: Série II, n.º 85 de 03/05/2019*, 13565-13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019122216893>.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <https://spc.pt/Manual-Apoio-EnfermagemPatologia-Cardiovascular.pdf>.

Scarpine Malheiros, N., das Neves Timóteo, A. C., Veiga da Silva, M., dos Santos Pereira, L., da Costa Nogueira Cerqueira, L., & Peres Sampaio, C. E. (2021). Os benefícios das orientações de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Global Academic Nursing Journal*, 2(2), e140. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200140>

Silva, A. C. B., Yamada, K. A., Montezuma, R. V. M., Oliveira, M. V. de, & Belfort, R. L. de A. (2024). Valvopatias mitrais: fisiopatologia, diagnóstico e manejo clínico no contexto brasileiro. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(4), e72316. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-441>.

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>.

Sumin, A. N., Oleinik, P. A., Bezdenezhnykh, A. V., & Bezdenezhnykh, N. A. (2022). Factors Determining the Functional State of Cardiac Surgery Patients with Complicated Postoperative Period. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4329. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074329>.

Ventura, A. & Queirós, P. (2016). A Enfermagem de reabilitação e o Utente submetido a Cirurgia Toraco-Abdominal. En Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Resultados de Investigação* (p.95-115). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (PDF) [A Enfermagem de Reabilitação e o Utente Submetido a Cirurgia Toraco-Abdominal](#).

Yau, D. K. W., Underwood, M. J., Joynt, G. M., & Lee, A. (2021). Effect of preparative rehabilitation on recovery after cardiac surgery: A systematic review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 64(2), 101391. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.03.014>.

Zhang, Q. L., Ge, M., Chen, C., Fan, F. D., Jin, Y., Zhang, N., & Wang, L. (2023). Comparison of Effects of Liuzijue Exercise and Conventional Respiratory Training on Patients after Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Chinese journal of integrative medicine*, 29(7), 579– 589. <https://doi.org/10.1007/s11655-023-3637-9>.

.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I Consentimento Informado**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>3</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>4</sup>

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

**Título do estudo:** ... Referir o título do estudo

**Enquadramento:** ... O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade nomear, no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do(a) Professor(a) nomear e do(a) Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação nomear.

**Explicação do estudo:** ... Solicita-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados instrumentos/testes de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no estudo de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre nomear o (s) diagnóstico(os) de enfermagem de reabilitação, contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** ... A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

**Confidencialidade e anonimato:** ... Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

... [agradecimentos e identificação do/a estudante – nome, contacto telefónico, endereço electrónico]

**Assinatura/s:** .....

*Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.*

*Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

---

<sup>3</sup> <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

<sup>4</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

