ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

A pessoa sob a ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório

Margarida Campos

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

A pessoa sob a ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório

Margarida Campos

Professora Cristina Saraiva

2015

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.

Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff (2004)

AGRADECIMENTO

Porque nestas longas páginas se espelha um percurso, não poderiam faltar palavras sentidas de um profundo agradecimento a todos os intervenientes que, direta ou indiretamente, me ajudaram a cumprir os meus objetivos académicos e a realizar mais esta etapa da construção da minha identidade profissional.

Á Professora Cristina Saraiva, orientadora deste percurso, pelo incentivo, compreensão e disponibilidade, desde a fase de projeto, durante o período de estágio e ao longo da construção deste relatório. Obrigada!

Aos profissionais de saúde dos locais onde foi realizado o estágio, independentemente da sua categoria profissional, que me receberam como mais um elemento nas suas equipas e com quem aprendi novas formas de ser Enfermeira. Obrigada! Á Enfermeira Sandra Pereira. Um muito Obrigada!

A todos os colegas de Mestrado que traçaram um percurso paralelo ao meu, mas em especial á Maria João Morais, á Marta Esteves e á Sandra Gomes com quem esse percurso se cruzou tantas vezes, nas dúvidas, medos e reflexões. Obrigada!

Á minha chefe de serviço pela disponibilidade no ajuste do horário de trabalho que permitiu a frequência das aulas e do período de estágio. A todos os colegas de trabalho que contribuíram para adequação do meu horário, aos que louvaram a vontade de continuar a aprender e incentivaram nos momentos de maior dificuldade, em especial aqueles que são também amigos do coração: Ana Rita Alcântara, Lucília Martins, Rui Félix e o Francisco Martins. Obrigada!

Á minha família, percursora da vontade de continuar um caminho que se faz a andar, onde nunca se para de aprender. Um agradecimento especial a alguém que já não vai ler estas palavras, porque nos deixou durante este percurso, mas que transparecia no olhar o orgulho de uma neta que não estagna. Obrigada Avó Zulmira!

Aos homens da minha casa, David e Xavier, aos quais roubei tanto tempo da minha presença, mas que compreenderam a necessidade individual e me encheram da força, determinação e tranquilidade, que tantas vezes me faltaram. Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARDS - *Acute Respiratory Distress Syndrome*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CMER - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE - Ordem dos Enfermeiros

PER - Processos de Enfermagem de Reabilitação

PF - Projeto de Formação

PPQCE - Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR - Reabilitação Respiratória

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

URR - Unidade de Reabilitação Respiratória

VMI - Ventilação mecânica invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A Ventilação Mecânica Invasiva é um dos motivos para o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. Apesar da sua importância, ela não é isenta de riscos, associados ás complicações que decorrem da via aérea artificial e da imobilidade no leito, que conduzem ao aumentos dos custos, das sequelas e das taxas de mortalidade, pelo que, o processo de desmame ventilatório, deve ser tido em conta precocemente. Assim, com o objetivo de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação foi selecionada a problemática: "*A pessoa sob ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório".*

O estágio permitiu concluir o que a revisão da literatura já evidenciava: é possível delinear planos de reabilitação que potenciem o processo de desmame ventilatório. Devem conter intervenções de Reeducação Funcional Respiratória, direcionadas para a otimização do padrão ventilatório e o regresso á ventilação espontânea. Podem iniciar-se antes da entubação traqueal, reduzindo a sua necessidade ou contribuindo para a adaptação a Ventilação Não Invasiva; podem continuar perante modalidades ventilatórias controladas ou assistidas, promovendo a sincronia ventilatória, a permeabilidade das vias aéreas e mobilização de secreções. Deve continuar durante a ventilação espontânea com tubo em T e após a extubação traqueal, como prevenção da reentubação e durante a preparação para a alta. Mas devem também contemplar Reabilitação Motora que contribua para a preservação das capacidades funcionais prévias, reduzindo as complicações decorrentes da imobilidade. Devem contemplar treino global, com ênfase na alternância de decúbitos, na mobilização articular, no fortalecimento dos músculos respiratórios por treino dos membros superiores e inferiores, na estabilização do tronco/treino de equilíbrio, nas transferências e na marcha, promovendo o regresso da autonomia para o Autocuidado.

Palavras-chave: Unidade de Cuidados Intensivos, Ventilação Mecânica Invasiva, Desmame Ventilatório, Reabilitação Respiratória, Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

ABSTRACT

The Invasive Mechanical Ventilation is a major reason for hospitalization in Intensive Care Unit. Despite its importance, it is not without risks, associated with complications resulting from the artificial airway and immobility in bed, leading to cost increases, the sequelae and mortality rates, so the weaning process , it must be taken into consideration early. Thus, in order to develop skills of Rehabilitation Nurse was selected the problem: "The person under invasive mechanical ventilation: intervention Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing throughout the weaning process.

The internship allowed to conclude what the review of the literature already evident: it is possible to outline rehabilitation plans that enhance the weaning process. Must contain interventions Functional Respiratory Re-education, aimed to optimize the ventilatory pattern and return to the spontaneous ventilation. They can begin before tracheal intubation, reducing their need or contributing to adaptation to Non-Invasive Ventilation; can continue before controlled or assisted ventilation modes, promoting ventilation sync, the permeability of airways and mobilization of secretions. Should continue during spontaneous ventilation with T-tube and after tracheal extubation, as prevention of reintubation and during preparation for discharge. Nevertheless, should also contemplate Motor Rehabilitation that contributes to the preservation of previous functional capabilities, reducing the complications of immobility. They must meet global practice, with an emphasis on alternating decubitus in joint mobilization, strengthening of respiratory muscles by training of the upper and lower limbs, the trunk stabilization / balance training, transfers and gait, promoting the return of autonomy to Self-care.

Keywords: Intensive Care Unit, Invasive Mechanical Ventilation, Ventilatory Weaning; Pulmonary Rehabilitation; Rehabilitation Nurse.

ÍNDICE

Pág.

1. INTRODUÇÃO……. 11

2. DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS…….. 21

2.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista……..... **21**

2.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação……..... **38**

3. AVALIAÇÃO…… 62

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS…….. 65

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..... 68

APÊNDICES & ANEXOS

APÊNDICE A - Projeto de Formação

APÊNDICE B - Técnicas de reabilitação aplicadas no decurso do processo de desmame ventilatório

APÊNDICE C – Planeamento do período de estágio

APÊNDICE D - Jornais de Aprendizagem da ECCI

APÊNDICE E - Jornais de Aprendizagem da UCI

APÊNDICE F - Processos de Enfermagem de Reabilitação – UCI

APÊNDICE G - Processos de Enfermagem de Reabilitação – ECCI

APÊNDICE H - Norma do Cateter Arterial (construída em colaboração com a equipa do local de estágio)

APÊNDICE I - Instrumento de Apoio ao utente com Insuficiência Cardíaca: Estratégias de Conservação de Energia

APÊNDICE J - Instrumento de Apoio ao utente com AVC: Reeducação dos músculos da face após parésia facial

APÊNDICE K - Instrumento de Apoio ao utente com fratura da anca: Exercícios de Reabilitação no pós-operatório de fratura do colo do fémur

APÊNDICE L - Layout do Guia de Recolha De Dados e Planificação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Processo de Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE M - Folheto elaborado para a UCI: Como utilizar o espirómetro de incentivo

APÊNDICE N - Reabilitação na doença respiratório crónica: abordagem na Fibrose Quística

APÊNDICE O - Plano de Preparação para a Alta de utente com Fibrose Quística

ANEXO A - Norma do desmame ventilatório – UCI

ANEXO B - Norma da extubação endotraqueal – UCI

ANEXO C - Formulário de Observação da “Campanha de Higienização das Mãos”

ANEXO D - Folha de registos de Enfermagem de Reabilitação da UCI…

ANEXO E - Layout do aplicativo de registos de Enfermagem da RNCCI (Gestcare CCI)

ANEXO F - Fichas de apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências – UCI

ANEXO G - Fichas de apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências – ECCI

1. INTRODUÇÃO

A sociedade dos dias de hoje exige uma Enfermagem atual fundamentada numa constante revisão dos conhecimentos, conciliando teoria e prática, numa simbiose que sustente a prática baseada na evidência. Craig e Smyth (2002), defendem que os enfermeiros devem procurar a evidência e aplicá-la, pois o conhecimento não tem valor se não for posto em prática, tal como se mostra inadequada uma prática sem bases no melhor conhecimento. É nesta interação entre conhecimento e prática fundamentada que o enfermeiro desenvolve novas competências complementando a aprendizagem, a experiência profissional e tornando-se perito em áreas específicas.

A frequência do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMER), ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surgiu como veículo para o desenvolvimento de competências, assente nos princípios da formação de adultos que fomenta o autodesenvolvimento pessoal e profissional, que espelhem a ideia presente nas palavras de Gomes (2006) quando afirma que

> *a competência resulta de conteúdos de múltiplos saberes afins às diferentes áreas de conhecimento, mas ultrapassa a aquisição desses saberes. Implica a capacidade de questionar a natureza do conhecimento, de mobilizar, transferir e adequar ao contexto singular da prática de cuidados, tendo presente que a competência dos profissionais de enfermagem (…) situa-se verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação, ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio.* (p. 194)

O presente Relatório de Estágio enquadra-se na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, previsto no plano de estudos do curso supracitado. Tem como ponto de partida o Projeto de Formação (PF) (Apêndice A) previamente elaborado e tem como finalidade a descrição analítica do percurso formativo decorrido ao longo dos contextos de estágio sistematizando as vivências experienciadas, as aprendizagens e as competências desenvolvidas.

Através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva espera-se conseguir espelhar como os conhecimentos, resultantes da pesquisa efetuada aquando da construção do PF, foram mobilizados para o contexto da prática de cuidados, em

contexto de estágio, bem como as elações resultantes dessa interação entre teoria e prática que contribuíram para a construção de um novo patamar de competência.

Ao longo dos últimos oito anos, que corresponde a toda a minha carreira profissional, desempenhei funções de Enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital da Grande Lisboa. Com o intuito de continuar a prestar cuidados de Enfermagem neste contexto de saúde, pareceu-me relevante identificar uma problemática deste contexto que possa explorar à luz da Enfermagem de Reabilitação (ER) e que me permita desenvolver competências que permitam potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

As Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) popularizaram-se. São infraestruturas hospitalares que se destinam à prestação de cuidados clínicos complexos, ativos e permanentes a pessoas em situação de ameaça ou de falência real das suas funções vitais, estando, para tal, dotadas de pessoal e equipamento próprios, capazes de executar técnicas e manobras conducentes ao diagnóstico, monitorização, suporte e tratamento. O suporte ventilatório invasivo por falência da ventilação autónoma é um dos principais motivos para o internamento em contexto de UCI (Sousa et al, 2012).

A importância desta terapêutica tem vindo a crescer desde o início do seu uso, revelando-se uma das principais ferramentas no tratamento de insuficiência respiratória (Damasceno et al, 2006), já que substitui o trabalho respiratório enquanto se processa a reversão dos processos patológicos que desencadearam a sua necessidade, bem como a permite a recuperação da função pulmonar. No entanto, não é isenta de riscos (Vaz et al, 2011), pois o seu uso prolongado aumenta o risco de complicações que prolongam o período de internamento e fazem persistir a necessidade de suporte ventilatório, conduzindo a um aumentos dos custos, das sequelas e das taxas de mortalidade (Duarte et al, 2012; Oliveira, José & Dias, 2006).

Vaz et al (2011) documentam sequelas decorrentes do internamento prolongado em UCI em múltiplos sistemas orgânicos (neuromusculares; osteoarticulares, lesões secundárias à via aérea artificial, descondicionamento central e periférico, síndroma ventilatório restritivo, sequelas psico-emocionais), bem como, um impacto significativo sobre a capacidade funcional, a perceção da qualidade de vida e do estado geral de saúde, mesmo um ano após o internamento.

Das complicações associadas à ventilação mecânica invasiva emergem, para os mesmos autores, a disfunção dos mecanismos da higiene traqueobrônquica (aumento e alteração das características das secreções, disfunção mucociliar, tosse ineficaz); diminuição da expansibilidade torácica; a alteração da relação ventilação/perfusão (aumento da desproporção ventilação/perfusão e do espaço morto); a lesão mecânica das vias aéreas (de contacto com o tubo endotraqueal, e barométricas pela pressão positiva); o aumento do risco de infeção; e o descondicionamento dos músculos respiratórios (Vaz et al, 2011).

Sousa et al (2012) identificam também a diminuição da performance ou mesmo a parésia muscular dos músculos respiratórios (principalmente o diafragma) como a principal complicação da ventilação mecânica, acompanhada do barotrauma, da infeção, da pneumonia, da atelectasia e da oclusão do tubo endotraqueal. Lisboa, Medeiros, Alegretti, Bandalotto & Maraschin (2012) sustentam ainda que "as complicações decorrentes do uso da ventilação mecânica variam em intensidade de acordo com a doença de base, o tempo de permanência em prótese respiratória, o modo e a técnica ventilatória" (p.19).

Por tudo isto, a ideia de Oliveira et al. (2006) ganha relevância quando sustenta que é necessário abreviar o tempo que a pessoa está submetida à ventilação mecânica invasiva (VMI). Assim sendo, o processo de desmame ventilatório, deve ser tido em conta desde o início da instituição desta terapêutica, de modo a ser iniciado de forma célere.

Entende-se por desmame o processo de descontinuidade do suporte ventilatório, em que se realiza, segundo Pereira, Oliveira, Amâncio & Moraes (2013), a "transição da Ventilação Mecânica para respiração espontânea, de forma abrupta ou gradual que deve ser realizado o mais rápido possível, com planejamento adequado e seguro"(p.501), muito embora se possa considerar que o processo de desmame é "um contínuo desde o momento da intubação até à alta hospitalar" (Vaz et al, 2001, p. 302).

Pereira et al (2013, p.504) identificam quatro fases no processo de desmame ventilatório: as duas primeiras referem-se à redução dos parâmetros ventilatórios de forma a dar início à respiração espontânea; a terceira refere-se à colocação em modalidade de CPAP ou tubo T; a quarta fase diz respeito à extubação.

Menezes et al (2013) sistematizam, no seu estudo, as intervenções do enfermeiro generalista aquando deste processo que, quando aplicadas, garantem um retorno à ventilação espontânea mais seguro e eficaz: avaliação do nível de consciência, padrão respiratório e cardiovascular; nível de atividade física; ingesta e estado nutricional; gasometria arterial; dependência psicológica à ventilação mecânica; compreensão do paciente e da família relativa ao processo de desmame; posicionamento do paciente; controlo da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal ou traqueostomia; aspiração endotraqueal e sinais de paragem cardiorrespiratória. No entanto, esta abordagem pode não ser suficiente quando se pretende otimizar o processo de desmame e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) pode ter uma papel relevante neste processo.

Assim, surgiu a problemática central do PF desenvolvido no decorrer deste percurso académico: *A pessoa sob ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório.*

Para aprofundamento dos conceitos referentes à temática abordada procedeu-se a pesquisa bibliográfica que permitisse identificar a melhor evidência. Para tal recorreu-se à plataforma EBSCO através das bases de dados MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, bem como na PubMed e na SciELO, utilizando as palavras-chave, com respetiva indexação a cada base de dados: Unidade de Cuidados Intensivos/ Intensive Care Unit; Ventilação Mecânica/ Mechanical Ventilation; Desmame Ventilatório/ Ventilatory Weaning; Reabilitação Respiratória/ Pulmonary Rehabilitation; Enfermeiro Especialista de Reabilitação/ Rehabilitation Nurse.

Ambrosino (2012) reforça o crescente reconhecimento da importância dos Programas de Reabilitação dirigidos a doentes com curtos ou longos internamentos em UCI com intuito de prevenir complicações como a diminuição da força muscular ou o descondicionamento, bem como as complicações decorrentes da imobilidade prolongada ou a dependência da ventilação mecânica, melhorando a capacidade residual, diminuindo a necessidade de novos internamentos e melhorando a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida, contribuindo para um menor défice funcional após a alta hospitalar. Os mesmos autores afirmam ainda que a mobilização

precoce e a manutenção da força muscular pode reduzir o risco de desmame difícil, dificuldade de locomoção e limitar a dependência da ventilação mecânica (Ambrosino, 2012), pelo que, em virtude da sua eficácia, na maioria dos países desenvolvidos, a reabilitação está já integrada nos cuidados gerais obrigatórios aos doentes internados em UCI (Maczka, 2011 e Vaz et al, 2011).

Ainda assim, a literatura reflete a controvérsia em torno do verdadeiro impacto clínico da Reabilitação no processo de desmame ventilatório, no contexto de uma UCI (Maczka, 2011 e Vaz et al, 2011). Por um lado alguns estudos asseguram a relação custo-efetividade enquanto outros referem não haver relação estatística que o demonstre; por outro lado, alguns autores reforçam que a sua eficácia varia muito de acordo com a duração da sua aplicação e com a experiência de quem a implementa (Maczka, 2011). Vaz et al (2011) que sustentam ainda que a heterogeneidade das opções metodológicas (população, intervenções e resultados) para avaliação do verdadeiro impacto da reabilitação no desmame ventilatório pode estar na origem desta controvérsia.

A ER, definida por Stryker (1977, citado por Hoeman, 2000) como “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estádio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida” (p.3), pode implementar intervenções de reabilitação, abrangentes mas individualizadas que permitam maximizar a funcionalidade da pessoa, capacitando-a para a participação no seu processo de tratamento, a caminho da independência.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reforça que a intervenção do EEER passa por “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores” implementando processos de aprendizagem, ao longo de todo o ciclo vital da pessoa e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.11). As estratégias delineadas colocam em prática técnicas específicas de reabilitação que permitam

> promover o diagnóstico precoce e ações preventivas (...) 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 (...) (OE, 2010b, p.1).

As complicações associadas à VMI já sistematizadas anteriormente, associadas à diminuição da força muscular generalizada e às complicações decorrentes da imobilidade pela permanência prolongada no leito podem ser identificados como focos de atenção do EEER. O Enfermeiro Especialista nesta área pode planear e implementar intervenções de reabilitação respiratória e motora que possibilitem a manutenção das capacidades remanescentes e a recuperação das capacidades diminuídas ou perdidas, potenciado assim o processo de desmame ventilatório e a consequente autonomia funcional e capacitação para a participação social.

De acordo com Sousa, Duque & Ferreira (2012), o EEER pode desenvolver a sua intervenção junto da pessoa internada em contexto de UCI, sob VMI, ao longo das várias etapas do tratamento: desde a prevenção da necessidade de entubação traqueal; durante instituição da terapêutica, tanto nas modalidades controladas como nas assistidas; na fase de desmame ventilatório; na prevenção da necessidade de reentubação; e na preparação para a alta; no sentido de preservar as capacidades remanescentes e contribuir para a máxima recuperação. Esta intervenção deve ter um início precoce e prolongar-se ao longo de todo o tratamento, aplicando técnicas de reabilitação de acordo com a capacidade de colaboração da pessoa.

Em 2010, França, Apolinário, Velloso & Parreira, elaboraram uma revisão sistemática a literatura que procurava identificar as implicações da Reabilitação em UCI. Os programas analisados, por estes autores, nos sete artigos apresentam formulações muito variadas, mas incidem essencialmente no treino global, com ênfase na alternância de decúbitos, na mobilização articular precoce, no fortalecimento dos músculos respiratórios por treino dos membros superiores e inferiores, na estabilização do tronco/treino de equilíbrio, nas transferências e na deambulação. Da análise dos vários artigos puderam inferir que existe benefício comprovado na intervenção precoce em fatores como capacidade de deambulação; força da musculatura em geral e dos músculos respiratórios em particular; e melhoria funcional na realização das atividades de vida diária (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010). Sousa et al (2012) identificam as técnicas de reabilitação a aplicar ao longo

das várias fases do desmame ventilatório e os seus objetivos terapêuticos, na dimensão psicológica e funcional (Apêndice B).

Muito embora a temática central deste relatório se desenvolva em torno dos conceitos espelhados anteriormente, ele não se esgota nela. A problemática da doença crónica ou das complicações que decorrem dos desvios á saúde, bem como o envelhecimento populacional, contribuem para que as questões da reabilitação não se resumam ao contexto de internamento hospitalar e ganhem cada vez mais força em contexto comunitário e domiciliário. Neste sentido e de forma a permitir um desenvolvimento de competências mais abrangente aos diferentes contextos de cuidados e necessidades de reabilitação, diversificaram-se os contextos da prática de cuidados para realização do estágio.

Posto isto, propuseram-se como objetivos gerais deste percurso académico:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, ao longo do processo de desmame ventilatório.
- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da pessoa em contexto comunitário/domiciliário.

O presente Relatório de Estágio segue as quatro linhas orientadoras do quadro de referência adotado para servir de base ao PF: o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista; o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação; a Teoria Geral do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2010a) decorrem do aprofundamento das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e são comuns a todos os EE, fomentando o juízo crítico e a tomada de decisão. Englobam quatro domínios de competências (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) que são transversais a todo o PF e tidos como relevantes em todos os objetivos e atividades delineadas.

Na visão da OE (2011) patente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, o enfermeiro desta especialidade "previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem déficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade" (p. 3), ajudando a construir uma forma alternativa de viver em pleno de acordo com a nova situação vivenciada. Enfatiza nos enunciados descritivos, que, na procura da excelência do exercício profissional, o EEER deve ter em conta a importância da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional e da organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

Esta visão converge para o Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2010b) que sistematiza a intervenção no âmbito desta especialidade em três dimensões: cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, em todos os contextos da prática dos 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.

A Teoria Geral do Défice de Autocuidado construída por Dorothea Orem em 1952, baseia-se na articulação entre três conceitos teóricos fundamentais: o Autocuidado, o Défice de Autocuidado e os Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001). Na visão desta teórica, o autocuidado prende-se com "a prática de atividades que se (…) iniciam e desempenham (...) em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal" (Taylor, 2004). A capacidade de a pessoa se responsabilizar pelo autocuidado designa-se de ação de autocuidado, podendo esta estar afetada por fatores condicionantes (Foster e Bennet, 2000). Para Orem (1991) citada por Foster e Bennet (2000), a demanda de autocuidado prende-se com a totalidade de "ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher as exigências conhecidas de autocuidado, usando métodos válidos e conjunto de operações e ações relacionadas" (p.84).

A intervenção de enfermagem torna-se relevante quando existe um desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade de autocuidado, que origina défice de autocuidado. Esta intervenção é desenvolvida através de três sistemas de enfermagem: totalmente compensatório (o enfermeiro assume a responsabilidade pela efetiva execução das atividades que deem resposta às carências de autocuidado); parcialmente compensatório (o enfermeiro ainda é necessário para executar algumas atividades, mas a pessoa já é capaz de dar resposta a outras ou alguém que preste cuidados dependentes); educativo e de suporte (a pessoa é potencialmente capaz de satisfazer as suas carências de autocuidado, mas necessita de apoio e ensino fornecido pelo enfermeiro).

A pessoa internada em contexto de UCI, submetida a VMI vê a sua capacidade para o autocuidado fortemente limitada, seja pela necessidade de internamento fora do seu contexto habitual, seja pela incapacidade de respirar de forma autónoma e limitação da mobilidade, seja pela necessidade de estar sob sedação para melhoria da sua condição patológica; requerendo assim intervenção de enfermagem no que respeita aos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Ao longo da instituição da terapêutica com VMI e respetivo processo de desmame ventilatório, o EEER poderá implementar os três tipos de sistemas de enfermagem descritos, atendendo à evolução da pessoa e respetiva capacidade para o autocuidado. Esta ideia aparece sustentada num estudo desenvolvido por EEER na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Pereira, 2014), em que foram inquiridos nove (9) EEER no sentido de identificar as competências destes em UCI. Estes especialistas apontaram o modelo proposto por Orem, especialmente no que respeita aos sistemas de enfermagem, como um dos fatores de desenvolvimento de competências para o EEER, reforçando que

> a ação do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos é enquadrada no sistema de enfermagem totalmente compensatório, no qual o enfermeiro de reabilitação realiza o autocuidado pelo doente. Na fase em que o doente começa a despertar da sedação (…) o enfermeiro compensa a incapacidade do doente através do sistema parcialmente compensatório. É dada grande importância ao sistema de apoio-educação e considerado o papel formativo do enfermeiro de reabilitação como imprescindível (…) (Pereira, 2014, p. 68)

O PF delineado foi implementado através de um estágio de 18 semanas entre 29 de Setembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015. Este período foi distribuído por dois locais de estágio, cada um com 9 semanas de duração: numa UCI de um Hospital da Grande Lisboa que decorreu entre 29 de setembro e 30 e Novembro de 2014; e numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC), de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Grande Lisboa no período compreendido entre 1 de Dezembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015 (Apêndice C).

A seleção dos campos de estágio obedeceu a vários fatores: primeiramente foram tidas em consideração as disponibilidades facultadas pela ESEL; de entre estas, foram selecionados uma UCI que permitisse observar a prestação de cuidados de reabilitação a pessoas submetidas a VMI, e uma ECCI que permitisse a observar a prestação de cuidados á pessoa em contexto domiciliário, com afeções diversificadas.

No que diz respeito à estrutura, o presente documento encontra-se dividido em quatro partes. Inicia-se com esta introdução que tenta sistematizar a relevância da temática, os objetivos a alcançar e, com eles, as competências a desenvolver; a filosofia de cuidados que lhe serve de guia; bem como o contexto da prática de cuidados em que foi operacionalizado. O segundo capítulo prende-se com a descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos e das competências do EEER emanadas pela OE e que me propus desenvolver, acompanhada de análise e reflexão á luz dos conceitos atuais para a Enfermagem. Segue-se o capítulo da avaliação que sistematiza os pontos fracos e fortes relevantes para este processo formativo. O quarto capítulo diz respeito ás considerações finais e plano para o futuro onde se espelha avaliação pessoal do percurso formativo, bem como os contributos para o percurso profissional após o seu término.

2. DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Schiefer et al (2006), citado por Ferrito (2010) sustentam que a elaboração de um relatório final de projeto constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo que, a sua principal vantagem reside em "sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento." (p. 32). Neste sentido, ao longo do presente capítulo, serão descritas as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências do EE, primeiro as comuns a todos os EE, seguidas das específicas da ER. A par desta descrição irá realizar-se uma reflexão sobre as situações vivenciadas, as dúvidas experimentadas e as aprendizagens que daí decorreram, bem como sobre o seu contributo para a construção da identidade profissional.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Seja qual for a área de especialidade, todos os EE partilham um grupo de domínios de competência que, segundo a OE (2010a), incluem "competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem" (p.2).

Da visão da OE emergem quatro domínios de competência transversais á atuação da enfermagem especializada, em Portugal, e que, para efeito do processo formativo que aqui se tenta demonstrar, foram considerados transversais a todo o projeto, e que serão analisados seguidamente.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O EE, no exercício das suas funções, deve demonstrar "um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica" (OE, 2010, p. 4) que se fundamente na ética e deontologia da profissão e prime pela avaliação sistemática das melhores práticas e pelo respeito dos direitos humanos e pelas preferências do cliente.

A integração na equipa multidisciplinar e o conhecimento da organização e gestão dos recursos do contexto de cuidados surgiu como uma forma de desenvolver uma prática profissional assente na responsabilidade para com as pessoas de quem cuidei, bem como para com os restantes membros da equipa, reconhecendo o papel de cada um no processo de cuidados.

Na UCI realizou-se uma entrevista prévia á Enfermeira Chefe e á EEER do serviço, ainda aquando da elaboração do PF, no sentido de conhecer a dinâmica da atuação do EEER neste contexto que se pretendia que fornecesse conteúdo da prática para abordagem á temática central. Posteriormente, aquando do início do estágio, foi realizada uma reunião informal, com as mesmas intervenientes onde foi apresentado o PF, de forma a ser validada a sua execução e readequado ao contexto da unidade em caso de necessidade, pois Ferrito (2010) sustenta que a equipa do projeto é também constituída pelo docente orientador, o enfermeiro orientador e o chefe do serviço. Nesta reunião foi-me também explicada, sumariamente, a organização e funcionamento da UCI; sendo complementada com uma visita guiada, de forma a melhor conhecer o espaço físico, o equipamento e materiais de apoio disponíveis, bem como os profissionais que nele trabalham.

No decurso do estágio foi organizada pela equipa médica uma sessão clínica de, e para, os seus elementos sob o mote "*UCI – ontem, hoje e amanhã*", á qual tive oportunidade de assistir. Nesta sessão clínica, sob a preleção do diretor clínico da UCI, foi possível perceber a origem da unidade, em 1986, e sua evolução até á data atual, perspetivando ainda os projetos para o futuro. Ambas as situações contribuíram

para uma melhor compreensão do contexto de estágio pois, por vezes não chega conhecer o agora. Olhar para o passado e para o futuro deste contexto pode permitir uma melhor compreensão e adequação das práticas e, assim, uma melhor integração.

A EEER disponibilizou-me protocolos, normas, manuais e folhas de registo em uso no serviço de forma a estar familiarizada com o processo clínico do doente e com a metodologia de prestação de cuidados adotada pelo serviço. Esta situação permitiu-me perceber precocemente que estava em vigor um procedimento sobre as intervenções a implementar aquando do desmame ventilatório e extubação dos doentes da UCI, de forma a uniformizar práticas que são, cientificamente, reconhecidas como seguras, mas que espelham também práticas que, não sendo consensuais no panorama científico, são suportadas pela experiência clínica desta equipa (Anexos A e B).

A cultura da Reabilitação está patente neste serviço há vários anos, especialmente no que se prende com o reconhecimento de que a Reabilitação Respiratória (RR) é essencial para uma recuperação mais rápida e eficaz de quadros de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Ao longo dos anos essa abordagem foi tendo moldes diferentes: seja através da presença de EEER nos serviços que desenvolveram exclusivamente cuidados de reabilitação; seja através da requisição dos cuidados de EEER da Unidade de Reabilitação Respiratória (URR); ou uma mistura desta duas realidades, que me pareceu ser o que se verificava de momento, devido a circunstâncias organizacionais. O panorama científico é consensual no que respeita á relevância da RR nos utentes dom doença respiratória crónica, mas não identifiquei informação que sustentasse uma ou outra abordagem em contexto de internamento hospitalar.

Do que pude observar, a presença constante do EEER no serviço de internamento permite uma conhecimento mais detalhado da individualidade do utente e a criação de uma relação de empatia fomentada pela continuidade da mesma pessoa no acompanhamento do processo. Por outro lado, no caso do doente crítico, pela sua instabilidade e necessidade de grande número de intervenções, a gestão do momento mais adequado para a intervenção pode estar mais dificultada, e a presença fixa do EEER pode facilitá-la. Simultaneamente, o leque de atividades desenvolvidas pode ser mais alargado, completo e individual (é possível aproveitar os momentos de

cuidados ao doente para implementar treino de AVD, estratégias de conservação de energia ou de tolerância ao esforço, por exemplo…) e a gestão do tempo de atividade e repouso mais facilitada.

As equipas de EEER da URR focavam a sua intervenção no programa de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), de forma mais curta, menos individualizada e com um leque de técnicas mais redutor, que não demonstravam a abrangência do papel do EEER preconizado pela OE. Talvez a sua intervenção estivesse condicionada por diversos fatores, como o desconhecimento da globalidade da situação do utente, pelo espaço físico fora do ginásio ou por questões relacionadas com a gestão de tempo e das solicitações para outros utentes.

Outro inconveniente identificado estava relacionado com os registos de ER efetuados. A EEER que tutorou o meu estágio escrevia a sua avaliação e as indicações para a continuidade dos cuidados pela equipa de cuidados gerais, nas notas de apreciação de enfermagem, embora houvesse uma folha própria para registos de ER; as enfermeiras da URR faziam registos mais elaborados mas a folha de registo não ficava no processo clínico do utente, acompanhava-as. Ora, sendo esta uma intervenção, frequentemente partilhada pelos EEER intervenientes nos dois panoramas, a continuidade do cuidados ficava comprometida pois não havia acesso á evolução da intervenção em cada uma das situações. Ainda assim, parece ser uma alternativa viável para manutenção de intervenção de RR, na impossibilidade de ter um EEER afeto ao serviço de forma mais permanente, pois permite que o utente beneficie da intervenção com maior frequência.

O segundo campo de estágio foi numa ECCI de uma UCC, integrada num ACES da região da Grande Lisboa. No início do estágio foi realizada a apresentação do PF á EEER para debate e readequação, já que o projeto pode ser alvo de reajustes em função do contexto, em caso de necessidade.

Como já referi anteriormente, toda a minha experiência profissional se desenvolveu em contexto de UCI. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são uma realidade longínqua com que me cruzei apenas em contexto académico quando lecionava o Curso de Licenciatura em Enfermagem, já lá vão cerca de 10 anos; pelo que essa falta de conhecimento sobre a realidade deste contexto de cuidados surgiu como um fator inibidor ou limitador da integração. Solicitei aos colegas do campo de estágio que

me explicassem sumariamente como estão organizados os CSP, mas não fiquei esclarecida: das conversas que tivemos surgiam siglas diversas e parecidas entre si (UCC, ECCI, ACES, URAP…) numa hierarquia que não é rígida nem constante para todos os locais e que não me facilitou a assimilação.

Ao que pude perceber, nos últimos anos, os CSP sofreram mudanças estruturais significativas que importava conhecer nesta fase de estágio em que integrava uma ECCI. Para colmatar esta lacuna investi na pesquisa bibliográfica através da legislação que regulamenta esta temática, sendo que emergiram dois documentos como mais relevantes: o Decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro (cria e explicita a organização dos ACES) e o Decreto-lei 101/2006 de 6 de julho (regulamenta a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]). Concomitantemente, pesquisei qual o papel do EEER no seio dos cuidados comunitários e numa ECCI. Neste sentido, a OE elaborou um documento que nos elucida do papel da enfermagem (generalista e especializada) nos cuidados de saúde em contexto comunitário no seio dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), sendo que a informação recolhida foi alvo de jornal de aprendizagem (Apêndice D). Desta pesquisa importa reter que se entende por CCI

> o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (OE, 2009, p.4)

e que estes compreendem cuidados de várias dimensões, nomeadamente, “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social”, bem como “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”, pelo que incluem a prestação de cuidados paliativos (OE, 2009, p.4). Assim, os cuidados na comunidade ganham uma nova dimensão para a abordagem do EEER, sustentando a pertinência do estágio realizado.

Apesar desta intervenção poder ser implementada através de várias equipas ou instituições (Apêndice D), a ECCI foi o veículo aqui utilizado, para prestação de cuidados de ER em contexto domiciliário. Trata-se de uma

> equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (OE, 2009, p.7)

e que promove uma "avaliação integral (…) efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social"; e "apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais" (OE, 2009, p.7).

A realidade dos cuidados comunitários é bem distinta dos cuidados hospitalares: entramos num ambiente que não é o nosso, foge-nos o controlo dos tempos que definimos e dos recursos humanos e materiais que temos disponíveis. Se por um lado se mostrou constrangedor por achar que não conseguia fazer tudo aquilo que gostaria tendo os recursos a que estou habituada; por outro, espevita a criatividade, exigindo que façamos "mais com menos", procurando identificar com o utente, alternativas para poder fazer um mesmo exercício sem recorrer aos produtos de apoio para esse fim.

Ainda no que se refere a esta unidade de competência, importa refletir sobre a ética e a deontologia profissional aquando da prestação de cuidados de reabilitação. No exercício profissional da enfermagem, em cuidados gerais, o enfermeiro segue já o Código Deontológico, mas ao EE é ainda exigido um "exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica" (OE, 2010a, p.4) que respeite a individualidade, as preferências da pessoa cuidada e que prime pela implementação das melhores práticas, cimentadas na ética do cuidar.

A OE, ainda a este respeito, refere que o enfermeiro deve "exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (OE, 2012, p.72). No sentido de nortear a prática de cuidados, reflete no Código Deontológico da profissão (OE, 2012), os princípios éticos que fundamentam a intervenção de enfermagem e que estão também espelhados na visão de Hoeman (2011) no que respeita á abordagem do EEER: autonomia, não maleficência, beneficência, advocacia, veracidade, responsabilidade financeira (análise custo-

benefício), cuidado, sacralidade da vida, qualidade de vida, consentimento, confidencialidade, competência, valores.

A pessoa internada em UCI, vivencia um momento de incapacidade de autocuidado, com graves défices nos requisitos universais de autocuidado como a "inspiração suficiente de ar", requerendo a intervenção de enfermagem. Simultaneamente, muitos doentes estão impossibilitados de comunicar a sua vontade, seja por disfunção neurológica, por se encontrarem sob sedação ou sob VMI, o que dificulta quer o consentimento quer o dissentimento face aos cuidados, bem como o acesso ás suas crenças e valores no imediato (Correia, 2012). A pessoa fica desprovida da sua autonomia e da sua independência, sujeita a cuidados de "características e rotinas, muitas vezes rígidas e inflexíveis", caracterizados por uma visão paternalista do cuidar, e capazes de provocar á pessoa "desconforto, impessoalidade, dependência da tecnologia, isolamento social, falta de privacidade, perda de identidade, autonomia, dentre outros, rompendo bruscamente com seu modo de viver, que inclui suas relações e seus papéis" (Correia, 2012, p.26). Neste contexto de cuidados, o enfermeiro deve ser capaz, como refere Wilkin (2004) citado por Correia (2012, p.23), de "colocar o *focus* do cuidado nas necessidades específicas de cada doente crítico, mas unificando a dimensão tecnológica e holística no processo de cuidados"

Logo na fase inicial do estágio na UCI, deparei-me com uma situação que me fez emergir as questões éticas do processo de reabilitação: os utentes internados encontravam-se com franca instabilidade hemodinâmica e uma questão surgiu rapidamente no meu pensamento: que cuidados de reabilitação podemos oferecer a doentes instáveis? Podemos. Mas devemos? E quais? E quando?

Esta situação permitiu-me refletir sobre a decisão de intervir ou não, em determinadas situações. A pesquisa bibliográfica efetuada permitiu-me construir um jornal de aprendizagem (Apêndice E), que explora o conceito de tomada de decisão nos cuidados de enfermagem, generalistas e especializados. Desta pesquisa foi possível inferir que é necessário ponderar o risco-benefício da atuação de enfermagem, seguindo a ideia sustentada por Marques (2002) que demonstra um "reconhecimento cada vez maior, de que nem tudo o que é possível fazer deve ser feito" (p.10).

Ao EEER são reconhecidas competências de atuação autónoma na sua área de especialidade, mas a autonomia na tomada de decisão acarreta implicações: se por

um lado é uma liberdade, fundamentada nos conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos; por outro lado é uma responsabilidade que temos que assumir junto daqueles com quem se intervém, de que vamos fazer pelo outro o melhor possível, sem o prejudicar.

Também as questões relacionadas com a individualização dos cuidados e a vontade da pessoa surgiram durante este estágio, uma vez que, aceder á informação sobre as características individuais das pessoas cuidadas ou as suas determinações de cuidados não é fácil, nem através do próprio, nem mesmo através de pessoas significativas. Para colmatar essa lacuna tentou-se aproveitar todas as oportunidades de contacto com os familiares ou pessoas significativas e, simultaneamente, pesquisar através informações relevantes no processo clinico e, assim que o estado clinico da pessoa permitisse, indagar com o próprio a sua vontade, numa perspetiva de cuidados em parceria. Perante a falta de informação, assumiu-se sempre a advocacia da pessoa, primando pela mobilização dos princípios da atuação ética já referidos.

No segundo campo de estagio, em contexto de cuidados na comunidade, a questão da individualização dos cuidados ganhou ainda mais ênfase, já que o contexto de cuidados é o ambiente sociofamiliar da própria pessoa. Neste contexto, as fontes de informação para identificar as características individuais da pessoa estão mais presentes, seja através do próprio, quando as suas capacidades cognitivas o permitiam, seja através dos familiares, cuidadores ou pessoas significativas, seja pela observação das condições habitacionais e de salubridade.

Por outro lado, talvez também por estarem envolvidos no seu ambiente habitual, as pessoas de quem cuidei e seus cuidadores, pareceram-me mas interventivas no seu processo de cuidados, questionando sobre a sua situação clinica, as estratégias a implementar e os resultados esperados. Assim, permitiu-me constatar o potencial da ER na comunidade, no que respeita ao contributo para a implementação do plano de saúde de cada pessoa, independente da sua limitação ou dependência. Januário (2013) afirma na sua Dissertação de Mestrado “o cuidar não é entendido pela enfermagem de reabilitação como um ato individual, é antes um ato de reciprocidade, em que o projeto de saúde é construído em parceria, para desta forma contribuir decisivamente para a autodeterminação da Pessoa na construção do seu projeto de saúde de forma livre e responsável” (p.8).

Neste contexto emergiu ainda uma nova questão que não me era tão familiar: o alvo de cuidados não se resume á pessoa; este alarga-se á família ou cuidadores que surgem como parceiros determinantes no cuidado á pessoa, mas também como novos alvos de cuidados, pelo que, os princípios da ética do cuidar, não se aplicam apenas á pessoa mas aos que partilham o seu projeto de vida e que nele podem participar, devendo ser incluídos na sua construção.

Aquando da recolha de informação para estudo de cada caso e para elaboração dos Processos de Enfermagem de Reabilitação (PER) (Apêndice F e G) foi promovido o anonimato e o sigilo, simultaneamente, sistematizou-se apenas a informação tida como relevante para o planeamento e continuidade dos cuidados.

Apesar da experiência profissional prévia, a adaptação a novos contextos de trabalho, mesmo que em contexto de estágio, acarreta alguma ansiedade e expectativa, já que as competências de EEER estão em desenvolvimento, pondo em foco sobre as questões das responsabilidades profissionais. O modelo adotado para o processo de aprendizagem, assente nos princípios da supervisão clínica aplicada á enfermagem, que tem vindo a ser implementado tanto para integração de novos profissionais nos seios das equipas como para integração de alunos em contexto de estágio parece contribuir para que estes sentimentos se diluam. Nas palavras de Novo (2011) a Supervisão Clínica é entendida como

> um processo em que um profissional experiente sustenta, orienta, ajuda a reflectir e aconselha o estudante, na construção do seu conhecimento (…) representa, um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que tem como finalidade o desenvolvimento de conhecimentos, competências, o assumir progressivo de responsabilidades na prática diária e na tomada de decisão, com destaque à protecção e segurança nas situações clínicas mais complexas (p.23)

promovendo não só o processo de aprendizagem com ganho crescente de autonomia mas também a segurança da pessoa cuidada. Em ambos os campos de estágio, a EEER explicou ás pessoas a quem prestei cuidados, a minha condição de enfermeira em processo de aprendizagem e solicitada a sua colaboração nesse processo.

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

O desenvolvimento de competências no que diz respeito a este domínio deve assentar no reconhecimento de que esta "envolve análise e revisão das práticas (…) e, partindo dos resultados, implementa(r) programas de melhoria contínua", colaborando na "concepção e concretização de projetos institucionais" (OE, 2010a, p.6) de forma a tornar o ambiente de cuidados terapêutico e seguro, centrado na pessoa, "como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de acidentes" (OE, 2010a, p.7)

As questões subjacentes á qualidade de cuidados têm emergido com a mudança de paradigma em que o doente se torna cliente e os cuidados se tornam serviços, crescendo a visão de que melhorar a qualidade dos cuidados é promover a satisfação dos clientes. A qualidade de cuidados de saúde diz então respeito ao "tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes" (Donabedian, 1980 citado por Dias, 2014, p. 39).

A criação e implementação de projetos de melhoria de cuidados está muitas vezes dependente do próprio contexto. É necessário identificar questões sensíveis á necessidade de intervenção mas é também necessário que os seus intervenientes reconheçam essas questões como relevantes e a carecer intervenção. Em ambos os contextos de estágios inquiri as EEER acerca das necessidades de formação previamente identificadas nos serviços e nas quais eu poderia colaborar. Não foi sugerida nenhuma temática que eu pudesse desenvolver na integra, mas tive a oportunidade de colaborar em projetos em curso.

Na UCI, a EEER estava a desenvolver um procedimento que sistematizasse a evidência sobre os cuidados de enfermagem a ter na colocação, manutenção e remoção de sistemas de monitorização arterial. A EEER questionou-me acerca da

minha experiência nesta temática no meu contexto de trabalho, bem como outros colegas de outras UCI, e acabei por levar a cabo pesquisa bibliográfica que contribuiu para a construção da norma do serviço (Apêndice H).

Ainda na UCI, a EEER era a responsável pela implementação no serviço do Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (PPQCE), no que respeita aos programas de melhoria transversais implementados na instituição, nomeadamente no que respeita ás Quedas, Úlceras de Pressão e Higienização das Mãos; desempenhando simultaneamente o papel de elo de ligação entre o serviço e a coordenação do projeto. Já tinham sido implementadas estratégias de avaliação do risco de quedas e de desenvolvimento de Úlceras de Pressão, bem como procedimentos de intervenção para as duas situações, sob a coordenação da EEER. Esta era ainda elo de ligação á Comissão de Controlo de Infeção, implementando as diretrizes da Campanha de Higienização das Mãos e elaborando as auditorias periódicas deste projeto, nas quais pude colaborar através da aplicação do formulário próprio (Anexo C).

Embora eu não tenha colaborado na elaboração de nenhum projeto deste âmbito pude perspetivar o papel da EEER neste domínio, reconhecendo que a promoção da qualidade dos cuidados tem uma dimensão macro, através de projetos transversais, com implementação institucional ou nacional, mas que tem também uma dimensão micro, relacionada com as intervenções especificas que cada profissional implementa no sentido da melhoria da satisfação do cliente.

Ainda no primeiro campo de estágio, foi possível assistir a uma sessão clinica sobre *"Insuficiência Respiratória e Ventilação Invasiva*", dirigida á equipa médica e de Enfermagem da UCI. Esta sessão clinica teve como objetivo a revisão de conceitos, a abordagem a novas metodologias e equipamentos de ventilação, de forma a uniformizar linguagem e procedimentos de ambas as equipas de cuidados. Esta uniformização permite que todos os intervenientes partilhem do mesmo corpo de conhecimentos, limitando o erro e fomentando a segurança do doente.

Em contexto de ECCI, também foi possível participar em um Workshop organizado pelo ACES, sob a temática a "*Gestão da Humidade no leito da Ferida*" e a apresentação de novos produtos que promovem a gestão do exsudado. Apesar de não ser uma temática direcionada diretamente com os cuidados de reabilitação, diz

respeito á melhoria dos cuidados de saúde á pessoa cuidada pela ECCI, pois muitos dos utentes, tinham ou tiveram em algum momento, feridas de difícil cicatrização.

Ao contactar com os utentes em contexto domiciliário fui identificando necessidades de cuidados individuais de cada um mas também outras que me pareceram transversais aos utentes que partilhavam uma patologia ou uma condição de dependência. Nesse sentido e, partindo de uma situação concreta, foi-me possível desenvolver instrumentos que servissem de suporte aquele utente mas que pudessem também ser utilizados pelos enfermeiros com utentes com condições semelhantes (Apêndices I, J e K). Apesar de inicialmente não terem sido identificadas como necessidades formativas, as temáticas exploradas foram interpretadas pelos enfermeiros da ECCI como pertinentes para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os registos de enfermagem são um veiculo importante para a visibilidade do trabalho de reabilitação bem também para a continuidade dos cuidados e, de uma ou de outra forma podem também ser uma forma de promoção da melhoria continua da qualidade. Através dos registos podemos espelhar o que fazemos, quando fazemos e porque fazemos, bem como, o que os outros podem fazer para dar continuidade, transformando o ambiente de cuidados num ambiente terapêutico e seguro, e permitindo identificar áreas sensíveis á melhoria. Ao longo do estágio, num e noutro contexto, encontrei diferentes metodologias de elaboração de registos de EEER: em notas gerais, no processo físico, escrito á mão, em jeito de indicações para a continuidade de cuidados dos enfermeiros de cuidados gerais; em folha própria de registo da observação e intervenção de EEER que ora fica no processo físico da pessoa, ora acompanha os EEER; em sistema informatizado, através de linguagem CIPE; ou em sistema próprio de registo da RNCCI (Anexo D e E).

Também nesta dimensão me pareceu relevante o modelo de supervisão clínica adotado e já anteriormente referido. A visão experiente o EEER consegue detetar precocemente situações de risco, pois tal como sustenta Benner (2001) “a perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.” (p.58). Assim, permite um debate prévio á intervenção ou a correção permanente durante a mesma, promovendo um ambiente que limite os riscos

para a pessoa cuidada e que fomente a sua confiança, construindo um ambiente terapêutico e seguro.

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

A OE sustenta que o EE deve ser capaz de promover a "gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas" (OE, 2010a, p.8), simultaneamente, "adequa os recursos ás necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado á promoção da qualidade dos cuidados" (OE, 2010a, p.9).

Na UCI, a EEER desempenhava um papel relevante na organização da equipa, pois acumulava a prestação de cuidados diretos as pessoas internadas com a gestão dos recursos humanos e materiais, em conjunto com a Enfermeira Chefe do serviço. A observação de várias situações que decorreram durante o período de estágio permitiu-me perspetivar a interação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar no que diz respeito aos cuidados gerais e aos de reabilitação.

A equipa médica reconhece a relevância da intervenção do EEER e solicita os seus cuidados, seja através de uma ou outra modalidade referida anteriormente (a EEER do serviço ou da URR). Simultaneamente, solicita a opinião profissional do EEER como contributo á tomada de decisão, especialmente no que se refere á capacidade ventilatória e de tosse necessárias ao processo de desmame ventilatório e extubação. A EEER assiste á passagem de turno da equipa médica, podendo acedendo a informação emergente da discussão do caso clínico de cada utente e, simultaneamente, participa nela quando solicitada numa perspetiva de enfermagem.

O Fisioterapeuta afeto ao serviço aborda o EEER no sentido de perceber o estado geral dos utentes bem como na identificação de limitações ou constrangimentos previamente conhecidas, que possam condicionar a sua intervenção,

simultaneamente dão *feedback* da sua intervenção contribuindo para a continuidade dos cuidados. Nesta UCI a EEER incide a sua intervenção especialmente na RR, enquanto o Fisioterapeuta se foca na Reabilitação Motora. Esta divisão não é estanque e poderia suscitar atritos na atuação, mas a relação profissional pareceu-me cordial e, quando questionada sobre a situação de gestão dos cuidados a EEER frisou que, havendo duplicação dos cuidados, o utente pode ter a ganhar.

Os enfermeiros generalistas reconhecem no EEER um parceiro e um recurso á tomada de decisão, não só pela sua experiência profissional enquanto enfermeiro generalista e perito nesta área de cuidados, mas também no que se refere ás questões relacionadas com a área específica de reabilitação, tais como posicionamentos preferenciais ou a evitar; relação custo-benefício do levante em determinadas situações, etc.. Simultaneamente, a EEER está envolvida em vários grupos de trabalho que dizem respeito ás áreas de melhoria transversais e a projetos internos do próprio serviço, sendo também um recurso no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas, de situações ambíguas ou como contributo para elaboração de planos de intervenção nessas áreas.

Os EEER da URR, quando solicitados a intervir junto dos utentes internados na UCI, recorrem á EEER do serviço no sentido de encontrar contributos para a avaliação do utente, valorizando a sua visão da perspetiva da reabilitação mas também o seu conhecimento global da evolução continua do doente durante o internamento, devido á sua presença continua no serviço.

Os Assistentes Operacionais, a quem são delegas algumas tarefas, recorrem á EEER como suporte para esclarecimento de dúvidas e guiam a sua atuação por normas de atuação por ela desenvolvidas.

De uma forma geral, a interação da equipa multidisciplinar pareceu-me cordial e assertiva.

Na ECCI, a observação da interação multiprofissional foi mais limitada. Enquanto em contexto hospitalar os vários intervenientes se encontram num mesmo espaço físico em que cuidam da pessoa, neste contexto, os espaços físicos de interação são dispersos e a sua intervenção nem sempre é em simultâneo.

Além das equipas de Enfermagem que fazem a visitação domiciliária (uma EEER e uma ou duas Enfermeiras de cuidados gerais) a ECCI é também constituídas por um Médico e uma Assistente Social. Embora esteja previsto no Decreto-lei 101/2006 de 6 de julho, que procede á criação da RNCCI, e o Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril, que procede á regulamentação das UCC, que possa estar afeto a estas equipas um profissional de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, ou outros, nesta equipa, especificamente, eles não existiam.

A EEER visitava os utentes e seus cuidadores com a periodicidade necessária aos cuidados identificados, no entanto, para efeitos de intervenção através da RNCCI é necessário que se realize também visita domiciliária da Assistente Social e do Médico, promovendo uma avaliação mais exaustiva das necessidades sociais e de saúde, bem como uma reavaliação periódica da evolução do processo de cuidados. No decurso do estágio pude participar numa visita com cada um destes grupos profissionais. Em ambas as situações a interação me pareceu cordial, assertiva e complementar. Cada interveniente recolhia as informações que lhe eram necessárias através de um diálogo informal com os utentes e seus cuidadores e as suas intervenções, especialmente no que se refere á educação para a saúde, eram complementadas por ambos os profissionais. A interação com a Assistente Social acabou por se tornar mais rica aquando da necessidade da adequação da habitação para utentes com limitações da mobilidade. Esta conhece com maior profundidade os recursos existentes na comunidade no que se refere a produtos de apoio e bancos de ajudas técnicas, pelo que solicitei a sua ajuda no encaminhamento dos utentes para a sua aquisição.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais
D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

No que se refere ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a OE sustenta que o EE deve deter “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (2010a, p. 9). Ainda referindo-se ao mesmo domínio

de competência, reforça o papel dos EE na formação e na investigação, sendo que estes devem sustentar os "processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (…) válidos, actuais e pertinentes (…)" (2010a, p.10).

Apesar da experiência profissional prévia, os novos contextos de cuidados inerentes aos locais de estágio e a especificidade do cuidados especializado de reabilitação, fazem emergir dúvidas e dificuldades. Se no contexto de cuidados em que trabalho existem situações em que já atuo por intuição e com visão global da situação, tal como a perita de Benner (2001), nestes novos contextos assumo novamente um papel de iniciada ou iniciada avançada, já que a inexperiência ainda é significativa havendo necessidade de analisar os vários aspetos da situação para a poder compreender, pois como defende a autora "é preciso experiência para reconhecer esses "aspetos" em situação real" (Benner, 2001, p.50).

A metodologia de Supervisão Clínica apicada no acompanhamento do estágio permitiu também aprender com o exemplo prático dos pares já especialista e, as avaliações intermédias realizadas em conjunto com estes e com a orientadora da escola permitiram identificar pontos fracos a desenvolver. Esse percurso de desenvolvimento fica explanado nas Fichas de apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências elaboradas em ambos os campos de estágio (Anexos H e I).

A prática reflexiva, sustentada na reflexão sobre a ação, foi um instrumento utilizado para fomentar o desenvolvimento de novas aprendizagens. Partindo de uma situação real que suscitou dúvida ou dificuldade, tentou-se efetuar uma reflexão estruturada, através da implementação do Ciclo Reflexivo de Gibbs que consiste na estruturação da análise de uma situação partindo de várias questões: o que aconteceu?; O que estou a pensar e a sentir?; O que foi bom e mau na experiência?; Que sentido posso tirar da situação?; Conclusão; Se acontecer novamente o que farei de forma diferente? (Johns & Freshwater, 1998). Para Zeichner (1993) citado por Santos & Fernandes (2004) esta metodologia de reflexão surge como "uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz" (p.59).

Através da análise *á posteriori* das situações vivenciadas foi-me possível identificar lacunas no conhecimento teórico, que serviram de mote para pesquisa e debate, mas

também situações referentes ás relações interpessoais, reconhecendo que a minha postura pode comprometer ou facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Esta metodologia permitiu-me um franco desenvolvimento pessoal e de atuação profissional, pois permite a incorporação de novos saberes/conhecimento na estrutura de pensamento e o desenvolvimento de competências que se refletem na melhoria dos cuidados prestados. Serrano, Costa & Costa (2011) sustentam que "a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações)" (p.16)

Apesar de reconhecer a importância desta metodologia de análise de situações para a aprendizagem, estes momentos de reflexão não foram tão frequentes quanto poderiam ou deveriam ser, já que senti grande dificuldade na articulação da carga horaria do estágio com a minha vida pessoal e profissional, deixando pouco tempo para pesquisa e reflexão.

Ao longo do estágio, para cada necessidade formativa que emergiu do contexto prático, foi feita pesquisa que identificasse o conhecimento válido mais atual e que sustentasse "emancipação profissional" na tomada de decisão enquanto EEER. Este conceito aparece associado á teoria de Kim (1999) que sustenta que a "emancipação profissional" se gera "a partir do processo de aprender a aprender e de mudar na prática pela autocrítica e consciência da tomada de decisão que se desenvolvem pela reflexão estruturada" (Santos & Fernandes, 2004, p.60). OE (2010a) sustenta que o conhecimento do EE deve provir de várias dimensões, científico, ético, estético, pessoal e do contexto sociopolítico, pelo que a pesquisa bibliográfica efetuada não se resumiu á evidência científica mais atual nas bases de dados de investigação, mas procurando também o recurso aos fundamentos teóricos da enfermagem, seja através do Modelo de Orem para o Autocuidado (Orem, 2001) que serve de sustentação teórica ao projeto em causa, seja através da visão de Hoeman (2000) para o cuidado de reabilitação, ou da ideia de Benner (2001) para a aprendizagem em Enfermagem.

2.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A intervenção especializada em ER visa "promover o diagnóstico precoce e acções preventivas (…) 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 actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas", para tal "concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais ou potenciais das pessoas" (OE, 2010b, p.1). As atividades realizadas para potenciar o desenvolvimento de competências específicas de EEER serão descritas seguidamente.

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

O EEER, deve ser capaz de identificar "as necessidades de intervenção especializada (…) 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 actividade e restrição da participação, de natureza permanente ou temporária." (OE, 2010b, p.3)

Apesar da experiência profissional prévia, a experiência deste contexto de estágio fez emergir um olhar inexperiente: como é que o EEER observa estas situações de cuidados, retira elações e elabora a sua intervenção?

O cuidado de enfermagem, de intervenção generalista ou especializada, segundo Garcia & Nóbrega (2009), assenta num "trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (…), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área" (p.189). Para Amendoeira et al (2003, citando Amendoeira, 2000) trata-se de um "processo de interação, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional

possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, que ele próprio executa e controla" (p. 46), definindo-se como o Processo de Enfermagem.

O descritivo da OE para esta competência específica, contempla várias Unidades de Competência que espelham as fases do Processo de Enfermagem através da avaliação da funcionalidade, conceção de planos de intervenção, sua implementação e avaliação dos resultados. Assim, assumiu-se para efeito deste processo de formação que o cuidado especializado da ER assenta sobre as suas linhas orientadoras, sistematizado em cinco etapas (histórico, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação) e que serviram de guia á abordagem ao doente nas várias situações vivenciadas, em ambos os contextos de estágio.

A estrutura de pensamento que tem por base os pressupostos referidos encontra-se sistematizada no guia de recolha de dados e planificação dos cuidados, que foi implementado para análise de casos e deu origem aos Processos de Enfermagem de Reabilitação (PER). (Apêndice L)

Não conseguimos cuidar de uma pessoa sem perceber quais as suas necessidades de cuidados, pelo que a intervenção de enfermagem deve iniciar-se pela elaboração do histórico ou avaliação inicial da pessoa e, através dele, recolher informação que permita identificar as necessidades de cuidados especializados dos utentes e seus cuidadores.

Os locais de estágio por onde passei adotam registos próprios e diferentes entre si e que por vezes me pareceram espelhar de forma insuficiente a informação necessária á intervenção de reabilitação. Desta forma tentei contruir um instrumento de recolha de dados (Apêndice L) que se baseou em várias orientações:

- na estrutura proposta pelos instrumentos de registo adotados pelos locais de estágio para a sua prática diária (Anexos D e E);

- na estrutura sistematizada por Menoita & Cordeiro (2012) que comtempla a pesquisa de informação biográfica, a história da doença atual, a história da doença pregressa, a história terapêutica, a história familiar e a história social;

- na estrutura proposta pelos pressupostos teóricos de Orem para o modelo de Autocuidado, através da identificação dos padrões de requisitos de autocuidado prévios e suas alterações face á situação atual.

De acordo com a ideia proposta por Hermida (2006), tal recolha de informação incidiu sobre quatro dimensões: dados subjetivos, dados objetivos, dados históricos e dados atuais; ideia também sustentada pela estrutura proposta por Menoita & Cordeiro (2012), supracitada. Em ambos os campos de estágio, a recolha de informação para a avaliação inicial utilizou diversos métodos, tal como sistematizado pela mesma autora: "a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas, a revisão de do prontuário e a colaboração de outros profissionais." (Hermida, 2006, p.315)

Foi dado especial ênfase á entrevista e á observação já que foram identificados por Amendoeira et al (2003) como dois dos Instrumentos Básicos em Enfermagem que permitem uma recolha de informação relevante, embora também possam ser limitados por condicionantes do tempo, do ambiente, do entrevistado/observado e do próprio entrevistador/observador.

No contexto da UCI, a realização da entrevista inicial está frequentemente condicionada pela gravidade da situação clínica, estando a pessoa impossibilitada de colaborar. Frequentemente recorreu-se á recolha de informação sobre os requisitos prévios de autocuidado, após o período de instabilidade e da necessidade de suporte ventilatório, quando a comunicação já estava menos comprometida. Simultaneamente, a organização do serviço, que comtemplava o período das visitas no turno da tarde (das 16h ás 18h00), dificultava o acesso á recolha de dados junto da família/pessoas significativas, já que o período de estágio decorria em horário diferente (das 8h ás 16h).

Deste modo, foi dada alguma ênfase á observação, á consulta do processo clínico e exames complementares de diagnóstico (telerradiografia, gasimetria arterial,…), ao exame físico e á partilha de informação multiprofissional diária, visto que partilhávamos o mesmo espaço físico para o cuidado á pessoa, o que possibilita maior oportunidade de interação. Ainda assim, não foi possível recolher alguns dados que poderiam, especialmente no que respeita aos requisitos prévios de autocuidado e aos recursos familiares, domiciliários e da comunidade, relevantes na preparação da alta.

Na ECCI, embora se verificasse algum condicionamento do tempo disponível para a prestação de cuidados, foi possível criar momentos específicos para recolha de dados através da entrevista, á pessoa e seus cuidadores; o exame físico e a observação

permitiram enriquecer esses dados, especialmente no que se refere ao contexto social, cultural e habitacional, já que o contato se proporcionava no domicílio.

Por outro lado, o acesso á informação clínica através do processo clínico estava mais limitado pela hierarquia de acesso aos dados; os exames complementares eram dispersos ou inexistentes; e o contato com outros profissionais estava francamente limitado a reuniões mensais para debate multiprofissional da situação de cuidados da pessoa, mas permitia a identificação de recursos da comunidade para a continuidade dos cuidados de forma informal (através de familiares ou outras pessoas significativas) ou formal (através de instituições ou pessoas contratadas para o efeito).

Neste contexto foi possível um contato mais próximo com o contexto habitual da pessoa, perspetivando a importância da família/cuidadores enquanto fonte de informação e parceiros de cuidados, na medida em que se tornam recursos para a continuidade dos cuidados e para a satisfação do autocuidado da pessoa dependente.

A utilização de escalas e instrumentos de medida como método de avaliação foi possível em ambos os contextos de estágio, embora utilizando instrumentos diferentes, encontrando-se espelhados nos PER construídos (Apêndices F e G). Não se avaliou só a função, mas também a funcionalidade, ou seja, a implicação que uma alteração da função tem na vivência plena da cidadania (Atividades de Vida Diária [AVD] e Atividades Instrumentais de Vida Diária [AIVD]), numa perspetiva de contributo para a elaboração de planos de intervenção que perspetivassem a independência progressiva para o autocuidado.

Além de contribuírem para a avaliação inicial como ponto de partida para a Planificação dos Cuidados, estes instrumentos permitem perspetivar a evolução após intervenção, contribuindo para mensurar, de um ponto de vista objetivo, o resultado das intervenções implementadas, permitindo a reformulação e readequação da proposta de cuidados, ou seja, a fundamentação da tomada de decisão do EEER (Apóstolo, 2012).

Em ambos os contextos de estágio foi possível aplicar instrumentos comuns como Escala de Braden (risco de Úlceras de Pressão), Escala de Quedas de Morse (risco de Queda), a Escala de Força Motora (avaliação da força muscular), a Escala de Ashworth (avaliação do tónus muscular), o Índice de Barthel e Índice de Katz (ambas para avaliação das AVD).

Na UCI foi possível aplicar a Escala Modificada de Borg e a Escala de Dispneia *Medical Research Council* para avaliação da dispneia e a Prova de Marcha dos 6 minutos em pessoas com doença respiratória crónica já sem necessidade de suporte ventilatório invasivo. Na ECCI foi possível aplicar o Mini Mental State (avaliação da função cognitiva) e a Escala de Lawton e Brody que avalia as AIVD.

Os contextos de estágio permitiram perceber que, por vezes, o diagnóstico clínico do doente, pode direcionar a avaliação inicial da pessoa, e a intervenção programada, para uma dimensão mais concreta. Ou seja, na UCI privilegiava-se a avaliação do padrão respiratório já que o motivo de internamento naquele contexto era o défice neste requisito universal e a intervenção do EEER privilegiava a RR; na ECCI privilegiava-se mais a avaliação sensoriomotora e a dimensão social envolvente e a intervenção incidia especialmente na Reabilitação Motora e Treino de AVD.

De certa forma, uma avaliação inicial que parta do diagnóstico clínico da pessoa pode limitar a informação que recolhemos e limitar o plano de cuidados que traçamos, pois em ambos os contextos, recolhendo a informação de forma mais ampla, foi possível prestar cuidados de âmbito mais alargado promovendo a visão holística da pessoa cuidada.

Mediante a avaliação inicial elaborada emergem os diagnósticos de enfermagem, ou seja, as necessidades de cuidados de reabilitação identificadas. No entanto, diferentes contextos de estágio proporcionaram diferentes situações de cuidados e vivências, francamente relacionadas com o seu âmbito geral de atuação.

A UCI em causa, assiste especialmente pessoas com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, decorrente de múltiplas patologias tais como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); outras doenças respiratórias crónicas, como sejam a Apneia do Sono, o Síndroma de Sobreposição ou o Síndroma de Hipoventilação; sequelas de Tuberculose; Mal Asmático; Intoxicação por Organofosforados; Pneumonia da comunidade; e Pós-operatório de Cirurgia Cardiotorácica; pelo que a intervenção de reabilitação privilegiou a RR.

Neste contexto, a gravidade da doença crítica implica muitas vezes défices em grande parte dos requisitos universais de autocuidado, no entanto, as questões que se relacionam com a “inspiração de ar suficiente” e com o “equilíbrio entre atividade e descanso”, especialmente no que se refere á imobilidade prolongada, foram as que

se mostraram mais relevantes, já que se encontram diretamente relacionadas com a necessidade de manutenção da VMI e possibilidade de desmame ventilatório, foco do PF já referido.

Sousa e Alves (2015) sustentam que

> embora seja recomendado a estes utentes/doentes, descanso, a imobilização e a inatividade acabam por provocar alterações em todos os sistemas corporais, como disfunções de órgãos, redução da massa muscular, que pode reduzir para metade em duas semanas, alterações da força e endurance, acumulação de secreções, diminuição da capacidade residual funcional e da *compliance* pulmonar, atelectasias, úlceras de pressão, deficit de equilíbrio, dificuldade em manter uma postura ortostática, um aumento da probabilidade de aspiração e pneumonias. Podendo levar a uma maior incapacidade e à reabilitação prolongada (p.29-30).

Logo no início do estágio, os utentes internados encontravam-se com situação clínica de tal modo grave que, pele minha perspetiva inexperiente, me pareceu impossível planear qualquer intervenção de Reabilitação. Só conseguia pensar que tinha escrito no meu PF: "a intervenção do EEER junto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva deve ter um início precoce e prolongar-se ao longo de todo o tratamento, aplicando técnicas de reabilitação de acordo com a capacidade de colaboração da pessoa". Mas as implicações necessárias á tomada decisão fundamentada fizeram vir á tona as questões éticas do cuidar e que se espelharam em jornal de aprendizagem (Apêndice E).

Uma das situações prendia-se com uma utente com ARDS *(Acute Respiratory Distress Syndrome*), ou seja, uma síndrome clínica que se caracteriza por dispneia grave de início rápido, com hipoxemia decorrente da alteração entre a ventilação e a perfusão alveolar e presença de infiltrados pulmonares difusos, que levam a um quadro de insuficiência respiratória rapidamente progressiva (Figueiredo, 2008).

Apesar das dificuldades sentidas, pude perceber mais tarde que a instituição da terapia por decúbito ventral nas situações de ARDS além de favorecer o padrão ventilatório pela melhoria da ventilação das porções dorsais e bases pulmonares, quando devidamente realizado promove a manutenção das capacidades funcionais residuais da pessoa, previne complicações decorrentes da situação clínica e evita incapacidades.

Neste contexto, foi possível prestar cuidados de EEER a pessoas submetidas a VMI de longa duração com descondicionamento muscular geral e dos músculos ventilatórios, em particular, frequentemente denominada Polineuropatia da Doença Crítica. Esta situação clínica caracteriza-se por "dificuldade na retirada da ventilação mecânica além de tetraparesia e reflexos profundos abolidos" (Canineu et al, 2006, p.308) e acarreta dificuldade no desmame ventilatório e necessidade de VMI por períodos prolongados, com modalidades ventilatórias controladas e frequente necessidade de reentubação traqueal durante o processo de desmame, resultando numa espiral de complicações e um aumento significativo da morbilidade e mortalidade.

Pelo descondicionamento dos músculos respiratórios instala-se dificuldade na sincronia e adaptação ao ventilador, na relação ventilação-perfusão, na limpeza das vias aéreas através da mobilização e eliminação de secreções, verificando-se a existência de posições viciosas que limitam a ventilação. Simultaneamente, verifica-se tetraparésia, hipotonia e diminuição da amplitude articular que perpetua a imobilidade no leito (Canineu et al, 2006).

Este utente apresentava frequentemente atelectasia pulmonar por acumulação de secreções pelo que se implementou um plano de RR adequada á modalidade ventilatória instituída, que contemplava Drenagem Postural Modificada; Manobras Acessórias (vibração, compressão e percussão); Hiperinsuflação Manual acompanhada de administração de terapêutica mucolítica (Acetilcisteína) intrapulmonar, conforme prescrição médica. Já em 1980, Yoshino e seus colaboradores concluíram sobre o benefício da utilização da Acetilcisteína por instilação traqueal. Oliveira, Ribeiro, Amarante & Tedde (2002) relatam também a eficácia da N-acetilcisteína intrapulmonar, pelo seu efeito na *clearance* do muco, reduzindo o volume e viscosidade, e facilitando a sua mobilização e eliminação; no entanto ressalvam que este tem também efeitos irritativos sobre a mucosa pelo que deve ser usado em conjunto com outra terapêutica na prevenção da exacerbação do broncospasmo.

Foram ainda instituídos exercícios de mobilização polisegmentar assistida que promovessem a "manutenção da amplitude articular, o comprimento das fibras musculares e da sua função e reduz o risco de tromboembolismo" (Sousa e Alves, 2015, p32), bem como posicionamentos que beneficiassem a otimização do transporte

de oxigénio, ao aumento dos volumes pulmonares e á diminuição do trabalho respiratório.

A abordagem multidisciplinar permitiu observar a aplicação de Electroestimulação Neuromuscular pelo Fisioterapeuta que, segundo a *American Thoracic Association* e a *European Respiratory Society*, citadas por Sousa e Alves (2015) "pode ser utilizada como uma técnica adjuvante em utentes imobilizados, críticos e com elevado risco de desenvolverem fraqueza muscular" (p.32).

No decurso do estágio foi ainda possível prestar cuidados de reabilitação a pessoas que desenvolveram Pneumonia, um dos quais associado a aspiração de conteúdo gástrico (Pneumonia de Aspiração), cuja intervenção se espelha em PER (Apêndice F), e várias pessoas com Pneumonia por *Legionella Pneumophila* (Pneumonia Atípica), pois o período de estágio coincidiu com um surto circunscrito ao concelho de Vila Franca de Xira, tendo havido necessidade de internamento de muitas pessoas em UCI, pela gravidade da sintomatologia. Na UCI onde se realizou o estágio, dos 8 doentes internados nestas circunstâncias, 2 necessitaram de ventilação mecânica invasiva, 4 foram submetidos a ventilação não invasiva e dois necessitaram apenas de oxigenoterapia.

Aos doentes sob ventilação mecânica invasiva foi instituído um plano de intervenção que privilegiava a promoção da sincronia e adaptação ao ventilador, a melhoria da relação ventilação perfusão e a mobilização e eliminação de secreções, através da implementação de técnicas adequadas á estabilidade do doente e á modalidade ventilatória instituída. Um dos doentes faleceu e o outro necessitou de realizar técnica de ECMO *(Extracorporeal Membrane Oxygenation*), pelo que não se acompanhou o processo de desmame ventilatório.

Aos doentes submetidos a Ventilação Não Invasiva (VNI) aplicou-se um plano de intervenção que privilegiava a promoção da sincronia ventilatória, a gestão da ansiedade relacionada com a sensação de dispneia e otimização do trabalho respiratório, a melhoria das trocas gasosas e a mobilização e eliminação de secreções de forma eficaz. Para tal foi necessário recorrer a apoio emocional, posições de descanso e relaxamento, exercícios de controlo da respiração, Ciclo ativo de técnicas respiratórias, Expiração forçada, Tosse dirigida e/ou assistida. Com a melhoria do padrão ventilatório, dos valores gasimétricos e da imagem na telerradiografia, reduziu-

se progressivamente a necessidade de intervenção e instituiu-se apenas oxigenoterapia, e todos tiveram alta para o domicílio.

A todos os doentes cuidados com diagnóstico de Pneumonia, após a fase aguda, foi instituída espirometria de incentivo pois, de acordo com Cordeiro & Menoita (2012), a sua função principal prende-se com "a reexpansão pulmonar, manter a permeabilidade das vias aéreas e o fortalecimento da musculatura respiratória", favorecendo a "pressão transpulmonar e a capacidade residual funcional" (p.92). Vários autores sustentam que esta técnica cria um *feedback* visual que estimula a pessoa a aderir ao tratamento, já que consegue visualizar o trabalho desempenhado. Para facilitar o ensino da utilização desta ajuda técnica foi elaborado um folheto com as indicações básicas a seguir pelo utente e que serve de apoio á sua implementação, a enfermeiros especialistas e generalistas (Apêndice M).

Foi também possível prestar cuidados a um utente traqueostomizado por neoplasia da laringe, em ventilação espontânea que se encontrava francamente deprimido e pouco motivado para o seu processo de reabilitação, situação que levou á exploração da temática em Jornal de Aprendizagem (Apêndice E).

Por um lado, surgiu a importância do respeito pela vontade da pessoa, por outro lado, a elação de que mesmo quando há muito potencial de reabilitação, é necessário haver motivação da pessoa para o desenvolver, e ainda, a necessidade de um trabalho em parceria para efetivar um PER que não se prenda apenas com a reabilitação da função, mas sim da funcionalidade. Tal como defendem Amendoeira et al (2003) "toda a actuação do enfermeiro deverá (…) ter por base o respeito e a confiança procurando que a resposta encontrada para cada situação vá sempre ao encontro das necessidades e interesses de cada pessoa" (p.47), pois situações que decorrem do binómio saúde-doença acarretam fragilidade e vulnerabilidade á pessoa cuidada, que é vivenciada de uma forma individual e que deve ser respeitada.

Após algum tempo de interação, criando empatia, foi possível implementar RFR, proporcionar treino de transferências, treino de equilíbrio, treino de membros superiores e inferiores com cicloergómetro, com pesos e com bastão, bem como treino de AVD, tal como se tenta espelhar no PER 2 (Apêndice F).

Desde 1997, esta UCI recebe também utentes em de pós-operatório de Cirurgia Cardiotorácica, em contexto de excisão de nódulo pulmonar, lobectomia ou

pneumectomia. No decurso do estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a utentes nesta três circunstâncias, adequando os exercícios de RFR ás especificidades de cada uma com intuito de contribuir para a reexpansão do tecido pulmonar remanescente e otimizar a função respiratória; e promovendo também o treino de transferências, a transferência para a posição de sentado e o treino de marcha, precoces, no sentido de evitar complicações decorrentes da imobilidade.

Quase no final do estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de EEER a uma utente portadora de Fibrose Quística numa fase avançada da doença e que se encontrava em lista de espera para transplantação pulmonar. A intenção do internamento prendia-se com a otimização geral da função elaborando um plano de intervenção multidisciplinar que, de acordo com as indicações da DGS, comtemplasse quatro dimensões: um plano terapêutico; um plano nutricional; um plano de reabilitação respiratória; um plano de atividade física (DGS, 2014a). Da intervenção com esta utente surgiu a necessidade de conhecer melhor uma patologia que não me era familiar, pelo que efetuei pesquisa bibliográfica (Apêndice N), da qual emergiram diretrizes que se sistematizaram num Plano de Preparação para a Alta que desse continuidade á intervenção implementada em contexto hospitalar (Apêndice O).

Devido a múltiplos fatores decorrentes das condições dos utentes internados no período de estágio, a intervenção de EEER junta da pessoa submetida a VMI em processo de desmame ventilatório, não foi tão intensiva quanto seria desejado para efeito de implementação do PF. Durante este período de 8 semanas, foram ventilados mecanicamente 9 utentes, dos quais apenas 4 pude acompanhar o processo de desmame ventilatório até á extubação traqueal, verificando-se necessidade de reentubação 1 vez. O número reduzido de utentes sob VMI pode ser explicado por vários fatores, tais como o número prolongado de dias de internamento, associado a patologias crónicas com desmame prolongado, mas também á instituição frequente de VNI como prevenção da entubação traqueal e das complicações decorrentes da VMI, já que esta filosofia de cuidados que privilegia a VNI em detrimento da VMI é sustentada pela evidência científica atual (Fonseca e Fontes, 2013).

Assim, pelo exposto anteriormente, foi possível ir ao encontro do preconizado pela OE para a atuação do EEER, intervindo na prevenção, manutenção e recuperação da função que permite a autonomia e independência para o autocuidado.

No segundo contexto de estágio, o palco e os atores do processo de cuidados alteram-se. Deixa de ser só a pessoa cuidada e surgem os cuidadores como alvo de cuidado e também parceiros para a continuidade de cuidados. Saímos de um ambiente em que nós, profissionais de saúde, controlamos cada fator (situação que acontece no hospital), para um ambiente "estranho", que não controlamos, onde temos que nos adaptar e ensinar a pessoa e família a readaptar-se ás limitações decorrentes da sua situação atual, de acordo com os objetivos do seu projeto de saúde.

Apesar de trabalhar há vários anos, o novo contexto e as novas funções a desempenhar transformam-me numa enfermeira iniciada avançada na prestação de cuidados de ER. De acordo com a ideia de Benner (2001) trata-se da Enfermeira que já lidou com situações concretas o suficiente para observar os aspetos mais significativos de uma situação, no entanto, é ainda guiada por regras e foca a sua ação na realização da tarefa, o que a impede de olhar a pessoa de uma perspetiva mais vasta.

Numa fase inicial apenas me concentrava na pessoa e na função que identificava como comprometida e a necessitar de intervenção de enfermagem. Com ajuda da enfermeira orientadora pude perceber que o meu papel, enquanto EEER, não se limitava intervenção sobre a função comprometida daquela pessoa mas em como esse compromisso limitava a sua participação nas suas AVD e na interação social, bem como a importância de capacitar a pessoa e cuidadores para o autocuidado, reduzindo a intervenção de enfermagem.

Os PER elaborados tinham em conta não só as atividades terapêuticas para otimização da função, mas também medidas de envolvimento da pessoa e seus cuidadores na implementação dos cuidados, sendo as intervenções debatidas em conjunto de forma adequar os cuidados ás necessidades que estes reconhecessem como tal, bem como, otimização da execução das AVD, contribuindo para a melhoria da satisfação, motivação e qualidade de vida.

Neste contexto foi possível cuidar de pessoas com diferentes necessidades de intervenção, tais como: promoção da adesão terapêutica em utente obesa e diabetes descompensada; reabilitação sensoriomotora em pessoas com *status* pós Acidente Vascular Cerebral (AVC); reeducação ao esforço em pessoas com Insuficiência Cardíaca e/ou Insuficiência Respiratória; cuidados de RR em pessoas com metástases pulmonares resultantes de Doença Oncológica terminal; treino de função

e de AVD após cirurgia ortopédica por fratura do colo do fémur em contexto de queda; RFR e Reabilitação Sensoriomotora em pessoas diagnosticadas com Doença do Neurónio Motor (Esclerose Lateral Amiotrófica); e ainda situações de apoio ao cuidador/descanso do cuidador.

A avaliação dos PER desenvolvidos em ambos os contextos de estágio foi constante ao longo da intervenção, de acordo com os condicionantes identificados e dos resultados observados. Assim, á medida que se observava evolução das capacidades potenciais inicialmente identificadas, era diminuída a intervenção de enfermagem na satisfação do autocuidado, gerindo os sistemas de enfermagem, em função das reais necessidades de autocuidado e da capacitação promovida junta da pessoa ou seu cuidador, no sentido da máxima independência. Esta evolução foi sendo monitorizada através de escalas de avaliação da funcionalidade e da capacidade para a realização das AVD e AIVD já descritas anteriormente.

Em contexto de UCI, pela gravidade da situação clínica, o sistema de enfermagem para apoio ao autocuidado, preconizado por Orem (2001), tende a ser, preferencialmente, totalmente ou parcialmente compensatório, sendo o sistema de enfermagem de Apoio/Educação transversal, mediante a capacidade cognitiva da pessoa. No segundo contexto de estágio, o contexto domiciliário, os sistemas de enfermagem invertem-se, sendo que o sistema de Apoio/Educação é transversal á intervenção com a pessoa e seus cuidadores, necessitando por vezes de sistema parcialmente ou totalmente compensatório.

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

No que concerne á segunda competência específica, o EEER deve ser capaz de analisar “a problemática da dependência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e/ou pluridisciplinares (…) que visem uma consciência social inclusiva” (OE, 2010b, p.4).

Na UCI, pelo nível de comprometimento funcional, os doentes são incapazes de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, pelo que o Enfermeiro assume a demanda de autocuidado através do sistema totalmente ou parcialmente compensatório. Requisitos universais de autocuidado estão frequentemente alterados, tais como a "inspiração de ar suficiente" pela necessidade de ventilação invasiva, "equilíbrio entre atividade e descanso" pela sedação e imobilidade no leito, ou mesmo "equilíbrio entre a solidão e a interação social", pelo comprometimento da comunicação. Pela sua situação clinica e pelo próprio ambiente da UCI, já descrito como pouco fomentador da autonomia, o doente tende a não realizar as suas atividades promotoras de autocuidado de forma tão autónoma quanto o seu potencial, por vezes, permitiria. De certa forma, o papel "protetor e paternalista" dos profissionais de saúde, tende a perpetuar estes comportamentos, atrasando o processo de reabilitação e de recuperação da autonomia funcional.

Uma das dificuldades sentidas prendeu-se com a gestão do processo de comunicação com o doente ventilado e sob sedação, uma vez que, para envolver o doente no seu processo de reabilitação é necessário transmitir-lhe o intuito da intervenção e qual o papel de cada interveniente no processo de cuidados, promovendo a parceria. Carvalho (2002) sustenta esta ideia afirmando que "a enfermeira a ser flexível na sua abordagem com o doente e ao querer delegar algum do seu poder, controlo e autoridade, de forma a promover o mesmo sentimento de ser capaz, e, torna-lo mais capacitado para participar nos cuidados, é, deste modo, um agente facilitador da participação do doente". (p. 26)

A situação pôde ser contornada, não só pela minha experiência prévia, mas também pela utilização de um instrumento disponibilizado pela equipa para apoiar a comunicação com o doente sob VMI. Deste constava uma série de imagens referentes a problemáticas habituais das pessoas internadas em UCI, especialmente relacionadas com as AVD, quadros com letras para construção de frases pelos doente e pranchetas com papel para escreverem livremente.

No que se refere ao doente sob sedação, verificou-se menor colaboração nos cuidados, mesmo com modalidades ventilatórias que o permitiam, pois verifica-se deturpação da capacidade cognitiva que limita a participação. Esta situação foi sendo

revertida gradualmente, á medida que a sedação era diminuída e o doente alcançava maior autonomia nestes requisitos universais de autocuidado.

Os doentes submetidos a VMI apresentavam défice de autocuidado em quase todos os requisitos universais, no entanto emergiram dois como comuns: a "inspiração suficiente de ar", devido á insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada e, o "equilíbrio entre atividade e descanso", relacionada com a imobilidade decorrente da necessidade de permanência no leito, identificados por vários autores como sendo os focos das complicações relacionadas com a necessidade de VMI (Sousa et al, 2012; Vaz et al, 2011; Ambrosino, 2012).

A todos os doentes intervencionados na UCI se instituiu um programa de reabilitação que comtemplava a RFR e a Reabilitação Motora (embora no contexto de estágio, a reabilitação motora fosse realizada geralmente pelo fisioterapeuta, sob solicitação médica). Ambrosino (2012) reforça a importância dos Programas de Reabilitação em contexto de UCI, com intuito de prevenir a diminuição da força muscular ou o descondicionamento, bem como as complicações decorrentes da imobilidade prolongada ou a dependência da VMI. Estes devem incidir sobre a mobilização precoce e a manutenção da força muscular, com intuito de reduzir o risco de desmame difícil, dificuldade de locomoção e limitar a dependência da VMI.

No que diz respeito á instituição do plano de RFR, a seleção da técnica mais adequada a implementar em cada fase do processo de desmame ventilatório, perante cada problema detetado e a individualidade de cada pessoa, tornou-se um desafio, já que as variáveis a considerar eram tão vastas quanto a complexidade da situação clínica do doente.

Sousa, Duque & Ferreira (2012) sistematizam técnicas a aplicar ao longo das várias fases do desmame ventilatório e os seus objetivos terapêuticos, na dimensão psicológica e funcional, tendo contribuído para a elaboração da tabela que se apresenta no Apêndice B e que serviu de guia á elaboração dos planos de intervenção. Estes autores consideram que a intervenção deve iniciar-se ainda antes da entubação endotraqueal, como prevenção da necessidade de ventilação mecânica, pois permite diminuir o medo/ansiedade e o trabalho respiratório, melhora as trocas gasosas e facilita a mobilização e eliminação de secreções (Sousa et al, 2012).

Foi possível perceber a relevância desta atuação através do caso de uma pessoa internada por insuficiência respiratória provocada por Pneumonia por Legionella. Esta doente, já com historial de ansiedade, encontrava-se em ventilação espontânea, sob oxigenoterapia por máscara com reservatório, polipneica, com oximetrias periféricas inferiores a 90%, com esforço inspiratório, taquicárdica e hipertensa. Apesar da tentativa de colocação de VNI, não era possível fazer uma adequada adaptação ao interface e aos parâmetros instituídos, o que limitava a eficácia. A intervenção do EEER com esta utente consistiu na promoção de apoio emocional, adoção de posição de descanso e relaxamento, ensino de exercícios de controlo da respiração. Verificou-se diminuição da ansiedade, melhoria da sensação de dispneia e dos parâmetros hemodinâmicos, o que permitiu a introdução da VNI e adaptação a esta terapêutica.

Verificando-se critérios que não permitiam protelar mais a VMI, a terapêutica era instituída, inicialmente através de modalidades controladas (por pressão ou por volume), prosseguindo para modalidades assistidas até ao regresso á ventilação espontânea através de tubo em "T" e posterior extubação traqueal. Este percurso de desmame encontra-se espelhado nas normas de procedimentos em vigor na UCI em causa, que servem de guia uniformizador da prática de cuidados (Anexo A e B). Estas normas comtemplam a implementação de RFR nas várias fases do processo, como contributo ao sucesso do desmame.

Quando o doente se encontrava sedado e/ou ventilado em modalidade controlada, a sua capacidade de colaborar estava condicionada por esses fatores, pelo que a minha intervenção enquanto EEER utilizava um sistema de enfermagem totalmente compensatório no que diz respeito ás técnicas de reabilitação implementadas. No entanto, á medida que decorria o processo de desmame ventilatório, com a diminuição da sedação e com a alteração da modalidade ventilatória de controlada a assistida, o sistema de enfermagem adotado passava a parcialmente compensatório e a apoio/educação.

Durante a VMI a minha intervenção enquanto EEER tinha como objetivos a promoção da sincronia e adaptação ao ventilador, a melhoria da relação ventilação/perfusão, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, a mobilização e eliminação de secreções, impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas e a melhoria da mobilidade, o fortalecimento muscular e a readaptação ao esforço (Sousa et al,

2012). As técnicas implementadas variaram de acordo a etiologia da insuficiência respiratória, do propósito da intervenção e da modalidade instituída, mas também de acordo com a individualidade de cada doente, no que respeita á estabilidade clínica, á capacidade de colaboração, capacidade de compreensão do que lhe era solicitado, á funcionalidade prévia, á idade e, acima de tudo, á sua vontade e motivação.

A duração do processo de desmame mostrou-se imprevisível, podendo demorar dias ou mesmo semanas, e para a sua duração contribuem vários fatores intrínsecos e extrínsecos ao doente. Não sendo consensual, tal como revelam Maczka (2011) e Vaz et al (2011), muitos estudos demonstram que a implementação de um programa de reabilitação pode ser uma mais valia para reduzir o tempo de VMÎ, o tempo de permanência em UCI e as complicações decorrentes da VMI e da imobilidade.

Durante o processo de desmame ventilatório foi implementado um plano de intervenção que, recorrendo ao treino muscular ventilatório com ênfase na inspiração, aos exercícios globais, com ênfase nos membros superiores e inferiores, á reeducação diafragmática, ao treino das técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse assistida e dirigida), associada á aspiração de secreções (se necessário), promovesse a melhoria da força muscular relativas aos músculos respiratórios e músculos gerais, a melhoria do volume corrente e expansão torácica e a melhoria da capacidade de limpeza das vias aéreas. Neste processo mostrou-se fundamental a solicitação do envolvimento e colaboração do utente, ensinando-lhe como efetivar essa participação, fomentando a parceria, pois tal como sustenta Mittler et al citado por Carvalho (2002, p. 25) “o envolvimento e a colaboração são percursores da participação que, por sua vez, é percursora da parceria.”

Após a extubação traqueal e o regresso á ventilação autónoma, a intervenção do EEER não se esgota e tem como principal foco evitar a necessidade de reentubação traqueal, pelo que foi mantido o plano de reabilitação após a extubação, até á alta da UCI. A ocorrência de reentubação pode verificar-se e, quando ocorre antes das 48h pós-extubação, está associada a insucesso no processo de desmame. As normas da UCI referentes ao desmame ventilatório e á extubação traqueal (Anexos A e B) são omissas quanto a esta questão, mas informalmente, com a EEER orientadora do estágio, foi reconhecida a necessidade da sua readequação.

Reconhecendo a importância da prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, além da RFR foi também instituído um plano de Treino Motor que fosse ao encontro das necessidades de cada doente, pois "a mobilização precoce de doentes críticos em UCI revela-se importante na prevenção de complicações da imobilidade, optimização do transporte de oxigénio, melhoria da ventilação alveolar, facilita o desmame ventilatório e num patamar mais elevado, maximiza a independência e melhora a qualidade de vida" (Santos, Oliveira & Silveira, 2010, p.19).

Numa fase inicial, com doentes sob sedação ou em ventilação controlada, o plano incidia sobre correção postural e alternância de posicionamentos no leito, bem como mobilização polisegmentar passiva (Sousa et al, 2010). Stiller (2000) sistematiza as vantagens dos vários posicionamentos: "o posicionamento em decúbito dorsal promove o aumento de volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório nos doentes em desmame ventilatório. O decúbito ventral, por outro lado, aumenta a relação V/Q, redistribui o edema e aumenta a capacidade residual nos doentes com síndrome da dificuldade respiratória do adulto. Os posicionamentos laterais e semi-laterais para o lado do pulmão não afectado promovem uma melhor ventilação e relação V/Q, e facilitam a drenagem de secreções e permeabilidade da via aérea nos doentes com atelectasia lobar" (Sousa et al, 2010, p.22).

Á medida que a capacidade de colaboração e envolvimento nos cuidados se verificava, a par da estabilidade clínica, a mobilização polisegmentar passava a ativa assistida, ativa ou ativa resistida, eram incorporadas auto mobilizações no leito, treino de transferências, treino de equilíbrio (sentado e em pé), treino de marcha e treino de AVD (Sousa et al, 2010).

Todas as atividades foram desenvolvidas com o doente ventilado, inclusive a transferência para a posição de sentado em cadeirão, com apoio de elevador hidráulico e, posteriormente, com carga nos membros inferiores e com apoio de dois enfermeiros. A única exceção foi o treino de marcha com a pessoa sob VMI. Apesar de a literatura apoiar os seus benefícios, o receio de extubação acidental e a logística necessária relacionada com equipamentos e rácio enfermeiro/utente, surgem como entraves á sua implementação (Santos et al, 2010).

No que diz respeito ao treino de AVD tentou-se inclui-lo nos exercícios e nos cuidados gerais, solicitando precocemente que o doente colaborasse na sua higiene corporal

(penteando-se, escovando os seus dentes, quando possível), no uso do sanitário (realizando a ponte para a colocação da arrastadeira ou substituição da fralda), na colocação do vestuário (fazendo a ponte ou rolando para colocação das calças), nos posicionamentos (rolando no leito) e no levante.

A crescente promoção da autonomia, decorrente da envolvência da pessoa no seu plano de reabilitação, bem como a melhoria funcional verificada permitiu que as técnicas implementadas fossem sendo reajustadas as novas necessidades de cuidados, face aos défices de autocuidado identificados. Este percurso fica espelhado nos planos de cuidados implementados e reformulados de acordo com a resposta a cada intervenção que se encontram nos PER (Apêndice F).

Na ECCI os utentes com quem contactei eram, preferencialmente idosos, portadores de múltiplas comorbilidades, associado a doença crónica. Muitos destes utentes, apesar da idade avançada, residem sozinhos, ou com os cônjuges, igualmente idosos; vivem em casas com fraca acessibilidade para as suas limitações funcionais (como escadas até ao 3º ou 4º andar do prédio); apresentam condições económicas precárias que lhes limitam a qualidade da alimentação e do acesso aos medicamentos de que necessitam. Algumas pessoas com quem contactei, quando questionadas, referiam que, mesmo com condições precárias preferiam manter-se na sua casa, a ir para uma instituição ou mesmo a receber apoio domiciliário. Nem todos os que precisariam de apoio social e familiar o têm, deixando a descoberto uma população vulnerável, a carecer de atenção e intervenção, reforçando a relevância do papel do EEER em contexto comunitário, no sentido de promover a adaptação da pessoa ao seu ambiente, fomentando a melhoria da qualidade de vida e a inclusão social.

Neste contexto foi possível implementar estratégias de reabilitação junto de uma utente com obesidade, sedentarismo e diabetes descompensada, e sua cuidadora informal. Nesta situação privilegiou-se o sistema de Apoio/Educação com objetivo de promoção da adesão terapêutica ao regime medicamentoso e ao plano nutricional. Já tinha sido feito encaminhamento para a Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal que implementa consultas de nutrição, mas sem adesão ao plano sugerido. Foi então proposto o internamento numa Unidade de Reabilitação de média duração e reabilitação, da RNCCI, pelo período de 30 a 90 dias, com o mesmo objetivo, mas

que visava também o descanso do cuidador, pois foi possível indagar que a filha, cuidadora informal, apresentava sinais de *Burnout* do cuidador.

Os cuidadores informais têm-se mostrado essenciais na assistência á pessoa dependente em contexto domiciliário, mas é também necessário reter que "cuidar de uma pessoa em situação de dependência representa uma tarefa difícil e que facilmente pode comprometer o bem-estar do cuidador" (Rodrigues, 2011, p.27), já que se verificam alterações na dinâmica e nos papeis familiares a que todos os elementos têm que se adaptar. O cuidador informal assume, por vezes, um papel que não escolheu, mas o qual se sente obrigado a desempenhar, e que acarreta conflitos para a sua vida pessoal, familiar, profissional e social (Rodrigues, 2011).

Esta avaliação do cuidador informal parece ter sido apenas empírica pois não foi implementado nenhum instrumento de avaliação conhecido, nem consegui identificar que existisse alguma referência a ele nos registos da RNCCI. No entanto, a legislação que regulamenta a RNCCI comtempla o internamento nesta unidades, com este fim.

Apóstolo (2012), sistematiza num documento de apoio da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, os Instrumentos de Avaliação em Geriatria, nos quais inclui os Instrumentos de Avaliação do Cuidador que incluem: o Inventário do Fardo do Cuidador, a Escala de Sobrecarga do Cuidador, o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador e o Índice de Satisfação do Cuidador e que poderiam ser adaptados para objetivar esta importante dimensão do cuidado domiciliário.

Durante o estágio neste contexto foram também encaminhados para a RNCCI dois utentes com sequelas de AVC para a ECCI com necessidade de cuidados de reabilitação.

Os AVC são uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo ocidental, implicando franca deterioração da capacidade física, emocional e social do indivíduo, que colocam em risco a sua autonomia funcional para o desempenho das atividades da vida diária, requerendo assim ajuda de outros (Rodrigues, 2011).

Apesar de requerer internamento hospitalar na fase aguda da doença, a pessoa regressa a casa, frequentemente, com incapacidade instalada para a cronicidade e a requer apoio de terceiros para satisfazer o autocuidado. Esta situação deve ser tida em conta desde o inicio do internamento, de forma a avaliar as condições

habitacionais e a disponibilidade da família para assumir o papel de cuidador. A instrução do cuidador deve ser iniciada precocemente de forma a que, no momento da alta, possua os conhecimentos e as habilidades necessárias para realizar todas as tarefas necessárias à prestação de cuidados que a pessoa em situação de dependência requer, no sentido de satisfazer as suas AVD e as suas AIVD.

A RNCCI veio permitir uma maior organização deste processo de transição entre o internamento e o domicílio, mobilizando os recursos da comunidade para dar resposta ás necessidades. A ECCI faz parte destes recursos e tem um papel relevante na capacitação dos cuidadores, já que os períodos de internamento, cada vez mais curtos, impedem a total capacitação do cuidadores.

Da avaliação inicial realizada á primeira utente foi possível identificar limitações funcionais mais profundas, a requerer treino sensório-motor. O PER (Apêndice G) elucida a intervenção proposta a uma utente com a dependência decorrente desta situação patológica e sua família. A esta utente foi identificada uma parésia facial central e elaborado um instrumento com os exercícios recomendados para treino dos músculos da face (Apêndice J).

Ainda aquando da avaliação inicial foi possível observar as condições da habitação, identificando os obstáculos arquitetónicos que, conjugado com as limitações funcionais, condicionam a realização das AVD e a promoção do autocuidado. Destas observações emergiram propostas de alterações estruturais da habitação ou aquisição de produtos de apoio que ajudam a contornar algumas situações. Os profissionais apenas apresentam propostas com os recursos disponíveis na comunidade, promovendo o *empowerment*, mas não realizando todas as ações pelo utente ou seus cuidadores.

A segunda utente encaminhada para a ECCI, após AVC apresentava apenas claudicação na marcha e beneficiava de um produto de apoio á marcha. Foram-lhe sugeridas várias opções de produtos (andarilhos de vários tipos, com características diferentes), mas também várias opções para sua aquisição (compra em estabelecimento comercial especializado, bancos de ajudas técnicas em que se aluga ou compra em segunda mão), permitindo que seja a pessoa a fazer a sua escolha, mas demonstrando disponibilidade para esclarecer e formar.

Inicialmente, este modelo de atuação pareceu-me redutor, aparentando não estar a fazer pelos utentes e seus cuidadores tudo aquilo que podia, mas, mais para o final do estágio consegui perspetivar a necessidade de capacitar as pessoas para que assumam a responsabilidade pelo autocuidado, reduzindo a necessidade de assistência da enfermagem.

As doenças cardiovasculares são também altamente incapacitantes no que respeita á funcionalidade pois os utentes desta doença crónica apresentam diminuição progressiva da sua capacidade para o autocuidado e realização das AVD. Durante o estágio foi possível prestar cuidados de ER a um utente com estas características, através da implementação de estratégias de conservação de energia nas AVD e reeducação ao esforço, tendo-se construído um documento de apoio, decorrente desta intervenção (Apêndice I).

O mesmo aconteceu com uma utente idosa que teve uma queda no domicílio, da qual resultou fratura do colo do fémur. Esta utente esteve internada numa instituição hospitalar onde iniciou um programa de reabilitação, mas que necessitava de acompanhamento para manutenção da reabilitação motora e osteoarticular. A esta utente foi possível implementar intervenções que privilegiavam treino de transferências e treino de marcha com andarilho, treino de AVD com recurso a produtos de apoio, como os elevadores de sanita, mas também reforço do ensino sobre os cuidados a ter para evitar novas quedas. Da intervenção com esta utente emergiu o instrumento de educação para a saúde (Apêndice K).

J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Ainda de acordo com o preconizado pela OE, o EEER deve ser capaz de “desenvolver atividades que permitam maximizar as (…) capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (OE, 2010b, p.4).

Neste sentido, foi possível implementar, em ambos os campos de estágio, atividades que, tendo em conta a situação funcional da pessoa e as suas expectativas, pudessem fomentar o treino motor e cardiorrespiratório.

Ao longo do processo de desmame ventilatório da pessoa sob ventilação mecânica foram implementados os programas de RFR e de Reabilitação motora que foram descritos anteriormente como contributo para a capacitação da pessoa para o autocuidado, mas que estão também incluídas na dimensão da maximização da funcionalidade. Ao longo deste processo, com o aumento da capacidade de colaboração nos cuidados, foi aumentada a exigência do trabalho motor e respiratório, através de exercícios resistidos e que implicassem um papel mais ativo por parte do doente, contribuindo para os ganhos da função cardiorrespiratória.

Ainda na UCI, pude intervir com pessoas com doença respiratória crónica que, entrando na "espiral de dispneia descondicionante" (Esmond, 2005, p.215), veem a sua capacidade funcional progressivamente mais limitada.

Um dos casos, já anteriormente mencionado, foi o de uma jovem com Fibrose Quística, em estado avançado da doença, com franco comprometimento do padrão respiratório. Durante o internamento foi instituído um programa multidisciplinar que incluía quatro dimensões: plano terapêutico reajustado, plano nutricional, plano de reabilitação respiratória e plano de treino motor.

Durante as três semanas de internamento a equipa médica procedeu a reajuste terapêutico e o dietista promoveu a adequação da dieta. Pude elaborar, com ajuda da EEER e de pesquisa bibliográfica (Apêndice N), um plano de intervenção que consistia em RFR e Treino Motor (Apêndice O). O plano de RFR privilegiava a mobilização e eliminação de secreções brônquicas, a melhoria da ventilação pulmonar, diminuindo o trabalho respiratório e o consumo de oxigénio. O plano de treino motor consistia de exercícios de resistência e de força, intervalados com períodos de descanso, utilizando pesos, bastão e faixas elásticas. Promoveram-se períodos de caminhada e de exercício com pedaleira para os membros superiores e inferiores, bem como treino de AVD tão simples como os cuidados de higiene no WC ou o pentear o cabelo.

Os períodos de internamento hospitalar tendem a ser cada vez mais curtos e os resultados de programas de reabilitação nem sempre surgem de forma evidente. Bibliografia consultada foca a importância de programas estruturados e periódicos de reabilitação na doença respiratória crónica na gestão da doença e na promoção da qualidade de vida, por períodos recomendados que rondam as 8 semanas, anualmente ou até 2 vezes no ano. Estes programas são, por vezes implementados

nas URR, em regime de ambulatório, tal como acontece no hospital onde foi realizado o estágio. Durante a implementação do plano de intervenção com esta utente foi possível verificar, ainda que de forma empírica, que:

- inicialmente a utente necessitava de VNI 24h por dia; ao fim de três semanas, o plano de intervenção era executado apenas com oxigenoterapia, sem prejuízo dos valores de oximetria de pulso e da sensação de dispneia e a VNI era utilizada apenas no período noturno;

- inicialmente apresentava crises de dispneia frequentes (várias ao dia), de duração prolongada, inibidoras da atividade; ao fim de três semanas as crises eram pouco frequentes (1 ou 2 por dia, mais no final do dia) e de duração mais curta, implementando estratégias de RFR como as posições de relaxamento ou o controlo da respiração;

- inicialmente os acessos de tosse eram tão frequentes e a quantidade de secreções tão abundante, que limitavam até a comunicação; ao final de três semanas a utente era capaz de implementar estratégias de RFR que permitiam diminuir os acessos de tosse, bem como a quantidade de secreções produzida;

- a tolerância ao esforço era mínima, num fase inicial, pelo que grande maioria do tempo era passado na cama, mesmo durante as refeições e os cuidados de higiene; ao final de três semanas já fazia as refeições sentada no cadeirão do outro lado da sala; o banho era realizado de forma autónoma no WC, ainda que sob supervisão; caminhava com apoio de andarilho pelo corredor, tolerando 15 minutos de marcha, 15 minutos de pedaleira com os membros inferiores e 8 minutos com os membros superiores.

Na ECCI foi implementado um programa que privilegiava estratégias de conservação de energia e reeducação aos esforço com um doente com Insuficiência Cardíaca, no sentido de promoção do treino cardiorrespiratório. Foram realizados exercícios de treino motor (membros superiores com pesos, utilizando garrafas de água, e inferiores, através de caminhadas, circulando pelas divisões da casa, já que o utente se recusava a sair do domicílio) e treino de AVD. Para sistematizar algumas das estratégias alvo de Apoio/Educação (Apêndice I).

Com outra utente que tinha sofrido uma queda, da qual resultou fratura do colo do fémur, e consequente procedimento cirúrgico, foi possível implementar treino de exercícios para reabilitação motora, treino de marcha com andarilho e treino de AVD. Os exercícios propostos foram compilados num instrumento de educação para a saúde (Apêndice J).

3. AVALIAÇÃO

Um projeto não é um fim, é um percurso, pois "projetar" vem do latim *projectum* que significa "algo lançado à frente". Bonvalot & Courtis (1984) citados por Ferrito (2010) entendem projeto com "a passagem do desejo á intenção e da intenção ao acto" (p. 36). Foi este percurso de concretização da temática que se tentou demonstrar no capítulo anterior, no entanto, não pode ser dado por terminado sem se proceder á sua avaliação, pois, como defende a mesma autora, a avaliação, nesta metodologia de aprendizagem, não é estanque e decorre em vários momentos, nas várias fases, podendo conduzir á readequação do PF (Ferrito, 2010).

O primeiro local de estágio tinha como objetivo a implementação do cerne do projeto, pois seria o contexto onde poderia contactar com utentes sob ventilação mecânica invasiva em processo de desmame ventilatório. Apesar de ter sido feita uma entrevista preparatória durante a realização do PF, algumas das condições verificadas nessa altura, sofreram alterações que inicialmente me causaram algumas dificuldades.

Uma das alterações encontrada estava relacionada com a disponibilidade da EEER que tutorou este estágio para a prestação exclusiva de cuidados de reabilitação aos utentes internados, já que, por questões organizacionais, ela não prestava apenas cuidados de reabilitação, mas era enfermeira responsável pelos cuidados gerais de pelo menos dois utentes da UCI.

Conciliar os cuidados globais ao utente em situação crítica, e os cuidados de reabilitação aos restantes utentes da UCI, não era fácil, pelo que, numa fase inicial prestei cuidados a um menor número de utentes, aproveitando um menor número de aprendizagens dentro das que me pareciam possíveis. Á medida que ganhava destreza na avaliação das necessidades de cuidados e na sua implementação, procurava, autonomamente, mais oportunidades de aprendizagem. A EEER orientadora fomentou sempre este crescimento, supervisionando a intervenção e mostrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

Por outro lado, o número de utentes submetidos a ventilação mecânica foi mais reduzido do que estava á espera pelo que tinha indagado na entrevista preparatória. Este fator limitou as oportunidades de implementação de planos de intervenção conforme a pesquisa efetuada, bem como a avaliação dos resultados que possam

advir dessa intervenção. Surgiram-me algumas preocupações referentes ao conteúdo necessário para realização deste relatório e dúvidas acerca da escolha do local de estágio. Na impossibilidade de alterar o local da sua realização, a única solução foi aproveitar todas as oportunidades que o local de estágio poderia provir. Desta forma foi possível contactar com situações clinicas diferentes, alargando o leque de aprendizagens.

A minha postura, aquando do inicio do estágio também terá condicionado a sua implementação. Numa fase inicial, o enfoque da minha atenção era a temática do PF. Os fatores do contexto que já referi, começaram a desmotivar-me, pois surgiam dúvidas sobre como conseguiria operacionalizar o projeto e o relatório sem dados. Só mais tarde percebi que o Estágio foi muito mais que a implementação da temática do PF e que as vivências paralelas a este desenvolveram competências de enfermeira especialista de uma forma que não tinha equacionado.

Em contexto de cuidados comunitários, as dificuldades que advieram do contexto de cuidados, acentuaram-se. Não estava familiarizada com a realidade dos cuidados domiciliários, nem com a relação estreita que se estabelece quando entramos na casa de quem cuidamos. Senti-me frágil, sem recursos e sem apoios, mas consegui reconhecer uma realidade plena de potencial onde a ER pode e deve ganhar terreno, evidenciando o seu papel de capacitação para o autocuidado.

Em ambos os contextos de estágio me pareceu relevante o papel que o EEER pode desenvolver junto das pessoas de quem cuida, mas também junto das organizações em que se integra. No entanto, nem sempre estão reunidas as condições para a sua operacionalização. Será que as competências reconhecidas aos EEER pela OE, são também reconhecidas pelas organizações empregadoras?

Na UCI, a intervenção de reabilitação fica condicionada pela distribuição de recursos de enfermagem. Desta forma, será que ganha ênfase a intervenção dos EEER das Unidades de Reabilitação Respiratória, cujo foco é apenas o cuidado de reabilitação? Ou será que, mesmo limitado aos utentes por quem é responsável, o EEER, pode prestar cuidados de reabilitação de qualidade inseridos no plano de cuidados gerais? Não consegui tirar daqui conclusões, apenas interrogações sobre o futuro.

Em ambos os locais de estágio tive dificuldade em que os profissionais do contexto identificassem temáticas a carecer de exploração para formação interpares, pelo que

as intervenções de formação se direcionaram mais para a educação para a saúde dos utentes. Por vezes, as situações clínicas dos utentes que justificavam a intervenção de reabilitação serviram de mote á construção de documentos complementares á abordagem de reabilitação. Estes foram sempre construídos de forma a serem utilizados com outros utentes, pelo que foram compilados e fornecidos ás equipas dos locais de estádio, promovendo novas formas de intervir em situações semelhantes.

Também em ambos os locais encontrei EEER desmotivados pelas as condições de trabalho atuais. Encontrei EEER incorporados na carreira de enfermagem que não vendo progressão, se desmotivam. Encontrei EEER descontentes por não verem reconhecida a sua competência de especialista pela organização, mantendo apenas cuidados generalistas, se desmotivam. Encontrei EEER que gostariam de transferência para outros contextos de trabalho que, na sua impossibilidade, se desmotivam. Encontrei ainda, jovens EEER a quem, não sendo reconhecida a especialidade para efeito de carreira, lhe são solicitadas intervenções do âmbito de especialista, desmotivando-se. Talvez fosse pertinente acionar a investigação em enfermagem e perspetivar o percurso que têm desenvolvido os EEER em Portugal e indagar acerca da sua motivação e perspetivas futuras, tendo em conta a situação profissional e socioeconómica atual.

O facto de o estágio que deu origem a este Relatório, permitir experiências tão diversificadas, no que se refere aos contextos de cuidados e á tipologia de utentes cuidados, enriquece a experiência e reveste este percurso de aprendizagens pessoais e profissionais, que se irão estender ao meu contexto de trabalho, já assimiladas á identidade profissional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso relatado ao longo dos capítulos que antecedem este, tinha como objetivo demonstrar a forma como se conduziu a aquisição de competências especializadas na área da ER, através da implementação do PF sob o título: *A pessoa sob ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório.* A temática foi selecionada com intuito de conseguir subsídios que me permitissem implementar cuidados de ER aos utentes com quem trabalho, UCI, onde o regresso á ventilação espontânea sem apoio é, quase sempre o objetivo máximo, pois a insuficiência respiratória com necessidade de VMI é a principal causa de internamento.

Constatou-se que, da complexidade da situação clínica da pessoa internada em UCI emergem necessidades de cuidados de reabilitação, de caráter preventivo e terapêutico, que permitam preservar as capacidades prévias ao evento crítico, evitar complicações e incapacidades daí decorrentes, e melhorar a funcionalidade a caminho da independência, tal como preconiza a OE (2010b).

O estágio desenvolvido permitiu concluir o que a revisão da literatura já evidenciava: é possível delinear planos de cuidados de reabilitação abrangentes para as pessoas sob VMI em UCI, que potenciem o processo de desmame ventilatório. Embora esta problemática possa induzir á implementação exclusiva da RFR, deste percurso concluiu-se a relevância da Reabilitação Motora como promotora da preservação e recuperação das complicações da imobilidade a que o utente crítico está submetido.

No que diz respeito ás intervenções de RFR, estas devem ser direcionadas para a otimização do padrão ventilatório que permitam um regresso á ventilação espontânea. Para tal podem iniciar-se ainda antes da entubação traqueal, reduzindo a sua necessidade ou contribuindo para a adaptação a VNI; podem continuar durante a instituição de modalidades ventilatórias controladas ou assistidas, promovendo a sincronia ventilatória, a permeabilidade das vias aéreas e mobilização de secreções e a prevenção de formação de aderências. Deve continuar durante o regresso á ventilação espontânea, após a extubação traqueal, como prevenção da reentubação

e durante a preparação para a alta para o domicílio, no sentido de otimizar a capacidade funcional.

As intervenções de Reabilitação Motora devem também ser tidas em conta, comtemplando as que contribuam para a preservação das capacidades funcionais previas, especialmente a nível motor, reduzindo as complicações decorrentes da imobilidade no leito, frequentemente condicionada pela necessidade de sedação. Para tal, devem contemplar treino global, com ênfase na alternância de decúbitos, na mobilização articular precoce, no fortalecimento dos músculos respiratórios por treino dos membros superiores e inferiores, na estabilização do tronco/treino de equilíbrio, nas transferências e na deambulação, contribuindo para o regresso á autonomia e independência para o autocuidado.

Com estas elações, gostaria de conseguir traçar dois objetivos a desenvolver no meu percurso profissional daqui em diante. Por uma lado, gostaria de conseguir perspetivar as implicações do internamento em UCI no dia-a-dia das pessoas de quem cuido após a alta para o contexto domiciliário, identificando as limitações na capacidade de autocuidado, funcionalidade e qualidade de vida. Este objetivo poderá ser operacionalizado através da Consulta de Follow-up já em curso no meu contexto de trabalho. Por outro lado, gostaria de conseguir implementar programas de ER no meu contexto de trabalho, que, através de uma intervenção global, assente na visão da pessoa cuidada com um todo, permitissem apoiar a pessoa internada em UCI nas várias fases do processo de desmame ventilatório, promovendo o seu sucesso e brevidade e, permitindo um regresso a casa com menor limitação funcional e menor grau de dependência. Neste caso, a implementação estará dependente do interesse da organização em que trabalho, no sentido de criar condições para que possa ser operacionalizado.

Apesar do reconhecimento da importância do papel do EEER em contexto hospitalar, constata-se que a necessidade de reabilitação se transporta para a comunidade onde o doente se insere aquando do regresso a casa. Este percurso permitiu-me contactar com a ER num contexto de cuidados com muito potencial, onde a envolvência contextual, social e familiar permitem desenvolver uma intervenção mais ampla. Foi neste contexto que consegui perceber as imensas limitações com que os utentes regressam a casa após um evento que obriga á hospitalização e as dificuldades que

passam os que com eles convivem. Com esta experiência espero conseguir implementar na minha prática diária uma nova forma de olhar e intervir nestas questões. Emerge como objetivo futuro perspetivar a organização da Equipa de Gestão de Altas no meu contexto profissional e a criação de estratégias possam acelerar o processo de referenciação á RNCCI, através de um elo de ligação, fomentando um regresso a casa com as condições necessárias ás limitações decorrentes desse evento.

O desenvolvimento de competências fica espelhado na estrutura adotada para a apresentação do relatório, demonstrando como as atividades planeadas em fase de projeto e desenvolvidas em contexto de estágio contribuíram para a aquisição de cada uma. O processo de desenvolvimento de competências ficou enriquecido pelas diversas formas como se processou. Por um lado, através da investigação com a procura da melhor evidência para as temáticas exploradas; por outro lado, através da experimentação, atuando em situações reais que exigem a mobilização de saberes atempada; e ainda, através da observação de como outros fazem, tentando indagar linhas orientadoras para a prática futura.

As vivências que decorreram deste percurso permitiram alcançar os objetivos traçados e enriquecem o meu percurso na Enfermagem de agora em diante, pelo crescimento pessoal e profissional que proveio do contato com utentes e profissionais de saúde com quem me cruzei. Eles, ainda que de forma intencional, mostraram-me novos problemas e novas formas de atuar que me permitiram o desenvolvimento de competências de EEER e fizeram emergir novas questões a ser exploradas de agora em diante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ambrosino, N.;Venturelli, E.; Vagheggini G. & Clini E. (2012). Rehabilitation, weaning and physical therapy strategies in Chronic Critically Ill Patient – Series: ‘‘Novelties in Pulmonary Rehabilitation’’, *European Respiratory Journal*, Vol. 39 (2). p. 487-492.

Amendoeira, J.; Barroso, I.; Coelho, T.; Santos, I.; Godinho, C., Saragoila, F. et al. (2003). *Os Instrumentos Basicos na Construção da Disciplina de Enfermagem: expressões e significados.* Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Santarém.

Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em Geriatria.* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

Baggio, M.; Pomatti, D.; Betinelli, L. & Erdmann, A. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Vol. 64 (1). P.25-30.

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

Boff L. (2004). *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*.9ª edição Petrópolis: Vozes.

Canineu, R.; Cabral, M.; Guimarães, H.; Lopes, R.; Saes, L. & Lopes, A. (2006). Polineuropatia no Paciente Crítico: um diagnóstico comum em Medicina Intensiva?. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 18 (3). P. 307-310.

Carvalho, Maria R. S. (2002). *A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: da passividade á participação ativa no seu processo de cuidados*. In Gomes, I. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania*. (p.21-66). Coimbra. Formasau.

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Reeducação Funcional Respiratória*. In Cordeiro, M. & Menoita, E. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas.* (P.61-115). Loures. Lusociência.

Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI.* Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Craig, J. & Smyth, R. (2002). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures, Portugal: Lusociênci

Damasceno, M.; David, C.; Souza, P.; Chavione, P.; Cardoso, L.; Amaral, J. (…) Luiz, R. (2006). Ventilação Mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos.*Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 18 (3), pp.219-228.

Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Procede á criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Diário da República — I Série - A N.º109—6 de Junho de 2006. 3856 – 3865.

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril (2009). Procede á aprovação do Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009. 15438 – 15440.

Dias, L. (2014). Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca*. Vol. 2 (1). P.39-40.

Direção Geral de Saúde (2014a). *Norma de tratamento e seguimento da Fibrose Quística*. Lisboa. Direção Geral de Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=2

Direção Geral de Saúde (2014b). *Surto da doença dos legionários em Vila Franca de Xira: descrição sumária do surto*. Lisboa. Direção Geral de Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=2

Duarte, P.; Venazzi, A.; Osaku, E.; Miúra, C.; Schiavetto, P.; Costa, C, Bruneri, E.; ... Jorge, A. (2012). Epidemiologia, estratégias e evolução de pacientes submetidos a ventilação mecânica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clinica Médica.*Vol. 10(4), pp. 302-307

Ferrito, C. (2010). Editorial. *Revista Percursos - Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, Janeiro-Março de 2010. pp. 1-37.

Figueiredo, A. (2008). *Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda*. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Tese de Mestrado. Covilhã.

Fonseca, C. & Fontes, R. (2013). *A pessoa submetida a ventilação não invasiva, os cuidados de enfermagem no processo de transição.* Lisboa. Great Age Friends – Inovação e Desenvolvimento.

Foster, P. & Bennet, A. (2000). *Dorothea Orem*. In. George, J. e col. (coords). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional.* 4ª edição (p. 83-101). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

França, D.; Apolinário, A.; Velloso, M. & Parreira, V. (2010). Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*. Vol. 17(1), pp.81-87.

Garcia, T. & Nóbrega, M. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria á prática assistencil e de pesquisa. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. Vol. 13 (1). P. 188-193.

Goldwasser, R.; Freitas, E.; Saddy, F.; Amado, V. &Okamoto, V. (2007). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* Vol. 33 (2). pp.128-136.

Gomes, B. (2006). Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem de Reabilitação. *Texto e Contexto – Enfermagem.* Vol. 15 (2). pp. 193-204.

Hermida, P. (2006). Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem.* Vol. 59 (3). P. 314-320.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo.* 2ª edição. Loures, Portugal: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação:Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados.* 4ª edição. Loures, Portugal: Lusodidata.

Januário, José C. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra.* Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.

Johns, C. e Freshwater, D. (1998). *Transforming nursing through reflective practice*. Oxford : Blackwell Science

Lisboa, D.; Medeiros, E.; Alegretti, L.; Bandalotto, D. & Maraschin, O. (2012). Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. *Journal of Biothecnology and Biodiversity.* Vol. 3 (1), pp. 18-24.

Mączka, A.; Kowalski, I. & Onichimowski D. (2011). Pulmonary Rehabilitation Within Intensive Care Units Exemplified By Traffic Collisions Casualties. *Polish Annals of Medicine* . Vol. 18 (1), pp. 66-75.

Marques, P. (2002). *Princípios Éticos Gerais no agir em Enfermagem: Condicionamentos às Intervenções de Enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto

Menezes, G.; Carvalho, M. & Gois, A. (2013). Cuidados de Enfermagem no desmame da ventilação mecânica invasiva. *Cadernos de Gradução – Ciências Biológicas e da Saúde.* Vol. 1 (17),pp. 93-102.

Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). *Semiologia Clínica*. In Cordeiro, M. & Menoita, E. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas.* (P.21-56). Loures. Lusociência.

Novo, S. (2011). Gestão da Supervisão em Ensino Clínico em Enfermagem: perspetivas dos enfermeiros orientadores do CHBNE, EPE. Instituto Politécnico de Bragança. Tese de Mestrado. Bragança.

Oliveira, R.; Ribeiro, A.; Amarante, G. & Tedde, M. (2002). Uso de terapias não convencionais no manejo da crise aguda de asma refratária. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Vol. 28 (5), pp. 277- 280.

Oliveira, L.; José, A.& Dias E. (2006). Padronização do desmame da Ventilação Mecânica em Unidade de terapia Intensiva: resultados após um ano. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* Vol. 18 (2), pp. 131-136.

Ordem dos Enfermeiros (Setembro de 2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento comceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Conseho de Enfermagem (Março de 2009). Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidadoscontinuados.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento para as Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2011).*Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice.*Missouri, Estados Unidos da América: Mosby.

Pereira, P.; Oliveira, L.; Amâncio, J. & Moraes, F. (2013). Desmame da ventilação mecânica: comparação entre pressão de suporte e tubo em T – uma revisão da literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações.* Vol. 10 (1), pp.500-511.

Pereira, J. (2014). *Papel/competências do Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos* in. Gomes, B.; Rocha, M.; Martins, M. & Gonçalves, M. (organiz.) *Investigação em Enfermagem de Reabilitação – Um novo conceito para guiar a prática de cuidados.* (pp.64-72). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Rodrigues, M. (2011). *Quetionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – versão reduzida.* Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

Rudkin, S. (2005). *Reabilitação Respiratória.* In Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias.* (p.213-228). Loures. Lusociência.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*. Nº11. Março de 2004. Pp. 59-62

Santos, A.; Oliveira, I. & Silveira, T. (2010). Mobilização precoce em UCI. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP.* Vol. 2. (Julho 2010) P. 19-24.

Serrano M.; Costa,, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.° 3 - Mar. 2011. pp.15-23

Sousa, A. & Alves, S. (2015). O papel do fisioterapeuta ns unidades de cuidados intensivos em adultos. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol. 7. P. 27-35.

Sousa, L.; Duque, H. & Ferreira, A. (2012). *Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva*. In. Cordeiro, M. e Menoita, E. *Manual de boas práticas na Reabiitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas.* (pp. 194-211). Loures, Portugal: Lusociência.

Taylor, S.(2004). *Dorothea E. Orem – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.* In. Tomey, A. &Alligood, M. (coords). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* 5ª edição. (pp. 211-226). Loures, Portugal: Lusociência.

Urden, L.; Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção (5ª edição).* Loures, Portugal: Lusodidacta.

Vaz, I.; Maia M.; Castro e Melo, A. & Rocha A. (2011). Desmame Ventilatório Difícil: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, vol. 24 (2), pp. 299-308.

Yoshino, M.; Knibel, M.; Polisuk, J.; Conti, P.; Moura, M.; Souza, J. & Pereira, N. (1980). Experiência clínica com o emprego de mucocinéticos sob instilação

traqueal em pacientes com Insuficiência respiratória aguda. *Jornal Brasieliro de Pneumologia*. Vol. 6 (2), pp. 72-78.

APÊNDICES & ANEXOS

APÊNDICE A

Projeto de Formação

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Opção II - Projeto de Formação

A pessoa sob a ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório

Margarida Campos

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Opção II - Projeto de Formação

A pessoa sob a ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório

Margarida Campos

Professora Cristina Saraiva

2014

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar

António Machado y Ruiz

ÍNDICE

página

Introdução

1. **A pessoa sob ventilação mecânica invasiva: contributos da Enfermagem de Reabilitação para o sucesso do desmame ventilatório** **9**
2. **Linhas orientadoras do cuidado de Enfermagem de Reabilitação** **13**
3. **Plano de implementação do projeto: onde, como e quando.** **16**
4. **Considerações finais** **24**

Referências Bibliográficas

ÍNDICE DE TABELAS

página

Tabela 1 - Objetivos específicos e planeamento das atividades a desenvolver em estágio **18**

Introdução

A sociedade dos dias de hoje exige uma Enfermagem atual fundamentada numa constante revisão dos conhecimentos, conciliando teoria e prática, numa simbiose que sustente a prática baseada na evidência. Craig e Smyth (2002), defendem que os enfermeiros devem procurar a evidência e aplicá-la, pois o conhecimento não tem valor se não for posto em prática, tal como se mostra inadequada uma prática sem bases no melhor conhecimento. É nesta interação entre conhecimento e prática fundamentada que o enfermeiro desenvolve novas competências complementando a aprendizagem, a experiência profissional e tornando-se perito em áreas específicas. Nas palavras de Gomes (2006)

> a *competência resulta de conteúdos de múltiplos saberes afins às diferentes áreas de conhecimento, mas ultrapassa a aquisição desses saberes. Implica a capacidade de questionar a natureza do conhecimento, de mobilizar, transferir e adequar ao contexto singular da prática de cuidados, tendo presente que a competência dos profissionais de enfermagem (...) situa-se verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação, ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio.* (p. 194)

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação surgiu como veículo para o desenvolvimento de competências, assente nos princípios de formação de adultos que fomenta o autodesenvolvimento pessoal e profissional. A metodologia de trabalho de projeto proposta para o desenvolvimento do terceiro semestre de formação centra-se

> *na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática*. (Ferrito, 2010, p. 2)

Ao longo dos últimos sete anos, que corresponde a toda a minha carreira profissional, desempenhei funções de Enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital de Lisboa. Tendo em conta que pretendo continuar a prestar cuidados de Enfermagem neste contexto de saúde, pareceu-me relevante identificar uma problemática deste contexto que possa explorar à luz da Enfermagem de Reabilitação e que me permita desenvolver competências que permitam potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Assim, emerge a problemática central do projeto de formação que se segue: *A pessoa sob ventilação mecânica*

invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório.

Um número significativo de pessoas com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos necessitam, em algum momento, de suporte ventilatório (Urden, Stacy, &Lough, 2008), pelo que a ventilação mecânica invasiva é uma, senão mesmo, a terapêutica mais usada em contexto de cuidados intensivos. O desequilíbrio entre a capacidade funcional do sistema respiratório e as necessidades metabólicas da pessoa conduzem a uma incapacidade de ventilação autónoma (Vaz, Maia, Castro e Melo & Rocha, 2011).

Apesar do franco benefício desta terapêutica, ela não é isenta de riscos e a sua instituição por períodos prolongados pode acarretar complicações que prolonguem o período de internamento e façam persistir a necessidade de suporte ventilatório, conduzindo a um aumentos dos custos, das sequelas e da mortalidade (Duarte et al, 2012). Assim sendo, o processo de desconexão da ventilação mecânica, o desmame ventilatório, deve ser tido em conta desde o início da instituição desta terapêutica, de forma a ser iniciado de forma célere desde o momento em que o doente reúna condições de estabilidade.

A Ordem dos Enfermeiros, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reforça que a intervenção da Enfermagem passa por *"prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores"* implementando processos de aprendizagem, ao longo de todo o ciclo vital da pessoa e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.11). Além destas premissas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação "*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais ou potenciais das pessoas*" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1). As estratégias delineadas colocam em prática técnicas específicas de reabilitação que permitam

> *promover o diagnóstico precoce e ações preventivas (...) 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 (...)* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

De acordo com Sousa, Duque & Ferreira (2012), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode desenvolver a sua intervenção junto da pessoa internada em contexto de

Unidade de Cuidados Intensivos, sob ventilação mecânica invasiva, ao longo das várias etapas do tratamento: desde a prevenção da necessidade de entubação traqueal; durante instituição da terapêutica, tanto nas modalidades controladas como nas assistidas; na fase de desmame ventilatório; na prevenção da necessidade de reentubação; e na preparação para a alta; no sentido de preservar as capacidades remanescentes e contribuir para a máxima recuperação.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) reitera que "*na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado e as transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional"* (p.4). A pessoa internada em Unidade de Cuidados Intensivos, sob ventilação mecânica vê a sua capacidade para o autocuidado diminuída ou impossibilitada, pelo que a abordagem de enfermagem através das premissas preconizadas por Dorothea Orem na Teoria Geral do Défice de Autocuidado parecem pertinentes para suportar a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

O projeto de formação que se descreve nos capítulos que se seguem visa a procura de subsídios que permitam o desenvolvimento de competências do nível de especialista que contribuam para acrescer valor à minha identidade profissional e que, simultaneamente, permitam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados às pessoas de quem cuido em todas as fases do ciclo de vida, independentemente dos contextos de cuidados, capacitando-as para o autocuidado e maximizando a sua funcionalidade, de forma a permitir uma participação social plena. Delinearam-se, então, os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, ao longo do processo de desmame ventilatório.
- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da pessoa em contexto comunitário.

Para aprofundamento dos conceitos referentes à temática abordada no projeto procedeu-se a pesquisa bibliográfica que permitisse identificar a melhor evidência. Para tal recorreu-se à plataforma EBSCO através das bases de dados MEDLINE *with Full Text*, CINAHL *Plus with Full Text*, MedicLatina, bem como na PubMed e na SciELO, utilizando as palavras-chave, com respetiva indexação a cada base de dados: Unidade de Cuidados Intensivos/ *Intensive Care Unit*; Ventilação Mecânica/ *Mechanical Ventilation*; Desmame Ventilatório/ *Ventilatory Weaning*; Reabilitação Respiratória/ *Pulmonary Rehabilitation*; Enfermeiro Especialista de Reabilitação/ *Rehabilitation Nurse.*

A operacionalização do projeto terá início a 29 de Setembro de 2014, com a duração de 18 semanas, a concluir a 13 de Fevereiro de 2015. Este período será distribuído por dois campos de estágio, cada um com 9 semanas de duração: primeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios do Hospital de Santa Maria; depois na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Póvoa de Santo Adrião, do Agrupamento de Centros de Saúde Odivelas-Loures.

No que diz respeito à estrutura, o presente documento encontra-se dividido em três partes. Inicia-se com esta introdução que tenta sistematizar a seleção da temática, a motivação à sua realização, bem como a sua pertinência científica, as competências e os objetivos a desenvolver. O segundo capítulo prende-se com o enquadramento teórico do projeto onde se esclarecem os conceitos que sustentam a temática abordada. Segue-se o quadro de referência onde se descrevem as linhas de pensamento que sustentam a formulação do projeto. O quarto capítulo diz respeito à planificação do trabalho, onde se descrevem os contextos de estágio para operacionalização do projeto, bem como os objetivos específicos, as atividades e recursos necessários à sua execução, e a sua avaliação. No último capítulo tecem-se as considerações finais.

1. A pessoa sob ventilação mecânica invasiva: contributos da Enfermagem de Reabilitação para o sucesso do desmame ventilatório

A evolução tecnológica tem permitido, ao longo das últimas décadas um incremento substancial na qualidade dos cuidados de saúde, conduzindo a uma franca alteração da demografia. Patologias outrora fatais, deixaram de o ser e encontramos pessoas com diferentes necessidades e exigência nos cuidados que lhe são fornecidos.

As Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) popularizaram-se. São infraestruturas hospitalares que se destinam à prestação de cuidados clínicos complexos, ativos e permanentes a pessoas em situação de ameaça ou de falência real das suas funções vitais, estando, para tal, dotadas de pessoal e equipamento próprios, capazes de executar técnicas e manobras conducentes ao diagnóstico, monitorização, suporte e tratamento. O suporte ventilatório invasivo por falência da ventilação autónoma é um dos principais motivos para o internamento em contexto de UCI (Sousa et al, 2012). A importância desta terapêutica tem vindo a crescer desde o início do seu uso, revelando-se uma das principais ferramentas no tratamento de insuficiência respiratória. (Damasceno et al, 2006).

Vaz et al (2011) afirmam que "*a incapacidade de ventilação autónoma deve-se a um desequilíbrio entre a capacidade funcional do sistema respiratório e a solicitação decorrente das exigências metabólicas"* (p. 300), pelo que a indicação para suporte ventilatório pode ocorrer por falência respiratória, pelo aumento do volume do pulmão (insuflação pulmonar no final da expiração e capacidade residual funcional) e para redução do trabalho respiratório (Urden *et al*, 2008). A ventilação mecânica substitui, assim, o trabalho respiratório enquanto se processa a reversão dos processos patológicos que desencadearam a sua necessidade, bem como a recuperação da função pulmonar, não sendo, no entanto, isenta de riscos (Vaz et al, 2011), pois seu uso prolongado aumenta o risco de complicações e eleva as taxas de mortalidade (Oliveira, José & Dias, 2006).

Vaz et al (2011) documentam sequelas decorrentes do internamento prolongado em UCI em múltiplos sistemas orgânicos (neuromusculares; osteoarticulares, lesões secundárias à via aérea artificial, descondicionamento central e periférico, síndrome ventilatório restritivo, sequelas psico-emocionais), bem como, um impacto significativo sobre a capacidade funcional, a perceção da qualidade de vida e do estado geral de saúde, mesmo um ano após o internamento.

Das complicações associadas à ventilação mecânica invasiva emergem, para os mesmos autores, a disfunção dos mecanismos da higiene traqueobrônquica (aumento e alteração das características das secreções, disfunção mucociliar, tosse ineficaz); diminuição da expansibilidade torácica; a alteração da relação ventilação/perfusão (aumento da desproporção ventilação/perfusão e do espaço morto); a lesão mecânica das vias aéreas (de contacto com o tubo endotraqueal, e barométricas pela pressão positiva); o aumento do risco de infeção; e o descondicionamento dos músculos respiratórios (Vaz et al, 2011). Sousa et al (2012) identificam também a diminuição da *performance* ou mesmo a parésia muscular dos músculos respiratórios (principalmente o diafragma) como a principal complicação da ventilação mecânica, acompanhada do barotrauma, da infeção, da pneumonia, da atelectasia e da oclusão do tubo endotraqueal. Lisboa, Medeiros, Alegretti, Bandalotto & Maraschin (2012) sustentam ainda que *"as complicações decorrentes do uso da ventilação mecânica variam em intensidade de acordo com a doença de base, o tempo de permanência em prótese respiratória, o modo e a técnica ventilatória"* (p.19).

Por tudo isto, a ideia de Oliveira et al. (2006) ganha relevância quando sustenta que é necessário abreviar o tempo que a pessoa está submetida à ventilação artificial, iniciando o desmame assim que possível.

Entende-se por desmame o processo de descontinuidade do suporte ventilatório, em que se realiza, segundo Pereira, Oliveira, Amâncio & Moraes (2013), a "*transação da Ventilação Mecânica para respiração espontânea, de forma abrupta ou gradual que deve ser realizado o mais rápido possível, com planejamento adequado e seguro"*(p.501), muito embora se considere que o processo de desmame é "*um contínuo desde o momento da intubação até à alta hospitalar"* (Vaz et al, 2001, p. 302). O desmame ventilatório passa por várias fases. Pereira et al (2013, p.504) identificam quatro fases no processo de desmame: as duas primeiras referem-se à redução dos parâmetros ventilatórios de forma a dar início à respiração espontânea; a terceira refere-se à colocação em modalidade de CPAP ou tubo T; a quarta fase diz respeito à extubação.

Oliveira et al (2006) referem que a maioria dos doentes (cerca de 60% a 70%) podem ser retirados do suporte ventilatório e extubados após um breve teste em ventilação espontânea, "a *dificuldade no desmame reside em cerca de 5% a 30% dos pacientes, que não conseguem ser retirados do ventilador em uma primeira ou segunda tentativa"*(p. 132).

Goldwasser, Freitas, Saddy, Amado & Okamoto (2007) afirmam que "*retirar o paciente da ventilação mecânica pode ser mais difícil que mantê-lo*" (p.128). Vaz et al (2011) sustentam que "v*inte por cento (20%) dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos apresentam*

desmame difícil" (p. 300), sendo que 40% do tempo em ventilação mecânica é despendido no processo do desmame (Menezes et al, 2013 e Vaz et al, 2011).

Menezes et al (2013) sistematizam, no seu estudo, as intervenções do enfermeiro generalista aquando deste processo que, quando aplicadas, garantem um retorno à ventilação espontânea mais seguro e eficaz: avaliação do nível de consciência, padrão respiratório e cardiovascular; nível de atividade física; ingesta e estado nutricional; gasometria arterial; dependência psicológica à ventilação mecânica; compreensão do paciente e da família relativa ao processo de desmame; posicionamento do paciente; controle da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal ou traqueostomia; aspiração endotraqueal e sinais de paragem cardiorrespiratória. No entanto, esta abordagem pode não ser suficiente quando se pretende otimizar o processo de desmame.

Ambrosino (2012) reforça o crescente reconhecimento da importância dos programas de reabilitação dirigidos a doentes com curtos ou longos internamentos em UCI com intuito de prevenir complicações como a diminuição da força muscular ou o descondicionamento, bem como as complicações decorrentes da imobilidade prolongada ou a dependência da ventilação mecânica, melhorando a capacidade residual, diminuindo a necessidade de novos internamentos e melhorando a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida, contribuindo para um menor défice funcional após a alta hospitalar. Os mesmos autores afirmam ainda que a mobilização precoce e a manutenção da força muscular pode reduzir o risco de desmame difícil, dificuldade de locomoção e limitar a dependência da ventilação mecânica (Ambrosino, 2012), pelo que, em virtude da sua eficácia, na maioria dos países desenvolvidos, a reabilitação está já integrada nos cuidados gerais obrigatórios aos doentes internados em UCI (Maczka, 2011 e Vaz et al, 2011).

Ainda assim, a literatura reflete a controvérsia em torno do verdadeiro impacto clínico da reabilitação no processo de desmame ventilatório, no contexto de uma UCI (Maczka, 2011 e Vaz et al, 2011). Por um lado alguns estudos asseguram a relação custo-efetividade enquanto outros referem não haver relação estatística que o demonstre; por outro lado, alguns autores reforçam que a sua eficácia varia muito de acordo com a duração da sua aplicação e com a experiência de quem a implementa (Maczka, 2011). Vaz et al (2011) que sustentam ainda que a heterogeneidade das opções metodológicas (população, intervenções e resultados) para avaliação do verdadeiro impacto da reabilitação no desmame ventilatório pode estar na origem desta controvérsia.

A Enfermagem de Reabilitação, definida por Stryker (1977, citado por Hoeman, 2000) como "*um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estádio de doença ou acidente, contínua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma*

nova vida" (p.3), pode implementar intervenções de reabilitação, abrangentes mas individualizadas que permitam maximizar a funcionalidade da pessoa, capacitando-a para a participação no seu processo de tratamento, a caminho da independência.

As complicações associadas à ventilação mecânica já sistematizadas anteriormente, associadas à diminuição da força muscular generalizada e às complicações decorrentes da imobilidade pela permanência prolongada no leito podem ser identificados como focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). O enfermeiro especialista nesta área pode planear e implementar intervenções de reabilitação respiratória e motora que possibilitem a manutenção das capacidades remanescentes e a recuperação das capacidades diminuídas ou perdidas, potenciado assim o processo de desmame ventilatório e a consequente autonomia funcional e capacitação para a participação social.

Em suma, a intervenção do EEER junto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva deve ter um início precoce e prolongar-se ao longo de todo o tratamento, aplicando técnicas de reabilitação de acordo com a capacidade de colaboração da pessoa. Pode começar na prevenção da entubação endotraqueal; continuar durante a instituição da terapêutica ventilatória, independentemente da modalidade ventilatória; também na fase de desmame e extubação; podendo manter-se no pós-extubação, como estratégia para evitar a reentubação (Sousa et al, 2012).

Em 2010, França, Apolinário, Velloso & Parreira, elaboraram uma revisão sistemática a literatura que procurava identificar as implicações da reabilitação pulmonar em UCI. Os programas analisados, por estes autores, nos sete artigos apresentam formulações muito variadas, mas incidem essencialmente no treino global, com ênfase na alternância de decúbitos, na mobilização articular precoce, no fortalecimento dos músculos respiratórios por treino dos membros superiores e inferiores, na estabilização do tronco/treino de equilíbrio, nas transferências e na deambulação. Da análise dos vários artigos poderam inferir que existe benefício comprovado na intervenção precoce em fatores como capacidade de deambulação; força da musculatura em geral e dos músculos respiratórios em particular; e melhoria funcional na realização das atividades de vida diária (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010).

Sousa et al (2012) identificam as técnicas a aplicar ao longo das várias fases do desmame ventilatório e os seus objetivos terapêuticos, na dimensão psicológica e funcional. Estes encontram-se sistematizados no Apêndice 1.

2. Linhas orientadoras do cuidado de Enfermagem de Reabilitação

O presente projeto de formação em Enfermagem de Reabilitação surge com o objetivo de desenvolver competências de nível de especialista no cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida e em todos os contextos de cuidados. O quadro de referência construído para servir de base a este projeto de formação segue quatro linhas orientadoras: o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista; o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação; o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação; a Teoria Geral do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) decorrem do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais e são comuns a todos os enfermeiros especialistas, fomentando o juízo crítico e a tomada de decisão. Englobam quatro domínios de competências (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) que serão transversais a todo o projeto descrito e tidos como relevantes em todos os objetivos e atividades delineadas.

Na visão da Ordem dos Enfermeiros (2011) patente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, o enfermeiro desta especialidade *"previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade"*(p. 3), ajudando a construir uma forma alternativa de viver em pleno de acordo com a nova situação vivenciada. Enfatiza nos enunciados descritivos, que, na procura da excelência do exercício profissional, o EEER deve ter em conta a importância da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional e da organização dos cuidados de enfermagem (Ordem do Enfermeiros, 2011).

Desta visão emerge o Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) que sistematiza a intervenção no âmbito desta especialidade: cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, em todos os contextos da prática dos 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.

A Teoria Geral do Défice de Autocuidado construída por Dorothea Orem em 1952, baseia-se na articulação entre três conceitos teóricos fundamentais: o Autocuidado, o Défice de Autocuidado e os Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001). Na visão desta teórica, o autocuidado prende-se com "*a prática de atividades que se (...) iniciam e desempenham (...) em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal"* (Taylor, 2004). A capacidade de a pessoa se responsabilizar pelo autocuidado designa-se de ação de autocuidado, podendo esta estar afetada por fatores condicionantes (Foster e Bennet, 2000). Para Orem (1991) citada por Foster e Bennet (2000), a demanda de autocuidado prende-se com a totalidade de "*ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher as exigências conhecidas de autocuidado, usando métodos válidos e conjunto de operações e ações relacionadas"* (p.84).

A intervenção de enfermagem torna-se relevante quando existe um desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade de autocuidado, que origina défice de autocuidado. Esta intervenção é desenvolvida através de três sistemas de enfermagem: totalmente compensatório (o enfermeiro assume a responsabilidade pela efetiva execução das atividades que deem resposta às carências de autocuidado); parcialmente compensatório (o enfermeiro ainda é necessário para executar algumas atividades, mas a pessoa já é capaz de dar resposta a outras ou alguém que preste cuidados dependentes); educativo e de suporte (a pessoa é potencialmente capaz de satisfazer as suas carências de autocuidado, mas necessita de apoio e ensino fornecido pelo enfermeiro).

A pessoa internada em contexto de cuidados intensivos, submetida a ventilação mecânica invasiva vê a sua capacidade para o autocuidado fortemente limitada, seja pela necessidade de internamento fora do seu contexto habitual, seja pela incapacidade de respirar de forma autónoma e limitação da mobilidade, seja pela necessidade de estar sob sedação para melhoria da sua condição patológica; requerendo assim intervenção de enfermagem no que respeita aos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Ao longo da instituição da terapêutica com ventilação mecânica invasiva e respetivo processo de desmame ventilatório, o EEER poderá implementar os três tipos de sistemas de enfermagem descritos, atendendo à evolução da pessoa e respetiva capacidade para o autocuidado. Esta ideia aparece sustentada num estudo desenvolvido por EEER na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Pereira, 2014), em que foram inquiridos nove (9) enfermeiros especialistas de reabilitação no sentido de identificar as

competências do EEER em UCI. Estes especialistas apontaram o modelo proposto por Orem, especialmente no que respeita aos sistemas de enfermagem, como um dos fatores de desenvolvimento de competências para o EEER, reforçando que

> *a ação do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos é enquadrada no sistema de enfermagem totalmente compensatório, no qual o enfermeiro de reabilitação realiza o autocuidado pelo doente. Na fase em que o doente começa a despertar da sedação (...) o enfermeiro compensa a incapacidade do doente através do sistema parcialmente compensatório. É dada grande importância ao sistema de apoio-educação e considerado o papel formativo do enfermeiro de reabilitação como imprescindível (...)* (Pereira, 2014, p. 68)

Posto isto, propõem-se como objetivos gerais do presente projeto de formação:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, ao longo do processo de desmame ventilatório.
- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas especializadas, na área de Enfermagem de Reabilitação, no cuidar da pessoa em contexto comunitário.

3. Plano de implementação do projeto: onde, como e quando.

O presente projeto de formação irá ser implementado num estágio de 18 semanas entre 29 de Setembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015. Este período será distribuído por dois campos de estágio, cada um com 9 semanas de duração (Apêndice 2). Para operacionalizar o projeto foram propostos dois contextos para realização do estágio: a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) do Hospital de Santa Maria em Lisboa; e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Póvoa de Santo Adrião, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas.

Tendo em conta que a temática principal do projeto se prende com a intervenção do EEER à pessoa internada em UCI, sob ventilação mecânica invasiva, ao longo do processo de desmame ventilatório, procurou-se identificar uma UCI que permitisse o desenvolvimento do projeto. Foi realizada uma entrevista preparatória a 30 de Abril de 2014 com a Enfermeira Chefe Clara Alves e com a EEER Sandra Pereira que permitiu confirmar que a UCIR seria um contexto adequado para o desenvolvimento das competências especializadas na área de Reabilitação. Foi possível apurar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação cuida das pessoas internadas na UCI, com necessidade e ventilação mecânica invasiva, fazendo acompanhar a sua intervenção ao longo do processo de desmame ventilatório, numa abordagem multidisciplinar. Este estágio irá decorrer nas primeiras nove semanas do período total proposto, entre 29 de setembro e 30 e Novembro de 2014 e pretende dar resposta ao primeiro objetivo geral proposto (Apêndice 2).

O segundo período de estágio será realizado com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Póvoa de Santo Adrião, do Agrupamento de Centros de Saúde Odivelas-Loures, a decorrer entre 1 de Dezembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015., de forma a dar resposta ao segundo objetivo geral traçado para este projeto (Apêndice 2).

Como estratégia de desenvolvimento de competências nas linhas do quadro de referência anteriormente explicitado construiu-se uma tabela (Tabela 1) que sistematiza os objetivos específicos e as respetivas atividades que se pretendem desenvolver para lhes dar resposta. Na mesma tabela descrevem-se os recursos necessários para a implementação das atividades, bem como os critérios e indicadores de avaliação traçados para inferir sobre o desenvolvimento das competências.

Para a elaboração da tabela assumiu-se que as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são transversais à atuação do EEER pelo que estarão implícitas em muitas das atividades traçadas e são comuns a vários objetivos, não se lhe atribuindo especial destaque na tabela, mas delineando-se critérios de avaliação para inferir posteriormente acerca do seu desenvolvimento. Por outro lado, as Competências Específicas do EEER estarão evidenciadas na coluna mais à esquerda traçando-se objetivos e atividades mais específicas que possam conduzir ao seu desenvolvimento. Assumiu-se também que as três competências do EEER apresentam um fio condutor que revela o aumento progressivo da capacidade da pessoa inferir e participar no seu autocuidado e, simultaneamente uma diminuição da necessidade de intervenção dos sistemas de enfermagem preconizados pela teoria do autocuidado.

As aprendizagens realizadas e as competências desenvolvidas serão posteriormente explanadas num relatório de estágio a elaborar entre 13 de Fevereiro e 6 de Março de 2015, conforme consta no cronograma elaborado para o efeito (Apêndice 2).

Tabela 1 - Objetivos específicos e planeamento das atividades a desenvolver em estágio

Planeamento das atividades			
Competência	**Objetivos específicos**	**Atividades**	**Indicadores de avaliação**
	1. Conhecer a dinâmica funcional do serviço na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.	▪ Reunião informal com a Enfermeira Chefe e/ou EEER orientadora clínica com vista a conhecer a organização e funcionamento da unidade, recursos humanos e materiais, projetos e atividades em que o serviço está envolvido. ▪ Visita às instalações do serviço para conhecimento da sua estrutura física, equipamentos e materiais existentes; ▪ Apresentação do projeto de formação à Enfermeira Chefe e/ou à EEER orientadora clínica; ▪ Observação participativa da dinâmica e metodologia de prestação de cuidados, com consulta de protocolos, normas, manuais e folhas de registo em uso no serviço; ▪ Identificação dos recursos do serviço que possam ser mobilizados para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação.	▪ Ter conhecido a organização e funcionamento da unidade, recursos humanos e materiais, projetos e atividades em que o serviço está envolvido. ▪ Ter apresentado o projeto de formação à Enfermeira Chefe e/ou EEER orientadora clínica; ▪ Ter conhecido a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados, através da observação participativa, consulta de protocolos, normas, manuais e folhas de registo em uso no serviço; ▪ Ter identificado recursos do serviço que podem ser mobilizados para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação.
	Recursos: Humanos: EEER orientador clínico; Enfermeira Chefe do serviço; Professor orientador; Equipa multidisciplinar; Materiais: Acesso a protocolos, normas, manuais e folhas de registo em uso no serviço; Físicos: UCIR - HSM; ECCI – Póvoa de Santo Adrião.		
	2. Desenvolver competências que permitam contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva em processo de desmame ventilatório.	▪ Identificação das necessidades formativas sobre a temática; ▪ Elaboração de trabalho escrito e/ou apresentação formal sobre a área temática que se mostre relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados; ▪ Colaboração nos projetos em curso no campo de estágio; ▪ Pesquisa bibliográfica com base na evidência científica mais atual; ▪ Realização de registos de enfermagem que deem visibilidade à intervenção do EEER e que permitam a continuidade dos cuidados.	▪ Ter identificado das necessidades formativas; ▪ Ter elaborado um trabalho escrito e/ou apresentação formal que contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados, baseado na evidência científica mais atual. ▪ Ter colaborado nos projetos em curso. ▪ Ter realizado registos de enfermagem que dão visibilidade à intervenção do EEER e que permitem a continuidade dos cuidados.
	Recursos: Humanos: EEER orientador clínico; Enfermeira Chefe; Professor orientador; Equipa multidisciplinar. Materiais: Pesquisa bibliográfica. Físicos: UCIR - HSM; ECCI – Póvoa de Santo Adrião.		

Competência	Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	3. Desenvolver competências que permitam prestar cuidados especializados de reabilitação, a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, à pessoa qualquer contexto de cuidados, ao longo do ciclo de vida.	▪ Avaliação da funcionalidade da pessoa de forma a diagnosticar precocemente alterações que determinam limitações de atividade e incapacidade; ▪ Conceção de planos de intervenção individuais, baseados na melhor evidência, que incluam: ○ ações preventivas para manutenção das capacidades funcionais, prevenção de complicações e incapacidades; ○ intervenções terapêuticas que permitam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência no autocuidado e minimizar as incapacidades instaladas. ○ recursos para a continuidade dos cuidados (pessoa, equipa multidisciplinar, família/pessoas significativas, instituições ou comunidade) ▪ Implementação dos planos de intervenção desenvolvidos, com vista à otimização e/ou reeducação funcional aos níveis nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. ▪ Avaliação do impacto das intervenções implementadas no que respeita à redução do risco, otimização da função, reeducação funcional e treino.	▪ Ter implementado o processo de enfermagem de reabilitação: ○ Ter avaliado a funcionalidade da pessoa; ○ Ter diagnosticado alterações que determinem limitações de atividade e incapacidade; ○ Ter concebido planos de intervenção que permitam implementar ações preventivas, intervenções terapêuticas e mobilizam recursos para a continuidade dos cuidados; ○ Ter implementado os planos de intervenção desenvolvidos; ○ Ter avaliado o impacto das intervenções implementadas. ▪ Ter fundamentado a sua atuação no conhecimento baseado na melhor evidência.
	4. Desenvolver competências de EEER que permitam intervir junto da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, potenciando o sucesso do desmame ventilatório.	▪ Avaliação da funcionalidade da pessoa de forma a diagnosticar precocemente alterações que determinam limitações osteoarticulares e/ou musculoesqueléticas que possam condicionar o processo de desmame ventilatório, aplicando escalas e instrumentos de medida; ▪ Caracterização do processo de desmame ventilatório planeado para a pessoa, através de instrumento de recolha de dados elaborado para o efeito; ▪ Identificação de problemas sensíveis à intervenção do EEER, nas várias fases do processo de desmame ventilatório (diminuição dos parâmetros ventilatórios, respiração espontânea, extubação e pós-extubação); ▪ Conceção de planos de intervenção de reabilitação, baseados na melhor	▪ Ter implementado o processo de enfermagem de reabilitação com vista a potenciar o desmame ventilatório: ○ Ter avaliado a funcionalidade da pessoa; ○ Ter diagnosticado alterações que determinem limitações osteoarticulares e/ou musculosqueléticas; ○ Ter concebido planos de intervenção que permitam implementar ações preventivas, intervenções terapêuticas e mobilizam recursos para a continuidade dos cuidados;

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.		evidência, que possam potenciar o sucesso do desmame e que incluam: ○ ações preventivas para manutenção das capacidades funcionais, prevenção de complicações e incapacidades; ○ intervenções terapêuticas que permitam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência no autocuidado e minimizar as incapacidades instaladas; ○ recursos para a continuidade dos cuidados (pessoa, equipa multidisciplinar, família/pessoas significativas). ▪ Implementação dos planos de intervenção desenvolvidos com vista à otimização e/ou reeducação funcional e que permitam potenciar o sucesso do desmame ventilatório, tendo em conta: ○ Estabelecimento de parceria com a pessoa, respeitando a sua singularidade e, incluindo-a no seu processo de reabilitação, sempre que for possível; ○ Identificação de impedimentos ou constrangimentos da situação clínica da pessoa que limitem ou impeçam a implementação das intervenções planeadas. ▪ Avaliação do impacto das intervenções implementadas no que respeita à redução do risco, otimização da função, reeducação funcional e treino, que permitam potenciar o sucesso do desmame ventilatório.	○ Ter implementado os planos de intervenção desenvolvidos; ○ Ter avaliado o impacto das intervenções implementadas. ▪ Ter caracterizado o processo de desmame ventilatório planeado para a pessoa; ▪ Ter incluído a pessoa no seu processo de reabilitação, sempre que possível; ▪ Ter identificado impedimentos ou constrangimentos da situação clínica da pessoa que limitam ou impedem a implementação das intervenções planeadas; ▪ Ter fundamentado a sua atuação no conhecimento baseado na melhor evidência.
	Recursos: Humanos: EEER orientador clínico; Professor orientador; Pessoa e/ou família/pessoas significativas; Equipa multidisciplinar. Materiais: Processo clínico da pessoa; Protocolos, normas, manuais e folhas de registo em uso no serviço; Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; Regulamento das competências específicas do EEER; Pesquisa bibliográfica. Físicos: UCIR - HSM; ECCI – Póvoa de Santo Adrião.		
	Critérios de avaliação para a competência J1: Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados?		

Competência	Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação
J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.	5. Desenvolver competências de EEER que permitem prestar cuidados de enfermagem de reabilitação que capacitem a pessoa para o autocuidado, para a participação social e para o exercício da cidadania, maximizando o seu potencial.	▪ Identificação precoce das limitações de atividade, incapacidade e/ou restrição da participação e do seu potencial de reabilitação. ▪ Elaboração de planos de intervenção que permitam maximizar a capacidade funcional da pessoa e que incluam: ○ Ensino sobre técnicas específicas de autocuidado; ○ Realização de treino de atividades de autocuidado, recorrendo a produtos de apoio sempre que se justifique; ○ Supervisão da implementação das técnicas de autocuidado e da utilização dos produtos de apoio de forma a otimizar o potencial da pessoa. ▪ Implementação do processo de enfermagem de reabilitação, baseados na melhor evidência.	▪ Ter identificado limitações de atividade, incapacidade e/ou restrição da participação e o seu potencial de reabilitação; ▪ Ter elaborado planos de intervenção que permitam maximizar a capacidade funcional da pessoa. ▪ Ter ensinado técnicas de autocuidado; ▪ Ter realizado treino de AVD utilizando produtos de apoio, sempre que se justifique; ▪ Ter supervisionado a implementação das técnicas ensinadas; ▪ Ter avaliado o impacto das intervenções no que respeita à reinserção e exercício da cidadania.
	6. Desenvolver competências de EEER que permitam capacitar a pessoa sob ventilação mecânica invasiva, em processo de desmame ventilatório, para a participação social.	▪ Inclusão da pessoa no seu processo de desmame ventilatório, de acordo com as suas capacidades e fase de desmame, tendo em conta: ○ Estabelecimento de relação terapêutica/ de ajuda/ parceria que fomente a participação da pessoa; ○ Fornecimento de informação relevante sobre as várias fases do seu processo de desmame e de como pode e deve participar nele; ○ Ensino de estratégias que permitam otimizar o processo de comunicação e interação com a equipa multidisciplinar e pessoas significativas. ▪ Implementação de programa de treino de atividades terapêuticas, baseadas na melhor evidência, que capacitem a pessoa para o autocuidado, incluindo-a no seu processo de desmame.	▪ Ter incluído a pessoa no seu processo de desmame; ▪ Ter estabelecido relação terapêutica/ de ajuda/ parceria, fomentando a participação da pessoa no seu processo de desmame ventilatório; ▪ Ter fornecido informações relevantes sobre o seu processo de desmame e sua participação nele; ▪ Ter ensinado estratégias que permitam otimizar o processo de comunicação e interação; ▪ Ter implementado programa de treino de atividades terapêuticas que capacitem a pessoa para o autocuidado;
	Recursos: Humanos: EEER orientador clínico; Professor orientador; Equipa multidisciplinar Pessoa e/ou família/pessoas significativas; Materiais: Processo clínico da pessoa; Produtos de apoio (sempre que se justifique); Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; Regulamento das competências específicas do EEER; Pesquisa bibliográfica. Físicos: UCIR - HSM; ECCI – Póvoa de Santo Adrião.		
	Critérios de avaliação para a competência J2: Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania?		

Competência	Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação
J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	7. Desenvolver competências que permitam prestar cuidados especializados de reabilitação, em parceria com a pessoa, no sentido de maximizar a sua capacidade funcional a nível motor e cardiorrespiratório, promovendo o autocuidado.	▪ Avaliação da funcionalidade da pessoa de forma a diagnosticar precocemente alterações das funções cardiorrespiratória e motora; ▪ Implementação de programas de reabilitação que incluam ensino e treino de técnicas de reabilitação que permitam maximizar o desempenho da função motora e cardiorrespiratória; ▪ Realização de sessões de treino cardiorespiratorio e motor que possam contribuir para a promoção da saúde, para a prevenção de lesões e para sua reabilitação; ▪ Avaliação do impacto das intervenções implementadas no que respeita à redução do risco, otimização da função, reeducação funcional e treino.	▪ Ter avaliado a funcionalidade da pessoa, demonstrando conhecimento aprofundado das funções cardiorrespiratória e motora; ▪ Ter diagnosticado precocemente alterações que determinam limitações de atividade e incapacidade; ▪ Ter concebido planos de intervenção individuais que incluem ensino e treino de técnicas de reabilitação; ▪ Ter implementado e avaliado os planos de intervenção desenvolvidos.
	8. Desenvolver competências que permitam prestar cuidados especializados de reabilitação, em parceria com a pessoa, no sentido de maximizar a sua capacidade funcional a nível motor e cardiorrespiratório, promovendo o autocuidado e potenciando o sucesso do desmame ventilatório.	▪ Identificação do potencial funcional da pessoa e sua capacidade de participação nas atividades, de forma a maximizar a sua capacidade de contribuir para o sucesso do desmame ventilatório; ▪ Implementação de programas de reabilitação que incluam ensino e treino de técnicas de reabilitação que permitam maximizar o potencial funcional da pessoa, a nível motor e cardiorrespiratório, aumentando progressivamente a sua participação autónoma, contribuindo para sucesso do desmame ventilatório; ▪ Reforço positivo das aprendizagens desenvolvidas, enfatizando a importância da sua realização das técnicas aprendidas, de forma autónoma, ao longo do processo de recuperação; ▪ Realização das atividades tendo em conta o ritmo, capacidade e a vontade de colaboração da pessoa, aumentando progressivamente a autonomia na sua realização.	▪ Ter identificado o potencial funcional e sua capacidade de participação nas atividades, de forma a maximizar a sua capacidade de contribuir para o processo de desmame; ▪ Ter implementado programas de reabilitação que incluam ensino e treino de técnicas de reabilitação que maximizem o potencial funcional da pessoa e contribuam para o sucesso do desmame; ▪ Ter realizado reforço positivo das aprendizagens; ▪ Ter fomentado a realização das técnicas aprendidas de forma progressivamente mais autónoma; ▪ Ter atendido ao ritmo, capacidade e vontade de colaboração da pessoa.
	Recursos: Humanos: EEER orientador clínico; Professor orientador; Equipa multidisciplinar; Pessoa e/ou família/pessoas significativas; Materiais: Processo clínico da pessoa; Protocolos, normas, manuais e folhas de registo em uso no serviço; Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; Regulamento das competências específicas do EEER; Pesquisa bibliográfica. Físicos: UCIR - HSM; ECCI – Póvoa de Santo Adrião		
	Critérios de avaliação para a competência J3: Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa?		

Competência	Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação
	9. Desenvolver a análise crítica e construtiva relativamente ao processo ensino/aprendizagem, contribuindo para o autodesenvolvimento profissional.	▪ Elaboração de jornais de aprendizagem/portefólios reflexivos sobre as temáticas identificadas como relevantes, utilizando a metodologia do Ciclo de Gibbs, que permitam a integração das competências de especialista na identidade profissional; ▪ Pesquisa da melhor evidência científica sobre as temáticas identificadas como relevantes.	▪ Ter refletido sobre as temáticas identificadas como relevantes, com vista à integração das competências de especialista na identidade profissional. ▪ Ter procurado o conhecimento baseado na melhor evidência que suporte a implementação do processo de reabilitação.
	Recursos: Humanos: EEER orientador clínico; Professor orientador. Materiais: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; Regulamento das competências específicas do EEER; Pesquisa bibliográfica.		

Critérios de avaliação transversais:

Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção?

Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais?

Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam desempenhar um papel dinamizador e suporte nas estratégias institucionais na área da governação clínica?

Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade?

Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam criar e manter um ambiente terapêutico e seguro?

Em que medida as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitam gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação com a equipa multidisciplinar?

4. Considerações finais

Conhecimento teórico e prática clínica são indissociáveis na prática da Enfermagem nos dias de hoje, foram as palavras com que iniciei este documento e que servem de fio condutor até à sua conclusão. "Projetar" vem do termo em latim *projectum* que significa "algo lançado à frente". Ao projetar pretende-se traçar linhas orientadoras que sirvam de guia ao que se irá realizar no futuro.

O projeto de formação em Enfermagem de Reabilitação apresentado tentou espelhar a articulação entre a teoria por detrás da problemática selecionada e a sua operacionalização em contexto prático, como forma de desenvolvimento de competências do nível de especialista.

Começou por se esmiuçar a temática de interesse que surgiu do contexto profissional, abordando os conceitos que a constituíam, bem como a motivação pessoal, profissional e académia que a suportavam, e ainda a sua relevância para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Espelhou-se a linha de pensamento que iria orientar a sua implementação da prática, bem como os locais práticos onde se tentaria operacionalizar. Traçaram-se objetivos para essa operacionalização e atividades que lhe poderiam dar resposta, bem como critérios para avaliação da sua implementação.

A temática da reabilitação à pessoa internada em unidade de cuidados intensivos não é nova. Já muito se falou sobre quando e como atuar. No entanto reveste-se grande interesse para a minha prática diária, já que o desenvolvimento de competências de nível de especialista nesta área me poderão permitir otimizar os cuidados às pessoas de quem cuido diariamente e, assim, promover a melhoria contínua da qualidade.

Muito embora seja intenção que este projeto sirva de guião para o desenvolvimento do estágio do terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ele não se esgota aqui. Assume-se desde já a sua possibilidade de reformulação em adequação ao contexto e necessidades de cuidados detetados, permitindo a simbiose entre o conhecimento e a prática clínica, que conduza ao melhor desenvolvimento de competências especializadas.

Podemos terminar da mesma forma que começámos logo no pensamento retirado de um dos poemas de António Machado y Ruiz: *Caminhante, não há caminho. Faz-se o caminho ao andar*. O projeto não é mais que um caminho para chegar a algum sítio. Outros já traçaram caminho para o mesmo local e contam o que lá viram, mas só quando fazemos o nosso próprio caminho percebemos que ele será diferente dos outros.

Referências Bibliográficas

Ambrosino, N.;Venturelli, E.; Vagheggini G. & Clini E. (2012). Rehabilitation, weaning and physical therapy strategies in Chronic Critically Ill Patient – Series: ‘‘Novelties In Pulmonary Rehabilitation’’, *European Respiratory Journal*, Vol. 39 (2). p. 487-492.

Craig, J., & Smyth, R. (2002). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures, Portugal: Lusociência.

Damasceno, M.; David, C.; Souza, P.; Chavione, P.; Cardoso, L.; Amaral, J. (…) Luiz, R. (2006). Ventilação Mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos.*Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 18 (3), pp.219-228.

Duarte, P.; Venazzi, A.; Osaku, E.; Miúra, C.; Schiavetto, P.; Costa, C, Bruneri, E.; ... Jorge, A. (2012). Epidemiologia, estratégias e evolução de pacientes submetidos a ventilação mecânica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clinica Médica.*Vol. 10(4), pp. 302-307

Ferrito, C. (Janeiro-Março de 2010). Editorial. *Revista Percursos - Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal* , pp. 1-37.

Foster, P. & Bennet, A. (2000). *Dorothea Orem*. In. George, J. e col. (coords). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional.* 4ª edição (p. 83-101). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

França, D.; Apolinário, A.; Velloso, M. & Parreira, V. (2010). Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*. Vol. 17(1), pp.81-87.

Goldwasser, R.; Freitas, E.; Saddy, F.; Amado, V. &Okamoto, V. (2007). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* Vol. 33 (2). pp.128-136.

Gomes, B. (2006). Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem de Reabilitação. *Texto e Contexto – Enfermagem.* Vol. 15 (2). pp. 193-204.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo.* 2ª edição. Loures, Portugal: Lusociência.

Lisboa, D.; Medeiros, E.; Alegretti, L.; Bandalotto, D. & Maraschin, O. (2012). Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. *Journal of Biothecnology and Biodiversity*. Vol. 3 (1), pp. 18-24.

Mączka, A.; Kowalski, I. & Onichimowski D. (2011). Pulmonary Rehabilitation Within Intensive Care Units Exemplified By Traffic Collisions Casualties. *Polish Annals of Medicine* . Vol. 18 (1), pp. 66-75.

Menezes, G.; Carvalho, M. & Gois, A. (2013). Cuidados de Enfermagem no desmame da ventilação mecânica invasiva. *Cadernos de Gradução – Ciências Biológicas e da Saúde.* Vol. 1 (17),pp. 93-102.

Oliveira, L.; José, A.& Dias E. (2006). Padronização do desmame da Ventilação Mecânica em Unidade de terapia Intensiva: resultados após um ano. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* Vol. 18 (2), pp. 131-136.

Ordem dos Enfermeiros (Setembro de 2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento para as Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2011).*Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice.*Missouri, Estados Unidos da América: Mosby.

Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem.* Londres, Reino Unido: Heineman Nursing.

Pereira, P.; Oliveira, L.; Amâncio, J. & Moraes, F. (2013). Desmame da ventilação mecânica: comparação entre pressão de suporte e tubo em T – uma revisão da literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações.* Vol. 10 (1), pp.500-511.

Pereira, J. (2014). *Papel/competências do Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos* in. Gomes, B.; Rocha, M.; Martins, M. & Gonçalves, M. (organiz.) *Investigação em Enfermagem de Reabilitação – Um novo conceito para guiar a prática de cuidados.* (pp.64-72). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sousa, L.; Duque, H. & Ferreira, A. (2012). *Reabilitação Respiratória na Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva*. In. Cordeiro, M. e Menoita, E. *Manual de boas práticas na Reabiitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas.* (pp. 194-211). Loures, Portugal: Lusociência.

Taylor, S.(2004). *Dorothea E. Orem – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.* In. Tomey, A. &Alligood, M. (coords). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* 5ª edição. (pp. 211-226). Loures, Portugal: Lusociência.

Urden, L.; Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção (5ª edição).* Loures, Portugal: Lusodidacta.

Vaz, I.; Maia M.; Castro e Melo, A. & Rocha A. (2011). Desmame Ventilatório Difícil: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, vol. 24 (2), pp. 299-308.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Sistematização da Intervenção do EEER nas várias fases do processo de desmame ventilatório

Intervenção do EEER nas várias fases do processo de desmame ventilatório

FASES DO DESMAME	**Objetivos**	**Técnicas/ Procedimentos**
Pré-entubação	• Diminuir o medo e ansiedade; • Diminuir o trabalho respiratório; • Melhorar as trocas gasosas; • Mobilizar e eliminar secreções.	• Apoio emocional; • Posições de descanso e relaxamento; • Exercícios de controlo da respiração; • Ciclo ativo de técnicas respiratórias, Expiração forçada, Tosse dirigida e/ou assistida.
Durante a ventilação mecânica	• Promover a sincronia e adaptação ao ventilador;	• Posições de descanso e relaxamento; • Ensino e controlo da respiração em sincronia e de acordo com a modalidade ventilatória e dinâmica costal; • Exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costais (seletivos e globais).
	• Melhorar a relação ventilação/perfusão;	• Técnicas de recrutamento de volumes (hiperinsuflação voluntária com ressuscitador manual / ventilador mecânico); • Exercícios de flexibilização e aumento da expansibilidade torácica através de: o Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração; o Reeducação abdomino-diafragmática; o Ventilação dirigida; o Abertura costal seletiva e global, com ou sem bastão.
	• Manter a permeabilidade das vias aéreas;	• Hidratação e humidificação das secreções (mucolíticos/aerossóis); • Administrar terapêutica inalatória (broncodilatadores, p.ex.); • Inspirações profundas • Expansão /re-expansão pulmonar (adequado à modalidade ventilatória).
	• Mobilizar e eliminar secreções;	• Drenagem postural (posicionamento sobre o lado são por 15 a 20 min.); • Manobras acessórias (compressão, vibração e percussão); • Aspiração de secreções; • Hiperinsuflação manual/hiperinsuflação com ventilador mecânico.
	• Impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas;	• Abertura costal seletiva e global com bastão; • Correção postural (sentado, se possível); • Terapêutica de posição (em caso de derrame pleural, hemotórax ou pneumotórax drenado).
	• Melhorar a mobilidade, o fortalecimento e a readaptação ao esforço.	• Correção postural e posicionamento; • Mobilização polisegmentar passiva, ativa ou ativa resistida (mediante a tolerância da pessoa e estado clínico); • Auto mobilizações no leito; • Treino de transferências; • Treino de equilíbrio (sentado e em pé); • Treino de marcha e treino de AVD.

Durante o desmame ventilatório	• Melhorar a força muscular (músculos respiratórios e músculos gerais); • Melhorar o volume corrente/ expansão torácica; • Melhorar a capacidade de limpeza das vias aéreas;	• Treino muscular ventilatório com ênfase na inspiração; • Exercícios globais (com ênfase nos membros superiores e inferiores). • Reeducação diafragmática. • Treino das técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse assistida e dirigida); • Aspiração de secreções (se necessário).
Após a extubação	• Diminuir o medo e ansiedade; • Diminuir o trabalho respiratório; • Manter a permeabilidade das vias aéreas; • Mobilizar e eliminar secreções; • Impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas; • Reeducação ao esforço.	• Apoio emocional à pessoa e família; • Posicionamentos de descanso e relaxamento; • Massagem dos músculos da cervical; • Mobilização da articulação escapulo-umeral; • Controlo da respiração. • Inspirações profundas; • Reeducação abdomino-diafragmática; • Drenagem postural; • Técnica e expiração forçada; • Ciclo ativo das técnicas respiratórias; • Tosse dirigida/ assistida; • Humidificação das secreções, se necessário; • Aspiração de secreções, se necessário. • Posicionamentos adequados à situação da pessoa; • Alternância de decúbitos; • Terapia de posição; • Correção postural, sentado ou em pé. • Exercícios gerais com bola terapêutica, pedaleira, treino de marcha e subir e descer escadas, de acordo com a tolerância da pessoa.

Adaptado de: Sousa, Duque & Ferreira (2012, pp. 200-211).

APÊNDICE 2

Cronograma da implementação do projeto

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ANO	2014													2015								
MÊS	SET	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO					FEVEREIRO				MARÇO
DIAS	29	30	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	28	1	5	12	19	26	2	9	16	23	2
		5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	17	31	4	11	18	25	1	8	13	20	27	6
SEMANAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	14	15	16	17	18			
CAMPO DE ESTÁGIO / OBJECTIVOS	INTRODUÇÃO	UCIR - HSM												PAUSA LETIVA	ECCI – Póvoa de Santo Adrião							Relatório de Estágio		
OBJETIVO 1																								
OBJETIVO 2																								
OBJETIVO 3																								
OBJETIVO 4																								
OBJETIVO 5																								
OBJETIVO 6																								
OBJETIVO 7																								
OBJETIVO 8																								
OBJETIVO 9																								

APÊNDICE B

Técnicas de reabilitação aplicadas no decurso do processo de desmame ventilatório

Intervenção do EEER nas várias fases do processo de desmame ventilatório

FASES DO DESMAME	Objetivos	Técnicas/ Procedimentos
Pré-entubação	• Diminuir o medo e ansiedade; • Diminuir o trabalho respiratório; • Melhorar as trocas gasosas; • Mobilizar e eliminar secreções.	• Apoio emocional; • Posições de descanso e relaxamento; • Exercícios de controlo da respiração; • Ciclo ativo de técnicas respiratórias, Expiração forçada, Tosse dirigida e/ou assistida.
Durante a ventilação mecânica	• Promover a sincronia e adaptação ao ventilador;	• Posições de descanso e relaxamento; • Ensino e controlo da respiração em sincronia e de acordo com a modalidade ventilatória e dinâmica costal; • Exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costais (seletivos e globais).

	• Melhorar a relação ventilação/perfusão;	• Técnicas de recrutamento de volumes (hiperinsuflação voluntária com ressuscitador manual / ventilador mecânico);
		• Exercícios de flexibilização e aumento da expansibilidade torácica através de:
		  o Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração;
		  o Reeducação abdomino-diafragmática;
		  o Ventilação dirigida;
		  o Abertura costal seletiva e global, com ou sem bastão.

	• Manter a permeabilidade das vias aéreas;	• Hidratação e humidificação das secreções (mucolíticos/aerossóis); • Administrar terapêutica inalatória (broncodilatadores, p.ex.); • Inspirações profundas • Expansão /reexpansão pulmonar (adequado à modalidade ventilatória).
	• Mobilizar e eliminar secreções;	• Drenagem postural (posicionamento sobre o lado são por 15 a 20 min.); • Manobras acessórias (compressão, vibração e percussão); • Aspiração de secreções; • Hiperinsuflação manual/hiperinsuflação com ventilador mecânico.
	• Impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas;	• Abertura costal seletiva e global com bastão; • Correção postural (sentado, se possível); • Terapêutica de posição (em caso de derrame pleural, hemotórax ou pneumotórax drenado).
	• Melhorar a mobilidade, o fortalecimento e a readaptação ao esforço.	• Correção postural e posicionamento; • Mobilização polisegmentar passiva, ativa ou ativa resistida (mediante a tolerância da pessoa e estado clínico); • Auto mobilizações no leito; • Treino de transferências; • Treino de equilíbrio (sentado e em pé); • Treino de marcha e treino de AVD.

Durante o desmame ventilatório	• Melhorar a força muscular (músculos respiratórios e músculos gerais);	• Treino muscular ventilatório com ênfase na inspiração; • Exercícios globais (com ênfase nos membros superiores e inferiores).
	• Melhorar o volume corrente/ expansão torácica;	• Reeducação diafragmática.
	• Melhorar a capacidade de limpeza das vias aéreas;	• Treino das técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse assistida e dirigida); • Aspiração de secreções (se necessário).
Após a extubação	• Diminuir o medo e ansiedade;	• Apoio emocional à pessoa e família;
	• Diminuir o trabalho respiratório;	• Posicionamentos de descanso e relaxamento; • Massagem dos músculos da cervical; • Mobilização da articulação escapulo-umeral; • Controlo da respiração.
	• Manter a permeabilidade das vias aéreas; • Mobilizar e eliminar secreções;	• Inspirações profundas; • Reeducação abdomino-diafragmática; • Drenagem postural; • Técnica e expiração forçada; • Ciclo ativo das técnicas respiratórias; • Tosse dirigida/ assistida; • Humidificação das secreções, se necessário; • Aspiração de secreções, se necessário.
	• Impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas;	• Posicionamentos adequados à situação da pessoa; • Alternância de decúbitos; • Terapia de posição; • Correção postural, sentado ou em pé.
	• Reeducação ao esforço.	• Exercícios gerais com bola terapêutica, pedaleira, treino de marcha e subir e descer escadas, de acordo com a tolerância da pessoa.

Adaptado de: Sousa, Duque & Ferreira (2012, pp. 200-211).

APÊNDICE C

Planeamento do período de estágio

Planeamento do período de estágio																					
ANO	2014														2015						
MÊS	SET	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO					FEVEREIRO	
DIAS	29	30	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	28	1	5	12	19	26	2	9
		5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	17	31	4	11	18	25	1	8	13
SEMANAS		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª			13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Margarida Campos UCI+ ECCI = 62 T (31+31)	INTRODUÇÃO	UCI									ECCI			FÉRIAS DE NATAL		ECCI					

APÊNDICE D

Jornais de Aprendizagem da ECCI

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem (6)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Dezembro, 2014

REFLEXÃO

Desempenho funções de Enfermeira generalista há 8 anos, numa UCI. Toda a minha experiência profissional se desenvolveu neste contexto de trabalho, embora tenha tido algumas incursões noutros contextos como segundo emprego, nomeadamente em lar de idosos e clínica de hemodiálise. Os Cuidados de Saúde Primários são uma realidade longínqua com que me cruzei apenas em contexto académico quando lecionava o Curso de Licenciatura em Enfermagem, já lá vão cerca de 10 anos.

Ao que pude perceber, nos últimos anos, os Cuidados De Saúde Primários sofreram mudanças estruturais significativas que importa conhecer nesta fase de estágio em que integro uma Equipa de Cuidados Continuados Integrada (ECCI), de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Solicitei aos colegas do campo de estágio que me explicassem sumariamente como estão organizados os Cuidados De Saúde Primários, mas fiquei ainda mais baralhada. Das conversas que tivemos surgiam siglas diversas e parecidas entre si numa hierarquia que não é rígida nem constante para todos os locais e que não me facilitou a assimilação. Decidi procurar informação através da legislação que regulamenta os Cuidados De Saúde Primários, sendo que emergiram dois documentos como mais relevantes:

- o Decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro que cria e explicita a organização dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES), que estão sob a tutela da Administração Regional de Saúde (ARS), que, por sua vez, responde ao Ministério da Saúde;
- o Decreto-lei 101/2006 de 6 de julho regulamenta a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Os Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) foram criados em 2008 e substituíram as anteriores sub-regiões de saúde. São entidades organizacionais com Autonomia Administrativa, constituído por varias Unidades Funcionais e agrupam um ou mais Centros de Saúde. Têm como Missão Garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica, de forma a dar estabilidade à organização de prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações acima de tudo com melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde para se poderem obter maiores ganhos em saúde (Decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro, p. 1183).

Podem ser constituídos por várias Unidades Funcionais:

a) Unidade de saúde familiar (USF), regulamentada pelo decreto-lei 298/2007 de 22 de Agosto;

b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);

c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC), regulamentado pelo despacho 10143/2009;

d) Unidade de saúde pública (USP);

e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP).

Podem ainda conter o Conselho da Comunidade e o Gabinete do Cidadão.

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES. (Decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro, p. 1183). Para melhor perceber foi elaborado um esquema representativo que pode ser consultado no Anexo 1.

A UCC (contexto em que estou inserida no local de estagio), de acordo com o Artigo 11.º do Decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro,

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

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades das populações e a disponibilidade de recursos. O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. (Decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro, p. 1184)

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) tem 15 ACES, onde se inclui o ACES Sintra. Este é constituído por vários centros de saúde (CS): CS Algueirão/ Mem-Martins, CS Pêro Pinheiro, CS Rio de Mouro, CS Sintra, CS Queluz e CS Cacém, conforme está patente na Portaria n.º 394-B/2012 de 29 de novembro (p. 6832-(8)).

Os Centros de Saúde de Algueirão/ Mem-Martins e Rio de Mouro funcionam com a mesma equipa de gestão, embora em espaços físicos diferentes. Existem várias Unidades Funcionais, tais como:

- Unidade de Saúde Familiar AlbaSaude
- Unidade de Saúde Familiar AlphaMouro
- Unidade de Saúde Familiar da Natividade
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Algueirão
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Rio de Mouro

- Unidade de Cuidados na Comunidade do Cruzeiro do Algueirão
- Unidade de Saúde Pública

No entanto a UCC (designada UCC Cruzeiro de Algueirão) é uma unidade funcional comum aos dois Centros de Saúde, pelo que a população abrangida pela UCC ronda os 123.000 habitantes (Portaria n.º 394-B/2012 de 29 de novembro (p. 6832-(8)).

As UCC encontram-se regulamentadas pelo Despacho n.º 10143/2009, sendo que, a sua *atividade desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra (*p. 15438), tendo por missão

> *contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra* (p. 15438).

A UCC Cruzeiro de Algueirão conta com uma equipa fixa de dez elementos, entre médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeutas e assistentes sociais; tem ativos vários programas de prestação de serviços de saúde que vão de encontro ao regulamentado no despacho acima referido:

- Saúde Escolar;
- Planeamento familiar;
- Sorri Jovem (centro de atendimento a adolescentes, entre os 12 e os 21 anos, que desenvolve a sua atividade, todos os dias úteis, entre as 8h30 e as 16h30, e que está aberto a qualquer jovem sem obrigatoriedade de residirem nas freguesias de Algueirão-Mem Martins e Rio de Mouro);
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
- (…)

A equipa de Visitação Domiciliaria de Enfermagem que estou a acompanhar neste campo de estágio é uma "unidade móvel de intervenção" que presta cuidados a utentes que são referenciados pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), mas também pela Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), criando assim uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho diz respeito á criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (designada por Rede), assente

> *nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem:*
>
> *a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;*
>
> *b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.*(p.3858)

A Rede tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização: regional e local; e é constituída por

> *unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais*. (Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho, p. 3857)

De acordo com o Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho, a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

a) Unidades de internamento;
    a. Unidades de convalescença;
    b. Unidades de média duração e reabilitação;
    c. Unidades de longa duração e manutenção;
    d. Unidades de cuidados paliativos.
b) Unidades de ambulatório;
    a. Unidade de dia e de promoção da autonomia.
c) Equipas hospitalares;
    a. Equipas de gestão de altas;
    b. Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.
d) <u>Equipas domiciliárias</u>
    a. <u>Equipas de cuidados continuados integrados;</u>
    b. <u>Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.</u>

A equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), de acordo com o artigo 9º do Despacho n.º 10143/2009, dá resposta, entre outros, aos projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam:

i) Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas;
ii) Cuidados de reabilitação física;
iii) Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
iv) Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
v) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
vi) Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI. (Despacho n.º 10143/2009, p.15440)

Na prática, o que consigo perceber é que, esta estrutura que tentei sistematizar nestas páginas, não é rígida e pode ser adaptada ao contexto em que está inserido, seja pelas necessidades das populações abrangidas, seja pelos recursos disponíveis.

A equipa dispõe de dois veículos, correspondendo a duas equipas, cada uma com duas ou três enfermeiras, dependendo da carga de trabalho. A cada está atribuída uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação que presta cuidados aos utentes que são referenciados para a RNCCI com o intuito de reabilitação, mas também a utentes com outras necessidades de intervenção que vão de encontro ao exposto no documento legislativo anteriormente referido. Por vezes, a realização de um penso a uma ferida ou a administração de um injetável permite entrar na casa dos utentes e identificar outras situações de carência, seja social ou emocional.

Em suma:

A legislação consultada espelha apresenta a organização dos cuidados de saúde primários como uma enorme orquestra, com muitos intervenientes e bem coordenada, com um objetivo harmonioso. Na prática, neste contexto em que estou inserida em contexto de estágio, não é fácil perceber esta harmonia, não se é porque ela não está presente ou porque nu ainda não fui capaz de alcançar o suficiente para a identificar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Procede á criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Diário da República — I Série - A N.º109—6 de Junho de 2006. 3856 - 3865

Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Procede á criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES), e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008. 1182-1189.

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril (2009). Procede á aprovação do Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009. 15438 – 15440.

Miguel, L. S. & Sá, A. B. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Portaria n.º 394-B/2012 de 29 de novembro (2012). Procede á reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.. Diário da República, 1.ª série — N.º 231 — 29 de novembro de 2012. 6832-(5) - 6832-(11).

APÊNDICE E

Jornais de Aprendizagem da UCI

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem (1)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Outubro, 2014

REFLEXÃO

Depois de tantos meses de formação teórica, chegar ao contexto de prática surge com um misto de ansiedade e receio. Apesar de ser já profissional de Enfermagem, avivam-se as fraquezas num novo contexto de trabalho, com pares desconhecidos e com intuito de desenvolvimento de novas competências.

O estágio decorre numa unidade de cuidados intensivos. Logo no primeiro dia fui recebida pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Orientadora que me apresentaram a toda a equipa multidisciplinar. Foi-me apresentado sumariamente o serviço, a sua organização e funcionamento. Fui muito bem recebida.

Apesar de ter sido feita uma visita e entrevista prévias, só quando chegamos ao contexto e nos embrenhamos nele é que percebemos o que ele tem verdadeiramente para nos oferecer:

- Tinha ficado com a perceção de que a enfermeira orientadora ficaria exclusivamente a prestar cuidados de reabilitação de acordo com a necessidade dos vários doentes internados, mas constatei que, por questões de organização da equipa de enfermagem, de momento, ela fica com doentes atribuídos para prestação de cuidados gerais, promovendo os cuidados de reabilitação que estes doentes necessitam e, apenas pontualmente presta cuidados aos restantes doentes internados. Neste sentido, organizámos o planeamento do estágio de forma a criar oportunidades de desenvolvimento dos meus objetivos de estágio, ficando com doentes atribuídos que lhe permitam dar resposta.
- Nos primeiros dias, o serviço estava a "meio gás". Das 8 vagas para doentes ventilados, apenas 3 estavam ocupadas e só um deles estava em ventilação invasiva. Nos entanto, no decorrer desta semana (2ª semana de estágio) a taxa de ocupação aumentou exponencialmente, com vários doentes sob ventilação mecânica invasiva, sustentando o campo de estágio para desenvolver o projeto de estágio.
- A variedade dos motivos de internamento foi também uma surpresa. A entrevista prévia realizada sustentava que os doentes internados eram, predominantemente, do foro da pneumologia, associado a DPOC descompensada, insuficiência cardíaca descompensada ou infeção respiratória que requeressem suporte ventilatório invasivo ou não invasivo. Constatei que esta tipologia está mais ampla, havendo doentes internados do foro cirúrgico (torácico e outras especialidades), doentes com queimadura da via aérea ou com intoxicação medicamentosa. Apesar de não ter sido em conta inicialmente, esta tipologia diversificada pode mostrar-se uma mais valia para um

desenvolvimento de competências a um leque mais variado de situações já que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é delineada em função das diferentes necessidades de cuidados.

Ainda na primeira semana de estágio cheguei ao serviço, assisti á passagem de turno e fui tirando notas sobre os doentes. Só havia três doentes internados e, quando terminámos a passagem de turno, lembro-me de pensar: o que é que eu vou fazer aqui hoje?

Dois dos doentes, sob ventilação mecânica, encontravam-se com franca instabilidade hemodinâmica: um por labilidade dos valores tensionais com necessidade de suporte aminérgico crescente; outro com dificuldade na adaptação ventilatória, com necessidade de curarização; e broncospasmos severos e de difícil reversão. O terceiro doente estava em ventilação espontânea, com suporte de oxigénio por máscara de alto fluxo, muito dependente da oxigenoterapia e com perfusão de heparina por suspeita de tromboembolismo pulmonar.

Nem precisei de partilhar os meus pensamentos com a enfermeira orientadora, pois ela acabou por verbalizar o mesmo: o que é que podemos fazer com doentes instáveis?

Poder, podemos. Mas devemos?

Acabámos por prestar cuidados ao doente com dificuldade de adaptação ventilatória. Tratava-se de um doente com ARDS que posicionámos em decúbito ventral para otimização do padrão ventilatório. Na altura não me pareceu estar a fazer mais do que já faço aos meus doentes com a mesma situação patológica, como enfermeira de cuidados gerais e cheguei ao final do dia a pensar que na verdade não tinha feito nada de cuidados especializados de reabilitação.

Tinha escrito no meu projeto de estágio: “a intervenção do EEER junto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva deve ter um início precoce e prolongar-se ao longo de todo o tratamento, aplicando técnicas de reabilitação de acordo com a capacidade de colaboração da pessoa”.

Quão precoce deve ser a intervenção? Se for demasiado precoce, com o doente ainda instável, não estaremos a aumentar o risco de complicações ou agravamento da situação atual? Se olharmos para a questão do ponto de vista ético, estamos a ir de encontro ao princípio da beneficência, mas não estaremos a descurar o princípio da não-maleficência? Como é que se pondera o risco-benefício da nossa intervenção?

Tentei procurar informação que me pudesse elucidar melhor sobre este tema, mas não encontrei informação concreta para este contexto de cuidados. No entanto, pareceu-me relevante explorar o conceito de tomada de decisão nos cuidados de enfermagem que se aplicam também para os cuidados especializados de enfermagem. Paulo Marques (2002) referindo-se às implicações da ciência dos

cuidados de saúde afirma que surge um *"reconhecimento cada vez maior, de que nem tudo o que é possível fazer deve ser feito.*" (p.10).

Quando iniciamos o contexto de estágio, queremos pôr em prática o que aprendemos do ponto de vista teórico. Existe quase uma ânsia por fazer. Esta questão fez-me pensar nas implicações da tomada de decisão de intervir: se por um lado é uma liberdade, fundamentada nos conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos na primeira fase deste ciclo de aprendizagem que conferem autonomia de intervenção; por outro lado é uma responsabilidade que temos que assumir junto daqueles com quem se intervém, de que vamos fazer pelo outro o melhor possível, sem o prejudicar. Marques (2002, cintando Silva, 2000), sustenta a ideia de que "*os processos de pensamento dos enfermeiros para a tomada de decisão ética, são comparáveis aos utilizados no processo de enfermagem, a saber: recolha de dados, identificação do problema, consideração das alternativas possíveis e adequadas, decisão e posterior avaliação, tendo em conta os efeitos da mesma sobre a pessoa intervencionada"* (p.53). O treino deste discernimento na intervenção de reabilitação é algo a treinar nas próximas semanas de estágio, e a continuar posteriormente no exercício profissional, usando como estratégia de organização de pensamento a sugerida pelo autor referido.

Talvez, por vezes, o mais sensato seja não fazer nada e deixar o doente estabilizar, reduzindo os riscos, mas retardando os benefícios. No entanto, a intervenção do enfermeiro de reabilitação pode começar por técnicas tão simples como o correto posicionamento, que favoreça o padrão ventilatório eficaz e que evite as posições viciosas, ou com as mobilizações osteoarticulares que previnam deformidades ou limitações da funcionalidade. E, mediante os efeitos observados, avançar ou não com outras intervenções.

A Ordem dos Enfermeiro sustenta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve identificar precocemente os problemas reais ou potenciais dos seus clientes que careçam da sua intervenção especializada, 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* (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.1).

E no final de contas, era isso que tínhamos feito com a doente com quem intervimos. Não planeamos aquela intervenção como sendo o que, tradicionalmente encontramos explicito na literatura como reabilitação. Mas o posicionamento em decúbito ventral nas situações de ARDS além de favorecer o padrão ventilatório pela melhoria da ventilação das bases pulmonares, quando devidamente realizado promove a manutenção das capacidades funcionais residuais da pessoa, previne complicações decorrentes da situação clínica e evita incapacidades.

Em síntese, o que acho que devo reter da situação explicitada:

- Intervir ou não intervir pode ser um dilema: uma boa avaliação da situação clínica e das necessidades de cuidados, associado a um leque de conhecimentos teórico-práticos bem estruturado dá-nos subsídios para seguir o caminho da intervenção ou não intervenção de forma fundamentada;
- A intervenção do enfermeiro de reabilitação pode fazer a diferença com pequenos pormenores: por vezes quando a pessoa não está ainda capaz de colaborar de forma ativa no seu processo de recuperação, preservar as capacidades remanescentes e prevenir complicações, é o papel do EEER, de forma a que, quando as condições o permitirem, a pessoa possa participar de forma plena;
- A dimensão ética do cuidar acompanha a atuação de Enfermagem de uma forma transversal: o respeito pelos princípios éticos deve estar sempre presente ao longo do processo de enfermagem (avaliação, identificação de necessidades, planeamento de intervenções, sua implementação, avaliação e reformulação).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento para as Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

Marques, P. (2002). *Princípios Éticos Gerais no agir em Enfermagem: Condicionamentos às Intervenções de Enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto

Campos, M. (2013). *A pessoa sob ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório.* (Projeto de Estágio não publicado) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem (2)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Outubro, 2014

REFLEXÃO

Quando foi ao campo de estágio visitar-me, na segunda semana, tocámos num assunto que já me tinha feito pensar um pouco: os registos.

- Que registos de Enfermagem de Reabilitação é que fazem os Enfermeiros?;
- Para que servem esses registos?
- Alguém olha para o que escrevem os enfermeiros de Reabilitação? Quem é que olha?

Desde o primeiro dia que tento recolher informação e escrever tudo o que faço com doentes ou que a orientadora me alerta, de forma a servirem de notas de campo para elaboração das propostas de atividade para desenvolvimento de competências. No entanto, os registos de enfermagem que tenho feito no processo clinico do doente têm sido menos frequentes do que esperava, nesta fase; e, simultaneamente, tem sido difícil observar outros registos de enfermagem de reabilitação. Tentei perceber porquê:

- Quando a Enfermeira orientadora tem doentes distribuídos á sua responsabilidade, faz registos distintos dos que faz quando está só a prestar cuidados de Reabilitação:
    - na primeira situação os registos incluem-se nas notas gerais de evolução do doente, naquele turno; são sucintas (talvez condicionadas pelo espaço disponível para escrita) e não refletem exatamente o que se fez, porque se fez ou a evolução da intervenção; mas tentam salientar o que a restante equipa deve e pode fazer para continuar o processo de reabilitação.
    - Na segunda situação, existe uma folha própria para registos de reabilitação que é incluída no processo clínico do doente e onde se sistematiza a apreciação, diagnóstico, intervenção e avaliação do processo de reabilitação.
- Quando a Enfermeira orientadora tem doentes distribuídos á sua responsabilidade, os cuidados de enfermagem de reabilitação são solicitados ao Departamento de Reabilitação (acho que não é bem este o nome, mas agora não consigo precisá-lo); os registos elaborados neste contexto não ficam anexados ao processo do doente, pois seguem com o enfermeiro que que prestar cuidados ao doente e as indicações para continuidade dos cuidados são transmitidos, aparentemente, através da oralidade.

Estas circunstâncias têm-me suscitado algumas dificuldades:

- Na assimilação e desenvolvimento de uma linguagem própria da Enfermagem de Reabilitação;
- Na perceção da intervenção de outros enfermeiros de reabilitação que intervêm quando não estamos presentes (os diagnósticos e intervenções são os mesmos que delineamos ou que valorizámos?; as técnicas que implementámos são as mesmas?);

- Na perceção da evolução da situação do doente (como reage com outros, se tem mais ou menos secreções ou se tolera melhor um ou outro decúbito)

Os registos de enfermagem têm dois objetivos principais: promover a continuidade dos cuidados e dar visibilidade ao trabalhos desenvolvido como fonte de ganhos em saúde.

Mas como podemos provar que fazemos a diferença e que a nossa atuação trás ganhos em saúde se não escrevermos o que fazemos ou se outros não poderem consultar essa informação?

Tenho usado a folha de registo própria do serviço para me guiar na observação, registo da intervenção e evolução dos doentes, de forma a sistematizar os dados que recolho e a evolução do doente, permitindo também assimilar melhor a linguagem própria da Enfermagem de reabilitação.

Inicialmente, pensei até em aproveitar a ideia da folha de registo para criar uma para o meu local de trabalho, a usar futuramente, mas deparei-me com outra questão: no meu local de trabalho o processo de Enfermagem já é quase todo informatizado, com recurso aos registos no Sistema SClínico, através da linguagem CIPE; ao contrário do local de estágio cujo processo de enfermagem assenta nos registos manuais.

Procurei um pouco e encontrei informação sobre a tentativa de sistematização de focos de atenção da linguagem CIPE que são focos de atenção sensíveis á atuação da enfermagem de reabilitação. Através do programa informatizado, é possível recolher com maior facilidade um resumo mínimo de dados de enfermagem que permitam:

- Traduzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (indicadores de resultado);
- Comparar a prática de enfermagem a diferentes níveis;
- Traduzir as principais necessidades em cuidados de enfermagem (indicadores de processo);
- Fornecer informação útil para a promoção, definição e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade;
- Disponibilizar informação útil capaz de influenciar as decisões políticas em saúde.

Em síntese, o que acho que devo reter face á situação explicitada:

- Os registos são o que dão visibilidade á nossa intervenção: se não está escrito, é como se não tivesse sido feito;
- Os registos permitem a continuidade dos cuidados: se não está escrito, a qualidade dos cuidados fica comprometida;

- Seja qual for a forma que tomam os registos: nas notas de evolução, em folha própria ou em sistema informatizado, é importante espelhar o que fazemos, quando fazemos e porque fazemos, bem como, o que os outros podem fazer para continuar o processo de cuidados.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem (3)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Outubro, 2014

REFLEXÃO

Desde o primeiro dia de estágio tenho acompanhado e prestado cuidados gerais e do âmbito da reabilitação a um doente com neoplasia da laringe que teve de ser submetido a traqueostomia. O seu percurso não tem sido simples e as implicações na sua vida foram significativas: trata-se de um homem que faz da música e do canto a sua vida e que acabou por perder o seu alento quando perdeu a voz. Já antes tinha estado traqueostomizado e, a pedido, tinha sido efetuado o encerramento. Acarretou-lhe outras adaptações no seu dia-a-dia, mas preferia viver assim.

O presente internamento deveu-se a uma complicação decorrente desse encerramento: verificou-se uma fístula traqueal que condicionava enfisema subcutâneo grave. A intervenção proposta foi a nova traqueostomia que inicialmente recusou, mas que foi convencido pela família a fazer.

O humor deprimido já acompanhava o doente previamente mas a situação atual tem agravado o quadro, carecendo de intervenção por parte da psiquiatria. Numa fase inicial encontrava-se muito isolado, sempre com olhos cerrados e com um "encolher de ombros" como resposta a todas as questões. Acho que no primeiro dia só lhe vi os olhos quando o abordei a explicar o que iria fazer: nem assentiu, apenas fechou os olhos e ficou ali.

Á medida que o tempo foi passando (já estou a trabalhar com ele desde dia 7/10), notou-se alguma melhoria no estado anímico e, simultaneamente, na sua vontade de participação no que lhe propunha fazer. A resposta "sim" e, muitas vezes, "não", mostravam mais alguma participação no seu processo de recuperação.

Mas cuidar deste doente tem-se mostrado uma luta: não pelos desafios das técnicas a usar, mas pelo quanto é preciso negociar para desenvolver atividades que eu acho/sei que ele consegue, mas não está disposto a fazer. E isso leva-me a perguntar: até onde posso ou devo ir com a negociação?

Hoeman (2000) sustenta que os enfermeiros de reabilitação trabalham com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva. Mas, o que fazer quando, aparentemente, os doentes não querem cuidados deste âmbito? Insistimos até conseguir o que achamos que o doente é capaz? Fazemos apenas o que o doente quer fazer, mesmo sendo muito aquém do seu potencial? Ou desistimos porque o doente não quer ser cuidado?

O dilema emerge: fazemos o que queremos fazer (suportado pelos conhecimentos que temos e pela certeza de que com empenho, o doente conseguirá atingir) ou fazemos o que o doente quer fazer (respeitando a sua autonomia e direito a decidir sobre o seu projeto de vida e dos meios para o atingir)?

Januário (2013) afirma na sua Dissertação de Mestrado "o cuidar não é entendido pela enfermagem de reabilitação como um ato individual, é antes um ato de reciprocidade, em que o projeto de saúde é construído em parceria, para desta forma contribuir decisivamente para a

autodeterminação da Pessoa na construção do seu projeto de saúde de forma livre e responsável" (p.8).

Eu, enquanto profissional de enfermagem, acredito que a visão paternalista do cuidar está desatualizada e concordo com a visão de Leprohon, (2001) citado por Januário (2013, p.6) quando sustenta que a relação terapêutica se caracteriza pela "parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde."

Carvalho (2002) corrobora esta ideia afirmando que "a enfermeira a ser flexível na sua abordagem com o doente e ao querer delegar algum do seu poder, controlo e autoridade, de forma a promover o mesmo sentimento de ser capaz, e, torna-lo mais capacitado para participar nos cuidados, é, deste modo, um agente facilitador da participação do doente". (p. 26)

Mas, e quando o projeto de saúde do doente é não ter qualquer projeto?

Este doente parece-me tão assolado pelo que está a perder da sua vida que não consegue ainda olhar para o que lhe resta, e que lhe pode trazer de vivências com satisfação plena. Os objetivos de vida desta Pessoa ainda não se adequaram ás suas limitações reais e o seu projeto de vida é ainda mais do que talvez consiga alcançar, ou pelo menos os meios para lá chegar talvez tenham que ser outros.

Será que para que um programa de reabilitação funcionar, uma parte substancial não terá que ser a motivação do doente, no sentido de, com a nossa ajuda, capacidade e conhecimentos, construir um percurso á sua medida (á medida das suas capacidades)? E quando o doente não está motivado, não definiu o seus objetivos e o seu percurso, o que há para reabilitar? Podemos bombardear o doente com técnicas e estratégias, mas a sua participação e envolvimento é fulcral: "os efeitos positivos de uma determinada ação ligada aos cuidados de saúde serão tanto melhores quanto mais participativa for a pessoa." (Carvalho, 2002, p. 27)

Tem que haver alguma coisa, por que há quase um mês que ando a implementar intervenções, que eu acho que são de reabilitação, com este doente. Acho que as ações que tenho implementado vão ao encontro das premissas sistematizadas pela Ordem dos Enfermeiros quando afirma que é função do EEER "promover o diagnóstico precoce e ações preventivas (...) 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 (...)" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Alguns autores citados anteriormente referem-se ao conceito de parceria nos cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo que fui procurar informação sobre "parceria nos cuidados de enfermagem" para perceber a adequação deste conceito tantas vezes usado.

Vários autores se referem ao conceito de parceria. Gomes (2002, p.71) sintetiza-os: para Honoré (1999) "ser parceiro é uma questão da dimensão do ser"; para Zay (2000) "parceria é

um compromisso numa ação comum negociada"; para Hasbeen (2000) "pressupõe um processo de negociação em que a autonomia da pessoa é respeitada acima de tudo"; para Reis (1999) trata-se da "participação ativa do doente no processo de cuidados".

O conceito de parceria surge muitas vezes misturado e baralhado com outros conceitos parecidos, tanto na literatura científica como no conhecimento do senso comum. Carvalho (2002) na sua pesquisa identifica que, para muitos autores, o conceito de parceria surge no topo hierárquico de outros conceitos que se articulam entre si: participação, envolvimento e colaboração. Mittler et al citado pelo mesmo autor (Carvalho, 2002, p. 25) sustenta que "o envolvimento e a colaboração são percursores da participação que, por sua vez, é percursora da parceria."

Gomes (2002) sistematiza a interação entre enfermeiro e doente que espelha a essência do cuidar em parceria: "(…) Pessoa: aquele que recebe cuidados ou pode ser um potencial recebedor de cuidados. O enfermeiro deve colocar ao dispor desta os seus conhecimentos e acompanhá-la na sua na sua experiência de saúde num processo que deve ser monitorizado pela própria Pessoa. Assim a enfermagem tem que perspetivar a Pessoa como responsável pelo seu próprio projeto de vida. Para isso é necessário que esta seja investida de poder (*empowerment*) para que possa recorrer a processos de tomada de decisão sobre os assuntos que lhe dizem respeito, como os relacionados com os seus estilos de vida e a sua saúde. Esta relação pressupõe o consentimento e o respeito pelos outros, o direito de o doente participar nos seus cuidados" (p.70).

O que parece ser transversal aos vários autores quando e referem á parceria prende-se com a individualidade, a autonomia, a capacitação/"empoderamento" e a negociação. Autores como Gallant (2002) e Hook (2006) realizaram estudos que sistematizaram vária dimensões do conceito de parceria que se enumeram: partilha na tomada de decisão, relacionamento; competência profissional; partilha de conhecimento; autonomia; comunicação; participação e partilha de poder. Este conceito pareceu-me relevante já aquando da construção do projeto de estágio, já que, a filosofia que lhe está por trás vai de encontro á filosofia do autocuidado de Orem que o sustenta. Gomes (2002) salienta a teorização do modelo de Orem como fundamental para a evolução do conceito de parceria.

A reter após este jornal de aprendizagem:

- nem sempre o que achamos que podemos fazer pelo doente é aquilo que o doente quer que façamos por ele;

- o EEER deve promover a individualidade, a independência, a autonomia, o respeito… a ética é transversal ao cuidar do outro;

- cuidar em reabilitação não se coaduna com uma prática paternalista; o desenvolvimento de parceria com o doente fomenta a sua participação, o seu envolvimento e a sua colaboração;

- o conceito de parceria sustenta e é sustentado pelo conceito do autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, Maria R. S. (2002). *A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: da passividade á participação ativa no seu processo de cuidados.* In Gomes, I. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania.* (p.21-66). Coimbra. Formasau.

Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso: da submissão á ação negociada.* In Gomes, I. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania.* (p.67-154). Coimbra. Formasau.

Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-13-4.

Januário, José C. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento para as Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem (4)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Novembro, 2014

REFLEXÃO

Nas últimas duas semanas de estágio tenho trabalhado com uma jovem de 35 anos com o diagnóstico de fibrose quística. É uma doente já conhecida da equipa multidisciplinar do serviço devido aos frequentes internamentos, especialmente nos últimos dois anos, em que se verificou um franco agravamento da sua condição clínica, com frequentes exacerbações, especialmente a nível respiratório.

Nos internamentos anteriores sempre se mostrou pouco colaborante nas intervenções de reabilitação proposta, encontrando todas as desculpas possíveis para não as desenvolver e, acima de tudo, desinteressada de conhecer o seu papel nessas intervenções. Nem sempre recusava os cuidados, mas também não tinha um papel ativo na sua implementação. Recusava a administração da terapêutica e nunca se levantava da cama.

Os colegas partilharam essas informações comigo antes da minha primeira abordagem á doente o que, de certa forma, me levou a partir com uma ideia preconcebida do que iria ser aquele encontro. Analisei o processo da doente para tentar encontrar mais dados relevantes para conhecer a situação; observei a radiografia de tórax que foi feita á entrada; e fui lá conhecer a doente.

O internamento justificava-se por uma nova exacerbação da sintomatologia respiratória, mas a equipa médica parecia também ter em mente outra questão: esta doente está já na lista de espera para transplantação pulmonar bilateral e esperavam tentar fomentar uma reabilitação global que promovesse a melhoria da capacidade ventilatória pela reabilitação respiratória, mas também motora geral com fisioterapia, e nutricional pelo acompanhamento de nutricionista/dietista. Inicialmente não tinha percebido a dimensão desta intervenção, mas á medida que me integrei na equipa pude perceber que o que e pretendia era um programa multidisciplinar que otimizasse a função global da doente, de forma a estar mais preparada para esse evento tão importante que é o transplante.

Inicialmente os colegas EEER da Unidade de Reabilitação Respiratória começaram a implementar a sua intervenção com a doente, mas acabámos por perceber que quase sempre havia algum fator que impossibilitava o programa: ou a doente tinha comido há pouco tempo, ou ainda não tinha feito a terapêutica com alfadornase, ou estava muito cansada…

O facto de eu estar presente todo o turno da manhã permitia propor a intervenção no momento mais adequado, sabendo sempre o que ela estava a fazer e o que ia fazer a seguir: gerindo os cuidados com a doente e com os outros membros da equipa, especialmente os pares enfermeiros, as assistentes operacionais, os médicos e o fisioterapeuta.

A primeira abordagem foi distante, sentindo que a minha presença não era lá muito desejada, mas era tolerada. Tentei perceber o que sabia fazer, tendo em conta que se trata de uma doença crónica que já a acompanhou ao longo de toda a sua vida; tentei também saber o que é que costumava fazer e

pedi para me demonstrar como fazia os exercícios. Descrevia tudo de forma sumária, quase a despachar, como se não tivesse qualquer interesse e acabou por confessar que raramente fazia os exercícios, embora reconhecesse a sua importância.

Iniciei um programa diário de exercícios de reabilitação respiratória que privilegiavam a mobilização e eliminação de secreções assente especialmente no ciclo ativo das técnicas respiratórias, adotando em simultâneo posições de drenagem postural e manobras acessórias (percussão e vibração), mas após alguns dias comecei a achar pouco e comecei a introduzir exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, ativos e também com pedaleira e, finalmente, introduzi posteriormente exercícios de tolerância ao esforço com realização de atividades de vida diária (marcha até ao WC; cuidados de higiene/ banho; pentear o cabelo; escovar os dentes; vestir e despir – tudo sem assistência, gerindo o cansaço com períodos de descanso e respiração abdomino-diafragmática).

E á medida que os dias passaram, deixei de ser uma estranha a fazer reabilitação de forma ”passiva”, para ser a parceira dos exercícios que puxa pelo que ela já consegue fazer. Embora numa fase inicial eu mesma me tenha sentido insegura (afinal ela sabia mais de fibrose quística do que eu), acabei por me deixar tocar pela pessoa da minha idade que tem uma luta tão difícil pela frente e que precisa de ajuda; que tem um filho da idade do meu que não vê desde que ali estava fechada (e eu ainda me queixo quando não vejo o meu por um dia); que se entrega a uma vida de espera pelo seu “bote salva-vidas” (os pulmões para transplante) que tardam em chegar, deixando-se ficar sem fazer nada para aproveitar os dias que passam.

Quase no final da semana alertou-me para que talvez tivesse alta hospitalar no inicio da semana seguinte. Estranhei não ter ouvido nada, mas afinal era verdade: tinha havido uma fraca melhoria da situação clinica e poderia regressar a casa! Quando estávamos já a realizar os exercícios acabei por lhe perguntar sobre como seria quando fosse para casa: iria fazer em casa alguma coisa do que andávamos ali a treinar? O que iria dificultar a sua realização?

E, surpreendentemente, pediu que lhe fizesse “um papel” com o que poderia fazer em casa para continuar o programa. E aqui veio o desafio: como sistematizar o que fazer para manter o treino? Como fazer um plano para a alta?

Nunca fiz um plano para a alta!!!! Geralmente os doentes de quem cuido em contexto de cuidados intensivos não têm alta para o domicílio. Precisava pesquisar melhor quais as recomendações para reabilitação na fibrose Quística, de forma a sistematizar uma abordagem que fosse exequível e adequada à individualidade desta doente, por que, caso contrario, o mais certo era ela não voltar a fazer nada!

Procurei evidência científica que me levou a concluir o que a equipa médica já tinha em mente desde o princípio: a intervenção com estes doentes deve incluir a dimensão de reabilitação respiratória,

de atividade física, de nutrição e de terapêutica. Concluem os vários estudos que encontrei, bem como a norma da DGS que a este tema se refere, que, quando abordadas em conjunto, estas dimensões contribuem para a melhoria da qualidade de vida; para a minimização das exacerbações da doença; para a recuperação mais breve caso existam exacerbações. Estas intervenções não devem ser pontuais, mas sim fazer parte da rotina do dia-a-dia destas pessoas.

Então comecei a construir uma espécie de brochura que sistematizasse o que fazíamos durante o internamento, mas pareceu-me redutor, porque outras especialidades contribuíam grandemente para as várias dimensões abordadas. Emergiu a importância da abordagem multidisciplinar: talvez este plano não devesse ser redigido apenas por mim enquanto enfermeira de reabilitação, mas pela equipa conjunta, com médicos, fisioterapeuta e nutricionista a trabalhar sobre ele. Só assim se pode trabalhar com qualidade nos cuidados em saúde, contribuindo com as várias especialidades (estrutura) para uma otimização do processo (de cuidados) e dos resultados.

No que se refere á ação multidisciplinar, o Código deontológico do Enfermeiro sustenta que é princípio orientador da atividade dos enfermeiros: "a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais" (artigo78º- 3c); "orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência" (artigo 83º - b); "atuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma" (artigo 91º - a); "trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde" (artigo 91º - b); "integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços" (artigo 91º - c).

O Enfermeiro Especialista, de acordo com o Artigo 7.º (1a) do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que se refere ás Competências do domínio da gestão dos cuidados, deve ser capaz de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e, simultaneamente, de acordo com o Artigo 8.º (1a), que se refere ás Competências do domínio das aprendizagens profissionais, deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade.

Ainda tenho este trabalho entre mãos pelo que não estou certa como vai terminar, mas parece-me que devo reter, com objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências de EEER:

- por vezes os doentes, especialmente os crónicos, sabem mais sobre a sua doença do que nós, profissionais de saúde, seja porque é uma patologia com que não contactamos com frequência, seja

porque cada doente apresenta particularidades na vivência da sua própria doença; é importante perceber essas particularidades, aprender com elas, valorizá-las e tirar partido delas.

- o contexto hospitalar torna-se uma redoma, um ambiente controlado, onde nós profissionais de saúde, fazemos e conhecemos as regras, mas quando planeamos a ida do doente para casa, o ambiente altera-se, não o conhecemos em toda a sua dimensão e também não o controlamos; é preciso ouvir o que o doente nos conta sobre ele e adequar as intervenções ao seu ambiente, de forma a otimizar a sua participação (eu posso planear que esta doente venha á rua a caminhar uma vez por dia, até lhe fazia bem, MAS ela mora num segundo andar sem elevador…. Não é impossível mas é pouco realista).

- a enfermagem pode ter um papel importante na gestão dos cuidados de saúde de um doente, mas não está sozinha nesse barco; reconhecer as nossas limitações de atuação e encontrar outros profissionais que possam contribuir para o processo de cuidados do doente é de todo relevante para a qualidade de cuidados prestados ao doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: edição da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem (5)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Novembro, 2014

REFLEXÃO

Esta semana todas a atenções giram em volta do surto de Legionella que tem feito correr muita tinta nos jornais e que tornou uma roda viva os serviços de internamento dos vários hospitais que estão a receber estes doentes. A UCIR tornou-se a UCI de primeira linha para receber estes doentes no HSM, pelo menos assim foi numa primeira fase. A taxa de ocupação rapidamente cresceu com a entrada destes doentes.

Decidi, no contexto do meu projeto, acompanhar um doente com esta patologia, ao longo do seu processo de desmame. Quando o doente deu entrada no serviço, a insuficiência respiratória já era marcada e tentou-se reverter através da ventilação não invasiva. O doente estava francamente dependente do suporte ventilatório, não se conseguindo manter padrão respiratório eficaz nem com o suporte não invasivo. Inicialmente, comecei por trabalhar com o doente no sentido de evitar a entubação orotraqueal: posições de descanso e dissociação dos tempos respiratórios, mas a "fome de ar" (como lhe chamam os colegas do serviço quando os doentes respiram em polipneia com a boca aberta com dispneia) era tão grande que o doente não se conseguia concentrar. Acabou por ser entubado orotraquealmente, sedado e ventilado em modalidade controlada.

Quando fui analisar o processo clínico do doente, havia muita informação sobre os seus hábitos de vida que não estavam sistematizados na folha de avaliação inicial. Naquele momento, com o doente entubado e sedado, ele não poderia facultar-me essas informações. E uma questão se me levantou: onde está a família? Eles serão, provavelmente, a melhor fonte de informação.

Já estou a realizar o estágio há vária semanas e, estranhamente, ainda não me tinha debruçado sobre uma questão que reparei desde o inicio, mas que só nesta altura me tinha feito falta: quem faz o turno da manhã nunca se cruza com os familiares na hora das visitas porque esta só começa ás 16h, após a passagem de turno.

A minha experiência profissional prévia a este contexto de formação tem na família um aliado com presença no horário das visitas que se divide por dois períodos, um no turno da manhã e outro no turno da tarde e, com abertura para aparecer "fora de horas", desde que combinado. No entanto, ainda não tão presentes quanto eu gostaria.

O EEER, de acordo com o seu regulamento das competências específicas, "utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade do cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Dizem todos ou quase todos enunciados referentes á enfermagem que a família é parceiro no cuidar. Muitas teorias da Enfermagem e referem ao conceito da família, embora lhe atribuam diferentes

papeis e ênfase no processo saúde-doença, são unânimes na perspetiva de que fazem parte integrante desse processo.

Este conceito ganha ainda mais ênfase quando se fala de cuidados de enfermagem de reabilitação, quando muitas vezes são os cuidadores os recetores da nossa intervenção. No entanto, em contexto hospitalar, especialmente em cuidados intensivos, a presença da família é muitas vezes vista pelos profissionais como desnecessária e até mesmo incómoda. Não sei explicar bem porquê, mas é o que vai ficando retido dos vários contextos por onde fui passando como profissional. Talvez seja algo a explorar melhor.

Quase no final desta primeira parte do estágio, esta temática parece fazer a ponte para os cuidados de saúde primários. Como é que lidamos com o individuo no seu contexto e no seio da sua família? Como no tornamos uma mais valia para o individuo e família?

Parece-me que este jornal de aprendizagem vai ficar incompleto e em aberto, de forma propositada. Trabalhar com e para a família é algo que ainda terei que explorar melhor no decurso do estágio. Havemos de voltar a falar disto!

APÊNDICE F

Processos de Enfermagem de Reabilitação – UCI

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Plano de Cuidados (1)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Outubro, 2014

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

Fatores pessoais e condicionantes básicos

Nome:	SR. X	**Nacionalidade:**	Portuguesa
Sexo:	Masculino	**Etnia/raça:**	Leucodérmico
Estado civil:	Viúvo	**Residência:**	Lisboa
Idade:	78 anos	**Escolaridade:**	não tem escolaridade, sabe apenas escrever o nome.
Profissão:	Trabalhava na recolha de resíduos urbanos.	**Situação laboral:**	Reformado
Agregado familiar:	Vive sozinho.	**Pessoa significativa/ cuidador:**	Não identificada.

Motivo de internamento:	Pneumonia por aspiração com necessidade de suporte ventilatório invasivo

Requisitos de autocuidado por desvio de saúde

História da doença atual

Período de internamento:	De 9 de Outubro de 2014 a 17 de Outubro de 2014
Diagnóstico clínico:	Insuficiência Respiratória Aguda associada a Pneumonia da Comunidade, por aspiração
Evolução da situação clínica:	A 8 de Outubro de 2014 o Sr. X foi visto pelos vizinhos a sair de casa exaltado, a referir dificuldade respiratória. Foi chamado o INEM que verificou o quadro de dificuldade respiratória e transportou o doente ao SU do HSM. Á entrada, com depressão do estado de consciência, depressão gasimétrica e exaustão respiratória, foi entubado orotraquealmente, constatando-se presença de conteúdo alimentar na via aérea. - Exames Complementares de Diagnóstico:

. TC-Tórax (9/10) – pneumonia bilateral.

. ECG (9/10) – ritmo sinusal com extrassístoles supraventriculares e ondas T invertidas.

. Radiografia de tórax (9/10) – hipotransparências nos terços médios de ambos os campos pulmonares, relacionadas com processo inflamatório/ infecioso; bases pulmonares normais.

. Análises de Sangue (9/10) – Hg-9.9, INR-1, plaquetas-215, leucoc-10, ureia-131, creatinina-3.02, k-6.08, Cl-110, PCR-0.48.

. Gasimetria arterial (9/10) – pH-7.43, PCO2-42.9, PO2-72.1, K-6.1, HCO3-21, SatO2-90.8.

Sr. X deu entrada na UCIR na madrugada do dia 9 de Outubro de 2014 vindo transferido do Serviço de Urgência, por necessidade de ventilação mecânica, com diagnóstico clínico de Pneumonia de aspiração.

- Avaliação / dados registados à entrada (UCIR):

. Sedado com midazolam e propofol. Foi curarizado com pancurónio por desadaptação ventilatória; ficou pouco reativo ao estimulo externo;

. Conectado a prótese ventilatória em Volume Controlado Regulado por Pressão (PRVC), desadaptado com pressão elevada na via aérea e, gasimetricamente , com hipoxemia e hipercapnia;

. Pele e mucosas coradas e hidratadas; pele íntegra;

. Urostomia no flanco direito com estoma rosado, funcionante de urina clara com sedimento;

. Hemodinamicamente: PA – 162/86 mmHg, FC – 77 bpm, Tax – 36,1 ºC, FR – 20 cpm; SatO2 – 93%, glicemia – 130 mg/dl);

História da doença pregressa

Antecedentes pessoais:

- Adenocarcinoma da próstata;
- Submetido a cistectomia e prostatectomia radical em março de 2014, com construção de Urostomia;
- Hipertensão Arterial.

Hábitos de saúde:

- Sem hábito tabágicos.
- Hábitos alcoólicos marcados (não especificado).

História terapêutica

Terapêutica atual:	Anti-hipertensores (não especificados).

História familiar

Não relevante.

História social

Condições habitacionais:	Mora sozinho num apartamento, no piso térreo de um prédio de dois andares (sic. Sistema ALERT).
Envolvente social:	Vive sozinho. É viúvo, recentemente. Não tem filhos. Tem tido visita dos vizinhos, incapazes de facultar informação.
Qualidade de vida:	(impossível colher pela situação clínica do doente)
Hábitos de vida:	Autónomo nas suas atividades de vida diária (segundo os vizinhos). Vai frequentemente ao café jogar ás cartas.
Expectativas do utente/ cuidador:	(impossível colher pela situação clínica do doente)

Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

- Viuvez recente.
- Mora sozinho.
- Apoio social na higiene da habitação e no fornecimento das refeições.

Requisitos universais de autocuidado

DATA: 11 de Outubro de 2014

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação:

Estado de consciência: Sob sedação com propofol mas desperto espontaneamente, ansioso e inquieto (Escala de Ramsey: 1. Ansioso, agitado ou inquieto, ou ambos).

Dirige o olhar ao chamamento e parece acalmar á presença do enfermeiro, regressando á inquietude quando fica sozinho. Parece compreender o que lhe é transmitido.

Estado geral: idade aparente igual á idade real. Aspeto geral cuidado. Integridade cutânea mantida. Mobiliza ativamente os quatro membros; força e tónus simétrico e mantidos.
Peso = desconhecido Altura= desconhecido IMC= desconhecido
Alergias: desconhecido

Hemodinâmica:
Pulso= 60 batimentos/min.; TA= 148/80 mmHg; Fr= 28 ciclo/min,SpO2= 97 %; Temperatura axilar – 37.4 ºC; Glicémia capilar= 128 g/dl.

Ventilação:
Sob ventilação mecânica em PRVC com volume corrente de 500cc; FiO2 de 31%; PEEP de 5 mmHg; Frequência respiratória (programada) de 15 ciclos por minuto; ás 12h foi colocado em modalidade de Pressão Assistida (Pressão de Suporte de 12mmhg; FiO2 – 24%; Peep – 5; com volume/min. – 8,6)

Padrão respiratório: (em Pressão Assistida) Respiração toraco-abdominal de média amplitude, regular. Adaptado á modalidade ventilatória.

Auscultação pulmonar: roncos dispersos em ambos os vértices, murmúrio vesicular abolido nas bases pulmonares, bilateralmente.

Inspeção torácica: simetria.

Radiografia torácica: hiperdensidade das bases pulmonares, bilateralmente; segmentos superiores normais.

Avaliação funcional:

Índice de Barthel Modificada

Score Total – 17 (dependência total)

Escala de Braden
Score Total – 14 (alto risco de UPP)

Índice de Katz
Score Total – 6 (dependente)

Escala de Lawton e Brody
(referente ao seu habitual antes do internamento)
Score total – 15 (moderadamente dependente)

Escala de Morse
Score Total – 50 (alto risco de queda)

Escala de Dispneia *Medical Research Council*
Score Total – grau II (ligeira)

Requisitos universais	Padrão habitual	Padrão atual	Défice de autocuidado
Manutenção de inspiração de ar suficiente	Eupneico e sem défice respiratório prévio.	- Insuficiência Respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva em modalidade de Pressão Assistida, associado a pneumonia de aspiração, manifestado por presença de secreções brônquicas. - Tosse espontânea e eficaz; secreções mucosas abundantes;	Défice na inspiração de ar suficiente: - mobilização e eliminação de secreções ineficaz. <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação.</u>
Manutenção da ingestão suficiente de água	Ingere 1 litro de água por dia; Bebe uma garrafa de vinho ás refeições.	Reforço hídrico de 500ml de água por dia, através de sonda gástrica.	Défice na ingestão suficiente de água <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório</u>
Manutenção da ingestão suficiente de alimentos	Faz três refeições principais por dia; Refeições fornecidas por instituição de apoio social; Sem alergias alimentares conhecidas.	Ingestão de alimentos em fórmula de nutrição entérica, por sonda gástrica devido á necessidade de ventilação mecânica invasiva; 1500Kcal por dia (1500ml de fórmula normocalórica).	Défice na ingestão suficiente de alimentos <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório</u>
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Urostomia á pele desde Março de 2014; Autónomo nos cuidados ao estoma; Eliminação intestinal com padrão diário regular, no WC.	Urostomia funcionante de urina clara com sedimento e cheiro fétido; +/- 900cc a cada 8 horas. Ainda não evacuou desde a entrada (4 dias).	Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação: - vesical - intestinal <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório</u>
	Dorme cerca de 6 horas por noite. Acorda cedo. Mobilidade preservada.	Alteração da relação sono-vigília devido a necessidade de sedação.	Défice do equilíbrio entre atividade e descanso: - sono reparador insuficiente;

		Mobilidade espontânea condicionada pela necessidade de ventilação mecânica e sedação. Mantém-se deitado no leito mas com frequentes períodos de inquietude. Alternados posicionamentos no leito mas não respeita decúbitos laterais e semi-laterais. Força muscular preservada (escala de Lower: 5) Tónus muscular preservado	- risco de diminuição da força e tónus muscular associado á limitação da mobilidade no leito; - imobilidade decorrente da necessidade de ventilação mecânica invasiva e sedação. <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação</u>
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Vida social ativa na comunidade em que habita. Vive sozinho. Não tem familiares próximos.	Comunicação dificultada pela presença de tubo traqueal, pela necessidade ventilação mecânica invasiva e de sedação.	Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social - comprometimento da comunicação. <u>Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e apoio-educação</u>
Prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano.	Hábitos alcoólicos marcados (não especificados).	Risco de queda relacionado com períodos de agitação psicomotora e tentativas de levante; sobrevaloriza as suas capacidades atuais. Risco de extubação traqueal associado aos períodos de agitação psicomotora. Não respeita alternância de decúbitos para prevenção das lesões por pressão; mantém-se acamado.	Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano: - risco de alteração da integridade cutânea; - risco de diminuição da força muscular e amplitude articular relacionado com limitação da mobilidade no leito; - risco de queda; - risco de extubação traqueal acidental. <u>Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e apoio-educação</u>

Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	Autónomo em todas as AVD e AIVD, embora recebesse apoio social na higiene da habitação e no fornecimento das refeições.	Totalmente dependente na satisfação das AVD: Higiene pessoal, Evacuar, Urinar, Ir à casa de banho, Alimentar-se, Transferências, Mobilidade, Vestir-se, Subir escadas, Banho.	Défice na Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal, relacionado com dependência nas AVD. <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação</u>

<u>Resumo dos Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:</u>

- Défice na inspiração de ar suficiente manifestado por mobilização e eliminação de secreções ineficaz.
- Défice na ingestão suficiente de água relacionado com necessidade de ventilação mecânica e sedação.
- Défice na ingestão suficiente de alimentos relacionado com necessidade de ventilação mecânica e sedação.
- Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação relacionado com necessidade de ventilação mecânica e sedação.
- Défice do equilíbrio entre atividade e descanso manifestado sono reparador insuficiente, risco de diminuição da força e tónus muscular associado á limitação da mobilidade no leito, decorrentes da necessidade de ventilação mecânica invasiva e sedação.
- Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social manifestado por comprometimento da comunicação, relacionado com necessidade de ventilação mecânica e sedação.
- Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano: risco de alteração da integridade cutânea; risco de diminuição da força muscular e amplitude articular relacionado com limitação da mobilidade no leito; risco de queda; risco de extubação traqueal acidental.
- Défice na Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal manifestado por dependência nas AVD, relacionado com necessidade de ventilação mecânica e sedação.

PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS

Data	Diagnósticos de Enfermagem	Objectivos/ metas	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
11/10/14	***Défice na inspiração de ar suficiente, relacionado com padrão de ventilatório inadequado devido a pneumonia de aspiração que pode levar a problema potencial de:***	Adquirir e manter um padrão de ventilação eficaz, estimulando o autocuidado.	- Avaliar o estado de consciência e capacidade de colaboração do doente (escalas próprias); - Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude respiratória, dispneia, oximetrias periféricas) antes e após os exercícios realizados; - Avaliar outros parâmetros como sinais de perfusão periférica, presença de secreções e suas características, eficácia da tosse, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar, antes e após os exercícios realizados; - Identificar a modalidade ventilatória instituída e a adaptação á mesma; - Auscultar o tórax antes e após os exercícios realizados; - Observar o Raio X Tórax; - Avaliar parâmetros gasimétricos;	11/10/2014 Doente sedado com propofol, com frequentes períodos de inquietude e desadaptação ventilatória. Comunicação ainda comprometida pela alteração dos estado de consciência. Sob ventilação mecânica em PRVC com volume corrente de 500cc; FiO2 de 31%; PEEP de 5 mmHg; Frequência respiratória (programada) de 15 ciclos por minuto. Á auscultação verificam-se roncos dispersos em ambos os vértices, murmúrio vesicular abolido nas bases pulmonares, bilateralmente. Secreções brônquicas mucopurulentas em abundante quantidade. Foram realizados exercícios de promoção da mobilização de secreções com Drenagem postural modificada, Manobras acessórias (compressão, vibração) e Aspiração de secreções; realizou-se exercícios de abertura costal seletiva direita e esquerda. No final da sessão o doente fica posicionado em decúbito dorsal com cabeceira elevada a 45º. Á auscultação verifica-se murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares. Hemodinamicamente: Pulso= 70 batimentos/min.; TA= 136/71 mmHg; Fr= 24 ciclo/min, SpO2= 98 %. Alterada a modalidade ventilatória para Pressão Assistida (Pressão de Suporte de 14mmhg; FiO2 – 35%; Peep – 5; com volume/min. – 7,9),
	<u>Assincronia e desadaptação ventilatória;</u>	Promover a sincronia e adaptação ao ventilador.	- Promover posições de descanso e relaxamento; - Ensino e controlo da respiração em sincronia e de acordo com a modalidade ventilatória e dinâmica costal; - Exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino- diafragmático e costais (seletivos e globais).	

	Ineficácia das trocas gasosas por défice da relação ventilação-perfusão;	Melhorar a relação ventilação-perfusão.	- Técnicas de recrutamento de volumes (hiperinsuflação com ressuscitador manual); - Exercícios de flexibilização e aumento da expansibilidade torácica através de: o Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração; o Reeducação abdomino-diafragmática; o Abertura costal seletiva e global, com ou sem bastão.	12/10/2014 Doente mais calmo que na intervenção anterior. Abre olhos espontaneamente e dirige o olhar. Parece perceber o que lhe é transmitido e cumpre ordens. Ainda sob sedação com propofol mas em dose mais baixa. Ventilado em modalidade de Pressão Assistida (Pressão Assistida (Pressão de Suporte de 12mmhg; FiO2 – 24%; Peep – 5; com volume/min. – 8,6), a reduzir os parâmetros instituídos. Respiração toraco-abdominal de média amplitude, regular.
	Ineficácia na limpeza das vias aéreas;	Manter a permeabilidade das vias aéreas. Mobilizar e eliminar secreções;	- Hidratação e humidificação das secreções; - Administrar terapêutica inalatória (broncodilatadores, p.ex.); - incentivar realização de Inspirações profundas e Expansão /reexpansão pulmonar - Drenagem postural (posicionamento sobre o lado são por 15 a 20 min.); - Manobras acessórias (compressão, vibração e percussão); - Aspiração de secreções; - Hiperinsuflação manual/hiperinsuflação com ventilador mecânico.	Á auscultação murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares e roncos presentes nos restantes campos pulmonares. Hemodinamicamente: Pulso= 71 batimentos/min.; TA= 158/78 mmHg; Fr= 28 ciclo/min, SpO2= 97 %; Temperatura axilar – 37ºC. Realizado programa de reeducação funcional respiratória em posição de fowler, semi-dorsal direito e esquerdo com controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração, reeducação abdomino-diafragmática, abertura costal seletiva e global, com colaboração do doente. Aplicaram-se ainda manobras acessórias para mobilização de secreções, que foram aspiradas pelo tubo traqueal (mucopurulentas espessas).
	Instalação de posições viciosas e antiálgicas defeituosas que limitam a ventilação eficaz;	Impedir e corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas.	- Abertura costal seletiva e global com bastão; - Correção postural; -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	No final da sessão fica Hemodinamicamente estável. Á auscultação verifica-se murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares.

				13/10/2014 Hemodinamicamente estável. Foi realizado programa de reeducação funcional respiratória nos mesmos moldes do dia anterior, com colaboração do doente. Suspendeu perfusão de propofol e foi colocado em ventilação espontânea com tubo em T com O2 a 8l/m e FiO2 de 28%. Incentivada a realização de respiração abdomino-diafragmática. Após 1h30m de teste de respiração espontânea sem intercorrências, procedeu-se conforme norma de procedimento do serviço e foi extubado orotraquealmente. Ficou com O2 por máscara simples a 6l/m, eupneico e com SpO2 de 97%. Após 4h da extubação traqueal foi ensinado a realizar exercícios respiratórios com espirómetro de incentivo e repeti-los 2 a 3 vezes por dia. 17/10/2014 No fim de semana iniciou levante para o cadeirão com carga nos membros inferiores, que repetiu hoje, sem apoio. Hemodinamicamente estável. Ventilação eficaz, com respiração profunda, eupneico. Tosse produtiva para secreções mucopurulentas em menor quantidade que em dias anteriores. Suporte de O2 por sonda binasal a 2l/m, com SpO2 de 98%. Foi realizado programa de reeducação funcional respiratória sentado no cadeirão, contemplando controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração, reeducação abdomino-diafragmática, abertura costal global com bastão e reforço do ensino da utilização do espirómetro de incentivo. Transferência prevista para hoje no turno da tarde.

	Défice na ingestão suficiente de água	Promover uma ingestão suficiente de água.	- Administração de água pela sonda gástrica, de acordo com a prescrição; - Vigilância da pressão do Cuff antes de fornecer água ao doente. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	11/10/2014 Sob nutrição entérica 1500kcal/dia, conforme prescrição. Administrados 200ml de água pela SNG, conforme prescrição. Pressão do cuff: 27cmH2o. 12/10/2014 Sob nutrição entérica 1500kcal/dia, conforme prescrição. Administrados 200ml de água pela SNG, conforme prescrição. Pressão do cuff: 26cmH2o. 13/10/2014 Colocada SNG em drenagem passiva para provável extubação. Dieta zero. Pressão do cuff: 26cmH2o. 17/10/2014 Iniciou dieta oral a 14/10/2014 e foi retirada a SNG. Alimenta-se com apetite e sem dificuldade. Atualmente, sem défice neste autocuidado.
	Défice na ingestão suficiente de alimentos	Promover uma ingestão suficiente de alimentos.	- Administração de alimentação entérica pela sonda gástrica, de acordo com a carga calórica prescrita e tolerância do doente; - Vigilância da pressão do Cuff. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	
	Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação: ***- vesical*** ***- intestinal***	Prevenção do risco de infeção associado ao cateter vesical. Promoção da eliminação intestinal dentro do padrão normal do doente.	- Manutenção do sistema de eliminação vesical de acordo com as normas da comissão de controlo de infeção; - vigilância e promoção dos cuidados diários ao estoma e pele circundante; - Substituição do sistema de eliminação vesical de acordo com as normas da comissão de controlo de infeção. - Identificar o padrão de normalidade do doente; - Informar o doente de que pode e deve solicitar a arrastadeira sempre que necessitar; - Prestar cuidados de higiene necessários; - Proporcionar a privacidade necessária;	11/10/2014 Assegurada a prevenção do risco de infeção associado ao sistema de eliminação vesical. Urostomia funcionante de urina clara e débito de +/-50cc/h. Estoma rosado. Prestados os cuidados de higiene do estoma e substituído o saco de recolha por estar desadaptado. Não evacuou desde a entrada, nem se conhecem hábitos de eliminação intestinal, pelo que foi prescrita terapêutica laxante. 12/10/2014 Assegurada a prevenção do risco de infeção associado ao sistema de eliminação vesical. Urostomia funcionante de urina clara e débito de +/-100cc/h. Estoma rosado. Evacuou na fralda fezes moles pelo

			- Avaliar as características e regularidade do padrão de eliminação intestinal durante o internamento, de forma a despistar sinais de diarreia ou obstipação; -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	que reduziu terapêutica laxante. Incentivado a solicitar a arrastadeira, uma vez que está mais acordado e colaborante nos cuidados. 13/10/2014 Urostomia funcionante de débito regular de urina alaranjada. Solicitou a arrastadeira e evacuou fezes moles em pequena quantidade. 17/10/2014 Mais autónomo no autocuidado. Revela capacidade de manutenção do sistema de eliminação vesical, embora seja assistido na higiene do estoma e substituição do saco. Não evacuou hoje.
	Défice do equilíbrio entre atividade e descanso, devido á terapêutica sedativa instituída, manifestada por períodos de agitação psicomotora. ***Diminuição da mobilidade associada a necessidade de sedação e ventilação invasiva***	Permitir o repouso que cria condições para a participação do doente no seu processo de cuidados. Melhorar a mobilidade, o fortalecimento muscular e a readaptação ao esforço.	- Promover a orientação espaço-temporal do doente; - Promover um ambiente calmo nos períodos noturnos que permita o descanso; - Vigiar o período de descanso do doente; - vigar os períodos de sono-vigília; - Estimular o doente durante o dia, orientando-o para a etapa do dia a estar mais desperto. - Avaliação da força muscular (escala de Lower); - avaliação do tónus muscular (escala de Ashworth modificada); - avaliação da sensibilidade; - avaliação do equilíbrio (sentado e em pé); - Correção postural e posicionamento;	11/10/2014 Sob sedação com propofol, inquieto e não colaborante nos cuidados. Durante a noite com necessidade de aumento da dose de sedação que foi reduzida cerca das 8h. Promovida a orientação espaço-temporal. - Avaliada da força muscular (escala de Lower – 4/5 em todos os grupos musculares e movimentos); - Avaliado do tónus muscular (escala de Ashworth modificada – 0; tónus normal em todos os grupos musculares avaliados); - Avaliada da sensibilidade – sem alteração da sensibilidade; Realizados exercícios de treino motor para prevenção das complicações da imobilidade através de: - correção postural e posicionamento no leito - mobilização polisegmentar passiva:

			- Mobilização polisegmentar passiva, ativa, ativa assistida ou ativa resistida; - Auto mobilizações no leito; - Treino de transferências, mediante colaboração do doente; - Treino de equilíbrio (sentado e em pé), mediante colaboração do doente; - Treino de marcha e treino de AVD, mediante colaboração do doente. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	PESCOÇO: Flexões laterais e ântero-posterior; Rotação; ESCAPULO-UMERAL:Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Elevação, Rotação interna e externa COTOVELO: Flexão/ Extensão ANTEBRAÇO: Pronação/ Supinação PUNHO: Flexão/ Extensão, Desvio Radial/ Cubital DEDOS: Flexão/Extensão, Abdução/Adução POLEGAR: Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Oponência COXO-FEMURAL: Flexão/ Extensão, Abdução/ Adução, Rotação interna e externa JOELHO: Flexão/ Extensão TÍBIO-TÁRSICA: Flexão/ Extensão ANTEPÉ: Inversão/ Eversão DEDOS: Flexão/ Extensão O doente não colaborou nos procedimentos, tornando-se agressivo, pelo que só foi possível realizar as mobilizações referidas no hemicorpo direito. 12/10/2014 A reduzir sedação, mais calmo, parecendo perceber o que lhe é transmitido e colaborante nos cuidados. Aparentemente, orientado halopsiquicamente. Força muscular, tónus e sensibilidade sem alterações. Realizados exercícios de treino motor para prevenção das complicações da imobilidade através de correção postural e posicionamento no leito, bem como mobilização polisegmentar ativa assistida em todos os segmentos musculares de ambos os hemicorpos. 13/10/2014 Doente mantém estado sobreponível ao de ontem, embora mais desperto, calmo e colaborante nos

				cuidados. Aparentemente, orientado halopsiquicamente. Força muscular, tónus e sensibilidade sem alterações. Realizados exercícios de treino motor para prevenção das complicações da imobilidade através de correção postural e posicionamento no leito, bem como mobilização polisegmentar ativa assistida em todos os segmentos musculares de ambos os hemicorpos e exercícios de automobilização (ponte, rolar). No final da sessão fica posicionado em semi-Fowler para teste de ventilação espontânea e possível extubação. 17/10/2014 Doente calmo, colaborante nos cuidados e orientado halopsiquicamente. Fez levante para cadeirão durante o fim de semana, com apoio de dois enfermeiros no dia 15/10 e apenas 1 enfermeiro no dia 16/10. Hoje, apresenta força muscular, tónus e sensibilidade preservados. Realizada avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé, apresentando-se preservado. Transferiu-se para o cadeirão apenas com supervisão, necessitando de apoiar-se no mobiliário. Realizado treino da musculatura respiratória através da RFR e espirometria de incentivo. Após o almoço, realizado treino de marcha, com suporte de O2 por sonda binasal a 2l/m, sem queda das oximetrias periféricas. Exercício tolerado por 10 minutos que terminou por sensação de fadiga.

	Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social manifestado por dificuldade na comunicação relacionada com necessidade de sedação e ventilação invasiva	Promover uma comunicação eficaz para o processo de cuidados, fomentando a parceria.	- Identificação das barreiras que limitam a capacidade de comunicação; - Adoção de estratégias de gestão do processo de comunicação com o doente ventilado, disponíveis no serviço; - Avaliação do envolvimento, colaboração e participação do doente no seu processo de cuidados; - Estimulação da participação do doente nos cuidados; - Ensino sobre a importância da participação do doente nos cuidados; - Valorização e respeito pela vontade do doente: + gerir os momentos de exercício de acordo com a sua disposição; + gerir os exercícios que consegue ou não fazer; +gerir os tempos de exercício e de descanso. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	11/10/2014 Sob sedação com propofol, inquieto e não colaborante nos cuidados. Aparentemente desorientado no tempo e espaço, pelo que se promoveu a orientação. Parece ouvir mas não compreender o que lhe é transmitido. Aos procedimentos tornou-se mais agressivo pelo que se suspendeu a sessão de Reabilitação. 12/10/2014 Ainda sob sedação mas mais calmo e recetivo aos cuidados. Parece perceber o que lhe é transmitido e cumpre ordens. Na impossibilidade de perceber o que tentava verbalizar, devido ao tubo traqueal, utilizou-se equipamento facilitador da comunicação com o doente ventilado, já presente no serviço, que era constituído por imagens referentes a problemáticas habituais das pessoas internadas em UCI (relacionadas com as AVD), quadros com letras para construção de frases pelos doente e pranchetas com papel para escreverem livremente. 13/10/2014 Ainda sob sedação mas mais calmo e recetivo aos cuidados. Parece perceber o que lhe é transmitido, cumpre ordens e participa ativamente nos cuidados, quando solicitado. No inicio da intervenção manteve-se a estratégia de comunicação do dia anterior. No final do turno, já após extubação, foi solicitado que não falasse para prevenção do edema das cordas vocais, mas apresentava uma comunicação mais ativa pela mímica facial e gestual.

				17/10/2014 Doente vígil, calmo. Participativo e colaborante nos cuidados quando solicitado. Mostra-se envolvido no seu processo de reabilitação, percebendo a importância da terapia proposta. Comunica verbalmente sem limitações.
	Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano, manifestado por risco de alteração da integridade cutânea, risco de queda e risco de extubação orotraqueal não planeada.	Prevenir a alteração da integridade cutânea. Reduzir o risco de queda. Reduzir o risco de extubação traqueal acidental.	- Avaliar o risco de úlcera de pressão conforme protocolo do serviço; - Hidratação cutânea com creme hidratante. - Gestão da humidade da pele para prevenção das lesões por humidade. - Promoção da alternância de decúbitos de 3 em 3 horas. - Ensino ao doente sobre a importância da alternância de decúbitos. - Avaliar o risco de queda conforme protocolo do serviço; - Ensino ao doente sobre risco de queda. - Promoção da orientação espaço-temporal e colaboração nos cuidados; - Manutenção das grades da cama; - Imobilização dos membros superiores, se necessário. - Documentar nos registos de enfermagem o risco de extubação traqueal acidental. - Ensino ao doente sobre risco de extubação acidental e suas complicações.	11/10/2015 Risco de UPP (escala de Braden) – 14 (alto risco) Risco de queda (escala de morse) – 50 (alto risco) Alto risco de extubação associada á sedação, inquietude e desorientação, mantida contenção física dos membros superiores. Promovida a alternância de decúbitos que o doente não respeita, automobilizando-se até se colocar em decúbito dorsal que parece ser a posição de conforto. Pele integra. 12/10/2014 Sobreponível ao dia anterior. 13/10/2014 Risco de UPP (escala de Braden) – 15 (alto risco) Risco de queda (escala de morse) – 50 (alto risco) Mantém risco de extubação associada á sedação. Menos inquieto e mais orientado, parecendo perceber a necessidade da entubação traqueal. Foram retiradas as contenções dos membros superiores, mantendo-se colaborante. Pele integra. Manteve-se em semi-Fowler para provável extubação. 17/10/2014 Risco de UPP (escala de Braden) – 21 (baixo risco)

			- Promoção da orientação espaço-temporal e colaboração nos cuidados; - Imobilização dos membros superiores, se necessário. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	Risco de queda (escala de morse) – 60 (alto risco) Extubado orotraquealmente a 13/10/2014.
	Défice na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	Readquirir a capacidade de satisfação das necessidades de autocuidado nas AVD. Que o doente identifique as suas limitações perante a situação atual e seja capaz de se adaptar a elas.	- Esclarecer sobre as limitações relativas á situação atual; - Solicitar a colaboração do doente nos cuidados, promovendo a orientação e estimulando o autocuidado. - Ensinar estratégias de adaptação á sua situação atual que permitam a participação no autocuidado e a realização das AVD de acordo com as suas limitações. - Promover o reforço positivo durante a realização das atividades relacionadas com o autocuidado. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	11/10/2014 Doente sedado, inquieto. Não colabora nos cuidados nem parece perceber o que lhe é transmitido, embora se tenha explicado o contexto da sua situação atual. Necessita de assistência de enfermagem totalmente compensatória e apoio-educação na satisfação dos autocuidados. 12/10/2014 Ainda necessita de assistência de enfermagem totalmente compensatória e apoio-educação na satisfação dos autocuidados, no entanto já parece perceber o contexto da situação atual e a necessidade de permanecer sob ventilação mecânica. Por vezes é capaz de colaborar nos cuidados conforme lhe é solicitado. Feito reforço positivo da sua participação. 13/10/2014 Ainda necessita de assistência de enfermagem totalmente compensatória na satisfação de alguns autocuidados, como na inspiração de ar suficiente (devido á presença do tubo traqueal), ingestão suficiente de água e alimentos (devido á nutrição por SNG), na promoção dos cuidados associados com a eliminação (pois já solicita a arrastadeira mas não é capaz de coloca-la e realizar os cuidados de higiene necessários) e na prevenção dos riscos para a vida

				humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano (pois persiste o risco de UPP, de extubação e de queda) No entanto, já só necessita de assistência de parcialmente compensatória e apoio-educação na satisfação de alguns autocuidados, tais como na manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso (pois já se mobiliza no leito e tem um papel mais ativo no programa de treino motor), e na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal (pois compreende a sua situação atual e o percurso a seguir para evitar complicações e regressar á autonomia prévia), bem como na manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, pois ainda necessita de estratégias compensatórias para efetivar o processo de comunicação. 17/10/2014 Já só necessita de assistência de parcialmente compensatória e apoio-educação na satisfação de alguns autocuidados, tais como na inspiração de ar suficiente (devido á presença de suporte de oxigénio e á realização de RFR sob supervisão), ingestão suficiente de água e alimentos (devido á incapacidade de promover as refeições de forma autónoma, decorrente do contexto hospitalar),na promoção dos cuidados associados com a eliminação (pois já solicita a arrastadeira e é capaz de realizar alguns cuidados de higiene), na manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso (pois já se mobiliza no leito sem ajuda e é

				capaz de se transferir e caminhar apenas com supervisão e algum apoio do mobiliário), na prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano (pois, apesar de reduzir o risco de UPP e de extubação, aumenta o risco de queda á custa da capacidade para caminhar) e na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal (pois necessita de reforço das estratégias necessárias para regressar á autonomia em todos os autocuidados ou á forma de lidar com as limitações decorrentes deste contexto de cuidados). Já não necessita de assistência de enfermagem Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, pois já é capaz de comunicar de forma autónoma.

Avaliação Funcional a 17/10/2014

Índice de Barthel Modificada (AVD)
Score Total – 76 (dependência moderada)

Escala de Lawton e Brody (AIVD)
Score total – 12 (dependência parcial)

Escala de Braden (risco de UPP)
Score Total – 21 (baixo risco de UPP)

Escala de Morse (risco de queda)
Score Total – 60 (alto risco de queda)

Índice de Katz
Score Total – 10 (independente com supervisão)

Escala de Dispneia *Medical Research Council*
Score Total – grau III (moderada)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Plano de Cuidados (2)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Outubro, 2014

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

Fatores pessoais e condicionantes básicos

Nome:	Sr. JC	**Nacionalidade:**	Portuguesa
Sexo:	masculino	**Etnia/raça:**	Leucodérmico
Estado civil:	viúvo	**Residência:**	Lisboa
Idade:	63 anos	**Escolaridade:**	Formação Superior
Profissão:	Músico (aulas de canto e instrumentos musicais)	**Situação laboral:**	Reformado, mas ainda se ocupa da música como lazer
Agregado familiar:	Filha mais velha, o genro e uma neta de 12 anos.	**Pessoa significativa/ cuidador:**	Filhas (a mais velha é a mais presente; Sra. AC)
Motivo de internamento:	Insuficiência Respiratória após traqueostomia complicada, com necessidade de vigilância respiratória e hemodinâmica		

Requisitos de autocuidado por desvio de saúde

História da doença atual

Período de internamento:	De 1 a 27 de Outubro de 2014
Diagnóstico clínico:	Neoplasia da laringe (carcinoma do pavimento celular invasivo da laringe) complicado de dor crónica e disfagia.
Evolução da situação clínica:	Doente recorreu ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria a 20 de setembro de 2014 por queixas de tosse com expetoração com 1 dia de evolução, dificuldade respiratória e dor não controlada por incapacidade de ingestão da terapêutica analgésica prescrita, devido ao agravamento da disfagia previamente manifestada, com degradação do estado geral. Fez telerradiografia de tórax. (apêndice 1 – figura 1) Vígil mas com discurso, por vezes, incoerente. Pálido e desidratado. Estabilidade hemodinâmica. Polipneico com oximetrias de 85%. Foi internado no serviço de Medicina. Observado por ORL a 22 de setembro de 2014 tendo sido colocada SNG para alimentação entérica.

Identificado enfisema subcutâneo na região cervical anterior com extensão ao terço superior de ambos os hemitórax.
A 28 de setembro de 2014 fez TAC tórax que revelou uma fístula traqueal associada ao local de anterior traqueostomia que condicionava enfisema subcutâneo extenso.
Proposta realização traqueoplastia e nova traqueostomia para proteção da via aérea que o doente recusou. Após insistência da família deu autorização para realização do procedimento.
A 1 de outubro de 2014 foi ao bloco operatório onde foi submetido a traqueostomia com cânula Shilley nº7, após traqueoplastia. Por friabilidade dos tecidos envolventes, devido ao processo inflamatório, não foi suturada á pele. No final do procedimento, com o doente já desperto, a cânula exteriorizou-se aquando de um acesso de tosse. Foi então colocado um tubo traqueal nº 6 com cuff no local da traqueotomia para permeabilização emergente da via aérea e programada nova traqueotomia para o dia seguinte.
Foi transferido no mesmo dia para a UCI para vigilância da situação clínica. Em ventilação espontânea com suporte de O2 por tubo em T a 8L/M. (apêndice 1 – figura 2 e 3)
A 2 de outubro foi novamente ao bloco operatório onde lhe foi colocada uma cânula Shilley nº8 com cuff desinsuflado. Transferido novamente para a UCIR no pós-operatório imediato, hemodinamicamente estável e com suporte de O2 por tubo em T a 6L/M. (apêndice 1 – figura 4)

<u>História da doença pregressa</u>

Antecedentes pessoais:

- litíase vesicular
- hérnia inguinal operado há cerca de 10 anos.
- Diagnosticado com neoplasia da laringe (carcinoma do pavimento celular invasivo da laringe) em setembro de 2013. Inicia tratamento com radioterapia, mas por comprometimento da via aérea, no mesmo mês é submetido a traqueostomia de urgência. Verificou-se regressão após o tratamento com radioterapia. Em maio de 2014 procedeu-se ao encerramento da traqueostomia a pedido do doente.
- Seguido em consulta da Dor por dor cervical não controlada, associada á radioterapia, com incapacidade de toma de terapêutica analgésica por via oral. -
- Disfagia de agravamento progressivo, com inviabilidade quase total da via oral.

Hábitos de saúde:

- Hábitos tabágicos de cerca de 20 cigarros/dia até há +/- 10 anos.
- Não pratica exercício físico.

História terapêutica

Terapêutica atual:	- Nega alergias e intolerâncias. - Medicado no domicílio com: alprazolam (ao deitar, em SOS); morfina (oral); prednisolona; paracetamol.

História familiar

Irrelevante.

História social

Condições habitacionais:	Vive num apartamento com 3 quartos, no 3º andar de um prédio na zona da Grande Lisboa com boas condições de habitabilidade e boa acessibilidade.
Envolvente social:	Doente viúvo há mais ou menos 2 anos. Foi casado cinco vezes. Tem cinco filhos com idades compreendidas entre os 37 e os 18 anos. Tem um gato de estimação. Vivia sozinho até final de 2013, por altura do diagnóstico da neoplasia da laringe. De momento vive com a filha mais velha, o genro e uma neta de 12 anos. Nega dificuldades económicas. Até ao diagnóstico da doença ainda lecionava aulas de música, tanto instrumentos como canto.
Qualidade de vida:	A família refere isolamento social e depressão desde o diagnóstico clínico e sua evolução. Dor e disfagia são o principal motivo de perda de qualidade de vida.
Hábitos de vida:	As suas principais distrações relacionavam-se com a música, mas deixou de frequentar os locais habituais após diagnóstico da doença. Renitente ao acompanhamento médico, com recusa anterior de outros procedimentos. Independente nas AVD.
Expectativas do utente/ cuidador:	Filha sem esperança de adaptação do doente á sua situação, com agravamento dos sinais de depressão. Doente não verbaliza nada que se refira ás suas expectativas.

Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

- Doente viúvo há mais ou menos 2 anos.
- Vivia sozinho até final de 2013 mas passou a viver com a filha mais velha.
- Reformado, mas até ao diagnóstico da doença ainda lecionava aulas de música, tanto instrumentos como canto.

Requisitos universais de autocuidado

DATA: 7 de outubro de 2014

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação:

Estado de consciência: Sonolento mas despertável ao chamamento. Aparentemente orientado no tempo, espaço e pessoa. Pouco comunicativo, cerrando frequentemente os olhos, respondendo com "encolher de ombros" ás perguntas colocadas. Renitente aos cuidados.
Estado geral: idade aparente maior de a idade real. Emagrecido, com diminuição do tónus muscular e flacidez cutânea dos membros superiores e inferiores. Ar descuidado e desinteressado. Olhos encovados e palidez cutânea. Edemas presentes nas extremidades dos quatro membros.

Hemodinâmica: FC= 84 batimentos/min., ritmo sinusal; pulso rítmico e filiforme; TA= 97/67mmhg; Fr= 20 ciclos/min; SpO2= 97%; Glicémia capilar= 98 g/dl; Temperatura axilar=36,6ºC.

Ventilação: respiração espontânea por traqueotomia com suporte de oxigénio por tubo em T a 6L/M.

Padrão respiratório: Eupneico, respiração regular, toraco-abdominal de média amplitude, sem uso dos músculos acessórios. Acessos de tosse frequentes, mas pouco eficaz. Abundante quantidade de secreções purulentas e espessas, com necessidade de aspiração de secreções frequente.

Auscultação pulmonar: roncos presentes nos terços superiores e médios de ambos os hemitórax; murmúrio vesicular diminuído nas bases de ambos os hemitórax.

Gasimetria arterial: Ph: 7,49; Pco2: 36,5; Po2. 69,2.

Inspeção torácica: tórax simétrico.

Radiografia torácica: último telerradiografia de tórax (3/10) com hipotransparência em ambas as bases pulmonares.

Requisitos universais	Padrão habitual	Padrão atual	Défice de autocuidado
Manutenção de inspiração de ar suficiente	- Ex-fumador de era de 20 cigarros/dia até há 10 anos - dispneia a médios esforços	- traqueostomia Shilley nº 8 com cuff desinsuflado. - eupneico em repouso. (escala de Borg Modificada: 0) - suporte de oxigénio por tubo em T conectado á cânula de traqueotomia. - tosse ineficaz para secreções purulentas, espessas.	Défice na inspiração de ar suficiente: - padrão ventilatório ineficaz; - mobilização e eliminação de secreções ineficaz. <u>Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório</u>
Manutenção da ingestão suficiente de água	- ingestão insuficiente de água devido a dor cervical e disfagia de agravamento progressivo	- hidratação por sonda nasogástrica, devido a traqueostomia recente (o doente solicita a administração de água com frequência). - reposição hidroeletrolítica por via endovenosa através de soroterapia por prescrição médica.	Défice na ingestão suficiente de água <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação.</u>
Manutenção da ingestão suficiente de alimentos	- ingestão insuficiente de alimentos devido a dor cervical e disfagia de agravamento progressivo	- alimentação entérica prescrita por dietista, administrada por sonda nasogástrica, devido a traqueostomia recente.	Défice na ingestão suficiente de alimentos <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação.</u>
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	- independente nos cuidados associados á eliminação	- eliminação vesical: algaliado com sonda de folley nº16 desde a entrada. - eliminação intestinal: evacua na fralda diariamente (sob terapêutica laxante); não solicita a arrastadeira, embora refira que tem	Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação: - vesical - intestinal <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório</u>

		perceção mantida dos momentos de dejeção.	
Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso	- doente refere que "dormia mal", mas não refere quanto tempo. - "ás vezes dormia sentado", devido á dificuldade respiratória - fazia menos atividades do dia-a-dia devido á dispneia e á dor cervical (medicado com hidromorfina)	- frequentemente de olhos fechados, quer de dia quer de noite. - refere descansar pouco durante a noite. - sob terapêutica indutora do sono (alprazolam e flurazepam). - refere dor mantida em repouso que agrava com os procedimentos (escala BPS (0-10)= (R): 4; (M): 8); medicado com paracetamol em SOS. - força muscular diminuída (escala de Lower: 4 -) - hipotonia (escala de Ashworth modificada: 0) - imobilidade no leito por renitência aos posicionamentos, elevação da cabeceira e levante.	Défice do equilíbrio entre atividade e descanso: - sono reparador insuficiente; - diminuição da força e tónus muscular; - dor cervical que persiste em repouso e agrava com o movimento; - imobilidade por renitência á atividade física. <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação</u>
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	- a sua principal atividade de interação social relacionava-se com lecionar música e canto que deixou de dar quando adoeceu; - convívio social limitado apenas á família; - família refere "isolamento e depressão".	- fácies triste e humor deprimido: olhos cerrados, respostas curtas e "encolher de ombros". - não participa nos cuidados gerais de enfermagem. - pouco comunicativo com as visitas (família); a filha com quem vive é a pessoa significativa e aquela com quem interage mais (ainda que pouco). - observado por psiquiatria que confirma síndrome depressivo com discurso manipulador e	Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social - isolamento e depressão - renitência/indiferença aos cuidados de enfermagem <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação</u>

		ideação suicida; institui terapêutica estabilizadora do humor (venlafaxina) e recomenda internamento por risco da integridade física.	
Prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano.	Sem défice prévio.	- decúbito preferencial é o decúbito dorsal; renitente á atividade física (posicionamentos, elevação da cabeceira e levante). - solução de continuidade na região sagrada (lesão por pressão??); escala de Braden para risco de úlcera de pressão: alto risco (10). - atitude negativa perante a vida que, segundo avaliação da psiquiatria, pode condicionar risco para a própria integridade física.	Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano: - alteração da integridade cutânea; - diminuição da força muscular e amplitude articular relacionado com imobilidade; - risco para a própria integridade física. <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação</u>
Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	Sem défice prévio.	Totalmente dependente na satisfação das AVD: Higiene pessoal, Evacuar, Urinar, Ir à casa de banho, Alimentar-se, Transferências, Mobilidade, Vestir-se, Subir escadas, Banho.	

<u>Resumo dos Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:</u>

- Défice na inspiração de ar suficiente manifestado por padrão ventilatório ineficaz e mobilização e eliminação de secreções ineficaz, relacionado com traqueostomia recente.

- Défice na ingestão suficiente de água relacionado com traqueostomia recente.
- Défice na ingestão suficiente de alimentos relacionado com traqueostomia recente.
- Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação relacionado com diminuição da força muscular e renitência ao autocuidado por estado anímico.
- Défice do equilíbrio entre atividade e descanso manifestado por sono reparador insuficiente, diminuição da força e tónus muscular, dor cervical que persiste em repouso e agrava com o movimento e imobilidade por renitência á atividade física.
- Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social manifestado por isolamento e depressão e renitência/indiferença aos cuidados de enfermagem.
- Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano: alteração da integridade cutânea; diminuição da força muscular e amplitude articular relacionado com imobilidade; risco para a própria integridade física.
- Défice na Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal, relacionado com dependência nas AVD.

PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS

Data	Diagnósticos de Enfermagem	Objectivos/ metas	Intervenções de Enfermagem
7/10	***Défice na inspiração de ar suficiente*** ***- padrão ventilatório ineficaz;***	Promover um padrão ventilatório eficaz. Promover a capacidade de controlo da respiração. Melhorar a coordenação e eficiência do trabalho dos músculos respiratórios. Promover o relaxamento dos músculos cervicais, da região escapulo-umeral e da região superior do tórax (onde refere ter mais dor).	- Consultar processo clínico; - Avaliar o estado de consciência e capacidade de colaboração do doente; - Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude, ritmo, presença de dispneia, oximetrias periféricas), antes e após os exercícios realizados; - Avaliar outros parâmetros como sinais de perfusão periférica, presença de secreções e suas características, eficácia da tosse, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar, antes e após os exercícios realizados; - Avaliar a dor (escala numérica da dor) - Identificar a necessidade de administração de oxigénio suplementar; - Observar o Raio X Tórax (se houver); - Auscultar o tórax antes e após os exercícios realizados; - Avaliar parâmetros gasimétricos (se houver); - Ensinar: + posições de descanso e relaxamento; + consciencialização da respiração; + controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com inspiração nasal e expiração oral lenta com lábios semicerrados. + respiração diafragmática; - Realizar exercícios de reeducação funcional respiratória: + abdomino- diafragmático (global, porção posterior do diafragma com e sem resistência) + costais (globais com e sem bastão e seletivos em lateral direito e esquerdo, com abdução dos membros superiores respetivos). - mobilização ativa ou ativa assistida da articulação escapulo-umeral. - Avaliação da dispneia pela escala de Borg modificada e tolerância ao esforço. - Promoção do levante para o cadeirão mediante tolerância do doente; - Introdução de exercício dos membros inferiores com pedaleira (na cama em posição deitado ou sentado na cadeira em posição sentado).

	- limpeza das vias aéreas ineficaz	Manter a permeabilidade das vias aéreas. Mobilizar e eliminar secreções;	- Hidratação e humidificação das secreções (mucolíticos/aerossóis se prescritos); - Administrar terapêutica inalatória (broncodilatadores, p.ex, se prescritos.); - Ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR): + respiração diafragmática (inspiração profunda); + Exercícios de expansão /reexpansão pulmonar; + técnica de expiração forçada (Huff); - Ensinar tosse dirigida e/ou tosse assistida; - Drenagem postural modificada de ambos os hemitórax; - Manobras acessórias (compressão, vibração e percussão); - Aspiração de secreções, sempre que necessário. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.

7/10/2014

Doente de olhos cerrados, mas despertável ao chamamento. Fácies triste e humor deprimido, responde com encolher de ombros ás questões colocadas. Compreende as questões colocadas e concorda em colaborar nos exercícios propostos.

Escala de Ramsey: 2.

Hemodinâmica: Respiração superficial, rítmica, mista, com 20 ciclos/min.; nega dispneia mas apresenta adejo nasal. Saturações de O2: 97%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 6L/M, pela traqueotomia. Apresenta enfisema subcutâneo cervical anterior e tórax anterior, bilateralmente. Frequência cardíaca: 84 batimentos/m. Tensão arterial: 97/67 mmHg. Ligeira cianose labial. Secreções brônquicas abundantes, espessas, mucopurulentas. Tosse rara e ineficaz. Apirético. Refere dor cervical e cefaleias em repouso (2/10 da escala numérica).

Radiografia de tórax: hipotransparência das bases de ambos os pulmões. (apêndice 1 – figura 6)

Auscultação: murmúrio vesicular mantido no terço superior, diminuído no terço médio, bilateralmente. Diminuído também no terço inferior esquerdo e ausente á direita. Apresenta roncos dispersos, compatível com presença de secreções.

Gasimetria: ph: 7,49; PcO2: 36,5; PO2: 69,2.

Realização de posição de descanso e relaxamento em decúbito dorsal com almofada sob a região popliteia e região cervical, a pedido do doente por maior conforto; consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios; respiração diafragmática (o doente é capaz de fazer inspiração profunda mas á custa de polipneia e diminuição das saturações periféricas de O2 (87%) pelo que aumentou o suporte de O2 para 12L/M; não consegue manter pausa inspiratória). Necessidade de aspiração de secreções três vezes durante a sessão.

Promoção de drenagem de secreções através de drenagem postural modificada, alternando apenas entre decúbito semi-dorsal direito e esquerdo, acompanhando com manobras acessórias (compressão, vibração) e tosse assistida.

	Tentativa de realização de RFR com exercícios abdomino- diafragmáticos e costais globais e seletivos em lateral direito e esquerdo, com abdução dos membros superiores respetivos, verificando-se polipneia e consequente descoordenação entre os ciclos respiratórios e a mobilização dos membros, apesar das instruções verbais. Administrada terapêutica broncodilatadora prescrita. Alternados os posicionamentos ao longo do turno entre Semi-dorsal direito e esquerdo. Escala numérica da dor: Início – 2/10; Fim – 6/10. Administrada terapêutica analgésica (paracetamol). Auscultação no final com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, embora menos audível na base á direita. Repetiu telerradiografia de tórax com melhoria da ventilação das bases pulmonares. Escala de Borg: início – 2/10; fim – 8/10. **9/10/2014** Doente mantém o mesmo estado anímico, mas colabora quando solicitado nos exercícios propostos. Escala de Ramsey: 2. <u>Hemodinâmica</u>: Respiração superficial, rítmica, mista, com 21 ciclos/min.. Saturações de O2: 95%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 3L/M, pela traqueotomia. Apresenta enfisema subcutâneo diminuído. Frequência cardíaca: 73 batimentos/min. Tensão arterial: 94/60 mmHg. Secreções brônquicas abundantes, espessas, mucopurulentas. Tosse mais eficaz. Apirético. Refere dor cervical e cefaleias em repouso (3/10 da escala numérica). Administrada analgesia antes dos exercícios. <u>Auscultação</u>: murmúrio vesicular mantido no terço superior e médio, diminuído no terço inferior, bilateralmente. Apresenta roncos dispersos e crepitações nas bases pulmonares, compatível com presença de secreções. Mantido programa de RFR do dia anterior. Nos exercícios de respiração abdomino-diafragmática o doente é capaz de fazer inspiração profunda sem necessidade de aumentar o suporte de aumentar suporte de O2. Mobilização e eliminação de secreções com recurso a drenagem postural modificada e manobras acessórias em decúbito dorsal, lateral direito e esquerdo. Recurso ao ensino da tosse dirigida e aspiração de secreções. RFR com exercícios abdomino- diafragmáticos e costais globais e seletivos em lateral direito e esquerdo, com abdução dos membros superiores respetivos, verificando-se melhoria da coordenação quando acompanhado de instruções verbais. Tolerou os exercícios realizados: hemodinamicamente estável, não refere dispneia, oximetrias periféricas reduziram para 90%, mas reverteram após 30 minutos. Necessidade de aspiração de secreções frequente. Escala numérica da dor: Início – 2/10; Fim – 4/10. Auscultação verifica-se murmúrio audível em todos os campos pulmonares e diminuição dos roncos e crepitações, no final dos exercícios. Escala de Borg: início – 2/10; fim – 5/10. **10/10/2014** Doente mantém o mesmo estado anímico, mas colabora quando solicitado nos exercícios propostos. Escala de Ramsey: 2.

	Hemodinâmica: sobreponível. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 4L/M, pela traqueotomia. Enfisema subcutâneo ausente. Secreções brônquicas abundantes, espessas, mucopurulentas. Tosse mais eficaz. Apirético. Refere dor cervical em repouso (4/10 da escala numérica). Administrada analgesia antes dos exercícios, com efeito. Auscultação: murmúrio vesicular mantido no terço superior e médio, diminuído no terço inferior, bilateralmente. Apresenta roncos nos terços superior e médio, compatível com presença de secreções. Realizada respiração diafragmática com ênfase na fase inspiratória, mostrando-se capaz de fazer breve pausa inspiratória, sem alteração das oximetrias e sem polipneia. Realizado Ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR): + respiração diafragmática (inspiração profunda); + Exercícios de expansão /reexpansão pulmonar; + técnica de expiração forçada (Huff); - reforço do ensino da tosse dirigida; - Drenagem postural modificada de ambos os hemitórax; - Manobras acessórias (compressão, vibração); Realização de RFR com exercícios abdomino- diafragmáticos e costais globais e seletivos apenas no hemitórax direito, por o doente referir cansaço. Ficou então posicionado em semi-dorsal esquerdo. Sem repercussões hemodinâmicas. Necessidade de aspiração de secreções frequente. Escala numérica da dor: Início – 4/10; Fim – 4/10. Auscultação melhorada no final dos exercícios. Escala de Borg: início – 2/10; fim – 4/10. **13/10/14** Doente mais colaborante nos exercícios propostos. Mais comunicativo ás solicitações. Escala de Ramsey: 2. Hemodinâmica: Respiração superficial, rítmica, mista, com 29 ciclos/min.. Saturações de O2: 99%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 4L/M, pela traqueotomia. Frequência cardíaca: 77 batimentos/min. Tensão arterial: 82/55 mmHg. Secreções brônquicas abundantes, mais fluidas, mucopurulentas. Tosse mais eficaz. Apirético. Refere dor cervical em repouso (2/10 da escala numérica). Administrada analgesia antes dos exercícios, com efeito. Radiografia de tórax: hipotransparência dos terços inferior e médio, bilateralmente. (apêndice 1 – figura 7) Auscultação: murmúrio vesicular mantido no terço superior, diminuído no terço inferior e médio, bilateralmente. Apresenta roncos nos terços superior e médio, compatível com presença de secreções. Gasimetria: Ph: 7,41; Po2: 69; PcO2: 44.

	Realizado: + Posições de descanso e relaxamento; consciencialização da respiração; controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com inspiração nasal e expiração oral lenta com lábios semicerrados; respiração diafragmática com ênfase na inspiração. + Exercícios de RFR: + abdomino- diafragmático porção posterior do diafragma sem resistência; + costais globais sem bastão, sem necessidade de assistir o movimento; + costais seletivos em lateral direito e esquerdo, com abdução dos membros superiores respetivos), referindo dor na mobilização do ombro esquerdo. + Manobras acessórias (compressão, vibração); + Mobilização ativa assistida da articulação escapulo-umeral. + Ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR): + respiração diafragmática (inspiração profunda); + Exercícios de expansão /reexpansão pulmonar; + técnica de expiração forçada (Huff); + Tosse dirigida, mais eficaz; + Aspiração de secreções menos frequente que em dias anteriores. Estimulado a fazer inspirações profundas e respiração abdomino-diafragmática ao longo do dia. Proposto levante para o cadeirão que o doente recusou. Escala numérica da dor: Início – 2/10; Fim – 4/10. Auscultação melhorada em todos os terços pulmonares: murmúrio vesicular audível nas bases, bilateralmente; menos roncos. Hemodinamicamente com ligeira hipotensão e polipneia, mas oximetrias estáveis. Reverteu o quadro após 45 minutos. Doente aparentemente satisfeito e motivado. Escala de Borg: início – 1/10; fim – 2/10. **14/10/2014** Mais participativo nos cuidados. Mais comunicativo ás solicitações. Escala de Ramsey: 2. <u>Hemodinâmica</u>: FR: 24 c/min. SpO2: 97%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 4L/M, pela traqueotomia. FC: 82 b/min. TA: 95/63 mmHg. Secreções brônquicas abundantes, mais fluidas, mucopurulentas. Tosse mais eficaz. Apirético. Dor cervical em repouso (2/10 da escala numérica). Administrada analgesia antes dos exercícios, com efeito. <u>Radiografia de tórax</u>: hipotransparência dos terços inferior e médio, bilateralmente. (apêndice 1 – figura 8) <u>Auscultação</u>: murmúrio vesicular mantido no terço superior, diminuído no terço inferior e médio, bilateralmente. Apresenta roncos nos terços superior e médio, compatível com presença de secreções. Realizado o mesmo esquema de exercícios que no dia anterior. Aspiração de secreções menos frequente. Estimulado a fazer inspirações profundas e respiração abdomino-diafragmática ao longo do dia, que refere ter feito desde ontem. Escala numérica da dor: Início – 3/10; Fim – 2/10.

	Auscultação melhorada em todos os terços pulmonares: murmúrio vesicular audível nas bases, bilateralmente; menos roncos. Hemodinamicamente com ligeira diminuição das oximetrias (87%), que reverteu em 30 min. de repouso. Doente aparentemente satisfeito e motivado. Escala de Borg: início – 1/10; fim – 2/10. **15/10/2014** Vígil e colaborante. Escala de Ramsey: 2. <u>Hemodinâmica</u>: FR: 23 c/min. SpO2: 98%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 4L/M, pela traqueotomia. FC: 86 b/min. TA: 96/62 mmHg. Secreções brônquicas menos abundantes, mucopurulentas. Tosse eficaz. Apirético. Dor cervical em repouso (2/10 da escala numérica). Administrada analgesia antes dos exercícios, com efeito. <u>Auscultação</u>: murmúrio vesicular diminuído no terço inferior e médio, bilateralmente. Apresenta roncos nos terços superior e crepitações nas bases, mais acentuado á esquerda. Realizado o mesmo esquema de exercícios que no dia anterior. Consegue fazer maiores volumes inspiratórios e pausas inspiratórias mais prolongadas, sem repercussões nas oximetrias. Aplicada resistência na respiração abdomino-diafragmática e costal global e seletiva. Realizado exercício de membros inferiores com pedaleira deitado no leito (15 minutos em velocidade 3 constante), solicitando adequação da respiração para tolerância ao esforço. Tosse menos persistente. Aspiração de secreções menos frequente. A referir mais cansaço após a pedaleira. Estimulado a fazer inspirações profundas e respiração abdomino-diafragmática ao longo do dia, que refere ter feito quando se lembra. Posicionado em Fowler no leito. Embora estivesse pouco recetivo tolerou por cerca de 1h30m. Escala numérica da dor: Início – 3/10; Fim – 2/10. Auscultação melhorada em todos os terços pulmonares. Doente aparentemente satisfeito e motivado. Escala de Borg: início – 2/10; fim – 5/10. **16/10/2014** Mais participativo e mais comunicativo. Escala de Ramsey: 2. Hemodinâmica: FR: 22 c/min. SpO2: 98%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 4L/M, pela traqueotomia. FC: 80 b/min. TA: 90/58 mmHg. Secreções brônquicas em moderada quantidade, mucopurulentas. Tosse eficaz. Apirético. Dor cervical mantida, ó com paracetamol em SOS que faz antes dos exercícios. Auscultação: sobreponível ao dia anterior. Realizado o mesmo esquema de exercícios que no dia anterior, mantendo os exercícios resistidos. Recusou levante e treino dos membros inferiores com pedaleira. Escala numérica da dor: Início – 3/10; Fim – 2/10. Auscultação melhorada em todos os terços pulmonares. Hemodinamicamente estável no final, embora cansado. Dormiu por períodos. Escala de Borg: início – 1/10; fim – 3/10.

	21/10/2014 Hemodinâmica: FR: 29 c/min. SpO2: 99%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 3L/M, pela traqueotomia. FC: 93 b/min. TA: 98/42 mmHg. Secreções brônquicas em moderada quantidade, mucosas. Tosse eficaz. Apirético. Dor cervical mantida, só com paracetamol em SOS que faz antes dos exercícios. Radiografia de tórax: hipotransparência nos terços inferior e médio, bilateralmente. (apêndice 1 – figura 10) Auscultação: sobreponível ao dia anterior. Realizado o mesmo esquema de exercícios que no dia anterior, mantendo os exercícios resistidos. Fez o primeiro levante para o cadeirão com carga no membros inferiores mas com apoio de 2 enfermeiros. Colocadas meias elásticas para o efeito. Tolerou 1h15m. sentado no cadeirão fez 15minutos de pedaleira com os membros inferiores (velocidade 3 constante) e reeducação costal global com bastão (15x), embora com necessidade de assistir o movimento. Escala numérica da dor: Início – 3/10; Fim – 3/10 (a posição de sentado exige-lhe mais controlo cervical). Auscultação melhorada em todos os terços pulmonares. Hemodinamicamente estável no final, embora cansado. Dormiu por períodos após regressar ao leito. Escala de Borg: início – 1/10; fim – 5/10. **22/10/2014** Hemodinâmica: FR: 27 c/min. SpO2: 99%. Sob oxigenoterapia por tubo em T a 3L/M, pela traqueotomia. FC: 90 b/min. TA: 92/48 mmHg. Secreções brônquicas em moderada quantidade, mucosas. Tosse eficaz. Apirético. Dor cervical mantida, metamizol de magnésio e paracetamol em SOS que faz antes dos exercícios. Radiografia de tórax: hipotransparência mais acentuada nas bases, de predomínio á esquerda. (apêndice 1 – figura 11) Auscultação: murmúrio vesicular mantido em todos os terços pulmonares; roncos no terço médio. Gasimetria: não realizou. Realizado o mesmo esquema de exercícios que no dia anterior, mantendo os exercícios resistidos. Fez o primeiro levante para o cadeirão com carga no membros inferiores mas com apoio de 2 enfermeiros. Colocadas meias elásticas para o efeito. Tolerou 1h15m. sentado no cadeirão fez 15minutos de pedaleira com os membros inferiores (velocidade 3 constante) e reeducação costal global com bastão (15x), embora com necessidade de assistir o movimento. Escala numérica da dor: Início – 3/10; Fim – 3/10 (a posição de sentado exige-lhe mais controlo cervical). Auscultação melhorada em todos os terços pulmonares. Hemodinamicamente estável no final, embora cansado. Dormiu por períodos após regressar ao leito. Escala de Borg: início – 1/10; fim – 5/10.

	Défice na ingestão suficiente de água	Fornecer quantidade suficiente de água Compreender a importância de ingestão suficiente de água. Controlo das queixas álgicas cervicais.	- Administração de água pela sonda gástrica, de acordo com as necessidades e solicitações do doente; - Avaliação da capacidade de deglutição do doente: + capacidade de deglutir líquidos e sólidos, ou ambos de forma segura; - Vigilância da pressão do Cuff antes de fornecer água por via oral ao doente; - Vigilância de sinais de aspiração (Tosse durante a alimentação; Alteração do padrão respiratório; Dispneia; Dor torácica durante a alimentação; Mudanças nos sons respiratórios; Gorgolejo; Esforço respiratório; Acumulação de comida na boca; Aumento de secreções; olhos a lacrimejar) - Avaliação da dor á deglutição (escala numérica da dor); - Adequação da terapêutica analgésica aquando do treino de hidratação oral; - Ensino sobre a importância da ingestão de água; - Ensino sobre a importância e benefícios de voltar á ingestão de água por via oral. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	**7/10/2014** Doente refere dor á deglutição da saliva e receio de ingestão de água, pelo que não se testou a deglutição com água. Administrada apenas água pela SNG. **9/10/2014** Feita tentativa de administração de água por via oral. Deglutiu água em disfagia, mas referindo dor intensa. Compreende a necessidade de ingestão de água e solicita a sua administração pela sng várias vezes ao longo do dia. **10/10/2014 a 21/10/2014** Feita pelo menos uma tentativa de administração de água por via oral, apesar da renitência do doente. Deglutiu água em disfagia, mas refere dor intensa. Realizadas estas intervenções sob efeito de terapêutica analgésica. Compreende a necessidade de ingestão de água e solicita a sua administração pela sng várias vezes ao longo do dia. Feito reforço pela sng.

	Défice na ingestão suficiente de alimentos	Restabelecer padrão nutricional. Compreender a importância de ingestão suficiente de alimentos. Controlo das queixas álgicas cervicais.	- Administração de alimentação entérica pela sonda gástrica, de acordo com as necessidades calóricas do doente; - Avaliação da capacidade de deglutição do doente: + capacidade de mastigar; + capacidade de deglutir líquidos e sólidos, ou ambos, de forma segura; - Vigilância da pressão do Cuff antes de fornecer alimentos por via oral ao doente; - Vigilância de sinais de aspiração (Tosse durante a alimentação; Alteração do padrão respiratório; Dispneia; Dor torácica durante a alimentação; Mudanças nos sons respiratórios; Gorgolejo; Esforço respiratório; Acumulação de comida na boca; Aumento de secreções; olhos a lacrimejar) - Avaliação da dor á deglutição (escala numérica da dor); - Adequação da terapêutica analgésica aquando do treino de alimentação oral; - Ensino sobre a importância da ingestão de alimentos; - Ensino sobre a importância e benefícios de voltar á ingestão de alimentação por via oral. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	**7/10/2014** Doente refere dor á deglutição da saliva e receio de ingestão de alimentos, pelo que não se testou a deglutição. Administrada apenas alimentação entérica contínua pela SNG (60cc/h). **14/10/2014** Solicitada pela equipa médica avaliação da capacidade de deglutição de alimentos. Insuflado ligeiramente o cuff e administrada gelatina. Sem disfagia mas arreferir dor á deglutição. Sem sinais de aspiração. Renitente a novas tentativas. **21/10/2014** Após aumentar a terapêutica analgésica prescrita, nova tentativa de alimentação oral. Administrado pão de forma com queijo que conseguiu mastigar e sumo. Refere menos dor e sem disfagia. Apesar da insuflação do cuff, verificou-se presença de comida pela traqueostomia. O doente recusa novas tentativas.

	Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação: ***- vesical*** ***- intestinal***	Prevenção do risco de infeção associado ao cateter vesical. Promoção da eliminação intestinal dentro do padrão normal do doente.	- Manutenção do sistema de eliminação vesical de acordo com as normas da comissão de controlo de infeção; - substituição do sistema de eliminação vesical de acordo com as normas da comissão de controlo de infeção. - Identificar o padrão de normalidade do doente; - Despistar alteração do controlo dos esfíncteres; - Informar o doente de que pode e deve solicitar a arrastadeira sempre que necessitar; - Prestar cuidados de higiene necessários; - Proporcionar a privacidade necessária; - Avaliar as características e regularidade do padrão de eliminação intestinal durante o internamento, de forma a despistar sinais de diarreia ou obstipação; -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	**7/10/2014** Assegurada a prevenção do risco de infeção associado ao cateter vesical. Mantém-se necessidade de cateterização vesical. Doente refere não ter sensação de plenitude intestinal, evacuando na fralda. Prestados cuidados de higiene. Incentivado a solicitar a arrastadeira quando necessitar. **14/10/2014** Doente mantém necessidade de cateterização vesical. Solicita a arrastadeira e é capaz de colaborar na sua colocação fazendo a ponte. Dejeções diarreicas, pelo que suspende terapêutica emoliente e laxante. **16/10/2014** Trânsito intestinal regularizado. Solicita a arrastadeira e é capaz de colaborar na sua colocação fazendo a ponte. **22/10/2014** Doente não evacua desde 16/10/2014. Reinicia terapêutica emoliente e laxante, com efeito. Capaz de solicitar a arrastadeira e auxiliar a sua colocação.

	Défice do equilíbrio entre atividade e descanso: ***- sono reparador insuficiente;*** ***- diminuição da força e tónus muscular;*** ***- imobilidade por renitência á atividade física relacionado com estado anímico e dor cervical que persiste em repouso e agrava com o movimento.***	Promover condições de descanso para sono reparador. Melhorar a mobilidade, o fortalecimento muscular e a readaptação ao esforço. Promover o controlo da dor	- Promover um ambiente calmo nos períodos noturnos que permita o descanso; - Administrar terapêutica indutora do sono, conforme prescrição. - Avaliação da força muscular (escala de Lower); - avaliação do tónus muscular (escala de Ashworth modificada); - avaliação da sensibilidade; - avaliação do equilíbrio (sentado e em pé); - Correção postural e posicionamento; - Mobilização polisegmentar passiva, ativa, ativa assistida ou ativa resistida; - Auto mobilizações no leito, mediante colaboração do doente; - Treino de transferências, mediante colaboração do doente; - Treino de equilíbrio (sentado e em pé), mediante colaboração do doente; - Introdução de exercício dos membros inferiores com pedaleira (na cama em posição deitado ou sentado na cadeira em posição sentado), mediante a capacidade de colaboração do doente. - Introdução de exercício dos membros superiores com pedaleira (na cama em posição deitado ou sentado na cadeira em posição sentado), mediante a capacidade de colaboração do doente. - Treino de marcha e treino de AVD, mediante colaboração do doente. - Avaliação da dor; - Gestão do regime medicamentoso prescrito. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.
	7/10/2014 Doente refere dormir por curtos períodos, apesar da terapêutica instituída. Informado o clinico. Iniciou terapêutica indutora do sono com alprazolam e flurazepam. Não se realizou avaliação da função motora devido ao padrão respiratório do doente (instabilidade das oximetrias, polipneia) e pela recusa do doente. Promovida a correção postural através do posicionamento nos vários decúbitos.		

	9/10/2014 Doente refere dormir por curtos períodos, apesar da terapêutica instituída. Observado por psiquiatria que instituiu nova terapêutica. - Avaliada da força muscular (escala de Lower – 3/5 em todos os grupos musculares e movimentos); - Avaliado do tónus muscular (escala de Ashworth modificada – 0; hipotonia em todos os grupos musculares avaliados); - Avaliada da sensibilidade – sem alteração da sensibilidade; Iniciado treino motor para prevenção das complicações da imobilidade: - Correção postural e posicionamento no leito; - Mobilização polisegmentar: PESCOÇO: Flexões laterais e ântero-posterior; Rotação (passivo e com muita limitação por dor); ESCAPULO-UMERAL: Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Elevação, Rotação interna e externa (ativa assistida mas com amplitude de movimento limitada por dor) COTOVELO: Flexão/ Extensão (ativa assistida) ANTEBRAÇO: Pronação/ Supinação (ativa assistida) PUNHO: Flexão/ Extensão, Desvio Radial/ Cubital (ativa assistida) DEDOS: Flexão/Extensão, Abdução/Adução (ativa assistida) POLEGAR: Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Oponência (ativa assistida) COXO-FEMURAL: Flexão/ Extensão, Abdução/ Adução, Rotação interna e externa (ativa assistida) JOELHO: Flexão/ Extensão (ativa assistida) TÍBIO-TÁRSICA: Flexão/ Extensão (ativa assistida) ANTEPÉ: Inversão/ Eversão (ativa assistida) DEDOS: Flexão/ Extensão (ativa assistida) Recusa levante para o cadeirão, pelo que não se avaliou o equilíbrio estático e dinâmico. **10/10/2014** Doente refere dormir por curtos períodos, apesar da terapêutica instituída. - Avaliada da força muscular (escala de Lower – 4/5 em todos os grupos musculares e movimentos); - Avaliado do tónus muscular (escala de Ashworth modificada – 0; hipotonia em todos os grupos musculares avaliados); Treino motor para prevenção das complicações da imobilidade: - Correção postural e posicionamento no leito; - Mobilização polisegmentar:

	PESCOÇO: não se realizou movimento por dor não controlada e tensão muscular. Restantes movimentos de todos os segmentos, sobreponíveis ao dia anterior. Recusa levante para o cadeirão, pelo que não se avaliou o equilíbrio estático e dinâmico. **13/10/2014** Programa idêntico ao dia anterior, mantendo queixas álgicas semelhantes e o mesmo grau de colaboração. Administrada terapêutica analgésica antes dos exercícios propostos. **14/10/2014** Não se realizou treino motor por referir cansaço após exercícios de RFR. **15/10/2014** Doente refere dormir um pouco melhor. - Avaliada da força muscular (escala de Lower – 4/5 em todos os grupos musculares e movimentos); - Avaliado do tónus muscular (escala de Ashworth modificada – 0; hipotonia em todos os grupos musculares avaliados); Colocado em Fowler após RFR e realizado treino motor para prevenção das complicações da imobilidade: - Correção postural e posicionamento no leito; - Mobilização polisegmentar: PESCOÇO: não se realizou movimento por dor não controlada e tensão muscular. ESCAPULO-UMERAL: Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Elevação, Rotação interna e externa (ativa assistida mas com amplitude de movimento limitada por dor) COTOVELO: Flexão/ Extensão (ativa) ANTEBRAÇO: Pronação/ Supinação (ativa) PUNHO: Flexão/ Extensão, Desvio Radial/ Cubital (ativa) DEDOS: Flexão/Extensão, Abdução/Adução (ativa) POLEGAR: Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Oponência (ativa) COXO-FEMURAL: Flexão/ Extensão, Abdução/ Adução, Rotação interna e externa (ativa assistida + ativa resistida) JOELHO: Flexão/ Extensão (ativa assistida + ativa resistida) TÍBIO-TÁRSICA: Flexão/ Extensão (ativa) ANTEPÉ: Inversão/ Eversão (ativa) DEDOS: Flexão/ Extensão (ativa) Aparentemente mantém equilíbrio estático sentado.

	A referir cansaço no final do exercícios. Dormiu curto período. Ficou em Fowler cerca de 1h 30m. Incentivado a colaborar nas mobilizações no leito: rolar e a ponte, que consegue fazer sem ajuda. Depois de descansar cerca de 1h30 realizou treino dos membros inferiores com pedaleira no leito (15min. Velocidade 3 constante). **16/10/2014** Instituído programa semelhante ao anterior, mas não realizou pedaleira. Sentado na beira da cama para treino de ortostatismo, mas a referir tonturas e "ver pontos negros". Regressou á posição de deitado. Sem equilíbrio estático sentado. **21/10/2014** Doente refere dormir um pouco melhor. - Avaliada da força muscular (escala de Lower – 4/5 em todos os grupos musculares e movimentos); - Avaliado do tónus muscular (escala de Ashworth modificada – 0; hipotonia em todos os grupos musculares avaliados); Não foi realizado treino motor nos moldes de dias anteriores para promover a implementação de outras atividades, gerindo assim a tolerância ao esforço do doente. Sentado na beira da cama sem alterações hemodinâmicas. Fez levante para o cadeirão com carga nos membros inferiores, mas com necessidade de apoio de 2 enfermeiros. Colocadas meias elásticas para o efeito. Aparentemente mantém equilíbrio estático sentado, mas com défice de equilíbrio dinâmico sentado. Em qualquer equilíbrio em pé. Sentado na cadeira fez 15 minutos de pedaleira (velocidade 3 constante) e exercícios de abertura costal com bastão (flexão/extensão da escapulo-umeral), assistido pela enfermeira. A referir cansaço no final do exercícios. Tolerou levante cerca de 2h 00m. Incentivado a colaborar nas mobilizações no leito: rolar e a ponte, que consegue fazer sem ajuda. **22/10/2014** Instituído programa semelhante ao anterior que tolerou sem referir cansaço. Após 1h30m, a referir tonturas e "ver pontos negros", sem repercussão nos valores de hemodinâmica. Regressou ao leito, em posição de descanso.

	Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social ***- isolamento e depressão*** ***- renitência/indiferença aos cuidados de enfermagem***	Promover a parceria nos cuidados. Promover a autonomia na gestão do processo de cuidados.	- Observação do estado anímico do doente; - Avaliação do envolvimento, colaboração e participação do doente no seu processo de cuidados; - Estimular a participação do doente nos cuidados; - Ensinar sobre a importância da participação do doente nos cuidados; - Valorizar e respeitar a vontade do doente: + gerir os momentos de exercício de acordo com a sua disposição; + gerir os exercícios que consegue ou não fazer; +gerir os tempos de exercício e de descanso. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	**7/10/2014** Doente de olhos cerrados, mas despertável ao chamamento. Fácies triste e humor deprimido, responde com encolher de ombros ás questões colocadas. Compreende as questões colocadas e assente a realização dos exercícios propostos, mas não colabora. **14/10/2014** Doente progressivamente mais colaborante nos cuidados, embora haja necessidade de adequar os exercícios propostos aos momentos em que está mais disponível animicamente. Entende a necessidade e importância da sua participação mas nem sempre colabora, embora, pelo menos já manifeste se quer ou não (promoção da autonomia). **22/10/2014** Doente mais colaborante e envolvido no processo de cuidados: não só decide o que quer fazer, quando quer fazer e como quer fazer, como solicita que façamos outros exercícios. Por vezes ainda se recusa, manifestando dor ou cansaço.
	Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano: ***- alteração da integridade cutânea;***	Promover a integridade cutânea. Prevenir o risco para com a integridade física.	- Promoção da hidratação cutânea. - Gestão da humidade da pele para prevenção das lesões por humidade. - Promoção da alternância de decúbitos de 3 em 3 horas. - Vigilância anímica do doente; - Identificação de comportamentos de risco; - Manutenção das grades de cama;	**7/10/2014** Alternado o posicionamento no leito de 3 em 3 horas apesar da renitência do doente. Foi-lhe explicada a importância e assentiu. Aplicado creme hidratante. Rubor no sulco intranadegueiro, aplicado oxido de zinco. 2**1/10/2014** Primeiro levante. Aplicada almofada de gel o cadeirão. Solicitada realização de pequenas elevações da região nadegueira exercendo força nos membros superiores; colaborante. Eritema branqueável da região nadegueira melhorado. Mantém alternância de decúbitos no leito com a mesma periodicidade.

	- risco para a própria integridade física, associado a depressão e ideação suicida.		- Promoção de momentos de abertura para o doente manifestar as suas preocupações. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	**9/10/2014** Doente de olhos cerrados, mas despertável ao chamamento. Fácies triste e humor deprimido, responde com encolher de ombros ás questões colocadas. Compreende as questões colocadas e concorda em colaborar nos exercícios propostos. Renitente aos cuidados gerais. Observado por psiquiatria que diagnostica depressão e ideação suicida. Inicia terapêutica antidepressiva. **13/10/2014** Abertura ocular mais célere. Comunicação ainda escassa e limitada á solicitação externa, mas colaborante nos cuidados. Não s observam comportamentos que coloquem em risco a sua integridade física.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – telerradiografias de tórax

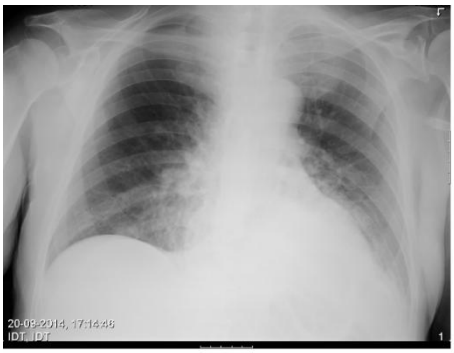


Figura 1 – Telerradiografia de tórax a 20/09/2014, primeiro dia de internamento no serviço de Medicina

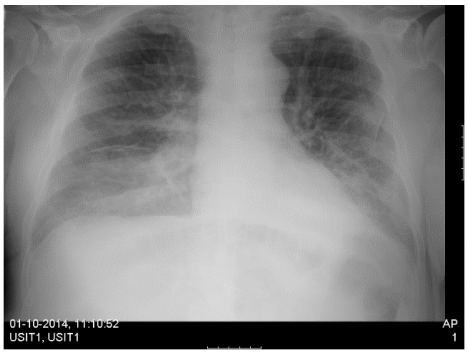


Figura 2 – Telerradiografia de tórax de 1/10/2014 á entrada na UCIR

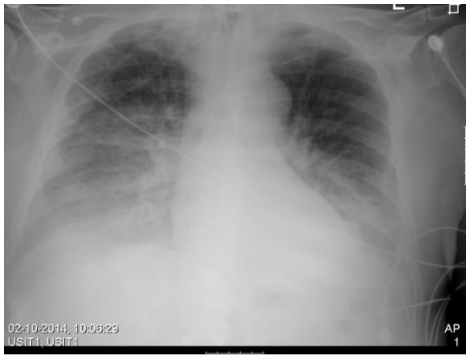


Figura 3 – Telerradiografia de tórax de 2/10/2014 com tubo traqueal no local da traqueostomia

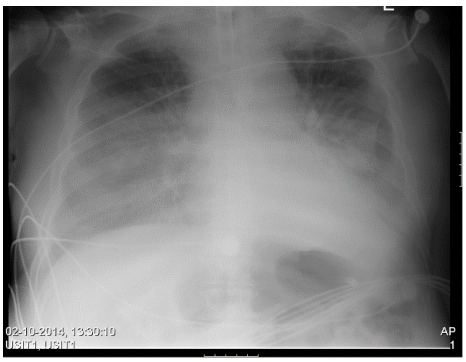


Figura 4 – Telerradiografia de tórax de 2/10/2014 com traqueostomia

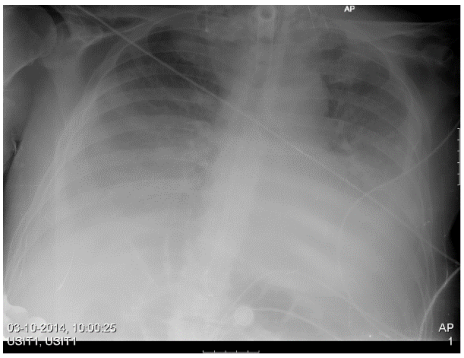


Figura 5 – Telerradiografia de tórax de 3/10/2014

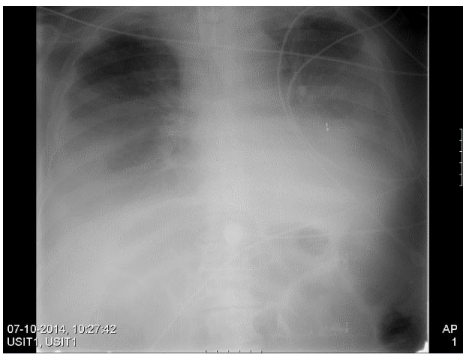


Figura 6 – Telerradiografia de tórax de 7/10/2014, primeiro dia de reabilitação

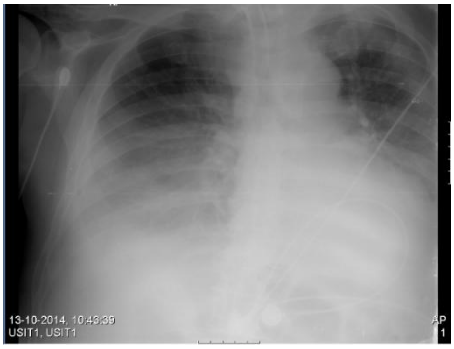


Figura 7 – Telerradiografia de tórax de 13/10/2014

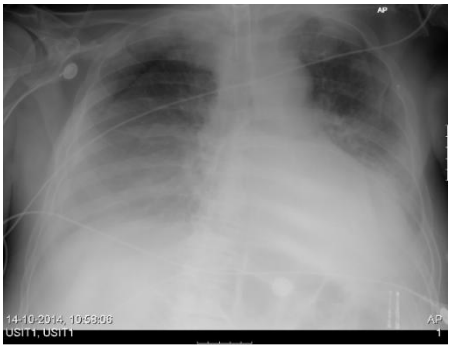


Figura 8 – Telerradiografia de tórax de 14/10/2014

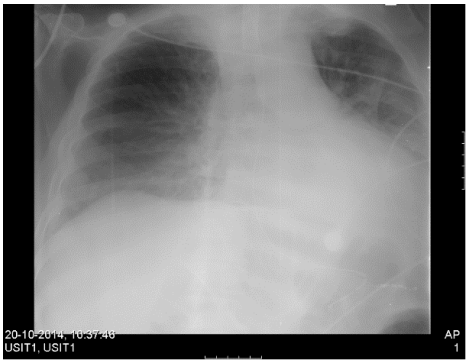


Figura 9 – Telerradiografia de tórax de 20/10/2014

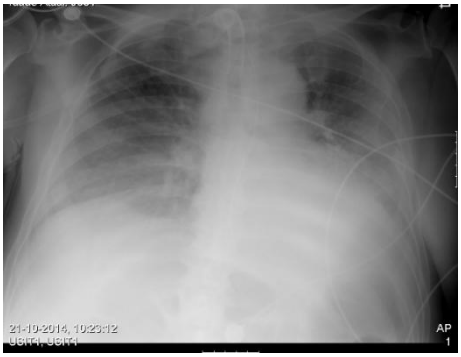


Figura 10 – Telerradiografia de tórax de 21/10/2014 (sentado)

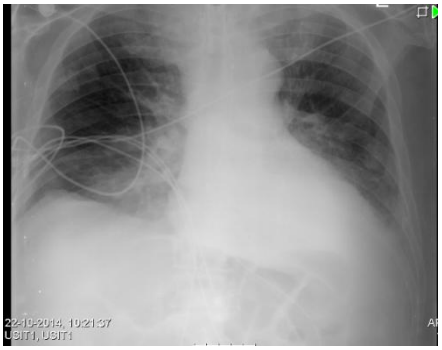


Figura 11 – Telerradiografia de tórax de 22/10/2014

APÊNDICE G

Processos de Enfermagem de Reabilitação - ECCI

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Plano de Cuidados (4)

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Janeiro, 2015

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

Fatores pessoais e condicionantes básicos

Nome:	C. G.	**Nacionalidade:**	Portuguesa
Sexo:	Feminino	**Etnia/raça:**	Leucodérmico
Estado civil:	Viúva	**Residência:**	Sintra
Idade:	81 anos	**Escolaridade:**	-------
Profissão:	Operadora fabril	**Situação laboral:**	reformada
Agregado familiar:	Vive sozinha	**Pessoa significativa/ cuidador:**	filha G. G.

Motivo de internamento:

Status pós acidente vascular cerebral do hemisfério cerebral direito, com sequela de hemiplegia esquerda

Encaminhada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ao cuidado da Unidade de Cuidados na Comunidade [redacted] (Reabilitação)

Requisitos de autocuidado por desvio de saúde

História da doença atual

Período de internamento: 14/10/2014 a 13/02/2015

Diagnóstico clínico: Acidente vascular cerebral do hemisfério cerebral direito

Evolução da situação clínica: Utente encontrada pela filha caída no domicilio com diminuição da força do hemicorpo á esquerda, desvio da comissura labial e perda de controlo de esfíncteres. Discurso disártrico e confusão mental. Foi encaminhada pelo INEM para o Hospital Fernando da Fonseca onde lhe foi diagnosticado acidente vascular cerebral do hemisfério cerebral direito por enfarte isquémico agudo do território da artéria cerebral média direita.
Teve alta para o domicílio a 12/10/2014, sendo referencia da pela Equipa de Gestão de Altas do Hospital referido, para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ao cuidado da Unidade de Cuidados na Comunidade do [redacted] por necessidade de cuidados de Reabilitação.

Á data da alta apresentava já melhoria do estado de consciência com vigília mantida, com discurso disártrico mas com orientação espaço-temporal mantida. Hemodinamicamente estável. Padrão ventilatório eficaz, com reflexo de tosse mantida. Discreta disfagia para líquidos. A nível motor mantinha hemiparesia crural espástica á esquerda e hemiplegia braquial flácida á esquerda. Parésia facial central mantida. A referir queixas dolorosas a nível da articulação escapulo-umeral e coxo-femural. Recuperou continência intestinal e vesical. Dependente para o autocuidado e com total dependência a nível das AVD (Escala de Barthel = 0). Pele íntegra, sem lesões de pressão.
Iniciou programa de reabilitação no internamento mas não se fez acompanhar de documentação que descreva as intervenções implementadas.
Tem indicação para manutenção da terapêutica anti-agregante e do programa de reabilitação motora em regime domiciliário.

<u>História da doença pregressa</u>

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial,
- diabetes melitus tipo 2,
- fribrilhação auricular,
- cistite aguda.

Refere dor a nível escapulo-umeral prévia á situação clínica atual.

Hábitos de saúde:

Vigilância de saúde regular com o médico de família. Boa adesão ao regime terapêutico. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos.

<u>História terapêutica</u>

Terapêutica atual:

Medicada no domicílio, atualmente, com:
Esomeprazol
Insulina de ação rápida SOS (que nunca faz)
Metformina
Sinvastatina
Hidroxizina
Acido acetilsalicílico (AAS)
Filotempo

<u>História familiar</u>

Irrelevante.

História social

Condições habitacionais:	Vive num apartamento do rés-do-chão, com duas assoalhadas e cerca de 50m2, num prédio de 4 pisos, com dois apartamentos por piso. A casa tem um quarto, uma sala, uma cozinha e um wc. Não foram efetuadas adaptações estruturais na habitação. Foi alugada uma cama articulada e uma cadeira de rodas. Um amigo da família disponibilizou uma bengala de tripé. Contrataram um fisioterapeuta particular.
Envolvente social:	Viúva há 3 anos. Tem 3 filhos e 9 netos. Vivia sozinha até á situação clínica atual, sendo independente em todas as AVD e com vida social ativa. Atualmente vive na sua casa mas com apoio da filha (cuidadora principal) e de uma cuidadora contratada para os satisfação das AVD (cuidados de higiene, levante, alimentação,…) e AIVD (questões burocráticas, compras,…). A filha G. G., em todas as visitas demonstra labilidade emocional, sugestiva de Burnout do cuidador.
Qualidade de vida:	Francamente condicionada pelas limitações funcionais, tanto da utente como da cuidadora. Utente com labilidade emocional frequente, lamentando-se da sua situação. Cuidadora com labilidade emocional (já com antecedentes de síndroma depressivo), mostrando-se ansiosa em relação á demora no restabelecimento, pois deixou de trabalhar para cuidar da mãe e passa pouco tempo na sua casa, com a restante família. Para ambas a situação de dependência é limitadora da qualidade de vida.
Hábitos de vida:	Independente a nível das AVD e com vida social ativa. Fazia compras no mercado. Ia á missa todos os domingos. Partilhava a companhia da vizinha da frente para muitas atividades sociais e agora recebe a sua visita quase diariamente.
Expectativas do utente/ cuidador:	A utente e a cuidadora verbalizam expectativas elevadas quanto aos efeitos da reabilitação: questionam frequentemente quando voltará a andar e a ser completamente autónoma. Subvalorizam as sequelas permanentes do AVC.

Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

- Viúva há 3 anos.

Requisitos universais de autocuidado

DATA: 12 de Dezembro de 2014
Avaliação de Enfermagem de Reabilitação:

Estado geral: Aparência geral adequada á idade. Bem disposta. Pele e mucosas coradas e hidratadas; pele quente e seca. Peso = 72kg Altura= 1,66 m IMC= 26,13

Hemodinâmica: Pulso= 93 batimentos/min., rítmico e cheio; TA=145/81mmhg; Fr=22 ciclo/min, respiração regular, toraco-abdominal de média amplitude, sem uso dos músculos acessórios. Glicémia capilar=142 g/dl.

Exame Neurológico:

1) **Estado de consciência**: Desperta, lúcida. Discurso coerente. Orientada auto e halopsiquicamente. Escala de Comas de Glasgow - score 15 (O-4;V-5; M-6).
2) **Atenção:** Atenção mantida para estímulos externos; Tenacidade mantida (manteve-se atenta ás questões colocadas, sem se distrair com o ambiente envolvente; concentração não avaliada.
3) **Memória:** não comprometida qualquer tipo de memória (Sensorial, Imediata, Recente ou Remota);
4) **Capacidades práxicas:** capaz de fazer Gestos simbólicos (ex: sinal da cruz) e Gestos icónicos (ex: pentear-se ou fazer adeus)
5) **Linguagem:** capaz de manter discurso espontâneo coerente, embora arrastado (disártrico); Compreensão de ordens, executando o solicitado; Nomeação de objetos e Repetição de palavras preservadas.
6) **Negligência hemi-espacial unilateral:** superou a prova de barragem
7) **Pares craneanos:**

   I – Olfativo: Anosmia (não identificou o cheiro de café, limão e salsa)

   II - Ótico: Aparentemente mantido

   III – Motor ocular comum, IV – Patético e VI – Motor ocular externo: isocoria, pupilas isoreactivas ao estímulo luminoso; segue o movimento do dedo quando se desenha um H no ar, mantendo movimentos conjugados e simetria.

   V – Trigémeo: movimentos de mastigação e deglutição diminuídos do lado afetado, referindo dor ao movimento; sensibilidade diminuída na divisão oftálmica, maxilar e mandibular da hemiface direita; reflexo córneo palpebral mantido.

   VII – Facial: apagamento do sulco nasogeniano e assimetria na contração dos músculos da face quando sorri ou franze o sobrolho. Refere necessidade de colocar a comida no lado menos afetado da boca.

   VIII – Estato-acústico: divisão coclear aparentemente preservada, pois identifica o som de olhos fechados; não se efectou o teste de Rinne ou o teste de Weber por falta de diapasão; divisão vestibular afetada pois não detém equilíbrio estático sentada, não se efetuando outros testes.

   IX – Glossofaringeo: capaz de distinguir os sabores doce e amargo.

   X – Pneumogástrico: reflexo de vómito presente.

   XI – Espinhal: capaz de contrariar a resistência ao movimento de rotação da cabeça para o lado afetado e da elevação dos ombros, bilateralmente.

   XII – Grande hipoglosso: ligeiro desvio da língua para a direita.

8) Motricidade:

- Força muscular (segundo a Escala de Lower, que varia entre 0 e 5)

Cabeça e pescoço - 4

Membro superior Direito. - 5

Membro inferior Direito. - 5

Membro superior Esquerdo. – 0

Membro inferior Esquerdo. – 1

- Tónus muscular (segunda a Escala modificada de Ashworth)

Cabeça e pescoço - 0

Membro superior Direito. - 0

Membro inferior Direito. - 0

Membro superior Esquerdo. – hipotonia (flacidez)

Membro inferior Esquerdo. – 1+

- Amplitude articular

Cabeça e pescoço – mantida em todos os movimentos testados

Membro superior Direito. - mantida em todos os movimentos testados

Membro inferior Direito. - mantida em todos os movimentos testados

Membro superior Esquerdo. - Diminuída na articulação escapulo-umeral, com dor antes de atingir os 90º;

Membro inferior Esquerdo. - Diminuída na articulação coxofemoral, com dor antes de atingir os 45º.

- Coordenação Motora: consegue realizar a prova índex-nariz com o membro superior menos lesado e a prova calcanhar-joelho com o membro inferior menos lesado.

- Equilíbrio: Não apresenta equilíbrio estático sentado.

9) Sensibilidade:

Superficial

Tátil – ausente no membro superior esquerdo e diminuída no membro inferior esquerdo; mantida nas restantes porções.

Térmica - ausente no membro superior esquerdo e diminuída no membro inferior esquerdo; mantida nas restantes porções.

Dolorosa - ausente no membro superior esquerdo e diminuída no membro inferior esquerdo; mantida nas restantes porções.

Avaliação funcional:

Índice de Barthel Modificada (AVD)
Score Total – 19 (dependência total)

Escala de Lawton e Brody (AIVD)
Score total – 29 (dependência total)

Escala de Braden (risco de UPP)
Score Total – 13 (alto risco de UPP)

Escala de Morse (risco de queda)
Score Total – 50 (alto risco de queda)

Índice de Katz
Score Total – 6 (dependente)

Mini Mental State Examination
Score Total – 21 (abaixo da normalidade (24), limitado pelo analfabetismo da utente)

Requisitos universais	Padrão habitual	Padrão atual	Défice de autocuidado
Manutenção de inspiração de ar suficiente	Eupneica	Eupneica, sem sinais de dificuldade respiratória. Reflexo de tosse mantido e eficaz. Á auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Eventual hipoventilação do pulmão esquerdo por parésia dos músculos respiratórios.	Défice de autocuidado na inspiração de ar suficiente associado a padrão ventilatório restritivo por parésia dos músculos respiratórios. <u>Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e apoio-educação.</u>
Manutenção da ingestão suficiente de água	Ingere pouca água, mas gosta de chá.	Discreta dificuldade na mastigação e deglutição (disfagia associada a parésia facial central). Dor associada á mastigação e deglutição.	Défice de autocuidado ingestão suficiente de água associada a disfagia por parésia facial central. <u>Sistema de Enfermagem: apoio-educação.</u>
Manutenção da ingestão suficiente de alimentos	Não tem restrições alimentares. Usa prótese dentária completa superior.	Discreta dificuldade na mastigação e deglutição (disfagia associada a parésia facial central). Dentição incompleta compensada normalmente por prótese dentária que atualmente não consegue colocar. Dor associada á mastigação e deglutição.	Défice de autocuidado ingestão suficiente alimentos associada a disfagia por parésia facial central. <u>Sistema de Enfermagem: apoio-educação.</u>
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Continente a nível vesical e intestinal. Antecedentes de cistite aguda	Continente a nível vesical e intestinal, mas necessita de ajuda para colocação de arrastadeira quando a solicita. Usa fralda para conforto em caso de descuido acidental.	Défice de autocuidado na promoção dos cuidados associados com a eliminação vesical e intestinal devido a diminuição da mobilidade.

		Risco de obstipação associada á imobilidade.	<u>Sistema de Enfermagem: apoio-educação.</u>
Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso	Gostava de caminhar para realização das suas tarefas, em vez de usar transportes públicos. Sem dificuldade em dormir.	Franca diminuição da mobilidade associado a hemiparesia esquerda como sequela de AVC do hemisfério cerebral direito. Dificuldade em adormecer associado a dor osteoarticular persistente (síndroma do ombro doloroso).	Défice do equilíbrio entre atividade e descanso manifestado por: - sono reparador insuficiente devido a dor; - imobilidade devido á hemiparesia esquerda. <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório e apoio-educação.</u>
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Vivia sozinha desde que ficou viúva, mas a filha morava perto. Ia ás compras ao mercado e á missa ao domingo com a sua vizinha da frente que já conhece á mais de 30 anos.	Vive na sua casa, acamada durante todo o dia. Tem o apoio da filha, cuidadora principal e de uma cuidadora contratada que fica com ela na ausência da filha. Recebe frequentemente a visita da vizinha. Incapaz de sair de casa sem ajuda pelo que não voltou a sair desde que saiu do hospital. Comprometimento da autoimagem associado a Parésia facial central e disartria.	Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social manifestado por: - isolamento e depressão; - Burnout do cuidador (desgaste físico e psicológico); - alteração da autoimagem. <u>Sistema de Enfermagem: apoio-educação.</u>
Prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano.	Autónoma.	Risco de alteração da integridade cutânea associado á imobilidade. Risco de queda aumentado por sobrevalorização das suas capacidades atuais. Risco de instalação de espasticidade.	Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano devido á imobilidade e á sobrevalorização das suas capacidades: - risco de alteração da integridade cutânea; - risco de queda aumentado;

			- alteração da força muscular, amplitude articular, tónus muscular e equilíbrio. <u>Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e apoio-educação.</u>
Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	Autónoma nas AVD e nas AIVD.	Dependente em todas as AVD e AIVD. Desconhecimento das implicações das limitações funcionais decorrentes da situação atual, a curto, médio e longo prazo. Vontade de recuperar as capacidades funcionais agora limitadas.	Défice na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal, manifestado por: - dependência de outros em todas as AVD e AIVD; - desconhecimento das limitações funcionais adquiridas e seu potencial de recuperação. <u>Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação.</u>

<u>Resumo dos Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:</u>

- Défice de autocuidado na inspiração de ar suficiente associado a padrão ventilatório restritivo por parésia dos músculos respiratórios.
- Défice de autocuidado ingestão suficiente de água associada a disfagia por parésia facial central.
- Défice de autocuidado ingestão suficiente alimentos associada a disfagia por parésia facial central.
- Défice de autocuidado na promoção dos cuidados associados com a eliminação vesical e intestinal devido a diminuição da mobilidade.
- Défice do equilíbrio entre atividade e descanso manifestado por:
  - sono reparador insuficiente devido a dor;
  - imobilidade devido á hemiparesia esquerda.
- Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social manifestado por:
  - isolamento e depressão;
  - Burnout do cuidador (desgaste físico e psicológico);
  - alteração da autoimagem.

- Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano devido á imobilidade e á sobrevalorização das suas capacidades:
  - risco de alteração da integridade cutânea;
  - risco de queda aumentado;
  - alteração da força muscular, amplitude articular, tónus muscular e equilíbrio.
- Défice na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal, manifestado por:
  - dependência de outros em todas as AVD e AIVD;
  - desconhecimento das limitações funcionais adquiridas e seu potencial de recuperação.

PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS

Diagnósticos de Enfermagem	Objectivos/ metas	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Défice na inspiração de ar suficiente	Promover um padrão ventilatório eficaz. Prevenir o aparecimento de estase brônquica associada a hipoventilação pulmonar. Promover a capacidade de controlo da respiração.	- Avaliar o estado de consciência e capacidade de colaboração do doente; - Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude, ritmo, presença de dispneia), antes e após os exercícios realizados; - Avaliar outros parâmetros como sinais de má perfusão periférica, presença de secreções e suas características, eficácia da tosse, frequência cardíaca, pressão arterial, antes e após os exercícios realizados; - Avaliar a dor (escala numérica da dor) - Auscultar o tórax antes e após os exercícios realizados; - Ensinar: + posições de descanso e relaxamento; + consciencialização da respiração; + controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com inspiração nasal e expiração oral lenta com lábios semicerrados. + respiração diafragmática; - Realizar exercícios de reeducação funcional respiratória: + abdomino- diafragmático (global, porção posterior do diafragma com e sem resistência)	16/12/14 Utente com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, embora ligeiramente diminuído nas bases á esquerda. Realizado ensino dos exercícios de reeducação respiratória com ênfase nos que se referem o hemitórax esquerdo para melhoria da ventilação pulmonar homolateral. Utente colabora nos exercícios, mas apresenta dificuldade na coordenação dos movimentos dos membros superiores com os ciclos respiratórios, aquando da realização de abertura costal. Nega dispneia. Realizado levante para a cadeira de rodas. 6/01/2015 Padrão ventilatório sem alterações. Auscultação sobreponível. Solicitado que repetisse os exercícios propostos anteriormente, que não consegue reproduzir. Feito reforço dos exercícios de reeducação funcional respiratória, incentivando a participação do cuidador. Nega dispneia. Realizado levante para a cadeira de rodas.

		+ costais (globais e seletivos em lateral, com maior ênfase á esquerda, acompanhado de abdução dos membros superiores respetivos de acordo com a amplitude articular permitida) + abertura costal com bastão (a assistir o movimento) - Avaliação da dispneia pela escala de Borg modificada e tolerância ao esforço. - Promoção do levante para o cadeirão mediante tolerância do doente. - Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	
Défice na ingestão suficiente de água	Compreender a importância de ingestão suficiente de água. Ingerir a quantidade suficiente de água. Prevenir aspiração.	- Ensinar o utente e o cuidador sobre a necessidade de ingestão de pelo menos 1L de água por dia; - ensino ao cuidador sobre o uso de espessante em caso de necessidade; - Avaliação da capacidade de deglutição do doente: + capacidade de deglutir líquidos forma segura; - ensinar o cuidador sobre de sinais de aspiração (Tosse durante a alimentação; Alteração do padrão respiratório; Dispneia; Dor torácica durante a alimentação; Mudanças nos sons respiratórios; Gorgolejo; Esforço respiratório; Acumulação de comida na boca; Aumento de secreções; olhos a lacrimejar); - ensinar o cuidador sobre manobras de desengasgamento; - Avaliação da dor á deglutição (escala numérica da dor);	16/12/14 Utente e cuidador referem ingestão de cerca de 500ml de água dia, porque "não tem sede". Feito reforço do ensino. Avaliada a deglutição para líquidos e não se observou disfagia, no entanto o cuidador refere que, por vezes desencadeia acessos de tosse durante a ingestão, com lacrimejo dos olhos, aparentando engasgamento. Necessita de mastigar os alimentos á direita pois refere não os sentir daquele lado e, por vezes, morde a língua. Necessita de ajuda a fracionar os alimentos; o cuidador tentar oferecer consistência pastosa nos alimentos. Come na cama, por vezes, pelo que se reforçou ensino sobre elevação da cabeceira durante a refeição. Por vezes toma analgésico 1 hora antes do almoço para controlar a dor á mastigação. Ciente de como deve intervir em caso de engasgamento; explicou á cuidadora contratada o que tem de fazer. 6/01/2015 Cuidador refere não conseguir aumentar ingestão hídrica acima de 500ml de água dia, por renitência da utente.

		- Adequação da terapêutica analgésica aquando do treino de hidratação oral; - disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	Deglutição para líquidos e sólidos sem sinais de engasgamento: mastiga e deglute do lado menos lesado. Mantém dieta com consistência pastosa dos alimentos. Come sentada á mesa. Persiste a dor á mastigação, pelo que mantém terapêutica analgésica antes do almoço.
Défice na ingestão suficiente de alimentos	Restabelecer padrão nutricional. Compreender a importância de ingestão suficiente de alimentos. Controlo das queixas álgicas durante a mastigação e deglutição. Prevenir aspiração.	- Avaliação da capacidade de deglutição do doente: + capacidade de mastigar; + capacidade de deglutir líquidos e sólidos, ou ambos, de forma segura; - ensinar o cuidador sobre vigilância de sinais de aspiração (Tosse durante a alimentação; Alteração do padrão respiratório; Dispneia; Dor torácica durante a alimentação; Mudanças nos sons respiratórios; Gorgolejo; Esforço respiratório; Acumulação de comida na boca; Aumento de secreções; olhos a lacrimejar); - ensinar o cuidador sobre manobras de desengasgamento; - ensinar técnicas para treino de alimentação oral que previnam a aspiração; - Avaliação da dor á deglutição (escala numérica da dor); - Adequação da terapêutica analgésica aquando do treino de alimentação oral; - Ensino sobre a importância da ingestão de alimentos e adequação da consistência dos alimentos. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	

Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação: ***- vesical*** ***- intestinal***	Fomentar o autocuidado associado á eliminação vesical e intestinal.	- ensinar ao utente e cuidador técnicas como a ponte, o rolar e a rotação controlada da anca que permitem colaborar na colocação da arrastadeira e na substituição da fralda; - ensinar ao utente e cuidador a importância de readquirir um padrão de eliminação mais próximo do normal de forma a aumentar a independência e fomentar a autoestima; - ensinar ao utente e cuidador a importância de vigiar o padrão de eliminação vesical e intestinal, bem como as suas características, de forma a despistar precocemente complicações decorrentes da imobilidade. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	16/12/14 Utente e cuidadora percebem as técnicas ensinadas e a sua utilidade para os cuidados nas AVD, sendo capazes de reproduzir a ponte, o rolar para o lado lesado e para o lado menos lesado, bem como a rotação controlada da anca. Utente solicita a arrastadeira para eliminação intestinal e vesical, embora, por vezes tenha algumas perdas de urina na fralda, especialmente no final da noite. Feito ensino de restrição hídrica no final do dia e micção próxima da hora de ir dormir. A cuidadora refere padrão de obstipação, embora refira que já iniciou toma de emoliente (lactulose 3x/dia). Feito ensino sobre reforço de fibras na alimentação e aumento da ingestão hídrica. 6/01/2015 Cuidadora refere que utente está mais autónoma no controlo de esfíncteres, sem perdas urinárias e com padrão intestinal regular com toma de emolientes 2x/dia. Reforçou as fibras na alimentação. Utente realiza atividades propostas para colaboração nos cuidados aquando da colocação da fralda ou arrastadeira. Ambas referem que mantém a fralda por “receio de descuido”.
Défice do equilíbrio entre atividade e descanso:	Promover condições de descanso para sono reparador.	- ensinar o utente e o cuidador sobre a importância de proporcionar um ambiente calmo e posição de conforto nos períodos noturnos que permita um sono reparador; - ensinar o utente e o cuidador sobre a importância de alternar períodos de atividade com períodos de descanso; - promover o controlo da dor através da administração de analgésicos e aplicação de calor no ombro;	16/12/14 Dorme cerca de 6h por noite, sob terapêutica com hidroxizina. Refere dor no ombro mas que não melhora com analgesia, só com aplicação de saco de água morna. Força muscular, tónus muscular, amplitude articular e sensibilidade sobreponível á avaliação inicial. Realizados exercícios de mobilização polisegmentar conforme descrito no plano. Realizadas automobilizações deitada e sentada. Feito levante para a cadeira de rodas: melhoria do equilíbrio estático sentado, mas sem equilíbrio dinâmico ou estático em

	Promover a preservação e manutenção da mobilidade e amplitude articular do hemicorpo esquerdo; Promover a manutenção ou aumento da força muscular no hemicorpo direito; Restabelecer o equilíbrio sentado; Prevenir complicações da imobilidade (estase venosa, TVP e contraturas).	- Administrar terapêutica indutora do sono, se necessário, conforme prescrição médica. - Avaliação da força muscular (escala de Lower); - avaliação do tónus muscular (escala de Ashworth modificada); - avaliação da sensibilidade; - avaliação do equilíbrio (sentado e em pé); - Correção postural e posicionamento; - ensino ao cuidador sobre posicionamentos em padrão anti-espástico no leito e sentada na cadeira; - Mobilização polisegmentar passiva do membro superior esquerdo, respeitando a amplitude do movimento e tendo em conta o limiar da dor da utente; - Mobilização polisegmentar ativa assistida do membro inferior esquerdo, respeitando a amplitude do movimento e tendo em conta o limiar da dor da utente; - Mobilização polisegmentar ativa, ativa assistida ou ativa resistida dos membros superior e inferior direito e pescoço, respeitando a amplitude do movimento; - ensino de auto-mobilizações do membro superior esquerdo no leito e sentada; - ensino de atividades terapêuticas como rolar para o lado mais afetado e para o lado menos afetado, a ponte, a rotação controlada da anca e a realização de carga do cotovelo; - Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé;	pé. Realizado ensino á cuidadora sobre técnicas de levante e transferência para a cadeira que foi capaz de reproduzir. A cuidadora veste a utente. 6/01/2015 Mantém o mesmo padrão de sono noturno, mas sente necessidade de dormir uma sesta durante o dia, depois do almoço. Dor no ombro melhorada. Força muscular ligeiramente aumentada na Cabeça e pescoço – 5; e no Membro inferior Esquerdo. – 2. Tónus muscular ligeiramente aumentado no Membro inferior Esquerdo. – 2. Amplitude articular sobreponível á avaliação inicial. Realizados exercícios de mobilização polisegmentar e automobilizações deitada e sentada, conforme plano de intervenção. Feito levante para a cadeira de rodas: melhoria do equilíbrio estático sentado, capaz de manter posição de pé, com equilíbrio estático instável. Realizado levante e transferência para a cadeira de rodas pela cuidadora, apenas com supervisão e reforço de técnicas de mobilização de cargas para proteção dorso-lombar e prevenção de complicações associadas ao esforço físico. A cuidadora insiste para que a utente colabore a vestir a parte de cima da roupa (camisola e casaco), mas veste-lhe a parte de baixo na cama antes do levante.

		- treino de levante e transferência para a cadeira de rodas pelo lado hemiparético, incentivando o equilíbrio em pé, posição ortostática e a propriocepção através da carga no membro; - Treino de marcha controlada; - treino de AVD (alimentação, vestir/despir,…) -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	
Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Prevenir o isolamento e depressão. Promover a diminuição do grau de dependência para o autocuidado. Promover a parceria nos cuidados.	- Observação do estado anímico do doente; - Avaliação do envolvimento, colaboração e participação do utente no seu processo de cuidados; - Estimular a participação do utente e cuidador nos cuidados, fomentando a autonomia no autocuidado; - Monitorizar o grau de dependência no autocuidado através das escalas de Barthel e MIF; - Ensinar sobre a importância da participação do utente nos cuidados a caminho da independência; - Valorizar e respeitar a vontade do doente: + identificar as expectativas e prioridades do utente no seu processo de cuidados; + gerir os momentos de exercício de acordo com a sua disposição; + gerir os exercícios que consegue ou não fazer; +gerir os tempos de exercício e de descanso.	16/12/14 Utente muito recetiva á presença da equipa de enfermagem, mostrando envolvimento, colaboração e participação nos cuidados. Escalas de Barthel e MIF com score sobreponível á avaliação inicial. Cuidadora com labilidade emocional perante a situação clínica, manifestando receio de não conseguir prestar cuidados de qualidade á utente (sua mãe); a vivenciar ainda luto tardio pelo falecimento do pai. Cuidadora contratada fica com a utente alguns dias e por vezes também á noite. Utente refere alteração da autoimagem por parésia facial e disartria: realizados exercícios de fonação e de reeducação dos músculos da face. 6/01/2015 Utente muito recetiva á presença da equipa de enfermagem. **Índice de Barthel: Total = 35/100 (Gravemente dependente)** Higiene pessoal - 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal Evacuar - 10 = continente Urinar - 10 = continente Ir à casa de banho - 0 = Dependente Alimentar-se - 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc., ou dieta modificada

	Prevenir o aparecimento de Burnout do cuidador (desgaste físico e psicológico). Promover a manutenção de autoimagem positiva. Melhorar a qualidade da comunicação.	- reforçar ao cuidador a importância de encontrar ajuda para cuidar do utente, de forma a não ficar sobrecarregado com as tarefas; - ensinar sobre estratégias de mobilização de cargas a aplicar durante os cuidados de higiene no leito, os levantes e as transferências; - informar o cuidador acerca dos produtos de apoio/ ajudas técnicas disponíveis para execução de determinadas atividades, bem como, acerca da sua aquisição e utilização; - disponibilidade para prestar apoio emocional e encaminhar para outros profissionais que possam dar uma resposta mais adequada ás necessidades do utente e cuidador. - Realização de exercícios de fonação e treino de articulação de palavras, através da sua repetição, com ajuda silábica na 1º silaba; - Estimulação do envolvimento da pessoa e uso do reforço positivo; - ensinar o utente e cuidador sobre exercícios de reeducação da face, com ênfase na região mandibular e maxilar (“sorrir”, “mostrar os dentes”, “assobiar”, “encher a boca de ar”, depressão do lábio inferior”, …); - Envolver o cuidador, nas atividades desenvolvidas de forma a repeti-las ao longo do dia na ausência do enfermeiro. -Fazer registos de Enfermagem de Reabilitação.	Transferências – 5 = muita ajuda (1 ou 2 pessoas, física), pode sentar Mobilidade - 0 = Imobilizado Vestir-se – 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho Escadas - 0 = Incapaz Banho - 0 = Dependente **MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF**) MIF Total = 49/126 (dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa)) MIF motora = 27/91 MIF cognitiva = 22/35 **Autocuidado** Alimentação - 3 Higiene pessoal - 3 Banho - 2 Vestir metade superior - 3 Vestir metade inferior - 1 Uso da sanita - 1 **Controlo de Esfíncteres** Bexiga - 4 Intestino - 4 **Mobilidade/ Transferências** Cama, Cadeira, Cadeira de rodas - 2 Sanita - 1 Banheira/Duche - 1 **Locomoção** Marcha/Cadeira de rodas - 1 Escadas - 1 **Comunicação** Compreensão - 6 Expressão - 6

			Cognição Social Interação social - 3 Resolução de problemas - 1 Memória – 6 Cuidadora com labilidade emocional perante a situação clínica, manifestando receio de não conseguir prestar cuidados de qualidade á utente (sua mãe); a vivenciar ainda luto tardio pelo falecimento do pai. Cuidadora contratada fica com a utente alguns dias e por vezes também á noite. Utente refere alteração da autoimagem por parésia facial e disartria: realizados exercícios de fonação e de reeducação dos músculos da face.
Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano:	Prevenir a alteração da integridade cutânea por ulcera de pressão. Reduzir o risco de queda.	- monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden; - ensinar o cuidador sobre a importância de manter a pele limpa, seca e hidratada; - ensinar o utente e o cuidador sobre a importância de alívio das zonas de pressão deitado no leito ou sentado na cadeira: + mudanças frequentes de posição no leito, privilegiando os posicionamentos em padrão anti-espástico (2/2h, mediante tolerância do utente); + exercícios de inclinação anterior do tronco e de transferência de carga do peso corporal. - monitorizar o risco de queda através da escala de Morse;	16/12/14 Risco de úlcera de pressão – 13/19 (alto risco) Perceção sensorial (3); humidade (3); atividade (2); Mobilidade (2); nutrição (2); fricção (1). Cuidador refere tentar manter pele seca e hidratada. Cuidador alterna decúbitos no leito de 3/3h ou mais. Fez levante para a cadeira de rodas uma vez dia, mais ou menos por 4/5 horas. Feito ensino sobre exercícios de inclinação anterior do tronco e de transferência de carga do peso corporal para alívio de pressão na região nadegueira quando sentado na cadeira de rodas. Risco de queda – 30 (baixo risco) Sobre valoriza as suas capacidades e por vezes tenta levantar-se sozinha da cama ou cadeira de rodas. Ensino á utente sobre risco de queda associado ás suas limitações funcionais e suas complicações. Ensino é cuidadora sobre implementação de medidas preventivas como grades de cama.

		- ensinar o utente sobre as suas limitações funcionais de forma a que não tente levantar-se do leito ou da cadeira sem ajuda; - utilizar grades na cama durante a noite, pelo menos.	6/01/2015 Risco de úlcera de pressão – 18 (baixo risco) Cuidador refere manter cuidados com limpeza e hidratação da pele. Aparenta bons cuidados. Cuidador alterna decúbitos no leito de 3/3h ou mais, mas passa cada vez menos tempo no leito. Fez levante para a cadeira de rodas duas vezes dia, antes do almoço (+/- 3h), depois dorme a sesta e levanta-se novamente antes do jantar (+/-3h). Feito reforço do ensino sobre exercícios de inclinação anterior do tronco e de transferência de carga do peso corporal para alívio de pressão na região nadegueira quando sentado na cadeira de rodas e de exercícios como ponte e rolar quando deitado no leito. Risco de queda – 15 (baixo risco) Consciente das suas limitações. Reforço do ensino á utente sobre risco de queda associado ás suas limitações funcionais e suas complicações. Reforço do ensino é cuidadora sobre implementação de medidas preventivas como grades de cama.

Avaliação Funcional a 6/01/2015

Índice de Barthel Modificada (AVD) Score Total – 29 (dependência severa)	**Escala de Lawton e Brody (AIVD)** Score total – 25 (dependência)
Escala de Braden (risco de UPP) Score Total – 18 (baixo risco de UPP)	**Escala de Morse (risco de queda)** Score Total – 15 (baixo risco de queda)
Índice de Katz Score Total – 8 (dependente)	**Mini Mental State Examination** Score Total – 21 (abaixo da normalidade (24), limitado pelo analfabetismo da utente)

APÊNDICE H

Norma do Cateter Arterial

(construída em colaboração com a equipa do local de estágio)

[redacted] Revisto em __/__/__ Revisto em __/__/__ Revisto em __/__/__ Revisto em __/__/__ Revisto em __/__/__ Revisto em __/__/__	Direcção dos Serviços de Enfermagem do [redacted] Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem	NORMA Cateter Arterial (e Linha arterial - LA) Elaboração: [redacted] Data: 26-11-2014	Aprovado em: __/__/__ Enf.ª. Directora

DEFINIÇÃO

Fino cateter com uma linha arterial canalizada, numa artéria

OBJETIVO

Mede constantemente a pressão arterial, e permite colher amostras para testes de gasómetria arterial.

É comum colocar numa artéria do pulso como a artéria radial, mas também noutros locais como na artéria umeral, a artéria femural, etc

MATERIAL NECESSÁRIO

Máscara cirúrgica
Bata esterilizada
Luvas cirúrgicas
Campo cirúrgico com orifício
Seringa de 10cc
Solução desinfectante
Fio de seda 2/0
Lâmina de bisturi
Porta agulhas
Pinça de dissecção
Taça esterilizada
Cateter arterial

Manga de pressão
Soro fisiológico 0,9% de 500cc
Kit de pressão invasiva
Suporte de transdutor, transdutor e cabos de ligação ao monitor
Penso transparente esterilizado

PROCEDIMENTO

Antes da colocação do Cateter Arterial (e LA)

Informar o doente sobre o procedimento
Manter privacidade do doente
Proceder à lavagem higiénica das mãos
Preparar material e equipamento necessário
Adaptar o cabo de pressão ao monitor
Adaptar Kit de monitorização de pressão à bolsa de soro fisiológico 0,9%
Colocar a bolsa de soro na manga de pressão
Colocar o transdutor no suporte
Preencher e expurgar o sistema (sem a manga insuflada), verificando se existem bolhas de ar, mantendo a extremidade dentro do seu invólucro, verificando a integridade de todo o sistema
Substituir tampas do sistema por tampas opacas que vêm no Kit
Insuflar a manga até 300mmHg, para manutenção da permeabilidade do lúmen do cateter, com um fluxo de 3ml/h prevenindo o refluxo sanguíneo
Fixar o suporte ao nível da auricula direita (4º espaço intercostal na linha axilar média)
Efectuar o " zero" do sistema, para obtenção de valores correctos e fiáveis

Cuidados de enfermagem durante a colocação do Cateter Arterial (e LA)

Colaborar com o médico no procedimento de cateterização arterial
Colaborar na conexão dos sistema arterial, fornecendo a extremidade livre do sistema, com manutenção contínua de flush manual, visualizando a curva no monitor
Executar penso, de acordo com o procedimento para a realização de penso para cateteres venosos centrais
Proceder à lavagem higiénica das mãos

Cuidados de enfermagem após a colocação do Cateter Arterial (e LA)

Registar a realização do procedimento e de todas as intercorrências
Manutenção da permeabilidade do sistema:
Efectuar correcta desinfecção das mãos antes e depois de aceder ao sistema

Manter técnica asséptica antes e após a manutenção do cateter e colheita de sangue, usando solução (spray) de clorhexidina (Skin Prep)

Verificação da pressão da manga (300 mmHG) 1x por turno ou sempre que surjam alterações da curva arterial

Efectuar "flush" do sistema 1x por turno, verificando a sua permeabilidade

Verificar se todas as conexões se encontram bem adaptadas 1x turno

Nivelar transdutor de pressão e efectuar o "zero" do sistema a cada posicionamento do doente

Evitar a existência de pequenos depósitos de sangue no sistema ou na torneira, lavando os mesmo após cada manipulação para colheita de sangue

Efectuar penso de 7/7 dias se o penso for transparente e se não houver qualquer alteração

O sistema arterial e o cateter, mantêm-se, excepto se deixarem de estar permeáveis ou existirem sinais inflamatórios

Se existir resistência na realização de um "flush", deverá aspirar-se sangue do cateter arterial e não injectar soro sob pressão, desperdiçando o sangue que apresentar coágulos, prevenindo o risco de embolia por trombos

APÊNDICE I

Instrumento de Apoio ao utente com Insuficiência Cardíaca:

Estratégias de Conservação de Energia

A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

GUIA DE APOIO

ESTRATÉGIAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Unidade de Cuidados Continuados [redacted]

Agrupamento de Centros de Saúde [redacted]

Janeiro de 2015

Se lhe foi entregue este Guia de Apoio é porque sofre de uma doença chamada **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.**

É uma doença na qual o coração não consegue bombear sangue suficiente para o resto do corpo, de forma a satisfazer as suas necessidades.

Por isso, as pessoa que sofrem desta doença cansam-se facilmente, dificultando a realização das suas atividades do dia-a-dia.

Este guia foi elaborado com intuito de o ajudar a ultrapassar essas dificuldades, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Aqui são apresentadas estratégias que permitem otimizar a energia utilizada na realização dessas tarefas.

Não se esqueça…

A sua colaboração é imprescindível para minimizar o impacto da doença na sua vida!!!

- Controle o seu peso!!!!

- Tenha uma alimentação saudável!
- Diminua a quantidade de sal e gordura que coloca na comida!
- Leia os rótulos dos alimentos, evitando os que têm elevado teor de sal e gordura!
- Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas!

- Não fume!
- Evite o stress!

- Evite ficar parado! Se lhe for possível, pratique atividade física!
- Siga os conselhos do seu médico! Tome a medicação conforme orientação médica!

Algumas dicas para poupar energia e tolerar melhor os eforços…

Simplifique as tarefas que tem de efectuar e elimine atividades desnecessárias.

Organize o tempo, planeando o dia, tendo em conta que deverá ter periodos de descanso entre as atividades!

Organize o seu ambiente: arrume os armários de forma a que os objetos que utiliza mais frequentemente estejam ao nivel do tronco (entre os ombros e a cintura).

Tenha atenção que não conseguirá fazer tudo sozinho: solicite a ajuda de familiares ou outros cuidadores para realizar tarefas que impliquem um grande dispêndio de energia!

Treine a sua respiração de modo a inspirar (“cheirar a flôr”) quando está em repouso e expirar (“soprar a vela”) quando está a realizar o esforço.

ANDAR

Caminhar ativa o funcionamento do seu coração!

Planeie a caminhada antes de sair de casa.

Deverá caminhar cerca de uma hora por dia!

Como se cansa facilmente, pode repartir por 2 períodos de 30 minutos ou 4 períodos de 15 minutos! E se ainda assim, não o conseguir fazer, reduza o tempo consoante as suas capacidades, mesmo que sejam apenas 10 minutos irão trazer-lhe benefícios!

Se não consegue sair de casa, faça estas caminhadas mesmo dentro de casa ou no jardim.

Controle a respiração: inspire pelo nariz ("cheire a flor") quando está parado e expire lentamente pela boca ("soprar a vela") enquanto dá alguns passos!

Pare um pouco sempre que se sentir cansado!

SUBIR ESCADAS

Controle a respiração: inspire pelo nariz ("cheire a flor") quando está parado e expire lentamente pela boca ("soprar a vela") enquanto sobe alguns degraus!

Se a sua casa tem dois pisos, execute todas as tarefas no 1º piso antes de descer para o rés-do-chão!

HIGIENE PESSOAL - tomar banho

Prepare todo o material que necessita antes de começar.

Se se cansa durante o banho…

Tome banho sentado!

Pode colocar um banco ou assento próprio para a banheira! Coloque também um tapete antiderrapante e umas barras onde se possa apoiar para levantar ou sentar!

Pode utilizar uma escova de cabo longo para lavar as costas e os pés!

Se utilizar um roupão turco para se secar no final, irá cansar-se menos!

Seque-se sentado!

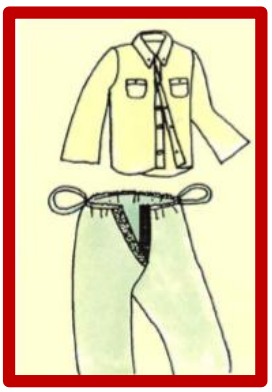
HIGIENE PESSOAL - arranjar-se

Prepare previamente todo o material que vai precisar.

Faça a barba, escove os dentes e penteie o cabelo sentado em frente ao espelho e com os braços apoiados.

Poderá utilizar um pente ou escova de cabo comprido!

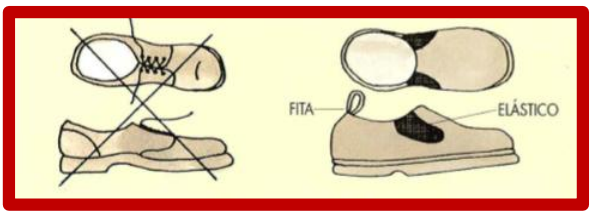
HIGIENE PESSOAL - vestir-se



Disponha a roupa pela ordem que a vai vestir.

Utilize roupa larga e confortável. Dê preferência á peças que têm elásticos ou que não têm botões.

Use calçado fechado, antiderrapante e, de preferência sem atacadores.



HIGIENE PESSOAL - vestir-se (continuação)

Deverá vestir-se sentado.

Comece primeiro pelas peças de roupa da parte inferior do corpo e só depois pelas da parte superior. Por fim, ponha-se de pé, e ajuste a roupa.

As meias e os sapatos também devem ser colocados enquanto está sentado, com o pé sobre a perna oposta (conforme pode ver na figura ao lado).

Se necessário, utilize ajudas técnicas (utensílios que facilitam a execução de determinada tarefa), como por exemplo para calçar meias, ou uma calçadeira de cabo comprido para colocar os sapatos.

ATIVIDADES DO DIA-A-DIA – fazer compras

Faça uma lista de compras.

Utilize um carrinho, facilita o transporte das compras e, quando se sentir cansado, poderá parar e apoiar-se nele.

Coloque os produtos agrupados por sacos, por exemplo, num saco as frutas, noutro os produtos de limpeza, etc… facilita a sua arrumação em casa!

Há ajudas técnicas que podem ajudar.

Se a distância a percorrer for demasiado grande ou precisar de muitas compras, PEÇA AJUDA ao seu cuidador, aos familiares ou os vizinhos!

ATIVIDADES DO DIA-A-DIA – transportar objetos

Dobre os joelhos para levantar pesos, inspirando como se estivesse a “cheirar uma flor”, expire lentamente como se estivesse a “apagar uma vela”, quando estiver a fazer o movimento de levantar o objeto.

Transporte os objetos junto ao corpo.

Reparta o peso dos sacos igualmente pelo dois braços.

Se não se sente capaz de fazer estas tarefas, PEÇA AJUDA ao seu cuidador, aos familiares ou os vizinhos!

ATIVIDADES DOMÉSTICAS– limpezas

Mantenha a casa arejada.

Utilize utensílios de cabo longo, como por exemplo a vassoura, a pá ou o aspirador, de forma a manter uma boa postura.

ATIVIDADES DOMÉSTICAS– cozinhar

Arrume os objetos que são mais utilizados, nas prateleiras que se situam entre os ombros e a cintura.

Coloque os utensílios e ingredientes que vai necessitar em cima da mesa.

Faça a preparação dos alimentos sentado.

Enquanto os alimentos cozinham ponha a mesa e descanse.

Cozinhe uma maior quantidade e guarde, de forma a não necessitar de cozinhar quando se sentir mais cansado.

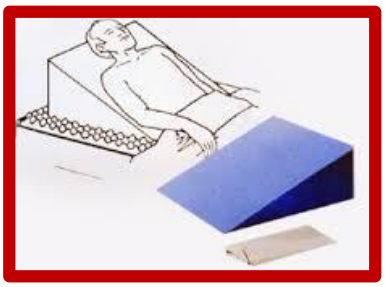
Descanse 30 minutos pós as refeições.

SONO E REPOUSO

Ao longo do dia é muito importante alternar períodos de atividade, com outros de repouso em que possa recuperar a energia despendida.

Mas á noite também é importante dormir profundamente. Se é frequente ter dificuldade em dormir, pode adotar algumas estratégias:

- coloque um objeto por baixo do colchão ou dos pés da cama, na zona da cabeceira, que possa torna-la mais elevada;



- se for necessário, há produtos de apoio que podem facilitar esta posição, tal como as almofadas em cunha… que podem ser também colocadas no fundo do colchão para diminuir o inchaço das suas pernas durante o sono.

- pode ainda solicitar uma cama articulada que lhe permite colocar todas estas posições de forma mais fácil.

ESTAMOS AO SEU DISPÔR!

CONTACTE-NOS

ELABORADO POR: Margarida Campos; Aluna do 5º CMER

Com a colaboração de:

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

[redacted]

APÊNDICE J

Instrumento de Apoio ao utente com AVC:

Reeducação dos músculos da face após parésia facial

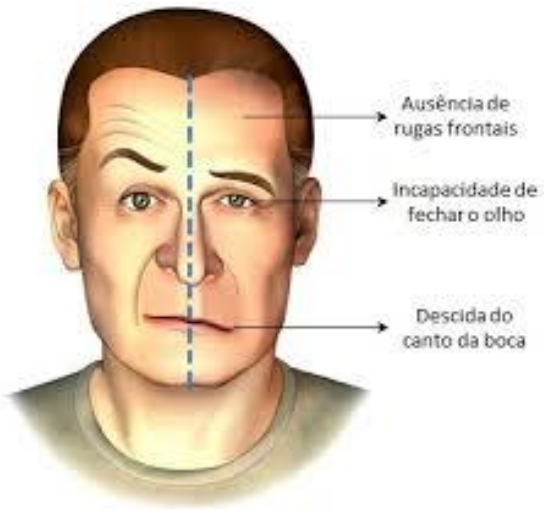
PARALISIA FACIAL CENTRAL

INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO

Uma das consequências mais frequentes do Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a alteração da força muscular de um dos lados do corpo e que também se reflete na face, designando-se por **Paralisia Facial Central**.

Esta paralisia compromete a comunicação verbal (dificuldade na articulação das palavras) e não-verbal (assimetria na expressão facial).

Reabilitar estes músculos permite readquirir qualidade de vida pela melhoria da comunicação e da autoimagem!

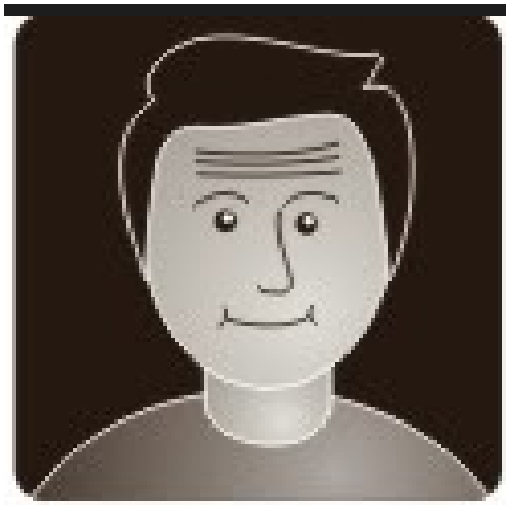


REEDUCAÇÃO DOS MÚSCULOS DA FACE

Indicações:

- Realizar os exercícios em frente ao espelho;
- Aplicar, previamente, calor húmido;
- Realizar massagem suave em toda a face, com movimentos circulares;
- Realizar os exercícios 2 vezes por dia (de manhã e à tarde, se possível);
- Repetir cada exercício 5 a 10 vezes;
- Não deve exceder os 15 minutos por sessão.

UNIR AS SOBRANCELHAS



ENRUGAR A TESTA

ELEVAR AS SOBRANCELHAS

FECHAR OS OLHOS ABRUPTAMENTE

CHEIRAR ABRINDO AS FOSSAS NASAIS

ENRUGAR O NARIZ

SORRIR SEM MOSTRAR OS DENTES

SORRIR, A MOSTRAR OS DENTES

ASSOBIAR

ENCHER A BOCA DE AR

DEPRESSÃO DO LÁBIO INFERIOR

ESTALAR OS LÁBIOS

ELEVÇÃO DO LÁBIO SUPERIOR

ESTAMOS AO SEU DISPÔR!
CONTACTE-NOS

ELABORADO POR:
Margarida Campos
Aluna do 5º CMER

Com a colaboração de:

[redacted]

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE K

Instrumento de Apoio ao utente com fratura da anca:

Exercícios de Reabilitação no pós-operatório de fratura do colo do fémur

A ***fratura do colo do fémur*** acarreta limitações nas suas atividades do dia-a-dia e no quotidiano dos que o rodeiam. Iniciar um plano de reabilitação, depois da cirurgia, o mais cedo possível, e continuá-lo quando regressa a casa pode promover o regresso ás suas atividades mais cedo e com menos limitações. Este documento apresenta exercícios, recomendados pelo seu Enfermeiro de Reabilitação, que pode fazer em sua casa ao longo do dia.

Exercícios de Reabilitação no pós-operatório de fratura do colo do fémur

[redacted]

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Iniciar o mais cedo possível:

Mobilização do Pé:

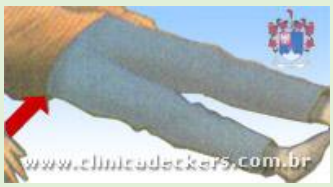
Puxar a ponta do pé no sentido do joelho e depois no sentido contrário.

Repetir 20 vezes.

Deslizamento do Pé:

Fletir um pouco o joelho e a anca, deslizando o pé sobre a cama. Se necessário, usar um lençol para ajudar.

Repetir 10 vezes.



Contração de Glúteos:

Contrair os glúteos, manter 5 segundos e relaxar.

Repetir 10 vezes.

Contração da coxa:

Pressionar a cama com a parte de trás do joelho, manter 5 segundos e relaxar.

Repetir 10 vezes.

Elevação da Perna Estendida:

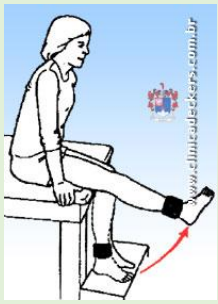
Com o joelho da perna operada, totalmente estendido na cama, elevar a perna, manter alguns segundos e descer.

Repetir 10 vezes.

Fortalecimento da coxa:

Colocar uma almofada sob o joelho e, esticá-lo, levantando o calcanhar da cama. Manter 3 segundos e descer.

Repetir 10 vezes.



Quando for realizado com facilidade, este exercício deve ser feito sentado na beira da cama, com as pernas dobradas para fora.

A perna não operada deve ficar apoiada em um banco enquanto a operada faz a extensão. Mantém 3 segundos.

Relaxar e repetir por 10 vezes.

<u>A partir da 4ª semana</u> pode acrescentar mais exercícios ao seu plano de tratamento. O seu Enfermeiro de Reabilitação irá ajudá-lo.
Em pé, apoiado na perna não operada e com as mãos apoiadas em estrutura firme:

Elevação Lateral da Perna:

Erguer lateralmente a perna operada, afastando-a da outra perna.
Certificar-se de que anca, joelho e pé ficam sempre virados para a frente.

Regressar á posição inicial e repetir o exercício 10 vezes.

Elevação Posterior da Perna:

Levar a perna operada para trás e apoiar uma mão na parte inferior das costas, para não forçar a coluna.

Regressar á posição inicial e repetir o exercício 10 vezes.

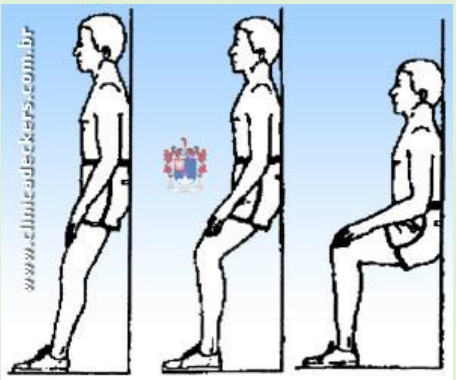
Flexão da anca:

Aproximar o joelho da perna operada do tórax, mas sem permitir um que o joelho ultrapasse a altura da anca.

Regressar á posição inicial e repetir o exercício 10 vezes.

<u>A partir da 8º semana</u>, os exercícios começarão a ser resistidos por pesos ou elásticos, progredindo lentamente.
O seu Enfermeiro de Reabilitação irá ajudá-lo.

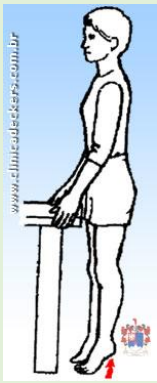
<u>Por volta da 12º semana (+/- 3 meses)</u>, a fratura está consolidada. Assim, os movimentos da já devem estar normalizados e os exercícios devem ser mantidos, aumentando sempre a resistência dos pesos e o número de repetições, acrescentando mais 5 repetições a cada exercício, a cada semana.



Agachamento:

Com as costas apoiadas na parede e os pés afastados, cerca de 10 cm, entre eles e da parede, flita os joelhos e escorregue o corpo lentamente pela parede. Manter por 10 segundos e subir lentamente.

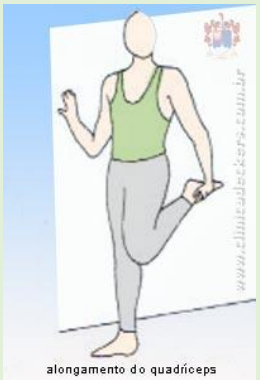
Repete 10 vezes.



Levantamento em Pé do Calcanhar:

Apoie as mãos numa estrutura firme e fique nas pontas dos pés.
Inicie com os dois pés ao mesmo tempo e depois, com um pé de cada vez.

Repetir 15 vezes.



Alongamento da coxa:

Deve ficar em pé e segurar em estrutura firme. Com a outra mão, puxar o pé da perna operada em direção à nádega.

Repetir 15 vezes.

Adaptado de: www.clinicadeckers.com.br ; Fonte das imagens: www.clinicadeckers.com.br
ELABORADO POR: Enfermeira Margarida Campos (Aluna do 5º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Sob orientação de Enfermeira [redacted] Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

APÊNDICE L

Layout do Guia de Recolha De Dados e Planificação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: *Processo de Enfermagem*

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Processo de Enfermagem ()

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

, 2015

RECOLHA DE DADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

Fatores pessoais e condicionantes básicos

Nome:		**Nacionalidade:**	
Sexo:		**Etnia/raça:**	
Estado civil:		**Residência:**	
Idade:		**Escolaridade:**	
Profissão:		**Situação laboral:**	
Agregado familiar:		**Pessoa significativa/ cuidador:**	
Motivo de internamento:			

Requisitos de autocuidado por desvio de saúde

História da doença atual

Período de internamento:	
Diagnóstico clínico:	
Evolução da situação clínica:	

História da doença pregressa

Antecedentes pessoais:	

Hábitos de saúde:

<u>História terapêutica</u>

Terapêutica atual:

<u>História familiar</u>

<u>História social</u>

Condições habitacionais:

Envolvente social:

Qualidade de vida:

Hábitos de vida:

Expectativas do utente/ cuidador:

<u>Requisitos de autocuidado de desenvolvimento</u>

<u>Requisitos universais de autocuidado</u>

<u>DATA:</u>

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação:

Estado de consciência:
Estado geral:
Peso = Altura= IMC=

Hemodinâmica: Pulso=___ batimentos/min.; TA=___mmHg; Fr=___ciclo/min,SpO2=___%; Glicémia capilar=___ g/dl.

(AVALIAÇÃO DEPENDENTE DA ETIOLOGIA DA INTERVENÇÃO)

Avaliação funcional:

Índice de Barthel Modificada
Score Total –

Escala de Lawton e Brody
Score total –

Escala de Braden
Score Total –

Escala de Morse
Score Total –

Índice de Katz
Score Total –

Escala de Borg Modificada
Score Total –

Requisitos universais	Padrão habitual	Padrão atual	Défice de autocuidado
Manutenção de inspiração de ar suficiente			
Manutenção da ingestão suficiente de água			
Manutenção da ingestão suficiente de alimentos			
Promoção dos cuidados associados com a eliminação			

Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso	
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	
Prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano.	
Promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	

<u>Resumo dos Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:</u>

PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS

Diagnósticos de Enfermagem	Objectivos/ metas	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Défice na inspiração de ar suficiente			
Défice na ingestão suficiente de água			
Défice na ingestão suficiente de alimentos			
Défice na promoção dos cuidados associados com a eliminação: ***- vesical*** ***- intestinal***			
Défice do equilíbrio entre atividade e descanso:			
Défice do equilíbrio entre a solidão e a interação social			
Défice de prevenção dos riscos para a vida humana, o funcionamento humano e o bem-estar humano:			
Défice na promoção do funcionamento e			

desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.			

APÊNDICE M

Folheto elaborado para a UCI: ***Como utilizar o espirómetro de incentivo***

Os **ESPIRÓMETROS** são aparelhos que servem para treinar o seu pulmão e contribuem para a melhoria da sua respiração.
Os exercícios que lhe propomos permitem que o pulmão se encha de ar com maior facilidade e que tenha menor sensação de falta de ar e se canse menos ao fazer pequenas tarefas.

COMO UTILIZAR O ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO

Coloque-se em posição de sentado, numa cadeira ou na cama.
Coloque o dispositivo de marcação no nível que pretende alcançar ou que lhe foi prescrito.

Coloque o aparelho em posição vertical á altura dos seus olhos.

Faça 3 ou 4 respirações lentas e depois deite fora todo o ar que tem nos pulmões.
Feche os lábios á volta do bucal, com firmeza, para evitar fugas de ar.

Encha o peito de ar, o máximo que conseguir, através do aparelho, de forma a elevar o dispositivo dentro do aparelho até ao nível que marcou previamente.
Quando não conseguir mais, sustenha o ar por 3 segundos.

Deite o ar fora com os lábios semicerrados, como se soprasse uma vela.

Repita os passos anteriores 3 a 4 vezes.
Se sentir a presença de secreções tem expeli-las através da tosse.
Repita o exercício 3 a 4 vezes por dia.

Se tiver dúvidas o Enfermeiro Especialista em Reabilitação pode ajudá-lo!

Fonte das imagens: http://www.webmd.com/lung/how-to-use-a-manual-incentive-spirometer

Gráfico de Progresso							
Volume	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
4000ml							
3750ml							
3500ml							
3250ml							
3000ml							
2750ml							
2500ml							
2250ml							
2000ml							
1750ml							
1500ml							
1250ml							
1000ml							
750ml							
500ml							
250ml							
Total							

ELABORADO POR:

Enfermeira Margarida Campos

Aluna do 5º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob orientação de Enfermeira [redacted]

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

[redacted]

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE N

Reabilitação na doença respiratório crónica: abordagem na Fibrose Quística

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Reabilitação na doença respiratório crónica: abordagem na Fibrose Quística

---

Discentes:

Margarida Campos n.º 5501

Orientador:

Profª. Cristina Saraiva

LISBOA

Novembro, 2015

Introdução

Partindo da história clínica da utente X, referida no Jornal de aprendizagem 4, sob o tema "preparar para a alta", surgiu a necessidade de melhor compreender a Fibrose Quística no que respeita á fisiopatologia mas, principalmente no que se refere ás implicações para o quotidiano dos seus portadores, perspetivando a atuação do EEER na preparação para a alta.

Foi realizada pesquisa bibliográfica e, das premissas identificadas através desta tentou elaborar-se um Plano de Intervenção que se sistematizasse a intervenção iniciada no internamento mas que servisse de guia para o momento do regresso a casa, permitindo a continuidade dos ganhos já adquiridos, pois estamos perante a era dos internamentos de curta duração. Esta pesquisa deu origem a numa brochura que tenta englobar a intervenção multidisciplinar e que pode ser fornecida no momento da alta hospitalar (Apêndice 15).

A fibrose Quística é uma "doença genética, de caráter autossómico recessivo, crônica e progressiva, mais comum entre as populações caucasianas e que compromete o funcionamento de vários órgãos e sistemas do organismo" (Ramsey, 1996 citado por Gomide et al, 2007, p.228), atualmente ainda sem tratamento curativo.

Caracteriza-se pela redução na excreção do cloro e, consequentemente, de água, pelo que ocorre desidratação das secreções mucosas e aumento da viscosidade, favorecendo a obstrução dos bronquíolos, acompanhando-se de infeção e reação inflamatória (Gomide et al, 2007), de "evolução progressiva para a doença pulmonar supurativa, bronquiectasias e insuficiência respiratória" (Neto, 2009, p.192).

Em 2011, segundo a Associação Nacional de Fibrose Quística, citada por Cardoso (2011), contavam-se "250 pacientes diagnosticados em Portugal com Fibrose Quística, dos quais 41,5% têm idades até 10 anos, 35% entre 10 e 20 anos e 23,5% com idades superiores a 20 anos" (p.2), pois a esperança média de vida para os portadores desta patologia ronda os 38,8 anos (*Cystic Fibrosis Trust*, 2010 citada por Cardoso, 2011).

A evolução do conhecimento da patologia, a par do desenvolvimento de novas terapêuticas e a implementação de planos de tratamento mais estruturados, que têm em conta as várias dimensões que necessitam de intervenção pelos profissionais de saúde,

tem permitido aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida dos portadores de Fibrose Quística e seus cuidadores.

Segundo Neto (2009) a reabilitação respiratória emerge como modalidade de tratamento para estes utentes, enfatizando os

> "benefícios induzidos pelo efeito dos programas de exercício e treinamento físico, reduzindo a sensação de dispneia, aumentando a tolerância aos esforços e a independência para atividades cotidianas. Estes resultados, associados à educação do paciente, à intervenção nutricional e ao suporte psicossocial (…), concorrem para melhoria na qualidade de vida" (p.372).

A Direção Geral de Saúde elaborou uma norma de atuação que pudesse suportar a atuação multidisciplinar com estes utentes, onde reforça que "o plano terapêutico da Fibrose Quística deve ser explicado verbalmente e facultado por escrito aos doentes ou cuidadores, e a monitorização da adesão e a eficácia terapêutica devem ser avaliadas periodicamente de forma rigorosa e objetiva" (DGS, 2014, p.1). Tal como suporta Neto (2009), estas intervenções são

> "integradas, mas individualizadas para cada paciente, visam reduzir os sintomas relacionados à doença de base, melhorar o desempenho físico, aumentar a participação social e reduzir os custos dos serviços de saúde, através da estabilização ou reversão das manifestações da doença". (p.372)

Desta forma, e de acordo com Neto (2009), recomenda-se que a equipa tenha caráter multidisciplinar, sendo composta por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, sendo que "a abrangência das atuações vão desde a realização de controle clínico e seguimento ambulatorial periódico, tratamento das exacerbações, fisioterapia respiratória, avaliação e orientação nutricional, até deteção precoce e prevenção da desnutrição" (Neto, 2009, p.426).

A educação para a saúde, fomentando a autogestão da doença, não pode ser descurada, já que esta permite ao utente adquirir "habilidades de autocuidados como reconhecimento precoce, prevenção e tratamento das exacerbações respiratórias, procurando tão logo quanto possível a equipe de saúde, evitando o rápido declínio da função pulmonar (…), e prejuízo de todas as atividades da vida diária" (Neto, 2009, p.380).

O compêndio de recomendações emitido pela DGS reforça que a atuação dos profissionais de saúde, no acompanhamento destes utentes, deve suportar-se em quatro

dimensões: um plano terapêutico; um plano nutricional; um plano de reabilitação respiratória; um plano de atividade física (DGS, 2014).

A equipa médica elabora um Plano Terapêutico para acompanhar o utente no momento da alta, que comtemple as indicações para a gestão farmacológica (antibioterapia, broncodilatadores,…), da oxigenoterapia de longa duração e da ventilação não invasiva; bem como um esquema de vigilância periódica em consulta de ambulatório.

Neto (2009) sustenta que

> "o suporte nutricional (…) é fundamental para a diminuição da morbi-mortalidade e melhoria da qualidade de vida. A etiologia da desnutrição é multifatorial, envolvendo a má absorção, a anorexia e o maior gasto energético basal durante os períodos de exacerbação da doença pulmonar, além do importante estresse oxidativo" (p.257),

pelo que o Dietista, que o acompanha no internamento, deve proceder á avaliação nutricional e elaborar um Plano Nutricional apelativo e de acordo com as suas necessidades. O mesmo autor reforça ainda a importância da avaliação nutricional (antropométrica, bioquímica, clínica e dietética), enfatizando a sua pertinência aquando das consultas médicas e do nutricionista, tendo como objetivo "detectar precocemente as falhas no crescimento, permitindo uma intervenção precoce e uma reabilitação apropriada" (Neto, 2009, p.293)

O EEER, pela sua formação, pode intervir na elaboração do Plano de Reabilitação Respiratória e do Plano de Atividade Física, sozinho ou em colaboração com outros membros da equipa multidisciplinar, tais como o fisioterapeuta ou o terapeuta ocupacional.

A Reabilitação Respiratória foi incorporada no tratamento de doenças pulmonares com aumento da secreção brônquica desde meados de 1900 e reconhecida, na década de 50, como "parte fundamental do tratamento da Fibrose Quística, colaborando com a melhoria da qualidade de vida desses pacientes" (Gomide et al, 2007, p.228).

"A persistente inflamação, infeção e acúmulo de secreção nas vias aéreas resulta em danos nas paredes brônquicas, sendo que as manobras de higiene brônquica têm um papel central para melhorar a expectativa de vida e diminuir a morbidade." (Neto, 2009, p.497) Estudos já realizados anteriormente revelavam deterioração na função pulmonar após 3 semanas sem Reabilitação Respiratória. (Gomide et al, 2007)

Neto (2009) sistematiza os benefícios obtidos com a Reabilitação Respiratória, de acordo com as evidências emanadas pela *American Thoracic Society/European Respiratory Society*:

> "melhora da capacidade de exercício (evidência A); redução da sensação de dispnéia (evidência A); pode melhorar a qualidade de vida (evidência B); reduz o número de hospitalizações e dias de internação (evidência B); o treinamento dos músculos dos membros superiores aumenta a capacidade de realizar atividades com os braços, melhora a coordenação dos músculos e adaptação metabólica e reduz a sensação de dispnéia (evidência B); o treinamento dos músculos respiratórios é benéfico, especialmente quando combinado com o treinamento físico geral (evidência B); os benefícios se estendem além do período imediato ao treinamento (evidência B)." (p.386)

Um plano de Reabilitação Respiratória deve ser elaborado tendo em conta as características e necessidades de cada utente, devendo ser realizado diariamente, mesmo que o paciente se encontre assintomático, e modificado conforme a progressão da doença e exacerbação dos sintomas. (Gomide et al, 2007). Deve começar-se por uma avaliação cuidada do utente, que contemple a "avaliação da força muscular respiratória, da função pulmonar e do condicionamento físico" (Gomide et al, 2007, p.228). O plano de intervenção deve prever a reavaliação destas dimensões e incidir também sobre a "educação sobre a doença, seus tratamentos e intervenção por meio de manobras de higiene brônquica, exercícios respiratórios, reabilitação pulmonar, cinesioterapia, reeducação postural" (Gomide et al, 2007, p.228).

Através da pesquisa bibliográfica tentou sistematizar-se as técnicas consideradas mais promissoras na Reabilitação Respiratória de utentes com Fibrose Quística. A Direção Geral de Saúde (2014) sintetiza algumas técnicas passivas e ativas, que incluem, por vezes, a utilização de produtos de apoio, designadas por alguns autores como Ortóteses Respiratórias. "Normalmente, essas técnicas são empregas duas vezes ao dia, mas em casos mais graves um maior numero de intervenções é necessária para assegurar a boa permeabilidade das vias aéreas." (Neto, 2009, p.497)

O quadro seguinte resume as técnicas, sus recomendações de utilização e suas vantagens, de acordo com os autores consultados.

Técnica		Recomendado em:
	Técnicas passivas	
Drenagem Postural	**Descrição:** Utiliza-se da ação da gravidade para auxiliar na mobilização das secreções de um segmento ou lobo por meio da verticalização do brônquio segmentar ou lobar que o ventila, mobilizando secreções das vias aéreas periféricas para as vias aéreas centrais, nas quais poderão ser removidas por meio da tosse. **Tempo recomendado:** entre 3 e 15 minutos por posição selecionada; o tempo total não ultrapasse 30-40 minutos (Gomide et al, 2007) **Recomendações:** Deve estar associada a outras técnicas e a adequada hidratação das vias aéreas (Gomide et al, 2007) **Vantagens:** mais efetiva que o uso da tosse isoladamente; mais efetiva que o uso da combinação de tosse e exercícios ventilatórios na posição sentada; melhora relação ventilação perfusão. (Neto, 2009)	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007) (Neto, 2009)
Percussão Pulmonar Manual (tapotagem, percussão cubital, digito-percussão ou punho percussão)	**Descrição:** Tapotagem é a mais utilizada; consiste na percussão das mãos em forma de concha de maneira alternada e rítmica sobre a área do tórax com estase de secreção; proporciona oscilações mecânicas que deverão atingir os pulmões como uma onda de energia transmitida da parede torácica para as vias aéreas. **Tempo recomendado:** não é consensual (cada segmento entre 3 a 5 minutos), pelo que deve ter em conta as condições individuais de cada utente e da auscultação pulmonar, que deverá ser feita intermitentemente (Gomide et al, 2007). **Complicações:** Estudos identificaram diminuição das oximetrias e broncospasmo durante esta técnica (Gomide et al, 2007; (Neto, 2009).	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007) (Neto, 2009)
Vibração Pulmonar Manual	**Descrição:** aplicação de movimentos ritmados oscilatórios executados na parede torácica do utente, no final da fase expiratória, com a frequência ideal a fim de modificar as propriedades físicas do muco brônquico com diminuição da viscosidade de forma a facilitar a sua depuração. **Recomendações:** em combinação com a compressão da caixa torácica, de forma a	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007) (Neto, 2009)

	otimizar o aumento do fluxo expiratório. (Gomide et al, 2007, p.229)	
Percussão e Vibração Mecânica	**Vantagens:** melhora da qualidade do tratamento domiciliar; segurança e efetividade na limpeza de vias aéreas; em comparação com técnica manual apresenta semelhança na quantidade de secreção expetorada, porém, piora os parâmetros de função pulmonar (VEF1 e CVF. **Recomendações:** aplicação sobre a região a ser tratada no sentido perpendicular, durante a expiração e com frequência entre 3 e 25 Hz (Gomide et al, 2007, p.229)	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007)

"À medida que os pacientes crescem e ficam mais independentes, freqüentemente passam a utilizar outros métodos para remoção de secreções que não necessitam da assistência dos familiares como, por exemplo, técnica da expiração forçada, ciclo ativo da respiração, uso de aparelhos com pressão expiratória positiva (PEP), drenagem autogênica e flutter" (Ramsey, 1996 citado por Gomide et al, 2007, p.229)

Técnicas ativas sem dispositivos terapêuticos mecânicos

Técnica de expiração forçada ou "huffing"	**Descrição:** consiste em uma inspiração seguida de expirações forçadas (emitindo sons de "huffs"), com a glote aberta, acompanhada de tosse (ou "huff" de alto volume pulmonar) para expetoração da secreção e um período de relaxamento com respiração diafragmática controlada, essencial para evitar broncospasmo e queda na saturação **Vantagens:** eficaz na higiene brônquica de utentes com tendência ao colapso das vias aéreas durante a tosse normal. (Gomide et al, 2007; Neto, 2009)	(Gomide et al, 2007) (Neto, 2009)
Ciclo ativo das técnicas respiratórias	**Descrição:** engloba 3 etapas: controlo da respiração/respiração diafragmática, expansão torácica sustendo a inspiração por 3 segundos e técnica de expiração forçada. **Recomendações:** Pode ser realizado em posição sentada, mas é mais benéfico quando combinado com a drenagem postural. **Vantagens:** minimiza ou impede a desnaturação de oxigénio durante a drenagem postural. (Gomide et al, 2007); aumentou a expetoração de secreções com uma diminuição do tempo necessário para	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007) (Neto, 2009)

	tratamento; efetiva mesmo sem o auxílio de um assistente (Neto, 2009)	
Drenagem Autógena	**Descrição**: técnica que utiliza alterações de volumes e fluxo aéreo com o objetivo de promover oscilações brônquicas e, assim, mobilizar secreções das vias áreas mais distais para as centrais. É composta por 3 fases: mobilizar a secreção das porções periféricas por meio de respirações a baixo volume pulmonar, recolher por meio de respirações a médio volume e eliminar o muco realizando respirações com alto volume pulmonar (Gomide et al, 2007, p.230)	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007)

Técnicas ativas com dispositivos terapêuticos mecânicos

Máscara de pressão positiva expiratória (PEP)	**Descrição:** consiste em uma máscara facial acoplada a uma válvula unidirecional, na qual uma resistência de 10 a 20 cmH2O é determinada na fase expiratória. **Temo Recomendado:** inspira e expira dentro da máscara por, aproximadamente, 15 vezes ou 2 minutos. Após descanso com respirações fora da máscara, o procedimento é repetido por aproximadamente 20 minutos e geralmente realizado 2 vezes ao dia. **Vantagens:** a curto prazo foi efetiva na mobilização de secreções; a longo prazo, foi efetiva na manutenção da função pulmonar (Gomide et al, 2007, p.230); diminuição da hiperinsulflação além da melhoria da função pulmonar (Neto, 2009)	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007) (Neto, 2009)
Flutter/Shaker	**Descrição:** combina os efeitos da PEP com oscilações de alta frequência na abertura das vias aéreas. Durante a expiração, a pressão gerada pelo fluxo expiratório desloca a bola de metal do cone, produzindo oscilações de pressão que levam o desprendimento de secreção das paredes das vias aéreas. O peso da bola produz uma pressão expiratória positiva intermitente que varia entre 18 e 22 cmH2O em expiração normal, e acima de 35 cmH2O em expiração forçada. (Gomide et al, 2007, p.230) **Recomendações:** utilizar apenas em posições de verticalização, pelo posicionamento correto da bola.	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007) (Neto, 2009)
Acapella	**Descrição:** combina os efeitos da PEP com oscilações de alta frequência na abertura das vias aéreas. **Vantagens:** Permite alterar a frequência e a resistência por meio de um botão de ajuste do posicionamento de um imã interno; pode ser	(DGS, 2014) (Gomide et al, 2007)

	utilizado com máscara ou peça bucal; permite ao utente inspirar e expirar sem removê-la da boca; pode ser utilizada em qualquer posição (sentado, reclinado ou mesmo deitado) pois usa uma força de atração magnética. (Gomide et al, 2007, p.230)	
Compressão torácica de alta frequência		(DGS, 2014)

O panorama científico, através dos vários estudos realizados para o efeito, não consegue selecionar a técnica ideal a implementar, nem tão pouco existe consenso entre vários estudos que comparam as mesmas técnicas. Os vários autores consultados sustentam que o Plano de Reabilitação deve ser construído com o utente, tendo como foco de atenção "a motivação e as expectativas do paciente, a capacidade de concentração, a facilidade de aprendizagem, a eficácia da técnica, o trabalho respiratório necessário, os custos, as vantagens da combinação de métodos e a idade do paciente". (Gomide et al, 2007 citado por Cardoso, 2011).

Um plano de intervenção para portadores de Fibrose Quística deve também comtemplar atividade física, já que esta é

> "a melhor ferramenta para melhorar a função muscular em pacientes portadores de doenças respiratórias crônicas, sendo indicada para todos aqueles indivíduos com dispnéia e fadiga aos esforços, redução da duração das atividades físicas e exercícios e conseqüente prejuízo das atividades da vida diária" (Neto, 2009, p376).

Um plano de atividade física adequado ás capacidades de cada utente acarreta vantagens significativas já que permite "promover a desobstrução das vias aéreas, decrescer a incidência de infeção, prevenir a deterioração da função pulmonar, melhorar a qualidade de vida e aptidão física" (Cardoso, 2011, p. 11).

A dispneia e a fadiga são as principais manifestações referidas pelos portadores de doenças respiratórias crónicas durante a realização de atividade física, conduzindo não raras vezes a interrupção precoce da mesma, e resultam, segundo Neto (2009), "da limitação ventilatória, anormalidade nas trocas gasosas, disfunção muscular periférica e cardíaca, ou a combinação destes fatores. Ansiedade e falta de motivação também estão associadas à diminuição da capacidade de exercitar-se" (p.373), bem como pela "função pulmonar e pelo estado nutricional do indivíduo" (p.508). O mesmo autor reforça ainda que, "em adultos, acredita-se que a capacidade aeróbica seja determinada pela função

pulmonar e a capacidade anaeróbica pelo estado nutricional" (p.508), sugerindo que a doença em si não altera a força muscular, mas que a alteração ocorre devido a um pobre estado nutricional.

A perda da capacidade física e tolerância á atividade está relacionada à perda da qualidade de vida, tempo de sobrevida e redução das atividades ocupacionais, pelo que o "exercício físico, além de contribuir para esses fatores, também melhora dispnéia e condicionamento respiratório, aumento de força e resistência da musculatura respiratória e atua na higiene brônquica" (Neto, 2009, p.496)

Os estudos sistematizados por Ricardo Cardoso (Cardoso, 2011), em revisão sistemática da literatura, sustentam que a realização de atividade física, com treino aeróbio e anaeróbio, permitiram aumento da tolerância ao esforço, melhoria do bem-estar dos utentes, e, em alguns casos, melhoria nos valores da função pulmonar, embora estes não sejam consensuais em todos os estudos.

Um Plano de Atividade Física delineado para estes utentes "deve ser feito de maneira individualizada, incluindo atividades aeróbias e anaeróbias e alongamentos" (Neto, 2009, p.496), procedendo-se a reavaliações sistematizadas das tolerância de forma a poder incrementar o treino.

Embora não haja consenso no panorama científico quanto á estrutura mais eficaz para um plano de atividade física, estes "deveriam oferecer no mínimo vinte sessões supervisionadas de treinamento, distribuídas em oito semanas, perfazendo a freqüência semanal de três sessões intercaladas, para que os benefícios fisiológicos proporcionados pelo exercício sejam atingidos" (Neto, 2009, p.381). A tipologia dos exercícios também não gera consensos no que respeita aos exercícios de força ou de resistência, ou á alta ou baixa intensidade, pois ambas demonstram benefícios, tal como se encontra sistematizado na Tabela XX, no entanto citam-se como estratégias para melhorar a capacidade física, os seguintes treinos: aeróbio; anaeróbio; de força muscular; muscular respiratório (Miranda & Dal Corso, 2009).

Tipologia do exercício físico	Descrição	Exemplos de exercícios	Ganhos
Aeróbio	Treinos com longos períodos e baixa intensidade, com aumentos graduais	Passadeira 5 minutos por sessão com aumento gradual de sessão para sessão até 30 minutos, três veze por semana, durante 12 meses. **Ou** Cicloergómetro de intensidade moderada, 15 minutos por sessão, três vezes por semana, durante 6 meses.	- Aumento da Capacidade aeróbia; - Melhoria da Composição corporal; - Diminuição da resistência à insulina; - Aumento da densidade mineral óssea; - Aumento da quantidade de água do muco pulmonar; - Aumento da tolerância ao exercício; - Aumento da sensação de bem-estar; - Aumento da Qualidade de vida.
Anaeróbio	Treinos com curtos períodos e alta intensidade	Cicloergómetro, a pedalar o mais rápido possível, durante 1 minuto determinada resistência, dois dias por semana, durante 12 semanas.	Função pulmonar; Força; Qualidade de vida; Ganho ponderal.
Treino de força muscular	Força e resistência com dispositivos isocinéticos ou hidráulicos	Fortalecimento muscular de bíceps braquial e quadríceps femoral por meio de exercícios individuais, três vezes por semana, durante 12 meses consecutivos, com séries de repetições aumentadas de acordo com a resistência muscular.	- Aumenta a força da musculatura respiratória e periférica; - Aumento massa muscular por hipertrofia; - Menor dispneia que os aeróbios e anaeróbios;

Alongamentos	Estiramento e relaxamento muscular		- Aumento da Flexibilidade; - Promoção da Adesão; - Aumento da Motivação.
Treino específico da musculatura ventilatória		Método do Reequilíbrio Toracoabdominal, duas vezes por semana, durante quatro meses, em sessões de 50 minutos; consiste em posicionamentos adequados, alongamento passivo, ativo e ativo-assistido da musculatura respiratória e global, fortalecimento da musculatura respiratória e global, apoios toracoabdominais e manobras miofasciais.	- Aumento da Força muscular ventilatória; - Melhoria da Função pulmonar; - Aumento da Capacidade funcional.

Adaptado de Neto (2009) e Miranda & Dal Corso (2009)

No que respeita á tolerância aos exercícios, essa avaliação pode ter por base vários fatores, sejam eles a alteração de lactatos condicionada pelo exercício (que pode não se verificar no período tolerado pelo utente), pela frequência cardíaca durante o exercício (que deve ronda os 60 a 90% da frequência máxima prevista para a idade), ou através de uma escala de sintomas (de dispneia ou fadiga), tal como a escala de Borg, para avaliação de dispneia e fadiga dos membros inferiores. "Nesta modalidade, o escore em torno de 4 a 6 na escala de Borg pode corresponder à intensidade adequada de treinamento" (Neto, 2009, p.381). Uma forma alternativa e mais "simples de se avaliar esses parâmetros é o uso de uma escala de zero a dez, na qual o indivíduo assinala a sua percepção" (Neto, 2009, p.511). Outro componente que pode ser incluído na avaliação do Plano de Atividade Física é a Marcha dos 6 minutos que pode demonstrar a tolerância ao esforço, permitindo inferir sobre a capacidade de realização das atividades de vida diária.

A bibliografia consultada salienta que devem ser programados exercícios que treinem as extremidades superiores, pois "diversas atividades da vida diária dependem do uso da

musculatura dos braços e da cintura escapular" (Neto, 2009, p.382), no entanto, deve ser privilegiado o treino dos membros inferiores em passadeira ou cicloergómetro, sendo que a duração da caminhada ou pedaladas na bicicleta, geralmente em cada sessão, é de trinta minutos sem interrupção, proporcionando treino muscular de resistência.

Na prática o que se constata é que os utentes não conseguem atingir tal performance, podendo optar-se por

> "modalidade de treino intervalado, alternando, durante a sessão, períodos de dois a três minutos caminhando ou pedalando em alta intensidade, intercalados com períodos iguais de repouso ou exercício em baixa intensidade, até que o paciente consiga melhorar sua resistência ("endurance"), e, por conseguinte, o tempo de duração e sustentação do exercício" (Neto, 2009, p.382).

A bibliografia consultada identifica também a importância de "exercícios de hipertrofia e força para grupos musculares específicos, com repetições de séries, melhoram a massa muscular e o tônus, dois aspetos que não são muito modificados pelo treinamento de resistência", revelando-se particularmente útil para utentes que têm significativa perda de massa muscular. (Neto, 2009, p.383).

A combinação de exercícios de resistência e força multiplica os benefícios fisiológicos pois "geralmente são bem tolerados e evidências recentes mostram que é uma estratégia adequada para atingir-se o aumento na capacidade submáxima de exercício e dessensibilização para a dispneia" (Neto, 2009, p.383).

A inclusão de "séries de técnicas de alongamento muscular, agregadas à sessão global de treinamento, também contribuem para melhora do sintoma de dispnéia" (Neto, 2009, p.383) mostrando-se muito úteis nestes utentes.

Referências bibliográficas

Associação Nacional de Fibrose Quística (em linha) disponível em http://www.anfq.pt/

Cardoso, R. (2011). Intervenção da Fisioterapia na Fibrose Quística: uma revisão sistemática. Universidade Fernando Pessoa, projeto de estágio profissionalizante. Porto.

Direção Geral de Saúde (2014) Norma 032/2012 de 28 de Dezembro de 2012, atualizado em Janeiro de 2014. Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística, nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos

Gomide, L.; Silva, C.; Matheus, J.; Torres, L. (2007). Atuação da fisioterapia respiratória em pacientes com fibrose cística: uma revisão da literatura. Arquivos de Ciências da Saúde 2007 out-dez;14(4):227-3

Miranda E. & Dal Corso, S. (2009). *Efeitos do treinamento físico ambulatorial de crianças portadoras de fibrose cística pulmonar - Revisão de literatura*. ConScientiae Saúde, vol. 8, núm. 4, 2009, pp. 685-689, Universidade Nove de Julho. Brasil

Neto N. (2009). Fibrose Cística: Enfoque Multidisciplinar. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis. Brasil. (em linha) disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kern.prof.ufsc.br%2Ffiles%2F2011%2F06%2FFCEM2aEd.pdf&ei=7lA2VefFK8q5sQHdjYHIBQ&usg=AFQjCNGj37g7SyeDeEixDaxqENhF3Yaagw&bvm=bv.91071109,d.ZGU. Consultado em 20 de Novembro de 2014.

Cordeiro, M. e Menoita (2012), E. *Manual de boas práticas na Reabiitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures, Portugal: Lusociência.

APÊNDICE O

Plano de Preparação para a Alta de utente com Fibrose Quística

[redacted]

Plano para a alta

Fibrose Quística

Utente: _____

Unidade de Cuidados Intensivos [redacted]

Serviço de Pneumologia

Novembro de 2014

Se lhe foi entregue este guia é porque é portador de **Fibrose Quística**.

Esta doença é hereditária e acompanha-o desde a infância. Ataca vários órgãos, mas caracteriza-se, especialmente, pelo aumento da produção de secreções, especialmente a nível pulmonar, mas também por diminuição da força muscular, contribuindo ambos para a instalação de cansaço fácil, limitador das suas atividades do dia-a-dia.

A adesão ao tratamento proposto pode diminuir a instalação deste cansaço e contribuir para melhorar a participação nas atividades do dia-a-dia.

Este documento tenta servir de guia ao tratamento que lhe foi proposto pela equipa de cuidados de saúde que o assiste, de forma a servir de contributo para a melhoria da sua qualidade de vida no regresso a casa.

Sempre que necessário, contacte-nos!

O tratamento da fibrose Quística assenta em quatro dimensões:

Cumprindo as indicações que lhe foram dadas em relação a cada uma dessas dimensões poderá sentir melhorias no seu dia-a-dia, apresentando menos crises de falta de ar, conseguindo expelir as secreções com maior facilidade, melhorando o seu apetite, e a capacidade para realizar atividades que lhe agradam.

A equipa de saúde que a acompanhou resumiu neste guia informações da terapêutica, da alimentação, dos exercícios respiratórios e da atividade física, que lhe podem ser úteis quando regressar a casa.

Em caso de dúvida, contacte-nos!

TERAPÊUTICA:

Cumpra o Plano Nacional de Vacinação e as indicações de vacinação suplementares recomendadas pelo seu médico;

Administre a terapêutica mucolítica (torna as secreções mais líquidas) e broncodilatadora (dilata os canais dos pulmões) antes da cinesiterapia respiratória, pois melhora o seu efeito;

Administre a *Dornase alfa recombinante*, utilizando um sistema de nebulização indicado para o efeito, quer na fase de estabilidade clínica quer durante as exacerbações;

Administre a terapêutica antibiótica e corticosteroide (para tratamento das infeções) após a cinesiterapia respiratória, pois melhora o seu efeito;

Cumpra o número de horas de oxigenoterapia e/ou ventilação não invasiva que lhe foram prescritas, pois permitem que se sinta menos cansado.

Em caso de dúvida, contacte o seu Médico!

PLANO TERAPEUTICO:

ANEXAR PLANO TERAPÊUTICO

NUTRIÇÃO

Pese-se com regularidade (uma vez por semana);

Faça cinesiterapia respiratória antes das refeições para evitar que a presença de secreções diminua o apetite ou dificulte a ingestão dos alimentos;

Faça refeições variadas, atendendo a todos os alimentos da roda dos alimentos;

Faça refeições fracionadas, respeitando as refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar), mas também pequenos lanches nos intervalos destas;

Mastigue bem o alimentos e adeque a sua consistência ás suas capacidades;

Ingira os suplementos alimentares conforme lhe foram recomendados.

Em caso de dúvida, contacte o seu Nutricionista!

PLANO NUTRICIONAL

ANEXAR PLANO NUTRICIONAL

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

A higiene brônquica é essencial para evitar infeções respiratórias e, consequente, necessidade de internamento e terapêuticas adicionais.

Os exercícios para promover a mobilização e remoção das secreções brônquica devem fazer parte da rotina diária. Faça-os pelo menos, duas vezes por dia, ao levantar e antes de deitar, mas se necessitar pode fazê-los mais vezes.

Administre a terapêutica mucolítica (torna as secreções mais líquidas) e broncodilatadora (dilata os canais dos pulmões) antes dos exercícios, pois melhora o seu efeito.

Administre a terapêutica antibiótica e corticosteroide (para tratamento das infeções) após os exercícios, pois melhora o seu efeito.

Coloque a oxigenoterapia e/ou ventilação não invasiva que lhe foram prescritas durante os exercícios, em caso de necessidade, pois permitem que se sinta menos cansado.

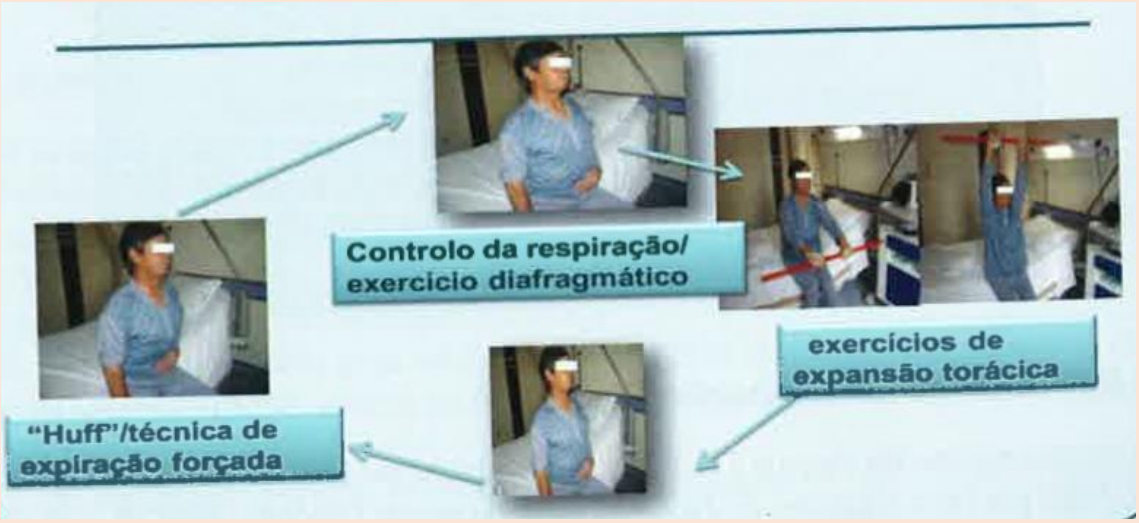
Em caso de dúvida, contacte o seu Enfermeiro de Reabilitação!

PLANO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA:

Coloque-se numa posição relaxada, feche os olhos e concentre-se na sua respiração. Inspire pelo nariz ("cheirar a flor") e expire pela boca ("soprar a vela"), lentamente.

Inicie os exercícios com Ciclo ativo das técnicas respiratórias:

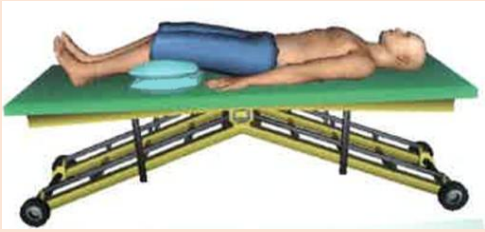
a. Controlo da respiração/respiração diafragmática (5 vezes)
b. Expansão torácica sustendo a inspiração por 3 segundos, acompanhe com elevação dos braços (5 vezes)
c. Técnica de Expiração Forçada ("Huff") (2 vezes)



Fonte: Cordeiro, M. & Menoita, E. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas.* Loures. Lusociência.

Alterne os posicionamentos da Drenagem Postural em simultâneo com os exercícios anteriores:

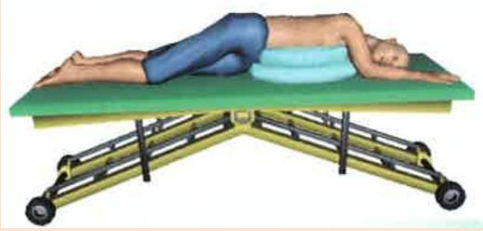
2. Sentado



1. Decúbito Dorsal

3. Decúbito Lateral

4. Decúbito Ventral



5. Decúbito Semi-ventral

Fonte: Cordeiro, M. & Menoita, E. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas.* Loures. Lusociência.

Utilize o seu Flutter ou Acapella durante os exercícios, sempre que possível.

Se se sentir mais cansado, pare, coloque-se em posição mais relaxada e concentre-se na respiração. Retome depois os exercícios.

ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física deve fazer parte da sua rotina diária pois ajuda na mobilização das secreções, aumenta a sua capacidade para fazer as atividades do dia-a-dia, diminuía sensação de dispneia e fadiga e melhora o seu bem-estar.

Ficar parado não é solução pois irá sentir-se cada vez mais cansado a fazer atividades mais simples.

Faça os exercícios propostos no plano pelo menos uma vez por dia durante 30 a 60 minutos. Ou então divida-o por dois períodos do dia (15 a 30 minutos cada), gerindo melhor a sua dispneia e fadiga. Se necessário, pare para descansar, mas retome os exercícios de seguida.

Aumente progressivamente o número e a exigência dos exercícios, conforme proposto, pois irá conseguir fazê-lo lentamente.

Se necessário coloque a oxigenoterapia ou a ventilação não invasiva durante os exercícios.

Em caso de dúvida, contacte o seu Enfermeiro de Reabilitação!

PLANO DE ATIVIDADE FÍSICA

ESTE PLANO CONSISTE EM: alongamentos iniciais, treino de braços, treino de pernas e alongamentos finais.

ALONGAMENTOS INICIAIS *Repetições*

Aquecimento

(acompanhados de respiração controlada: inspiração profunda e expiração com lábios semicerrados)

Pescoço, ombros e braços.	Roda pra direita e esquerda	Flexão para a frente e para trás	Flexão para direita e para esquerda	5 a 10x/cada
Tronco	Braço em cima com cotovelo dobrado, a tocar nas costas (direito e esquerdo)	Braços esticados acima da cabeça com mãos unidas	Mãos a apoiar na parede, dobra os joelhos, com costas alinhadas	5 a 10x/cada
Pernas	Dobrar um joelho de cada vez com a outra perna esticada ao lado	Dobrar o joelho, tocando com calcanhar na nádega	Dobrar o joelho, tocando com ele no peito/ barriga	5 a 10x/cada

Exercício	*Repetições*	*Tempo*	*Repouso*	*Incremento*	*Resistência/ carga*
BRAÇOS					
Elevação do braço desde a anca, acima do ombro contrario, em movimento diagonal	3 séries de 10x.		2min.		Inicia 0,5kg e aumenta 0,25kg/sem
Flexão do cotovelo	3 séries de 10x.		2 min.		Inicia 0,5kg e aumenta 0,25kg/sem
Elevação dos braços ao nível do ombro (frente e lateral)	3 séries de 10x.		2 min.		Inicia 0,5kg e aumenta 0,25kg/sem
Pedaleira (braços)	3x/sem.	5min.	5 min.	5min/sem. ate 15min.	Começa em 1, aumenta de 1 em 1 apos atingir tempo máximo.

Exercício	*Repetições*	*Tempo*	*Repouso*	*Incremento*	*Resistência/ carga*
PERNAS					
Agachamentos	3 séries de 10x.		2 min.		
Em bicos de pés	3 séries de 10x.		2 min.		
Apoiado com mãos, eleva joelho á barriga (direito e esquerdo)	3 séries de 10x.		2 min.		Inicia 0,5kg e aumenta 0,25kg/sem
Subir e descer escadas	10 degraus			10 degraus/sem.	
Caminhada	3 x/sem.	10min	5 min.	5min/sem. ate 60min.	
Pedaleira/ bicicleta estática (pernas)	3x/sem.	10min.	5 min.	5min/sem. ate 20min.	Começa em 1, aumenta de 1 em 1 apos atingir tempo máximo.

Alongamentos finais	Semelhantes aos iniciais, acompanhados de respiração controlada (inspiração profunda e expiração com lábios semicerrados)

DÚVIDAS…

Em caso de dúvida, não hesite, CONTACTE-NOS!

ELABORADO POR: Margarida Campos (aluna do 5º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de enfermagem de Lisboa)

SOB ORIENTAÇÃO: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [redacted]

[redacted]

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANEXO A

Norma do desmame ventilatório - UCI

[redacted]	Direção dos Serviços de Enfermagem do HSM [redacted]	NORMA Desmame Ventilatório	Aprovado em: __/__/__
Revisto em: __/__/__			Enf. Diretora
Revisto em: __/__/__ Revisto em: __/__/__ Revisto em: __/__/__ Revisto em: __/__/__	Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem	Elaboração: [redacted] Data: 25/06/09	

DEFINIÇÃO

Processo de transição da ventilação artificial para a espontânea

OBJETIVO

Enunciar os passos para a extubação endotraqueal

Iniciar ainda com o doente ligado ao ventilador e com um suporte parcial de ventilação (ventilação assistida)

Passar para período de ventilação espontânea com suporte de O2 denominado por tubo em "T"

PROCEDIMENTO

Ainda com suporte Ventilatória Parcial

Preparação física: (esta preparação poderá ir de 12 a 24 horas ou dias)

Posicionar o doente em *fowler* ou *semi-Fowler* (conforme a sua tolerância)

Efetuar higiene completa da orofaringe

Aspirar secreções

Implementar a reeducação funcional respiratória

Implementar períodos de levante

Vigilância de indicadores de intolerância:

Estado de consciência (agitação/prostração; pânico)

Parâmetros vitais/ alarmes:

Frequência cardíaca (20 ciclos, disritmias)

Frequência respiratória (10 ciclos)

Tensão arterial (20mmhg)

Oximetria de pulso (SpO2 <90%)

Coloração da pele e extremidades

Padrão ventilatório

Utilização dos músculos acessórios da respiração

Aparecimento de tiragem, adejo nasal

Aparecimento de diaforese

Aumento e/ou aparecimento de secreções brônquicas espumosas

Aumento e/ou aparecimento de sinais de obstrução brônquica

Gases arteriais (PaO2 <60mmhg; aumento da PaCO2 com diminuição do pH <7,35) *1

Parâmetros ventilatórios/alarmes:

Curvas de fluxo, volume corrente e pressão das vias aéreas

Capnografia (se existente)

Ventilação espontânea com tubo em "T"

Preparação física:

Posicionar em *fowler* ou *semi-Fowler*

Incrementar períodos de levante

Efetuar uma boa higiene da orofaringe

Aspiração de secreções

Colocação de tubo em "T"

Desinsuflar o *cuff* do tubo em "T"

Implementar a reeducação funcional respiratória

Vigilância de indicadores de intolerância:

Estado de consciência (agitação/prostração; pânico)

Parâmetros vitais/ alarmes:

Frequência cardíaca (20 ciclos, disritmias)

Frequência respiratória (10 ciclos)

Tensão arterial (20 mmHg)

Oximetria de pulso (SpO2 <90%) *1

Coloração da pele e extremidades

Padrão ventilatório

Utilização dos músculos acessórios da respiração

Aparecimento de tiragem, adejo nasal

Aparecimento de diaforese

Aumento e/ou aparecimento de secreções brônquicas espumosas

Aumento e/ou aparecimento de sinais de obstrução brônquica

Gases arteriais (PaO2 <60mmhg; aumento da PaCO2 com diminuição do pH <7,35) *1

*1 = com FiO2 adequado.

Pela necessidade constante de atualizar os conhecimentos teóricos e práticas sobre a enfermagem no plano de desmame ventilatório, de modo a contribuir para a formação dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade dos cuidados prestados na prática de enfermagem. É desejável que o período de ventilação mecânica seja tão curto quanto possível, daí que toda a atuação da equipa de saúde desde que se inicia a ventilação mecânica e vise a promoção da autonomia do doente, no sentido do restabelecimento duma respiração eficaz.

Antes do início de qualquer tentativa de descontinuação de suporte ventilatório, é absolutamente necessário que se reúna as condições mínimas para que tal procedimento seja eficaz.

A decisão de início do desmame deve basear-se numa análise cuidadosa que inclui uma avaliação clínica da capacidade de oxigenação e ventilação capazes de fazer face ás necessidades do doente.

PLANO DE DESMAME VENTILATÓRIO

Verificar critérios condicionantes ao desmame;

Verificar a não existência de contraindicações;

Corrigir os fatores passíveis de correção;

Sintonia entre médico, enfermeiro e doente;

Cuidar dos aspetos gerais do doente e minimizar os efeitos psicológicos;

Proporcionar um sono repousante de pelo menos 8 horas/dia;

Promover postura adequada e confortável;

Incrementar períodos de levante, sempre que possível.

CRITÉRIOS CONDICIONANTES

Reversão parcial ou completa da situação que provocou a necessidade de ventilação;

Otimização do nível de consciência, o que na maioria dos casos significará o alívio da sedação;

Estabilidade hemodinâmica;

Equilíbrio hidroeletrolítica;

Correção de anemia;

Bom estado de nutrição.

Os parâmetros do ventilador devem corresponder:

FR<30cpm

PaO2>/= 60mmHg com FiO2 < 50% de preferência 21%

Volume corrente > 4-5 ml/Kg

Volume minuto < 10L

PEEP < 5cmH2O

Compliance >25-30 l/cmH2O

Ausência de infeção ou de outros estados catabólicos

TÉCNICAS DE DESMAME VENTILATÓRIO

Os métodos de desmame mais utilizados na unidade de cuidados intensivos respiratórios do HSM, destacam-se:

Pressão Assistida

Ventilação com pressão positiva limitada durante a qual cada esforço inspiratório espontâneo é assistido, mantendo um plateau de pressão inspiratória, pré-selecionada durante a inspiração. Tentativa de diminuição progressiva de pressão de suporte sem alteração dos níveis de pH e de O2.

Tubo em "T"

Mantendo-se o doente entubado endotraquelmente, é-lhe fornecido um FiO2 por tubo em "T", uma vez iniciado, devem-se limitar manobras ou exames complementares, que exijam um esforço da parte do doente. O primeiro período deve ser curto, cerca de 30 minutos, alargando progressivamente esse tempo com um controle gasimétrico apertado. Quando o doente tolerar períodos de 1 a 2 horas em tubo em "T" mantendo pH em valores de referência para o doente, está em condições de ser extubado.

PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA DO DOENTE

É fácil perceber que num doente submetido a ventilação mecânica uma faz necessidades básicas que mais se encontra afetada á a comunicação.

Todos os profissionais de saúde têm o devem de descodificar a linguagem não verbal expressa pelos doentes, esclarecendo as suas dúvidas, medos e ansiedades.

Um doente integrado na dinâmica do desmame é meio caminho andado par o sucesso.

ANEXO B

Norma da extubação endotraqueal – UCI

[redacted]	Direcção dos Serviços de Enfermagem do [redacted]	NORMA Extubação Endotraqueal	Aprovado em: __/__/__ Enf. Directora
Revisto em: __/__/__ Revisto em: __/__/__ Revisto em: __/__/__ Revisto em: __/__/__	Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem	Elaboração: [redacted] Data: 25/06/09	

DEFINIÇÃO

Retirar a via aérea artificial.

OBJECTIVO

Restituir a ventilação espontânea.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material de entubação

Saco colector

Seringa de 10cc

Máscara de aerossol

Máscara de *Venturi*

Luvas

Medicação

1f. - Dinitrato de Isossorbido 5mg

1f. - Hidrocortisona 100mg

2f. - Adrenalina 2 mg, (1f=1mg);

2f. - Dexametasona 10mg, (1f=1mg)

PROCEDIMENTO

Antes da Extubação Endotraqueal

Preparar o carro de urgência, com o material de entubação para eventual necessidade de reentubação (ver norma de entubação);

Explicar ao doente a técnica da extubação, motivando e pedindo a sua colaboração, informa-se que não deve falar nas próximas horas, com o fim de evitar irritações das cordas vocais;

Colocar o doente em posição de sentado;

Colocar o doente em posição de sentado;

Colocar a sonda gástrica em drenagem passiva;

Efectuar uma boa limpeza da oro-faringe e da árvore brônquica, para manter a permeabilidade das vias aéreas;

Administrar terapêutica segundo protocolo do Serviço e/ou indicação clínica

Trinta minutos antes da extubação: administrar *Dinitrato de Isossorbido* 5mg sublingual, (doentes com IC) e *Hidrocortisona* 100mg endovenoso);

Durante a Extubação Endotraqueal

Após os 30 minutos, desinsuflar o *cuff* e retirar o tubo durante a técnica de aspiração;

Após a Extubação Endotraqueal

Fazer aerossol com 2f de *adrenalina* + 2f de *Dexametasona*;

Administrar oxigenoterapia, com a máscara de *venturi*, para manter Sat O_2 adequadas á situação clínica do doente;

Promover a hidratação do doente e humidificação das secreções brônquicas (através de aerossol ou atmosfera húmida);

Ensino ao doente de modo a efectuar respirações lentas e profundas e a técnica para uma tosse eficaz;

Iniciar cinesiterapia respiratória;

Não efectuar levantes precoces;

Durante 24h/48h manter uma vigilância apertada de todos os parâmetros referidos durante o método de ventilação espontânea, com especial atenção para:

Observação do padrão respiratório;

Observação de sinais de insuficiência cardíaca esquerda;

Observação de aparecimento de estridor (para determinar possível edema da glote);

Avaliação dos gases arteriais;

Proceder aos registos em local próprio:

Quadro dos sinais vitais (com seta indicativa para cima uma única vez a vermelho),

Imagem do corpo humano da folha do Serviço (cortar a data, número do tubo endotraqueal a vermelho),

Nas notas de enfermagem (hora e intercorrencias)

ANEXO C

Formulário de Observação da “Campanha de Higienização das Mãos”

WORLD ALLIANCE for PATIENT SAFETY

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS	Cidade	Código do Hospital

Observador **Data** (dd.mm.aaaa) **Hora de início/fim** (hh:mm) : / : **Duração da sessão** (mm)	**Período Nº.** **Sessão Nº.** **Formulár. Nº.**	**Serviço/Departamento** **Enfermaria**

Cat. Profissional Código Número	Cat. Profissional Código Número	Cat. Profissional Código Número	Cat. Profissional Código Número
Op / Indicações / Acção	Op / Indicações / Acção	Op / Indicações / Acção	Op / Indicações / Acção
1 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	1 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	1 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	1 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado
2 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	2 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	2 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	2 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado
3 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	3 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	3 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	3 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado
4 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	4 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	4 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	4 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado
5 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	5 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	5 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	5 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado
6 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	6 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	6 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	6 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado
7 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	7 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	7 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	7 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado
8 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	8 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	8 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado	8 ☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte. / ☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ○ Não realizado

Anexo 6 FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO 1

Fonte: Campanha de Higiene das Mãos: Manual dos observadores, disponível em http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx consultado a 27 de abril de 2015

ANEXO D

Folha de registos de Enfermagem de Reabilitação da UCI

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HSM HPV

Identificação do doente

Cama nº _____

Folha nº _____

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico:_____Data Internamento:_____

Data 1ª intervenção:_____Data Alta:_____

DATA																						
HORA																						
ASSINATURA ENFERMEIRO																						
		I	**F**	**I**	**F**	**I**	**F**	**I**	**F**	**I**	**F**											
Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)																					
	Frequência Respiratória (c.p.m.)																					
	Saturações (%)																					
	Tensão Arterial (mmHg)																					
	Dor (**P**resente/**A**usente)																					
Pele e mucosas (**C**oradas,**D**escoradas,**C**ianosadas,**I**ctéricas)																						
Edemas (**S**im, **N**ão)																						
Padrão Respiratório	Simetria (**S**imétrica/**A**ssimétrica)																					
	Torácica, **M**ista,																					
	Ritmo (**R**egular, **I**rregular)																					
	Amplitude																					
	Tiragem-**I**ntercostal,																					
Sintomas	**T**osse, **E**xpectoração, **C**ansaço																					
Palpação	Expansibilidade																					
	Vibrações vocais																					
Percursão	**M**acicez, **T**impanismo																					

Auscultação			**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
	Murmúrio Vesicular (**M**antido, **D**iminuido **A**usente)	1/3 sup																				
		1/3 méd																				
		1/3 inf																				
	Ruídos Adventícios (**R**oncos**, S**ibílos, **F**ervores,**C**repitações, **A**tritos **P**leurais)	1/3 sup																				
		1/3 méd																				
		1/3 inf																				

VENTILAÇÃO												
DATA												
HORA												
		I	**F**	**I**	**F**	**I**	**F**	**I**	**F**	**I**	**F**
Modalidade (**E**spontânea; **N**ão **I**nvasiva; **I**nvasiva)												
FiO2												
Frequência Respiratória												
Volume corrente	Inspirado											
	Expirado											
Pressão Suporte	Inspirado											
	Expirado (Peep)											
Pressão Pico												

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA											
			DATA								
			HORA								
			ASS. ENFERMEIRO								
Posição de descanso e relaxamento											
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios											
Exercícios de Reeducação globais e selectivos	Abdomino-diafragmática	Global									
		Porção posterior c/ e s/ resistência									
		Hemicúpula direita									
		Hemicúpula esquerda									
		Porção anterior c/ e s/ resistência									
	Costal	Global c/ bastão									
		Lateral direito c/ abdução do MS									
		Antero -lateral direito c/ ; s/ resistência									
		Lateral Esquerdo c/ abdução do MS									
		Antero -lateral Esquerdo c/ ; s/ resistência									
		Postero-lateral direita c/;s/ resistência									
		Postero-lateral esquerda c/;s/ resistência									
	Mobilização escapulo-umeral										
Drenagem Postural Modificada			**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
	Lobo Superior											
	Lobo Médio											
	Lobo Inferior											
Manobras acessórias: **P**ercurssão, **V**ibração; **C**ompressão											
Terapêutica de Posição											
CATR (RA – ER – HUFF – TEF)											
Tosse	**D**irigida; **A**ssistida; Com **C**ontenção de **S**utura										
	Eficaz; **I**neficaz										
Secrecções	Quantidade: **A**bundante; **M**oderada; **E**scassa										
	Viscosidade: **F**luidas ; **E**spessas										
	Caracteristicas: **M**ucosas; **Mu**copurulentas; **A**mareladas; **R**osadas; **H**emáticas										
	Aspiradas **S**ecreções										
Flutter											
Inspirómetro de Incentivo											
Cough Assist	Modalidade: **M**anual; **A**utomática										
	Pressão Insuflação										
	Pressão de Exsuflação										
	Tempo	Insuflação									
		Exsuflação									
		Pausa									

AVALIAÇÃO DO MOVIMENTO ARTICULAR Nota : Assinalar apenas os movimento(s) articulare(s) alterado(s)																							
DATA							**DATA**							**DATA**									
ASS. ENFERMAGEM							**ASS. ENFERMEIRO**							**ASS. ENFERMEIRO**									
Pescoço	Rotação Dtª/Esq						**Punho**	Flexão						**Joelho**	Flexão								
	Inclinação Dtª / Esq.							Extensão							Extensão								
	Flexão							D. cubital															
	Extensão							D. radial															
Ombro	Flexão						**Dedos das mãos**	Flexão						**Tíbio Tarcica**	Inversão								
	Extensão							Extensão							Eversão								
	Abdução							Abdução							Flexão plantar								
	Adução							Adução							Dorsi-flexão								
	Rotação Interna							Oponência															
	Rotação Externa						**Coxo fémural**	Flexão															
Cotovelo	Flexão							Extensão						**Dedos do pé**	Flexão								
	Extensão							Abdução							Extensão								
	Supinação							R. interna							Adução								
	Pronação							R. externa							Abdução								

AVALIAÇÃO														
FORÇA MUSCULAR							**TÓNUS MÚSCULAR**							
DATA							**DATA**							
ASS. ENFERMEIRO							**ASS. ENFERMEIRO**							
Escala de Lower	MSD						Escala de Ashworth Modificada	MSD						
	MSE							MSE						
	MID							MID						
	MIE							MIE						
SENSIBILIDADE							**EQUILÍBRIO (Estável , Instável)**							
DATA							**DATA**							
ASS. ENFERMEIRO							**ASS. ENFERMEIRO**							
Alterada	Não						Sentado	Estático						
	Sim	Qual ?						Dinamico						
							Em pé	Estática						
								Dinâmico						
Indice de Barthel							Escala de Braden							

Nota de Enfermagem de Reabilitação:

Data: _____

Manhã	Tarde

Data: _____

Manhã	Tarde

Data: _____

Manhã	Tarde

Data: _____

Manhã	Tarde

Data: _____

Manhã	Tarde

ANEXO E

Layout do aplicativo de registos de Enfermagem da RNCCI (Gestcare CCI)

Page Title

http://www.url.com

PARA VISUALIZAR AS DIVERSAS AVALIAÇÕES E CONTACTOS PRIVILEGIADOS PRESSIONE NOS BOTÕES EXISTENTES ABAIXO REPRESENTADOS POR:

IAI - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA (ANTIGO MAB)

Início Anterior (1 - 10 de 11+) Próximo Final

Data Criação:	Tipo de avaliação	Perfil Biopsicossocial	Pontuação Física:	Ultima Modificação por:	Estado Registo
2012-05-11 01:03	internamento	1-3----0-9-3--0-0-9----1-0--1-1	0	uc5418	Correcto
2012-04-11 01:45	internamento	1-3----0-9-3--0-0-9----1-0--1-1	0	uc5418	Correcto
2012-03-12 01:49	internamento	1-3----0-9-3--0-0-9----1-0--1-1	0	uc5418	Correcto
2012-02-11 00:52	internamento	1-3----0-9-3--0-0-9----0-0--1-1	0	uc5418	Correcto
2012-01-12 01:00	internamento	1-3----0-9-3--0-0-9----1-0--1-1	0	uc5418	Correcto
2011-12-13 00:41	internamento	1-3----0-9-3--0-0-9----3-0--1-1	0	uc5418	Correcto
2011-11-13 02:35	internamento	1-3----0-9-3--0-0-9----3-0--0-1	0	uc5418	Correcto
2011-10-14 01:15	internamento	1-3----0-3-3--0-0-9----1-0--2-1	0	uc5418	Correcto
2011-09-19 02:55	internamento	1-3----0-3-3--0-0-9----1-0--1-1	0	uc5418	Correcto
2011-08-15 02:19	internamento	1-3----3-3-3--0-0-9----3-0--1-1	0	uc5418	Correcto

CONTACTOS PRIVILEGIADOS

Início Anterior (1 - 1 de 1) Próximo Final

Data Criação:	Nome	Tipo de Contacto	Telefone	Telemóvel	Última Modificação por:	Estado Registo
2010-12-21 10:28	ELISETE PAULO VERISSIMO SILVA	Familiar		962776064	uega55	Correcto

AVALIAÇÕES ENFERMAGEM

AVALIAÇÕES MÉDICAS

ULCERAS DE PRESSÃO - AVALIAÇÃO

AVALIAÇÕES SOCIAIS

ULCERA DE PRESSÃO - RISCO - ESCALA DE BRADEN

OUTRAS AVALIAÇÕES

REGISTO DE PENSOS E APÓSITOS

VIGILÂNCIA DE DIABETES

REGISTO DE EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

NOTA DE ALTA

Done

ANEXO F

Fichas de apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências – ECCI

ANEXO II

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Margarida Raquel Matias de Campos

Local de Estágio: [redacted]

Início: 9 de Dezembro de 2014 Fim: 13 de Fevereiro de 2015

Orientador: [redacted]

Avaliação formativa

Autoavaliação:

A realidade dos cuidados de saúde primários é muito distinta daquela em que trabalho, no entanto tinha muita curiosidade em contactar com ela e perceber o papel que o enfermeiro especialista pode desempenhar nesse contexto.

Encontrei uma realidade cheia de potencial de intervenção mas com algumas limitações na gestão dos recursos, especialmente no que se refere á gestão do tempo.

Ainda assim, foi possível prestar cuidados de reabilitação a utentes com diferentes diagnósticos/ necessidades de intervenção: utentes com status pós-AVC com necessidade de reabilitação sensório-motor e treino de AVD; utentes com insuficiência cardíaca com necessidade de educação sobre conservação de energia nas AVD e treino de tolerância ao esforço; utentes com status pós cirurgia ortopédica com necessidade de treino de marcha e transferência, bem como educação sobre como prevenir a luxação da prótese; utentes em cuidados paliativos com necessidade de reabilitação respiratória para manutenção da permeabilidade da via aérea e mobilização/eliminação das secreções brônquicas…

Uma das mais valias tem sido o contacto com os cuidadores (formais ou informais) e com o ambiente domiciliário de cada utente. Tive dificuldade em adaptar-me a um ambiente que desconheço e não controlo, como habitualmente acontece no hospital; simultaneamente, cuidar do utente e seu cuidador, preparando-o para a continuidade dos cuidados na minha ausência tem também mostrado ser uma das dificuldades.

Têm-se criado um sentimento de necessidade de muita pesquisa para encontrar formas de adaptação ao novo contexto.

As situações clinicas detetadas suscitaram o interesse pela elaboração de instrumentos a fornecer á equipa de cuidados das ECCI para utilizar após o términus do estágio.

Heteroavaliação

A orientadora do campo de estágio salientou que a aluna:

- detém adequados conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em reabilitação;

- apesar da experiência profissional prévia, como não se insere no contexto dos cuidados de saúde primários, apresenta algumas dificuldades na adaptação á dinâmica do cuidar de enfermagem em contexto domiciliário e em parceria com os cuidadores dos utentes;

- mostra interesse face á situação clínica dos utentes e questiona/pesquisa sobre as situações específicas para encontrar subsídios que melhorem a sua intervenção.

DATA: 21 DE JANEIRO DE 2015

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	[redacted]		

ANEXO II

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Margarida Raquel Matias de Campos

Local de Estágio: [redacted]

Início: 9 de Dezembro de 2014 Fim: 13 de Fevereiro de 2015

Orientador: [redacted]

Avaliação sumativa:

Autoavaliação

A professora Cristina pediu que fizesse a autoavaliação referindo-me a: avaliação geral do estágio; expectativas; mais valia do campo de estágio; e objetivos de estágio

De uma forma geral, o campo de estágio permitiu desenvolver os objetivos delineados para aquisição de competências de enfermeiro especialista.

Foram detetados utentes com situações clínicas que permitiram implementar processos de enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário, numa diversidade de situações. Foi fomentada a tomada de decisão com os utentes e cuidadores, privilegiando as necessidades por eles verbalizadas, tentando assentar a atuação nos princípios da parceria.

Pelo potencial de cuidados de reabilitação encontrado nas situações de cuidados domiciliários, o estagio neste contexto é uma mais valia para a aquisição de competências de enfermeiro especialista, principalmente porque se atua no contexto do utente, onde ele esta mais á vontade e onde ele precisa de se adaptar a viver com a sua dependência. A individualização dos cuidados de reabilitação torna-se aqui mais evidente do que em contexto hospitalar, mas os recursos disponíveis podem ser mais escassos ou carecer de uma imaginação mais destemida.

O contacto com este contexto de cuidados alertou-me para a necessidade de referenciação hospitalar mais célere e detalhada das necessidades de cuidados continuados domiciliários após a alta, tendo como objetivo fazer espelhar esse alerta na minha prática diária,

pesquisando a sua implementação na minha instituição empregadora e dinamizando essa atividade na minha equipa de trabalho.

O desenvolvimento de instrumentos de trabalho para a equipa utilizar com outros utentes, futuramente, serviu para fomentar a melhoria da qualidade e da continuidade dos cuidados, bem como de colmatar necessidades de formação individuais e da equipa.

Ainda com lacunas, cresci na capacidade de observação, na avaliação do meio envolvente como parte do utente e na intervenção com vista ás necessidades do utente e seu meio e não só no que eu achava que eram as suas necessidades.

A professora Cristina pediu que a [redacted] fizesse a sua avaliação do meu desempenho em estágio.

<u>Heteroavaliação</u>

A orientadora do campo de estágio salientou que a aluna:

- melhorou o seu nível de conhecimentos científicos e técnicos através da pesquisa, tomando como ponto de partida as situações clínicas dos utentes, contribuindo para a aquisição de competências;

- melhorou as dificuldades inicialmente sentidas na adaptação á dinâmica do cuidar de enfermagem em contexto domiciliário, prestando maior atenção ás necessidades verbalizadas pelos utentes e seus cuidadores, com ênfase na parceria de cuidados;

- desenvolveu instrumentos para a equipa de cuidados que permitem melhorar a intervenção de enfermagem após o final do estágio.

DATA: 13 DE FEVEREIRO DE 2015

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	[redacted]		

ANEXO G

Fichas de apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências - UCI

ANEXO II

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Margarida Raquel Matias de Campos

Local de Estágio: [redacted]

Início: 30 de Setembro de 2014 Fim: 21 de Novembro de 2014

Orientador: [redacted]

Avaliação formativa

Autoavaliação:

- desenvolvimento de competências comuns

--- reflexão sobre a ética do cuidado de enfermagem e aplicação dos princípios éticos da profissão na abordagem de reabilitação a todos os doentes;

--- proposta de melhoria continua da qualidade, através da deteção do erro na prática de cuidados, com a elaboração de uma folha de verificação do inicio do turno (com base numa folha que já utilizo no meu serviço e que seria transformada para o contexto), com componentes que quando detetados precocemente, impedem danos para o doente;

-- proposta colaboração na elaboração de protocolos de atuação em desenvolvimento no serviço;

--- promoção da continuidade dos cuidados através de registos realizados em folha própria da enfermagem de reabilitação e com orientações de cuidados para os enfermeiros generalistas.

- desenvolvimento de competências específicas

--- referência a que a realidade encontrada no campo de estágio era diferente das expectativas criadas após a entrevista de preparação para o estágio: a enfermeira orientadora tinha doentes atribuídos para prestação de cuidados gerais, a tipologia de doentes diferia, para a diversidade mais ampla do que o esperado, o número de doentes sob ventilação mecânica que se enquadravam no projeto traçado eram em menor número do que o esperado…

--- ao inicio com dificuldade para perceber como aproveitar o potencial do campo de estágio pelas lacunas encontradas, mas decidi aproveitar as oportunidades de aprendizagem, independentemente do projeto de estágio (talvez tenha começado o estágio muito centrada no que tinha para ver/ aprender que se relacionasse com o tema do projeto)

--- importância da avaliação inicial do doente para uma adequação da intervenção: onde está o défice? Precisa da intervenção de reabilitação? Como posso intervir?

Heteroavaliação

- a EEER Sandra Pereira reforçou que a nossa abordagem ao doente ventilado mecanicamente, enquanto Enfermeiro especialista, recai preferencialmente sobre a otimização da função respiratória, reconhecendo que a aluna está desperta para a importância de também abordar a questão da mobilidade, atuando com o doente como um todo;
- concluiu-se que esta abordagem se operacionaliza através de: posicionamento, drenagem postural modificada acompanhada de manobras acessórias, recurso á insuflação manual de forma moderada e á utilização de mucolíticos/instilação de soro fisiológico; debatendo-se a utilização da acetilscisteína intra-tubo traqueal.
- a aluna revela conhecimentos sedimentados e mobiliza-os adequadamente perante as situações de cuidados.

DATA: 28 DE OUTUBRO DE 2014

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	[redacted]		

ANEXO II

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Margarida Raquel Matias de Campos

Local de Estágio: [redacted]

Início: 30 de Setembro de 2014 Fim: 21 de Novembro de 2014

Orientador: [redacted]

Avaliação sumativa:

A professora Cristina pediu que fizesse a autoavaliação referindo-me a: avaliação geral do estágio; expectativas; mais valia do campo de estágio; e objetivos de estágio.

Autoavaliação

- na generalidade:
  --- integração no ambiente do campo de estágio sem grandes dificuldades, embora reconhecendo que outras pessoas, outro ambiente/espaço físico e outras formas de trabalhar são elementos a que tive de me adaptar e que fui também um elemento novo/estranho a que as pessoas se adaptaram;

- expectativas:
  --- algumas desfraldadas e outras superadas…
  ---- a entrevista preparatória do campo de estagio fez-me crer que iria encontrar uma orientadora a prestar exclusivamente cuidados de reabilitação, mas na realidade ela tinha doentes atribuídos para prestação de cuidados gerais. No inicio mostrou-se uma dificuldade, mas selecionamos doentes com potencial de reabilitação com quem pudesse trabalhar, mas á medida que o estagio avançou e me senti mais capaz e mais á vontade pude trabalhar de forma mais autónoma com outros doentes internados, independentemente do contributo para o tema do projeto, apenas com o intuito de fazer e aprender mais.
  ---- a entrevista preparatória do campo de estagio também me fez crer que iria encontrar internados apenas doentes com doença respiratória crónica agudizada ou doentes com pneumonia. Pude contactar com doentes com uma variedade bem mais alargada de motivos de internamento. É certo que as referidas são as situações mais comuns, no entanto pude trabalhar com doentes após pneumonia por aspiração; após queimadura da via aérea; após intoxicação por Organofosforados; após cirurgia torácica para lobectomia e pneumectomia; com

insuficiência respiratória por obstrução da via aérea por neoplasia da laringe; com fibrose Quística a aguarda transplantação…

---- esperava uma maior rotatividade de doentes, especialmente os submetidos a ventilação mecânica, de forma a ter um maior número de oportunidades de prestar cuidados a um doente ao longo do processo de desmame ventilatório: o que constatei foi que, dos doente sob ventilação mecânica invasiva, grande parte permaneceu ventilado por longos períodos, alternando entre ventilação controlada e assistida, mas sem possibilidade de extubação.

---- por outro lado percebi que é atribuída uma grande importância á ventilação não invasiva como estratégia para evitar a ventilação invasiva e para facilitar a remoção da ventilação invasiva. Pude assistir a um sessão clinica em que o diretor clinico da unidade apresentou dados que demonstram que desde 1995, quando começaram usar ventilação não invasiva, o seu crescimento foi exponencial, com decréscimo da ventilação invasiva na mesma proporção.

---- pude perceber que, institucionalmente, enfermagem de reabilitação tem um papel reconhecido, já que existe Unidade de Reabilitação Respiratória; mas, acima de tudo, perceber que, naquele serviço que serviu de campo de estagio, outros profissionais como médicos e fisioterapeutas, reconhecem esse papel e solicitam a intervenção do mesmo, integrando a reabilitação no tratamento destes doentes, especialmente os crónicos, mas reconhecendo que se deveria estender a todos os doentes com insuficiência respiratória.

---- embora tivesse havido situações em que decidimos não intervir com os doentes no âmbito da reabilitação, era frequente debater o porquê dessas decisões e explorar o que poderíamos fazer, de forma teórica, naquela situação, de forma a mobilizar os conhecimentos para a prática.

---- na fase teórica do curso falávamos tanto da importância da família no processo de reabilitação, mas neste contexto de cuidados, o contacto com a família foi limitado por uma questão de horário: o enfermeiro de reabilitação estava sempre no turno da manha e o horário das visitas começa ás 16h; não houve nenhuma oportunidade de realizar ensino a família na preparação para a alta.

- o campo de estágio tornou-se uma mais valia e proporcionou experiencias com potencial para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, comuns e especificas do enfermeiro de reabilitação, respondendo a alguns dos objetivos delineados para o projeto de estagio.

A professora Cristina pediu que a [redacted] fizesse a sua avaliação do meu desempenho em estágio.

<u>Heteroavaliação</u>

A [redacted] afirmou que:

- a integração realizada sem incidentes, devido á minha personalidade e á minha experiência prévia no contexto de cuidados intensivos;
- encontrava-me ávida de saber e sobe gerir as oportunidades e encontrar outras, procurando possibilidades de intervenção fora do âmbito do projeto mas de forma a contribuir para uma formação mais alargada;
- as dificuldades sentidas por mim são reconhecidas por ela e salienta que se foram dissipando ao longo das várias semanas, mas acima de tudo, que se dissiparão com a experiência, sendo que o mais importante é praticar;

- as oportunidades de trabalhar a componente motora foram mais limitadas do que as da componente respiratória, talvez pela especificidade dos doentes, mas também pelo fato de o fisioterapeuta trabalhar preferencialmente esse componente.

DATA: 20 DE NOVEMBRO DE 2014

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	[redacted]		