

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

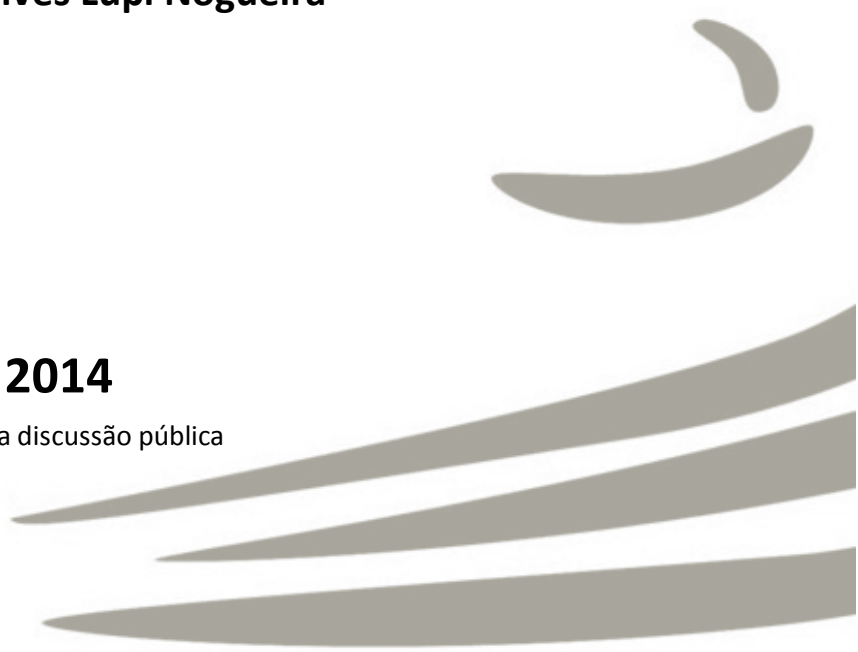
Enfermagem de Reabilitação

Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Alívio da Dispneia e da Fadiga na Pessoa com Doença Avançada e Progressiva

Sofia Gonçalves Lupi Nogueira

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Alívio da Dispneia e da Fadiga na Pessoa com Doença Avançada e Progressiva

Sofia Gonçalves Lupi Nogueira

Orientador: Maria do Céu Sá

Co-orientador: Ricardo Braga

2014



AGRADECIMENTOS

À Professora Maria do Céu Sá e Professor Ricardo Braga pela orientação e contributo das suas observações e sugestões.

Às minhas colegas de trabalho, pela paciência, disponibilidade e motivação ao longo de todo este trajecto.

À minha família e amigos, sempre presentes, pelo apoio e compreensão.

A todos os que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

RESUMO

Este relatório surge como o resultado de uma reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo de um percurso de Ensino Clínico, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, dando ênfase às intervenções específicas e contributos do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na promoção do conforto da pessoa com doença avançada e progressiva, nomeadamente no alívio de sintomas como a dispneia e a fadiga.

Os Cuidados Paliativos são considerados como fundamentais e prioritários a nível de intervenção, no sentido de minimizar o sofrimento de pessoas que apresentam doenças graves, avançadas e progressivas e suas famílias, através da promoção da qualidade de vida e dignidade. A perspectiva de reabilitação neste contexto é fundamental, pois objectiva dar resposta a múltiplas necessidades, contribuindo para um alívio de sintomas, uma boa gestão de expectativas e promoção do conforto e qualidade de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem competências que permitem contribuir para um controlo de sintomas, nomeadamente a dispneia e a fadiga, salientados aqui neste trabalho pela sua elevada prevalência em doentes oncológicos e não oncológicos em fases avançadas e progressivas da sua doença.

Durante todo o percurso de Ensino Clínico foram utilizadas técnicas de reeducação funcional respiratória, treino de Actividades de Vida Diária e técnicas de conservação de energia, com o intuito de promover o conforto da pessoa com doença avançada e progressiva.

Considerando o conforto como o estado resultante das intervenções de enfermagem, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1994) foi aplicada fundamentando e conduzindo as actividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso.

De forma a complementar a aquisição de competências, foi realizado também um ensino clínico no âmbito da pessoa com alterações sensoriomotoras com compromisso do seu desempenho nas Actividades de Vida Diárias.

Palavras - Chave: Cuidados Paliativos, Intervenções de Enfermagem de Reabilitação, Alívio de sintomas, Conforto

ABSTRAT

This report was the result of a reflection on the activities developed and skills acquired throughout the Internship Course inserted in Nursing Master of Rehabilitation. This emphasizes specific interventions and contributions of the Nurse Specialist of Rehabilitation in promoting the comfort of the person with advanced and progressive disease, particularly in relieving symptoms such as dyspnea and fatigue.

Palliative Care is considered fundamental and a priority in order to minimize the suffering of people with severe, advanced and progressive illness and their families, by promoting quality of life and dignity. The prospect of rehabilitation in this context is critical, as objectively meet multiple needs, contributing to a relief of symptoms, proper management of expectations and promoting comfort and quality of life.

The Rehabilitation Nurses has skills to contribute to the control of the symptoms, including dyspnea and fatigue. This is emphasized here in this work by its high prevalence in cancer and non-cancer patients with advanced and progressive stages of the disease.

Throughout the course of clinical teaching, respiratory rehabilitation techniques workout activities of daily living and energy conservation techniques were developed, in order to promote the comfort of the person with advanced and progressive disease.

Given the comfort as the resulting state of nursing interventions, the Theory of Comfort by Katharine Kolcaba (1994) was used to help planning and to support the activities developed in this course.

To complement the acquisition of skills it was also carried out a clinical teaching regarding the person with an impaired sensor motor performance in activities of daily living.

Keywords: Palliative care, Interventions of Rehabilitation Nurses, Relief of Symptoms, Comfort

SIGLAS

AVD – Actividades de Vida Diárias

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale

ESEL- Escola Superior Enfermagem de Lisboa

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

EE – Enfermeiro Especialista

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

HTA – Hipertensão Arterial

MIF – Medida de Independência Funcional

OLD – Oxigénio de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RR – Reabilitação Respiratória

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

TC – Teoria do Conforto

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

Introdução	8
1 Intervenções Do Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação no Alívio da Dispneia e Fadiga na Pessoa com Doença Avançada e Progressiva	16
2 Descrição do Percurso Desenvolvido	21
2.1 Vertente Respiratória	25
2.2 Vertente Sensoriomotora.....	41
2.3 Outras Competências desenvolvidas.....	48
3 Considerações Finais	51
Referências Bibliográficas	54

Apêndice I – Projecto de Aprendizagem

Apêndice II – Planeamento das Actividades

Apêndice III – Cronograma

Apêndice IV – Folheto Informativo

Anexo I – Estrutura Taxonómica do Conforto

Anexo II – Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação

Anexo III – Escalas Utilizadas

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A sua realização representa o culminar de dois ensinamentos clínicos, que visaram a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais que permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família, na área de especialização de enfermagem de reabilitação.

Ao enfermeiro especialista é “atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade” (REPE, 2001, p.3), o que implica que este “possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas” (OE, 2010, p.2).

A temática transversal a todo o percurso de Ensino Clínico, prende-se com as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção do conforto da pessoa com necessidade de uma abordagem paliativa, decorrente de uma doença avançada e progressiva, nomeadamente no alívio da fadiga e da dispneia.

Os Cuidados Paliativos consistem numa “(...) abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos (...) mas também dos psicossociais e espirituais” (OMS, 2002, 2009). São cuidados activos e totais que procuram o bem-estar e conforto do doente (Twycross, 2003).

Com o desenvolvimento dos cuidados paliativos, também a sua definição tem evoluído. Assim, de acordo com as mais recentes definições da OMS, não são apenas os doentes com cancro avançado que carecem destes cuidados, mas também as pessoas com insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, renal, hepática), patologias degenerativas e graves do

sistema nervoso central, SIDA e demências na sua fase terminal, poderão beneficiar com uma abordagem paliativa (Neto, 2010).

A oferta de cuidados paliativos é efectuada com base nas necessidades determinadas pelo sofrimento consequente da doença e não por diagnósticos. Neste sentido, as boas práticas e as recomendações são consensuais ao referirem uma necessidade crescente da sua integração precoce nos cuidados de saúde a oferecer, no decurso da doença. Assim, defende-se um modelo de intervenção - o modelo corporativo com intervenção nas crises (Gómez-Batiste *et al*, 2010) - em que se advoga que a maior parte dos cuidados paliativos pode e deve ser iniciado mais cedo, no decorrer da doença crónica e/ou grave e paralelamente ao cuidado activo, com o objectivo da maximização da qualidade de vida do doente (Doyle, 2004).

Vários autores definem diferentes fases dos cuidados paliativos, estando estas relacionadas com os momentos de evolução da doença, necessidades, objectivos e cuidados. Muller-Busch & Klaschik (2004), identificaram 4 fases: Reabilitativa, Pré-terminal, Terminal e Final.

Na fase Reabilitativa, a prestação de cuidados paliativos pode ser feita ao longo de anos/meses. Na pessoa com doença grave, incurável e progressiva que mantém a sua mobilidade, ou que se encontra acamada, o grande objectivo dos cuidados de reabilitação é o de preservar o autocuidado e sua autonomia, através de um controlo sintomático adequado. A fase Pré-terminal é caracterizada por uma redução da mobilidade do doente e consequente dependência no autocuidado, em que a intenção dos cuidados é a promoção da qualidade de vida e controlo de sintomas, sendo o apoio social particularmente relevante. Na fase Terminal, o doente permanece grande parte do tempo acamado, pelo que a promoção do conforto, o apoio à família e a gestão de expectativas realistas são fundamentais. Os últimos dias e horas de vida, compreendem a fase Final, em que a pessoa está acamada e numa situação de dependência total face aos cuidados, pelo que a prestação dos mesmos visa maximizar o conforto e alívio de sintomas, bem como ajudar a pessoa e sua família a atingir um estado de aceitação face à situação (Pereira, 2010).

Em qualquer uma destas fases, o EEER pode assumir junto da pessoa um papel de extrema importância, uma vez que desenvolve actividades que visam que esta viva o mais activamente possível, potenciando as suas capacidades, “(...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais

e potenciais das pessoas” (Diário da República, 2011, p. 8658), de acordo com os seus desejos e projecto de vida.

Neste sentido, os cuidados de reabilitação, são uma resposta efectiva na ajuda à pessoa, na recuperação e/ou manutenção de funções, assim como no controlo sintomático, com vista à manutenção e promoção da qualidade de vida.

Importa explicitar a diferença entre cuidados paliativos e acções paliativas, estando estas definidas como o nível mais básico de palição, que corresponde à prestação de cuidados sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas, mas as mesmas são fundamentais para dar resposta à maioria das situações não complexas que os doentes e/ou as suas famílias apresentam (DGS, 2010). A implementação deste projecto concretizou-se em serviços que não dispõem de equipa de cuidados paliativos, mas que são asseguradas acções paliativas, no sentido de minorar as repercussões da doença sobre o bem-estar global do doente, tendo o EEER um contributo importante na promoção do conforto destes doentes.

Actualmente, podemos assistir a um crescente número de trabalhos de investigação efectuados por diferentes grupos profissionais, nomeadamente na área da reabilitação, o que sugere um interesse cada vez maior e indicia que existe um potencial de investimento, ainda não totalmente explorado para os profissionais de reabilitação na área dos cuidados paliativos.

Para Okamura (2011), os cuidados de reabilitação podem ser oferecidos desde o diagnóstico até aos estadios finais da doença, sendo crescente a evidência em estudos que mostram que a reabilitação pode beneficiar pessoas com cancro, doenças cardíacas e pulmonares em estadios avançados.

De facto, considerando os objectivos centrais dos cuidados paliativos, a reabilitação pode fornecer contributos importantes na melhoria da qualidade de vida do doente e família, no controlo de sintomas e no impacto psicológico e espiritual da doença (Tookman *et al*, 2004; Eyigor, 2010; Gupta, Lewis & Shute, 2010; Braga, 2009).

O controlo de sintomas é um dos elementos chave dos cuidados paliativos, em qualquer fase da doença e um factor central na qualidade de vida dos doentes terminais e sua família (Singer, 1999; Steinhauser, 2000). Saliento a dispneia e a fadiga, pela sua elevada prevalência na doença oncológica avançada, entre 48 a 80% e 90% respectivamente (Azevedo, 2010), bem como o impacto de ambos os sintomas na qualidade de vida do doente.

A fadiga é definida como uma sensação subjectiva e persistente de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva (Mock *et al*, 2007), que pode estar relacionada com evolução

da doença ou com o seu tratamento (Coon & Coleman, 2004), interferindo significativamente no funcionamento normal do doente (González Barboteo, 2008). Constitui-se um problema muito comum nos doentes oncológicos em todas as fases da doença e afecta profundamente a sua qualidade de vida (Porta *et al*, 2008; Hartvig *et al*, 2006), mas também ocorre com impacto similar em doenças como insuficiências cardíacas graves (Home & Payne, 2004), DPOC (Elkington, 2005), condiciona a qualidade de vida e funcionalidade de doentes com SIDA (Fabbro, Dalal & Bruera, 2006), sendo ainda referida por doentes vítimas de AVC como uma das mais severas sequelas da doença (Barbour & Mead, 2012).

Pode ser aguda ou crónica, esta última designação ocorre quando a pessoa relata uma fadiga que não melhora com o repouso e restringe a sua capacidade funcional (Mota & Pimenta, 2002). A sua intensidade também pode variar, mas é na fase mais avançada da doença que esta é mais evidente e verbalizada pelos doentes como um extremo desconforto (Esper & Redman, 1999) e com maior impacto na qualidade de vida (Asbury *et al*, 1998).

Os mecanismos fisiológicos e psicológicos subjacentes à fadiga, são pouco conhecidos e podem ser atribuídos a factores directos relacionado com a doença, como já foi referido anteriormente, no entanto existem factores induzidos (ex: astenia/caquexia) e factores acompanhantes (ex: caquexia, infecção, anemia, hipoxia quimioterapia, radioterapia, síndromes paraneoplásicos) que também têm de ser considerados (Nascimento, 2010).

Numa situação de doença avançada, o controlo da fadiga visa manter a capacidade funcional e minimizar as perdas da pessoa, procurando o seu bem-estar bio-psico-socio-espiritual (Mota & Pimenta, 2002), recorrendo a medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas.

Como medidas gerais considera-se fundamental investigar as causas da fadiga, avaliando e explorando com o doente e família o significado e impacto deste sintoma, escutar receios, suspensão de terapêutica que possa contribuir para aumento da fadiga e corrigir causas possíveis de melhorar (hipercalcémias, anemias, infecções, alterações do sono, etc.) (Nascimento, 2010).

A fadiga tem sido um sintoma aceite tanto pelos doentes como profissionais, como um dado inevitável associado ao cancro e a outras doenças incuráveis, o que tem atrasado o desenvolvimento deste tema, que embora necessite de maior investimento no presente, já existe evidência de medidas que podem contribuir para o seu alívio e consequente melhoria da qualidade de vida do doente e sua família (Scialla *et al*, 2000; Noel & Montagnini, 2011).

Mock *et al* (2007) sugerem adaptar as actividades de vida diárias, fornecer equipamentos necessários à promoção da autonomia, utilizar técnicas de conservação de energia e mobilização, que são intervenções que apesar de não significarem a eliminação completa da fadiga, podem trazer uma melhoria suficiente para que este sintoma se torne menos relevante para o doente e neste sentido é importante que as intervenções sejam planeadas “ (...) em termos realísticos, tendo sempre em consideração que pequenos passos na melhoria da condição do doente podem significar muito para todos.” (Nascimento, 2010).

Por seu lado, a dispneia é um dos sintomas mais angustiantes e frequentes na pessoa com doença avançada e incurável (65 a 90%) (Breaden, 2011), assim como em doentes oncológicos (48 a 80%) (Azevedo, 2010), podendo constatar-se um aumento da sua prevalência nos últimos dias de vida (80%) (Porta *et al*, 2008). É um sintoma subjectivo de desconforto respiratório, que pode ser influenciado por vários factores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Este facto, pode tornar difícil a gestão da dispneia, que para além da necessidade de avaliação dos factores etiológicos, tem ainda de considerar a “(...) sensibilidade individual de cada doente que condiciona o grau de tolerância e aceitação desta manifestação clínica” (Azevedo, 2010 p.178), uma vez que alguns doentes podem expressar uma sensação perturbadora resultante do aumento do trabalho respiratório, enquanto outros podem experienciar e expressar uma sensação de limitação e perda de autonomia com diminuição da tolerância ao esforço (Azevedo, 2010). Por outro lado, para além dos aspectos fisiopatológicos da dispneia, esta também sofre influência de componentes psicossociais, pelo que medidas mais objectivas como a saturação de oxigénio ou a gasimetria arterial nem sempre estão correlacionados com a severidade da doença (Fabro *et al*, 2006). Tal, deve ser considerado pelo profissional aquando da avaliação deste sintoma, uma vez que apesar dos parâmetros analíticos se revelarem normais, o doente pode referir sensação de falta de ar.

O tratamento da dispneia pode ser baseado em medidas farmacológicas – opióides, benzodiazepinas, furosemida e oxigenoterapia – e não farmacológicas (Sapeta, Nunes e Gonçalves, 2012).

As opções terapêuticas, deverão ter em consideração a gravidade do sintoma e o seu impacto do ponto de vista funcional e da qualidade de vida (Azevedo, 2010).

Como medidas não farmacológicas, vários estudos identificam a reeducação funcional respiratória como um contributo para a redução da dispneia em doentes com cancro do pulmão (Bredin *et al*, 1999; Hately *et al*, 2003), outros há que sugerem que o EEER tem um

papel activo neste processo pois verificou-se que após a sua intervenção existiram ganhos para os doentes, designadamente no controlo de sintomas como a dispneia, independentemente da doença avançada e debilidade física (Braga, 2009).

O EEER de modo a optimizar a sua intervenção deverá explorar o significado de falta de ar para o doente, podendo implementar estratégias que auxiliem na gestão da dispneia e no reconhecimento precoce das alterações fisiológicas, bem como treinar técnicas de relaxamento que frequentemente se traduzem em alívio do sintoma (Amir *et al*, 2008; Marciniuk *et al*, 2011). Neste sentido, dentro das abordagens terapêuticas, o tratamento não farmacológico passa por assegurar o bem-estar do doente e pôr em prática medidas que reduzam a sensação de falta de ar e intolerância ao esforço, tais como reduzir níveis de ansiedade do doente, promover um ambiente calmo, utilizar técnicas de relaxamento, bem como de técnicas no âmbito da cinesiterapia respiratória (Azevedo, 2010).

Os principais benefícios da cinesiterapia respiratória referem-se à prevenção e correcção das alterações músculo esqueléticas, na redução da tensão muscular e psíquica, na melhoria da permeabilidade das vias aéreas, prevenção e correcção de defeitos ventilatórios e na melhoria da performance dos músculos respiratórios, bem como na promoção da prática de exercícios de reeducação respiratória e reeducação no esforço (Lindsay & Gldtein, 2005), encontrando-se o enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação numa posição privilegiada para as implementar, pois tal como evidencia um estudo realizado por Braga (2009) as intervenções de enfermagem de reabilitação, com recurso à reeducação funcional respiratória, trazem benefícios na diminuição da sensação de falta de ar em doentes paliativos.

Tendo em conta a temática transversal referida anteriormente, bem como a evidência científica que justifica a sua pertinência, propus-me aprofundar de que modo as intervenções do EEER são eficazes no alívio da dispneia e da fadiga, na pessoa com doença avançada e progressiva.

Assim, como objectivo geral definiu-se “Desenvolver competências de EEER no alívio da dispneia e da fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva”, no entanto de forma a aprofundar outras competências nomeadamente no âmbito sensório-motor, definiu-se o objectivo de “Desenvolver competências de EEER para a prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotoras, que condicionam o seu desempenho nas AVD”.

Compreendendo ainda a definição dos seguintes objectivos específicos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos na área de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reabilitação respiratória na pessoa com doença avançada e progressiva;
- ✓ Identificar as intervenções/medidas de conforto do EEER no alívio da dispneia e/ou fadiga, na pessoa com doença avançada e progressiva;
- ✓ Planear intervenções/medidas de conforto de EEER para o alívio da dispneia e/ou fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva;
- ✓ Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação que visem o alívio da dispneia e/ou fadiga, na pessoa com doença avançada e progressiva;
- ✓ Identificar os ganhos em saúde na pessoa com doença avançada e progressiva, após intervenções/medidas de conforto implementadas para o alívio da dispneia e /ou fadiga;
- ✓ Reflectir sobre as intervenções do EEER na prestação de cuidados à pessoa com dispneia e/ ou fadiga decorrente de doença avançada e progressiva;

Pretendeu-se desenvolver e aprofundar competências com base em teorias, nomeadamente a teoria do conforto de Kolcaba, de forma a fundamentar as intervenções realizadas, no sentido de desenvolver uma prática baseada na evidência. Concomitantemente, teve-se como base de sustentação outros documentos, utilizados como linhas orientadoras das definições de competências, tais como, o Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2010), o Regulamento das Competências do EEER (OE, 2010), assim como o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL (2013).

O campo de estágio dedicado à vertente respiratória, com o objectivo de prestar cuidados especializados à pessoa com doença avançada e progressiva, decorreu no período de 30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013, resultando no período mais longo de estágio, que teve lugar num serviço de Pneumologia. A vertente sensoriomotora, com o objectivo de prestar cuidados especializados à pessoa com alterações que condicionam o seu desempenho nas AVD, decorreu num centro de Reabilitação, no período de 7 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014, sendo que nas duas primeiras semanas de estágio foram exclusivas num departamento de treino de AVD e o restante período no internamento de adultos desta instituição.

Estruturalmente, este relatório tem início na presente introdução que incluiu uma breve fundamentação da problemática sobre a temática desenvolvida. Segue-se uma breve descrição de ambos os campos de estágio, realizando em cada um uma caracterização sumária dos serviços de saúde, incluindo os objectivos delineados, as actividades desenvolvidas, as competências adquiridas, análise e reflexão crítica sobre o percurso e um capítulo sobre a importância do EEER, especialmente ao cuidar a pessoa com doença avançada e progressiva.

Por último, surgem as considerações finais nas quais se reflecte sobre como, porquê e em que aspectos o percurso delineado foi relevante e fundamental, referindo ainda limitações encontradas.

1. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO ALÍVIO DA DISPNEIA E FADIGA NA PESSOA COM DOENÇA AVANÇADA E PROGRESSIVA.

Na pessoa com doença avançada e progressiva, seja por doença oncológica avançada, doenças neurológicas de mau prognóstico funcional, ou doentes com condições degenerativas incapacitantes (músculo-esqueléticas, cardiopulmonares), os principais objectivos da reabilitação prendem-se com ganhos na qualidade de vida e alívio do sofrimento decorrente de sintomas e complicações clínicas (Turner-Stokes *et al*, 2007).

Ao EEER compete intervir de acordo com as suas competências específicas (OE, 2010) na prevenção, recuperação e reabilitação das pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de doença crónica, com consequente deficits funcionais, cognitivos, sensoriais, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade, ajudando a pessoa a encontrar um sentido no seu processo de vida.

Neste sentido, o EEER promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando ao máximo as suas capacidades residuais em cada etapa da doença e desenvolvimento pessoal. Tendo como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital (OE, 2011).

Enquanto especialidade o EEER tem técnicas próprias e específicas de reabilitação que utiliza e intervém na educação da pessoa e família/pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e reinserção na família e comunidade, promovendo desta forma a dignidade e qualidade de vida (OE, 2011).

Neste âmbito, a Reeducação Funcional Respiratória (RFR) também designada por cinesiterapia respiratória é uma resposta efectiva que o EEER utiliza dentro da sua área de competências. É definida como a terapêutica que utiliza o movimento na sua intervenção (Heitor, 1998) com o objectivo de restabelecimento do padrão funcional da respiração (Olazabal, 2003) que se traduz na mobilização e eliminação de secreções brônquicas, melhoria da ventilação e da reexpansão pulmonar, promoção da oxigenação e trocas gasosas,

diminuição do trabalho respiratório e do consumo de oxigénio, aumento da mobilidade torácica e da força muscular respiratória, aumento da endurance e reeducação da musculatura respiratória, prevenindo complicações, acelerando a recuperação da pessoa (Costa, 1999; Azeredo, 1993).

No contexto de prática clínica poder-se-á privilegiar o ensino de técnicas de descanso e relaxamento, que visam reduzir a tensão física e psíquica da pessoa, de forma a promover o seu desempenho e conforto (Heitor, 1998). Nas situações caracterizadas por ansiedade e tensão muscular, pode ser benéfico a associação de massagem para relaxamento dos músculos peitorais, escalenos, trapézios e esternocleidomastoideu (Costa & Coimbra, 1997).

Uma outra técnica a ser utilizada para relaxamento da região superior do tórax, região escapulo-umeral que induz a um relaxamento físico e psíquico é a tomada de consciência e controlo da respiração (Olazabal, 2003). Nesta técnica associa-se o treino de dissociação dos tempos respiratórios, com os lábios semicerrados e treino da respiração diafragmática, com o objectivo de uma maior eficácia respiratória (Menoita, 2012).

Por seu lado a respiração diafragmática contribui para a redução do trabalho respiratório e o alívio da dispneia, promovendo a ventilação das bases do pulmão, favorecer um padrão respiratório fisiológico (Olazabal, 2003), ajudando a pessoa a consciencializar e controlar o padrão ventilatório diafragmático (Presto & Damásio, 2009), existindo evidencia que com a sua aplicação há melhorias no padrão respiratório.

Gold (2009) refere ainda que os doentes com DPCO beneficiam de treino de exercício, com melhorias na tolerância ao esforço e alívio de sintomas como a dispneia e fadiga. O mesmo autor acrescenta que os exercícios aeróbicos estão recomendados para pessoas com DPOC independentemente do estadio da doença. Existem também estudos em que incluem pessoas com doença oncológica em fases avançadas, que apresentam melhorias significativas na sua capacidade cardiovascular, redução da fadiga, melhoria do padrão de sono, do seu bem-estar, aumento de energia e qualidade de vida, quando submetidas a programas de exercício físico (Eyigor, 2010; Jordhoy *et al*, 2007; Oldervoll *et al*, 2006), inclusive constatou-se que os doentes acamados ou em estadios avançados da doença, beneficiaram de programas de exercício físico (Palacio *et al*, 2009; Maddocks *et al*, 2009; Oldervoll *et al*, 2006).

De acordo com Hoeman (2011), podemos considerar que um programa de exercícios personalizado para as condições específicas dos doentes e com objectivos realistas, oferecem oportunidades para que estes possam participar na alteração do curso da doença, por exemplo, mantendo a força muscular e a mobilidade.

As técnicas de conservação de energia são intervenções que o enfermeiro EEER poderá desenvolver no sentido de reduzir a sensação de dispneia, prevenir, diminuir ou retardar o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias (Presto & Damásio, 2009), bem como aliviar a fadiga. Realizar uma gestão de energia, significa regular o uso de energia e otimizar a função (Dochterman & Bulechek, 2004). Estas consistem no estabelecimento de estratégias individualizadas, ajustadas às circunstâncias pessoais do doente, traduzindo-se na planificação conjunta das actividades de vida diária e dos períodos de descanso, educar para a organização do domicílio e eliminação de barreiras arquitectónicas, visando facilitar a redução do gasto de energia, aliviar a fadiga e a sensação de dispneia da pessoa enquanto as realiza (Albert *et al*, 2008; Hoeman, 2011).

Em suma, nos últimos anos um crescente número de evidência científica corrobora estas intervenções dado que têm sido documentados benefícios de programas de treino de exercícios, treino ao esforço e treino das técnicas de conservação de energia, em pessoas com doença avançada e progressiva, nomeadamente no alívio de sintomas como a dispneia e a fadiga (Oldervoll, 2011; Panplona & Morais, 2007; Velloso & Jardim, 2006).

O conhecimento que o EEER detém e as técnicas que utiliza contribuem, tal como já foi referido anteriormente, no controlo de sintomas. Especificamente em Cuidados Paliativos, o controlo de sintomas é fundamental, pois sabemos que o seu inadequado controlo ao longo da trajectória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da mesma (Neto, 2010).

Considerando como prioritário o bem-estar do outro, procurei reflectir e desenvolver competências que visam a promoção do conforto e qualidade de vida da pessoa com doença avançada e progressiva.

O conceito de conforto está muito associado aos cuidados de enfermagem e à promoção do bem-estar. Podemos constatar que o termo conforto é utilizado frequentemente na prática diária de enfermagem, geralmente associada à dimensão física da pessoa, no entanto a literatura de enfermagem salienta o pensamento de algumas teóricas, como Jean Watson,

Madeleine Leininger, Callista Roy, Morse e Katharine Kolcaba, que contribuíram para o consenso de que é um conceito mais abrangente, multidimensional e holístico.

O conforto quando promovido de forma sistemática, traduz-se numa situação de tranquilidade física e bem-estar corporal, tal como é referido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Kolcaba (1994) na tentativa de desenvolver o conceito de conforto, bem como encontrar uma forma de operacionalizar e avaliar, desenvolveu a teoria de médio alcance. Nesta, o conforto é considerado como um resultado das intervenções de enfermagem, como um estado dinâmico e bi-dimensional. A primeira dimensão engloba três tipos/necessidades de conforto – o *alívio* (estado de ter um desconforto específico aliviado), a *tranquilidade* (estado de calma ou contentamento necessário para que haja um desempenho eficaz das actividades de vida diária) e a *transcendência* (estado em que as pessoas conseguem suplantar os seus próprios problemas). A segunda dimensão refere-se aos quatro contextos onde o conforto pode ocorrer – *físico* (diz respeito às sensações corporais, inclui descanso, relaxamento, bem estar físico), *psico-espiritual* (inclui o significado da vida e a relação com uma ordem ou ser superior), *social* (diz respeito às relações interpessoais, familiares, sociais, incluindo aspectos financeiros, educacionais e de suporte) e *ambiental* (qualquer aspecto da família ou meios institucionais que afectem o conforto).

O enfermeiro procura estratégias que lhe permitem auxiliar a pessoa a reconhecer o tipo de desconforto vivenciado ajudando-a a encontrar conforto a um nível que lhe seja possível. Neste sentido, o enfermeiro procura proporcionar um estado de conforto, em que são satisfeitas as necessidades básicas, no que diz respeito aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991,1994, 2003), ou seja, tem em conta todas as suas dimensões. De forma mais concreta, o enfermeiro pode proporcionar diferentes formas de conforto, no que se refere por exemplo *ao alívio* físico, quando ajuda a pessoa a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio de um sintoma como a dispneia ou a fadiga; *à tranquilidade*, implementando medidas como técnicas de relaxamento ou massagem terapêutica que proporcionam calma e facilitam um desempenho mais eficiente; *e à transcendência*, reforçando orientações/informações que contribuam para que a pessoa tome consciência de que tem competências e potencial para gerir a sua situação de doença. A

promoção do conforto é avaliada pelo enfermeiro tendo em conta os resultados que este obteve através de medidas/intervenções implementadas, que são tão mais eficazes quanto mais confortável a pessoa o verbalizar ou evidenciar através de atitudes e expressões.

Para esta autora, as intervenções de enfermagem concebidas para abordar as necessidades de conforto são designadas de medidas de conforto, podendo estas ser de três tipos: *medidas de conforto técnicas*, que são intervenções implementadas para manter a homeostasia e gerir sintomas, são desenhadas para ajudar o doente a manter ou recuperar funções fisiológicas, ou proporcionar conforto, e prevenir complicações; *orientação*, que são intervenções que visam aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar a planear realisticamente a recuperação, integração, ou a morte numa forma culturalmente sensível; e *cuidados confortadores da alma*, como massagens, adaptações ambientais para aumentar a paz e a tranquilidade, imaginação guiada, terapia musical, reminiscência e toque terapêutico.

As definições, filosofia e objectivos dos cuidados paliativos vão ao encontro daquele que é segundo Kolcaba (2009), a missão do enfermeiro, isto é, o profissional com intervenção intencional de confortar as necessidades do doente, criar medidas de conforto para responder às suas necessidades e reavaliar o nível de conforto após a sua implementação, sendo esta a base de intervenção do EEER na qual o mesmo procura ajudar a pessoa a recuperar/manter as suas funções, resultando daí o alívio de sintomas.

Assim, tendo optado por enquadrar a temática do meu projecto, nas intervenções do EEER no alívio da dispneia e fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva, realizei actividades que me permitiram responder às minhas necessidades formativas e que passarei a descrever no capítulo seguinte, dando ênfase a algumas das afecções que considereei mais pertinentes para a minha reflexão e com as quais tive mais contacto nos ensinamentos clínicos realizados.

2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO

A permanente evolução tecnológica que caracteriza a nossa actualidade, exige que profissionais, como os enfermeiros, estejam em constante aquisição de saberes e de competências. Cada vez mais devemos fundamentar as nossas acções e saber ajudar, cuidar, reabilitar o outro, com credibilidade e eficiência, dando resposta às suas reais necessidades. A procura da excelência no contexto de uma enfermagem avançada, privilegia a reflexão, o espírito crítico e a inovação, visando identificar as intervenções mais ajustadas que traduzam ganhos em saúde.

O presente capítulo pretende descrever e analisar de forma reflexiva as actividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso de aprendizagem, salientando a aquisição das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

A Ordem dos Enfermeiros reconhece ao EEER, competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados na área de reabilitação, para além dos cuidados considerados gerais.

Neste sentido, o desenvolvimento de competências é para a Ordem dos Enfermeiros um aperfeiçoamento profissional (OE, 1998), ou segundo Hesbeen (2001, p.125) “a capacidade de organizar os seus recursos de prestador de cuidados numa dada situação profissional”. Para Benner (2000, p.43) as “competências e práticas competentes referem-se a cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”, pois “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p.61).

Neste sentido, pretende-se com a realização deste relatório, uma análise critico-reflexiva de um percurso que é caracterizado por actividades e estratégias desenvolvidas em contexto de ensino clínico, que reflectem a aquisição de competências estabelecidas pelo Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação:

- ✓ “Agir como perito no cuidar da pessoa com necessidade de manutenção e/ou desenvolvimento do seu potencial, capacitando-a para o autocuidado na realização das actividades de vida diária, em diferentes contextos da prestação de cuidados;

- ✓ Agir como perito na prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade na prevenção e na resolução de problemas no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, de modo a constitui-la como parceira de cuidados, capacitando-a para a gestão da situação;
- ✓ Planear projectos e programas de prevenção e diagnóstico precoce de situações incapacitantes, decorrentes de estudos epidemiológicos, ao longo do ciclo de vida;
- ✓ Agir como perito nas equipas profissional, multiprofissional e multisectorial na área da Enfermagem de Reabilitação nos diversos contextos de saúde;
- ✓ Assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber específico, sustentando a mudança e inovação em Enfermagem de Reabilitação.” (Regulamento interno da ESEL, 2013)

Perfil que corresponde ao preconizado pelo estatuto da Ordem dos Enfermeiros sobre a competência do enfermeiro especialista (Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril, artigo 7º, 2º). São competências comuns do enfermeiro especialista:

- ✓ Responsabilidade profissional, ética e legal, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos e as responsabilidades profissionais;
- ✓ Gestão da qualidade, desenvolvendo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais; concebendo, gerando e colaborando em programas de melhoria contínua de qualidade; criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro;
- ✓ Gestão dos cuidados, gerindo-os, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e articulação na equipa multiprofissional; adaptando e liderando a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização dos cuidados;
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (Ordem Enfermeiros, 2010).

Nos últimos anos, o exercício profissional de enfermagem tem sofrido uma enorme evolução, conseqüente dos progressos da medicina, mas também como resposta à exigência dos cidadãos relativamente ao papel que esperam dos profissionais de saúde. Evoluir para uma prática, baseada cada vez mais na teoria de enfermagem, promove uma compreensão

mais abrangente e eficaz das situações em que as pessoas se encontram, contribuindo para a implementação de acções que visam a qualidade dos cuidados.

Nesta sequência, fazendo uma análise sobre a decisão de realizar uma especialidade em enfermagem, compreendo que esta opção surge da necessidade de crescimento pessoal e profissional, assim como a procura de estar “à altura” dos desafios que a actualidade impõe a todos nós enfermeiros, sendo a implementação deste projecto (Apêndice I), agora sob a forma de relatório, uma forma de o concretizar.

A prestação de cuidados na área de especialização de enfermagem de reabilitação, pressupõe uma multiplicidade de fenómenos e acontecimentos que considero ser um enorme desafio para o enfermeiro. Este profissional “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”, detendo um “(...) nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida (...)”, que lhe permite “(...) tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa.” (Ordem Enfermeiros, 2010).

O exercício profissional de enfermagem rege-se pelo conjunto de direitos e deveres previstos no código deontológico e no REPE, em que os princípios éticos e deontológicos assumem-se como um imperativo para as boas práticas de enfermagem, sendo, de acordo com Ribeiro (2008, p.10), “ (...) o primeiro quadro de referência para a excelência”. Neste sentido, durante o meu percurso pessoal e profissional, assim como o percurso formativo, foram sempre respeitados e assegurados todos estes princípios, no sentido de avocar as responsabilidades sociais e éticas, bem como o dever de exercer e garantir a dignidade da pessoa.

Por outro lado, na tomada de decisão, conforme previsto pelos Padrões de Qualidade da Ordem Enfermeiros (2001) o enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática profissional, reconhecendo-o como fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. Assim, na prestação de cuidados, ao longo de todo o percurso efectuado integrei e respeitei os princípios éticos e deontológicos inerentes á profissão; agi de acordo com os Padrões de Qualidade previstos pela Ordem dos Enfermeiros; mobilizei o conhecimento científico no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem.

Tal como já foi anteriormente referido, este percurso de aprendizagem teve o seu suporte em objectivos pré-definidos:

- Desenvolver competências de EEER no alívio da dispneia e da fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva;
- Desenvolver competências de EEER para a prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotoras, que condicionam o seu desempenho nas Actividades Vida Diárias (AVD).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados da Enfermagem de Reabilitação, estes constituem uma área de intervenção diferenciada e especializada em todas as fases do ciclo de vital da pessoa, cujo objectivo é o de “promover o seu projecto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da actividade e/ou incapacidades; promover os processos de readaptação sempre que ocorram afecções da funcionalidade; promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência” (Ordem Enfermeiros, 2011, p.5).

Neste sentido, o planeamento do Ensino Clínico previu por um lado o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro de Reabilitação preconizadas pela Ordem Enfermeiros, e por outro, responder às necessidades das pessoas que cuido, no meu contexto da prática.

Foram seleccionados dois locais de Ensino Clínico que considerei adequados para dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem, nas áreas respiratória, músculo-esquelética e neurológica. Para cada local foram estabelecidos objectivos, planeamento e desenvolvimento de actividades, assim como critérios de avaliação (Apêndice II), cuja operacionalização obedeceu ao planeamento calendarizado em cronograma (Apêndice III).

Relativamente ao desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EEER, procurei ao longo do percurso considerar os três domínios preconizados pela Ordem Enfermeiros:

- ✓ “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- ✓ b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- ✓ c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (2010, p.2).

2.1 Vertente Respiratória

O percurso teve o seu início num serviço de Pneumologia de um hospital central. Esta instituição consagra na sua missão a prestação de cuidados de saúde, a formação pré e pós graduada e continuada, a inovação e investigação.

Enquadrado nestas funções, o serviço de Pneumologia deste hospital, tem como finalidade prestar cuidados de saúde nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças do foro respiratório, em internamento. As actividades relacionadas com a formação estão muito presentes neste serviço, já que integram em ensino clínico vários grupos de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, etc) em contexto pré e pós-graduado, e alguns dos seus elementos têm colaborado em aulas de Mestrado, cursos de pós-graduação e acções implementadas pelo centro de formação desta instituição.

A escolha do serviço de Pneumologia prendeu-se também com a sua especificidade no que respeita a patologias do foro respiratório, podendo encontrar uma panóplia de patologias que oferecem oportunidades de aprendizagem, mas também a existência de pessoas com doenças respiratórias em fases avançadas, possibilitando a concretização da temática do projecto, ou seja, no desenvolvimento de competências de EEER para a prestação de cuidados ao doente com limitações/incapacidade da função respiratória, particularmente nas intervenções para o alívio da dispneia e fadiga.

Durante este período de estágio fui confrontada com inúmeras situações muito diferentes do meu contexto profissional, não somente pelo facto de ser um serviço de internamento e a minha realidade profissional ser maioritariamente em contexto domiciliário, mas também pelo facto de a pneumologia como especialidade implicar por si só um desafio pela exigência de conhecimentos específicos. Tal, exigiu por um lado uma reflexão sobre as dinâmicas do serviço e estratégias para a minha integração, bem como a identificação de conhecimentos mais pertinentes e prioritários a aprofundar.

Do processo de integração no serviço saliento a disponibilidade e o trabalho em equipa multidisciplinar, na qual a partilha de saberes é uma constante, o conhecimento profundo do doente e das suas necessidades determinam o planeamento dos cuidados e o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação é valorizado pelos pares, sendo reconhecido o seu *know how* bem como os resultados positivos das suas intervenções especializadas.

Relativamente à equipa de enfermagem foi evidente a preocupação com a formação em serviço, estando neste momento os vários elementos, divididos em grupos de trabalho para dar continuidade a projectos de interesse da equipe com repercussões a nível institucional, nomeadamente a registo de Quedas, Úlceras de Pressão, Flebites e Identificação do Cuidador Principal. O papel do Enfermeiro Especialista nestes projectos prende-se com a formação e sensibilização da equipa para manter a monitorização destes indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Durante este período foi possível realizar conversas informais com a enfermeira orientadora (EEER) relativamente à dinâmica do serviço, sobre os diferentes casos clínicos existentes, bem como esclarecer eventuais dúvidas que foram surgindo. Acompanhei a EEER nas várias actividades diárias, observando e participando nos cuidados de enfermagem de reabilitação, assim como nos momentos de articulação com a restante equipa multidisciplinar, com outros serviços da instituição e comunidade.

O meu papel na transmissão da informação sobre os casos clínicos acompanhados foi mais evidente na passagem de ocorrências, tendo autonomamente partilhado as necessidades identificadas e o planeamento dos cuidados estabelecidos, bem como as técnicas implementadas e os ganhos obtidos. Sempre que foi oportuno, intervi na formação dos enfermeiros generalistas deste serviço, esclarecendo aspectos do desempenho que considerei relevantes para a continuidade dos cuidados, assim como na discussão de situações relativas a pessoas com doença avançada e progressiva, internadas neste serviço, partilhando conhecimentos e experiências decorrentes da minha prática clínica.

Foi possível prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas internadas com diagnósticos como Bronquiectasias, Pneumonias, Asma, DPOC agudizada em vários estadios, nomeadamente estadio avançado, Derrames pleurais, Pneumotórax, Fibrose Quística, Fibrose pulmonar, Esclerose Lateral Amiotrófica e Doença Oncológica metastizada. Tal, implicou o aprofundar de conhecimentos relativamente às várias patologias supracitadas, através de pesquisa bibliográfica e em base de dados científicos, procurando assim prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade e baseados na melhor evidência, promovendo desta forma competências científicas.

De salientar que muitas das pessoas cuidadas apresentavam comorbilidades associadas, nomeadamente HTA, Depressão, Diabetes, Obesidade, Demências, Doenças cardíacas, entre

outras, o que exigiu um planeamento de cuidados mais complexo, mas com ganhos importantes no processo de aprendizagem (na mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências), nomeadamente na selecção de técnicas adequadas tendo em conta as contra-indicações para a realização de alguns procedimentos no âmbito da Reeducação Funcional Respiratória (por exemplo em situações de doentes com arritmias, pneumonias e tuberculose pulmonar activas, hemoptises recentes, edema pulmonar, que limitam a utilização das posições de drenagem com declive ou realização de manobras acessórias como a percussão torácica).

A EEER neste serviço de pneumologia planeia a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação que executa durante o turno da manhã. Embora haja uma parceria com a Fisioterapia que assume a reabilitação motora em alguns doentes, os cuidados de ER são na sua maioria direccionados para a Reeducação Funcional Respiratória. Durante o meu percurso neste serviço, pude constatar que existe uma relação de parceria eficaz com o serviço de Fisioterapia, que de acordo com Hesbeen (2010) resulta numa efectiva complementaridade multidisciplinar conseguida pelo contributo de cada profissional, que é conhecido, reconhecido e apreciado por todos.

A selecção dos doentes foi efectuada sob a orientação do EEER, aumentando o número dos mesmos ao longo do ensino clínico, sendo que no final do percurso já me eram atribuídos a totalidade dos doentes sob programas de cuidados de enfermagem de reabilitação, (doentes incluídos no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, seleccionados autonomamente pela EEER e/ou após avaliação e posterior requisição por parte da equipa médica do serviço). No entanto procurei dar ênfase nas minhas reflexões e discussões com EEER às situações de pessoa com doença avançada e progressiva internada neste serviço, cuja sintomatologia prevalente era a dispneia ou fadiga. Os jornais de aprendizagem elaborados ao longo do ensino clínico revelaram ser um importante contributo no exercício reflexivo a que me propus durante este percurso académico, por um lado exigindo a mobilização de conhecimentos teóricos, por outro um “olhar de novo” para a prática clínica e pensar acerca do que foi feito, ou seja, realizar uma prática reflexiva que de acordo com Procter & Reed (1993) é um modo de melhorar as práticas futuras, melhorando a capacidade pessoal para comunicar, aprender e cooperar, bem como relacionar teoria e prática.

O enfermeiro especialista na área de reabilitação, elabora, implementa e avalia planos de enfermagem de reabilitação individualizados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas, que visam a implementação de procedimentos específicos no sentido de ajudar a pessoa, maximizando o seu potencial de independência e funcionalidade. Para tal, é fundamental o acolhimento da pessoa em todo o processo terapêutico, em que os cuidados de enfermagem permitem que esta participe “(...) activamente em tudo o que pode contribuir para desenvolver o potencial de vida (...)” (Collière, 2003, p.230).

Para Kolcaba (2003), um acolhimento bem sucedido, é central para alcançar o conforto sociocultural. A pessoa internada deve sentir-se bem acolhida e bem informada, promovendo assim o seu envolvimento nos cuidados e na tomada de decisão. A autora refere ainda que os enfermeiros são um grande apoio social e que podem promover o conforto mais do que imaginam, ao fazer sentir os doentes “em casa”.

Assim, na fase de acolhimento procurei conhecer a pessoa e o seu contexto de vida antes do internamento, o conhecimento que detém da sua situação e processo de saúde-doença, expectativas, recursos internos, apoio da família/pessoas significativas, suporte social, económico e condições habitacionais. Neste sentido, procurei realizar uma avaliação de forma a permitir uma tomada de decisão para uma intervenção, que no âmbito da enfermagem de reabilitação para além dos aspectos já referidos, incluiu uma avaliação funcional, ou seja, integrar a condição de saúde da pessoa com o seu desempenho funcional e o nível de apoio social, permitindo desta forma a caracterização da pessoa de forma holística.

Para tal, colheram-se dados através da informação fornecida pela pessoa, no entanto foram utilizadas outras fontes tais como: processos clínicos, passagens de turno, equipa multidisciplinar, contacto com família/pessoas significativas. Neste sentido, a colheita de dados realizada permite compreender melhor a pessoa e planear os cuidados adequados à mesma (Phaneuf, 2001).

O planeamento de um programa de reabilitação, implica uma avaliação criteriosa e aprofundada da pessoa com patologia respiratória. Ao longo de todo o percurso, optei por efectuar uma avaliação sistemática baseando-me na Teoria do Conforto de Kolcaba (1991) e na sua estrutura taxonómica (Anexo I) que pressupõe identificar as necessidades de conforto da pessoa nas suas vertentes de alívio, tranquilidade e transcendência, nos vários contextos

nos quais o conforto é experimentado, físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 1991, 1994, 2003).

De forma a desenvolver competências na avaliação da funcionalidade, realizei observação da pessoa com alterações respiratórias, avaliei a função respiratória e os mecanismos neurofisiológicos e patológicos da mecânica respiratória, assim como avaliação física, que pressupôs: observação do padrão respiratório e respectivas características (frequência, amplitude e ritmo respiratório), inspecção e palpação do tórax (dinâmica costal), auscultação (presença de roncocal, sibilocal, ferveocal), observação dos mecanismos de limpeza das vias aéreas (causas de ineficácia da tosse, alterações do volume ou características das secreções) e ainda a observação de exames complementares como Gasimetrias, Radiografia do tórax e TAC.

Na implementação do plano de enfermagem de reabilitação foi fundamental a observação e revisão de técnicas RFR aprendidas ao longo do curso, no entanto saliento a existência de uma folha de registo de Enfermagem de Reabilitação utilizada neste serviço de Pneumologia, que constituiu um importante instrumento de trabalho para a minha aprendizagem inicial, já que revelou ser um guia de orientação para a avaliação global da pessoa e posterior planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Anexo II).

Após a identificação das necessidades de conforto da pessoa com doença respiratória internada neste serviço, o estabelecimento de objectivos e planeamento de intervenções de enfermagem de reabilitação (medidas de conforto), foi efectuada a avaliação para compreender a sua eficácia, ou seja, ganhos em saúde para o doente e família.

Tal como era espectável num serviço de pneumologia, as necessidades de conforto prevalentes nesta população prenderam-se com o controlo e alívio da dispneia, um sintoma comum a várias patologias e principal motivo de internamento. Também sabemos e está bem documentado, que este sintoma constitui o principal factor limitante na qualidade de vida da pessoa com insuficiência respiratória crónica obstrutiva ou restritiva (Martinez *et al*, 2000; Mahler *et al*, 1992), sendo evidente o seu impacto na incapacidade funcional para a realização das AVD, bem como outros sintomas que acompanham a dispneia, tais como tosse, fadiga, obstipação, anorexia e sintomas emocionais como a ansiedade e depressão (Albernethy *et al*, 2009; Henocho, 2007).

As necessidades de conforto foram identificadas através de uma avaliação inicial tal como referi anteriormente, no entanto, exigiu também uma avaliação subjectiva. Para tal, recorri a instrumentos e escalas utilizados no serviço (Anexo III) que irei referir em seguida. Sempre que considere necessário utilizei outras escalas como é o caso da Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)¹, para uma abordagem mais completa na avaliação da sintomatologia na pessoa com doença avançada e progressiva.

De uma forma geral, para a avaliação do padrão respiratório foi utilizada na dispneia a escala de Borg modificada, para além da observação da coloração das extremidades e mucosas; a escala de Lower na avaliação da força muscular e Ashworth modificada para avaliar grau de espasticidade, de forma a efectuar uma avaliação neurológica sempre que pertinente (completada pela avaliação da propriocepção, coordenação dos movimentos, do equilíbrio, sensibilidade e tonicidade muscular); assim como a escala de London Chest Activity of Daily Living para determinar o grau de comprometimento na realização das AVD.

A elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação possibilitou momentos importantes de reflexão, no que concerne ao papel autónomo do EEER na prescrição de intervenções adequadas, assim como a importância na concepção de planos tendo em conta a individualidade da Pessoa no sentido da promoção da qualidade de vida, ajudando-a a criar “(...) uma maneira de viver com sentido (...) e compatível com a sua situação e isso, independente da sua condição física ou da natureza da sua afecção” (Hesbeen, 2003, p.XIV), uma vez que só assim fará sentido o nosso investimento profissional na compreensão e resposta às reais necessidades da pessoa e sua família.

A gestão dos cuidados diários tiveram em conta as necessidades da pessoa, bem como da organização do próprio serviço, no entanto procurei sempre integrar a minha experiência profissional, como contributos positivos para as situações vivenciadas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002, p.15), os registos escritos de enfermagem “são elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem” e de acordo com Figueiroa-Rêgo (2003, p.40) a sua finalidade é “promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a

¹ a ESAS é um instrumento de avaliação de múltiplos sintomas (físicos e psicológicos) frequentes em doentes paliativos. A severidade de cada sintoma é classificada através de uma escala numérica de 0 a 10, em que 0 é a ausência do sintoma e 10 a pior gravidade possível. Algumas das suas vantagens prendem-se com o facto de ser um instrumento fácil de aplicar e que permite ao profissional de saúde uma rápida avaliação e interpretação da intensidade dos sintomas presentes (Caritas, 2001; Modonesi *et al*, 2005).

investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços”. Neste sentido, efectuei registos diários relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação implementados, bem como o resultado dessas intervenções, promovendo desta forma a continuidade e qualidade dos cuidados.

No que se refere às competências técnicas, estas foram desenvolvidas diariamente, através do treino de técnicas de RFR, adequadas a cada situação clínica e individualizadas a cada pessoa, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação. O facto de neste serviço de pneumologia existirem vários tipos de patologia do foro respiratório, permitiu um conjunto de experiências cuja compreensão das várias especificidades enriqueceram a minha aprendizagem.

Neste ensino clínico foi possível constatar a eficácia de técnicas específicas de RFR implementadas. Treinei técnicas de relaxamento e posições de descanso, consciencialização e controlo da respiração, permitindo à pessoa melhorar a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios, a capacidade de controlo da respiração, bem como contribuir para o relaxamento da cintura escapular e consequente eficácia ventilatória (Olazabal, 2003).

Realizei ensino para técnicas de expiração com lábios semi-cerrados, com o objectivo de prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e alívio da dispneia, tendo sido evidente a sua eficácia na pessoa com DPOC, durante a realização de AVD (Menoita, 2012). A respiração diafragmática também foi desenvolvida ao longo do estágio, no sentido de contribuir para a redução do trabalho respiratório, proporcionar uma maior excursão do diafragma e melhorar a eficiência da ventilação. Realizei exercícios de reeducação abdomino-diafragmática global, da porção posterior com ou sem resistência, da hemicúpula direita e esquerda, exercícios de reeducação costal global com bastão, que permitiram promover a expansão torácica, melhorando a distribuição e ventilação alvéolar.

Foram efectuados exercícios de reeducação costal lateral direito e esquerdo com abertura costal, de forma a “promover e recuperar a mobilidade costal, favorecendo a expansão pulmonar e torácica do lado afectado” (Menoita, 2012). Foi possível verificar a sua eficácia também na mobilização de secreções ao longo da árvore brônquica. No entanto, para assegurar a permeabilidade das vias aéreas foram implementadas técnicas específicas tais como, a drenagem postural modificada dos vários lobos pulmonares, a realização de manobras acessórias (percussão e vibração), o ensino de tosse dirigida e assistida, o Ciclo

Activo das Técnicas Respiratórias, que na pessoa com DPOC e Fibrose Quística, internada durante o período de ensino clínico e sob os cuidados de ER, permitiu uma melhoria gradual e significativa na mobilização e expulsão das secreções.

Foi possível também o desenvolvimento de conhecimento relativamente à utilização de dispositivos de ajuda tais como o “flutter”, que na pessoa com DPOC e Fibrose Quística com capacidade cognitiva para o realizar, foi evidente a sua eficácia na mobilização e eliminação de secreções. O dispositivo “acapella” foi importante para a mobilização de secreções nas pessoas que não toleravam o “flutter”, ou incapazes de realizar levante, ou ainda com alterações cognitivas. Saliento no entanto o “cough assist” que é conhecido como um dispositivo não invasivo, de insuflação-exsuflação mecânica, que permite simular a tosse natural, garantindo um débito aéreo eficaz (através de insuflação máxima, seguido da aplicação imediata de uma pressão negativa que permite a eliminação e aspiração de secreções) (Sousa e Duque, 2012).

A realização do “cough assist”, possibilitou que treinasse o estabelecimento dos seus parâmetros (Tempo de inspiração, expiração e pausa; Pressão de inspiração e expiração), assim como a realização do procedimento e, neste sentido colaborei com a EEER no procedimento em si, na gestão do ambiente e na sensibilização do doente para a adesão ao tratamento. Após a sua realização os ganhos em saúde desta técnica traduziram-se na optimização da limpeza das vias aéreas, conseguindo-se aspirar secreções mucopurulentas em grande quantidade, bem como melhorar a eficácia da tosse. Foi evidente uma melhoria significativa do padrão respiratório assim como do estado geral da pessoa. Face aos ganhos em saúde obtidos, foi possível dar continuidade ao processo de planeamento da alta hospitalar, trabalhando-se conjuntamente com a pessoa a promoção da sua autonomia física, uma vez que sintomas relacionados com padrão respiratório ineficaz estavam controlados.

Os exercícios realizados favoreceram a capacidade ventilatória da pessoa com patologia respiratória, melhorando a mobilização de secreções, facilitando a sua expulsão, corrigindo defeitos e sintomas e melhorando o padrão respiratório.

Especificamente no doente com DPOC foi possível realizar exercícios como o treino de marcha com oxigenoterapia, subir e descer escadas e treino muscular dos membros superiores (com bastão e faixa elástica) e inferiores (bola de peso, faixa elástica, pedaleira estática), com objectivo do alívio da dispneia e da fadiga. No treino de marcha, bem como subir e descer

escadas, a sua realização pressupôs a avaliação sistemática da oximetria, pulsação e tensão arterial, bem como a gestão do oxigénio durante o esforço, tendo sido possível observar uma melhoria gradual na capacidade e tolerância ao esforço.

De forma a avaliar a resposta do doente às intervenções terapêuticas e à reabilitação pulmonar, realizei também a prova da marcha de seis minutos, um teste efectuado pelo próprio em andamento no corredor do serviço, com o objectivo de medir a distância máxima percorrida pela pessoa durante seis minutos. Tal como sugerido por Johnson & Weisman (2006) foi realizada a gestão de oxigénio durante este exercício, mediante a monitorização da oximetria, aplicação de escala da dispneia (escala de Borg modificada), da frequência cardíaca e da resposta à marcha durante este período.

Também as situações de doentes internados com derrame pleural foram alvo de intervenções diferenciadas no âmbito da reabilitação, cuja especificidade visou a implementação de um conjunto de técnicas de RFR com o objectivo de melhorar a performance pulmonar, incentivar a expansão pulmonar, melhorar a mobilidade torácica, melhorar a performance diafragmática, prevenir posturas antiálgicas e limitar as sequelas na pessoa com derrame pleural (Menoita, 2012). Neste contexto, a utilização do espirómetro de incentivo foi fundamental para a melhoria do quadro clínico da pessoa, pois tal como evidenciou um estudo de Dinalli *et al* (2002), esta melhoria constata-se face a uma maior capacidade de volume inspiratório, maior expansibilidade torácica e costal e melhor excursão diafragmática. Dentro da temática da pessoa com derrame pleural, uma vez que durante o ensino clínico a sua prevalência foi elevada, elaborei, sob orientação da EEER, um folheto informativo para o doente e família (Apêndice IV), com o intuito de dar continuidade à sua reabilitação e cumprimento de exercícios respiratórios no domicílio, bem como contribuir para limitar sequelas.

Assim, elaborei e implementei planos de reeducação funcional respiratória adequados às necessidades identificadas (nas áreas cardio-respiratória, motora, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade). Realizei intervenções no âmbito da educação, na discussão com a pessoa e família sobre hábitos de vida saudáveis (cessação tabágica, hábitos alimentares, manutenção de exercício físico), redução e prevenção de riscos associados a alterações da funcionalidade decorrente de processos de doença, gestão do esforço e técnicas

de conservação de energia, utilização de dispositivos de apoio nomeadamente ajudas técnicas e dispositivos de compensação.

Neste âmbito, implementei programas de treino motor e cardio-respiratório, que incluíram a pessoa com doença respiratória e sua família/pessoas significativas, com vista a manter a sua continuidade após alta clínica. A implementação dos planos de reabilitação e resultados obtidos foram monitorizados e, sempre que necessário, foi efectuada a sua reformulação de forma a garantir o seu sucesso no domicílio.

No planeamento da alta também fez parte das actividades desenvolvidas, a articulação com EEER da comunidade, através de registo próprio de cuidados de enfermagem de reabilitação implementados durante o internamento e resultados obtidos.

Tal como referi anteriormente, procurei dar ênfase nas minhas reflexões e discussões com EEER às situações de pessoa com doença avançada e progressiva internada neste serviço, cuja sintomatologia prevalente era a dispneia ou fadiga.

No serviço de Pneumologia e durante o percurso de ensino clínico realizado, a pessoa internada com estas características, sofria de patologias tais como DPOC (estadio IV), doença oncológica metastizada internada por derrames pleurais ou infecções respiratórias e doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica.

A dispneia parece ter sido um factor desencadeante da fadiga, mas também de outros sintomas como anorexia, insónia, ansiedade, intolerância ao esforço, dependência na realização das AVD. A sua avaliação foi efectuada através da entrevista ao doente, bem como aplicação de escalas tais como ESAS, que já inclui a avaliação da dispneia (numa escala de 0-10) mas permite compreender outros sintomas concomitantes. A escala de London Chest Activity of Daily Living foi aplicada, principalmente em doentes com DPOC estadio avançado, permitindo perceber como é que a pessoa gere a sua dispneia através do impacto que este sintoma tem na concretização das suas AVD e Actividades Instrumentais da Vida Diária.

Relativamente às medidas de conforto implementadas, foi fundamental a gestão do ambiente. A dimensão da tranquilidade no contexto do conforto ambiental é caracterizada como um estado de contentamento, no qual ao manipular-se o ambiente existe melhoria da performance da pessoa em que Kolcaba (1991) propõe a reflexão sobre este factor tão importante.

O contexto ambiental engloba as condições do meio como a luz, o ruído, o equipamento, a cor, a temperatura e os elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003), factores que considerei no planeamento de situações de interacção para avaliação de necessidades de conforto da pessoa com doença avançada internada neste serviço, procurando momentos mais tranquilos (horas de menor movimento de profissionais de saúde, após cuidados de higiene, horas de refeição ou tarefas relacionadas com dinâmica do serviço). Tal, foi fundamental na implementação das medidas de conforto eficazes, nomeadamente técnicas de relaxamento, posicionamentos adequados, arejamento do quarto, orientações sobre técnicas de conservação de energia e gestão do esforço, alimentação adequada (alimentos fáceis de mastigar e deglutir), controlo da obstipação, adequar vestuário (roupas largas e confortáveis).

Para além da gestão do ambiente, também e sobretudo a gestão do tempo do doente foi considerado como fundamental. Neste sentido, procurei momentos em que o doente estava motivado para a minha abordagem, pois tal como nos sugere Hesbeen “se a pessoa não compreender como é que determinada acção contribui para fazer avançar no sentido dos pontos do horizonte que pretende alcançar, essa acção não fará qualquer sentido (...)” (2003, XIV), ou ainda Benner (1984) quando nos diz que para que uma intervenção de educação seja eficaz esta deverá ter em conta o factor tempo, para motivar a pessoa a aceitar novos pensamentos e informação.

A comunicação é uma ferramenta básica para a instauração da relação de ajuda, e esta dá aos cuidados uma eficácia e qualidade humana para aliviar, acompanhar, partilhar, entender e compreender o sofrimento do outro (Sapeta, 2011). Para tal privilegiei o diálogo centrado na pessoa e na família, identificando hábitos de vida e crenças, compreendendo o que a doença tem significado para o doente e suas repercussões a nível social e familiar, bem como algumas das estratégias de *coping*, que adopta em situações de crise (como na dispneia).

Procurando relacionar a Teoria do Conforto, foi importante compreender como a pessoa consegue atingir um estado de transcendência, ou seja, em que medida tem capacidade e potencial para planear, controlar e resolver os problemas (Kolcaba, 2003), e planear medidas de conforto de orientação “*coaching*”, ou seja, medidas estabelecidas para aliviar a ansiedade, promover informação e segurança, dar esperança, escutar activamente, ajudar a estabelecer objectivos realistas para a sua recuperação, adaptação, ou em situações concretas, uma morte pacífica.

No que concerne às medidas de conforto técnicas implementadas, ou seja, medidas de conforto que ajudam a pessoa a manter e regular a função fisiológica e conforto, assim como prevenir complicações (Kolcaba, 2003), estas foram estabelecidas no sentido de minimizar o desconforto sentido nas dimensões de alívio físico, pela presença de sintomas como a dispneia e fadiga, bem como nas dimensões de transcendência psicoespiritual, o desconforto manifestado por níveis de ansiedade, stress e depressão.

Realizei cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito da RFR para o alívio da dispneia, tais como:

- ✓ Consciencialização dos tempos respiratórios - reduz o trabalho respiratório, melhora a ventilação alveolar, a coordenação e eficácia dos músculos respiratórios e promove a capacidade do doente controlar a dispneia (Menoita, 2012);

- ✓ Técnica de expiração com os lábios semi-cerrados, que para Menoita (2012, p.69) “é uma técnica útil para ajudar a lidar com a dispneia”.

- ✓ Exercícios de respiração diafragmática: fundamentais para dinamizar o trabalho respiratório, ajudam a aliviar a dispneia, promovem a ventilação pulmonar e um padrão respiratório fisiológico (Olazabal, 2003);

- ✓ Drenagem postural modificada, para facilitar a drenagem de secreções, facilitar as trocas gasosas e consequente alívio da dispneia.

A fadiga não associada à dispneia, foi mais evidente em situações de longos períodos de imobilidade, em doentes oncológicos com metastização pulmonar internados neste serviço. As intervenções implementadas para o seu alívio, prenderam-se com a realização de treino dos membros inferiores, treino de marcha, subir e descer escadas de forma gradual e de acordo com o grau de tolerância (ensino/incentivo ao exercício físico e sua importância).

Neste sentido, a actividade física conseguida através do treino progressivo da marcha contribuiu para o alívio deste sintoma, associado a outras intervenções tais como as técnicas de conservação de energia, o treino das AVD e organização de momentos de descanso, tal como sugerem vários estudos (Mock *et al*, 2007; Crang, 1999; Winningham, 1996; Ashbury *et al*, 1998).

Actualmente o cancro é considerado uma doença crónica, caracterizada por sequelas funcionais, físicas, emocionais e espirituais (McCollom *et al*, 2011). De facto, associado à progressão da doença, podemos esperar um declínio funcional cada vez mais acentuado, que

se manifesta sobretudo na incapacidade para a realização das AVD, aumento dos níveis de depressão e uma redução da qualidade de vida da pessoa (Cheville, 2001; Morris *et al*, 1986). Há um crescente número de estudos que demonstram como as intervenções de reabilitação contribuem para uma melhoria do estado funcional, qualidade de vida e alívio de sintomas (Noel & Montagnini, 2011). Para Hesbeen (2001) a reabilitação consiste num processo dinâmico e activo que capacita a pessoa doente ou incapacitada a atingir o seu potencial físico, emocional, social e económico.

Na pessoa com doença avançada, um dos objectivos da reabilitação será a diminuição das limitações físicas e a promoção do autocuidado na realização das AVD, associado a intervenções promotoras de conforto e suporte emocional (Montagnini & Javier, 2011).

Para o suporte emocional podemos considerar o que Kolcaba (2003) refere como medidas “confortadoras da alma”, que ajudam a pessoa a sentir-se fortalecida e estão relacionadas com a dimensão da transcendência. Neste âmbito implementei medidas tais como o relaxamento progressivo e a utilização de imagens mentais positivas, a massagem e o toque terapêutico, com o objectivo de diminuir os níveis de ansiedade e de stress, e promover o conforto, tal como é realçado pela literatura (Sloman, 2002; Campbell-Gillies, 2004)

As necessidades da pessoa com doença avançada e progressiva e sua família são diferentes ao longo da trajectória da doença, mas sobretudo de acordo com o grau de complexidade da mesma. Neste sentido, a experiência com doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) promoveram momentos de aprendizagem importantes que incentivaram à reflexão sobre o papel do EEER.

A ELA é uma doença neurológica crónica, degenerativa e letal, caracterizada por uma incapacidade progressiva, consequente dos neurónios motores localizados no córtex, no tronco cerebral e na medula espinhal. (Pinto *et al*, 2003). Ocorre uma diminuição progressiva da força muscular, que não é acompanhada de perdas das funções sensoriais e intelectuais (Neal, 2004), levando à morte entre 3 a 5 anos após o início dos sintomas (Hoeman, 2011).

Sendo caracterizada por uma doença sem cura, de rápida progressão até à dependência total da pessoa, o seu tratamento recai essencialmente no controlo sintomático, na promoção do conforto e capacidade máxima no autocuidado, com vista ao aumento da qualidade de vida (Hoeman, 2011).

Neste sentido, são várias as necessidades que a pessoa com ELA pode apresentar alteradas, nomeadamente a nível da respiração, dor, intolerância à actividade física, problemas decorrentes da imobilização, desequilíbrio nutricional, comunicação, alterações psicossociais, sobrecarga do papel de cuidador, défice de autocuidado, disfunção sexual, gestão da eliminação intestinal e vesical (Hoeman, 2011).

Com base no que foi referido, considero fundamental a minha intervenção na pessoa com ELA, sobre supervisão de EEER orientadora, no alívio de sintomas, nomeadamente dispneia, dor, fadiga, e tosse ineficaz. O plano de reabilitação implementado incluiu intervenções a nível respiratório (técnicas de cinesiterapia respiratória), intervenções a nível sensoriomotor (mobilizações activas e passivas dos membros superiores e inferiores, posicionamentos, mobilizações no leito, treino de transferências), intervenções no âmbito da comunicação (ensino ao doente e cuidador sobre realização de Cough Assist, Ventilação Não Invasiva (VNI) e gestão Oxigénio Longa Duração (OLD) no domicílio, bem como na gestão de expectativas). A articulação com a comunidade, para aquisição de ajudas técnicas (cadeira-sanitária, Cough Assist e VNI), bem como o seguimento/acompanhamento do doente e família no domicílio, pressupôs uma pesquisa sobre serviços disponíveis na área de residência do doente e articulação com Assistente Social do serviço, contactos telefónicos com os profissionais da comunidade, incluindo Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação e realização de carta de enfermagem de reabilitação de forma a dar continuidade ao plano de cuidados iniciado em internamento.

Esta experiência, implicou uma pesquisa de artigos mais recentes sobre esta patologia, no sentido de compreender a abordagem à pessoa com ELA e qual a importância dos cuidados paliativos neste âmbito, dado ser esta a minha prática clínica, mas cuja experiência diária inclui apenas doentes oncológicos. Das leituras efectuadas neste âmbito, sobressaem como aprendizagem a compreensão da complexidade de aspectos em torno desta patologia. Os vários sintomas decorrentes da evolução da doença, tais como a dependência progressiva (causada pela diminuição do tónus e da massa muscular), a dor, espasticidade, disfagia, sialorreia, obstipação, alterações cognitivas, alterações psicológicas (labilidade emocional, ansiedade, depressão, insónia, fadiga), disartria e alterações respiratórias como a dispneia, pressupõem a discussão de aspectos importantes como a necessidade de realização de gastrostomia, traqueostomia, início de OLD, VNI, Cough Assist, adaptação de ajudas para

comunicação (quadros, Magic Eye, entre outras estratégias). A inclusão de Equipas de Cuidados Paliativos ainda é um aspecto pouco debatido (Oliver *et al*, 2011), no entanto tem ganho relevância em estudos que sugerem momentos importantes para o início do seu acompanhamento por estas equipas, como o seu seguimento diminui mortalidade e melhora a qualidade de vida da pessoa com ELA, concluindo que a integração de equipas de cuidados paliativos deverá ser feita desde o início da doença, existindo momentos em que serão mais necessários e outros não (Kristjanson, Aoun & Oldham, 2006; Borasio, Voltz & Miller, 2001).

O enfermeiro de reabilitação dentro da equipa multidisciplinar, com intuito de promover a qualidade de vida e conforto destes doentes intervém no alívio de sintomas, na prevenção de complicações (infecções respiratórias, fadiga, padrão anti-espástico), apoio à família (informação, orientação na gestão de sintomas como a dispneia, manutenção da VNI e Cough Assist, bem como na prestação de cuidados), mas podendo contribuir também a nível das decisões de fim-de-vida, discutindo com a pessoa e família aspectos fundamentais antes das perdas, bem como promovendo a autonomia não só a um nível físico mas também reforçar a liberdade da pessoa para recusar ou suspender intervenções que considere desajustadas ao seu projecto de vida.

Durante este período de ensino clínico, tive a oportunidade de contactar com doentes com diagnóstico de DPOC, estadio IV, considerado como muito grave de acordo com classificação de GOLD (2011), que levaram a uma abordagem diferenciada.

A progressão da doença implica muitas vezes que a pessoa aprenda a gerir Oxigénio de Longa Duração (OLD) e/ou Ventilação Não Invasiva (VNI). De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2011) existe evidência de que a OLD está associada a uma menor incidência de complicações e redução do número de internamentos. No doente com insuficiência crónica, melhora a tolerância ao esforço e o estado geral do doente, nomeadamente o seu desempenho cognitivo, havendo estudos publicados na década de 80 que mostraram que a OLD aumenta a sobrevivência destas pessoas (Menoita, 2012). Como tratamento paliativo, a oxigenoterapia surge no contexto de alívio da dispneia nas situações de doenças terminais nomeadamente na DPOC (Kelly, 2009). No entanto segundo este autor, se se administrar oxigénio em situações em que não haja hipoxemia, pode-se potenciar os efeitos nefastos do mesmo, ou seja, induzir sonolência ou cefaleias, pelo que apesar de a dispneia ser um sintoma prevalente em situações

paliativas, dependendo da sua causa, poderemos obter o efeito desejado de alívio da dispneia com outras medidas, tais como a abertura de uma janela, ou recorrendo a uma ventoinha.

Relativamente à Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI), é uma estratégia terapêutica utilizada para gerir o desconforto respiratório, tanto a nível hospitalar (em situações agudas) como no domicílio (em situações crónicas) e consiste na ventilação através das vias aéreas superiores, usando um interface não invasivo (Esmond, 2005), uma opção terapêutica que tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

Os objectivos da VNI são diminuir o trabalho respiratório, promover o repouso dos músculos respiratórios, a melhoria das trocas gasosas (Ferreira *et al*, 2009), sendo que na pessoa com DPOC permite o descanso da musculatura inspiratória, melhora o estímulo ventilatório central e diminui a PaCo₂ nocturno na pessoa com insuficiência respiratória (Freitas, 2007).

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação é fundamental na implementação, adesão e sucesso da VNI. Segundo Moreno *et al* (2007), a RFR associada à VNI parece melhorar a tolerância ao esforço e diminuir a dispneia, bem como assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Podem-se considerar três etapas na intervenção do Enfermeiro de Reabilitação a nível da RFR à pessoa em programa de VNI, nomeadamente antes e durante a VNI e na preparação para o regresso ao domicílio (Menoita, 2012).

Na minha experiência em estágio, pude constatar que, em situações de doença avançada, a VNI pode ser utilizada como estratégia para o alívio da dispneia, promovendo o conforto e qualidade de vida, ou seja, pode ser utilizado como recurso em situações de maior grau de dispneia, assim como antes de realizar esforços, reduzindo desta forma a sintomatologia associada à actividade física bem como a prevenção de exacerbações.

Reflectindo sobre a OLD e VNI na pessoa com doença avançada, considero que o papel do ER encontra aqui também uma vertente importante. Atendendo à minha experiência como enfermeira numa equipa de cuidados paliativos e analisando as aprendizagens obtidas como aluna de enfermagem de reabilitação, considero que o Enfermeiro de Reabilitação é um profissional dentro da equipa multidisciplinar com competências para avaliar as reais necessidades do doente em todas as etapas e evolução da doença, incentivando a discussão dentro da equipa, sobre a pertinência destas intervenções na promoção do conforto.

2.2 Vertente Sensoriomotora

A segunda fase do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, decorreu num centro de reabilitação, com o objectivo de prestar cuidados especializados à pessoa com alterações sensoriomotoras, que condicionam, entre outras dimensões, o seu desempenho nas AVD.

Para tal, o ensino clínico foi organizado de forma a realizar um período num departamento específico para treino de AVD e um outro período num serviço de Internamento de Adultos.

O centro de reabilitação onde decorreu o ensino clínico é reconhecido nacionalmente como um centro de excelência e de referência na prestação de cuidados de reabilitação. Tem como principais objectivos reabilitar pessoas com deficiência de domínio motor ou multideficiência (congénita ou adquirida e em qualquer fase da vida), promover a formação dos profissionais, desenvolver investigação na área da prevenção e tratamento da deficiência, assim como desenvolver novas áreas de apoio ao diagnóstico em reabilitação.

O Enfermeiro deste centro de reabilitação realiza uma avaliação do estado da pessoa, decorrente da situação clínica, identifica os problemas e planifica as intervenções de enfermagem na sua globalidade, tendo como objectivo final promover a autonomia² e a melhoria da qualidade de vida da pessoa e da família.

As Unidades de Internamento são constituídas por uma equipa de enfermeiros em que cada enfermeiro é responsável pela pessoa, desde a admissão até à alta. Neste centro existe uma Unidade Terapêutica de Actividades da Vida Diária onde a equipa de enfermagem presta cuidados a pessoas internadas ou em ambulatório cujo principal objectivo é o de avaliar e treinar as pessoas na execução das suas AVD, optimizando a sua capacidade. Cabe também a esta equipa informar a pessoa e sua família sobre as ajudas técnicas/materiais de apoio mais adequados para executar as referidas actividades com segurança e menor dispêndio de energia, avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitectónicas e implementar as adaptações necessárias na habitação.

² conceito de Autonomia é definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, p.41) como “direito do cliente: status de auto-governança e auto-orientação”, o que remete para uma abordagem de cuidados centrados na pessoa, considerando para além do sentido ético, a sua capacidade de agir quer na tomada de decisão, quer no aspecto mais fisiológico e funcional da acção.

Assim, nesta Unidade Terapêutica de AVD foi possível avaliar, orientar e treinar doentes e/ou familiares/cuidadores no sentido de maximizar a sua autonomia nas AVD, nomeadamente higiene, vestuário, transferências e mobilidade no leito. O papel fundamental do EEER foi evidente na colaboração com o doente e família para a sua boa integração no domicílio, bem como no seu acompanhamento para ensino, esclarecimento de dúvidas e treino de técnicas que promovem maior conforto e segurança para ultrapassar dificuldades e minimizar complicações. O espaço físico deste departamento divide-se em áreas específicas que recriam espaços do domicílio tais como quarto e casa de banho, dispondo de inúmeras ajudas técnicas que o enfermeiro após avaliação sugere ao doente e sua família. Assim, são várias as intervenções do EEER que desenvolvi como actividades neste departamento:

- ✓ Avaliação do doente (Estado geral – sinais vitais, presença de dor utilizando escala numérica 0-10; Comportamento- sociável, agitado, colaborante, agressivo; Alterações do sono; Revestimento cutâneo – utilizando escala de Braden; Controlo de esfíncteres; Avaliação das AVD – através da Medida de Independência Funcional (MIF); Mobilidade – mobilidade no leito e risco de queda utilizando escala de Morse; Transferências; Suporte Social)
- ✓ Treino de familiares (mobilização no leito, transferências leito, sanita, cadeira de rodas, banheira/duche)
- ✓ Treino de utilização de ajudas técnicas
- ✓ Treino de AVD (Higiene oral, pentear, banho, vestir parte superior e inferior do corpo, higiene da face, barbear/ maquilhar, calçado, alimentação em doentes com hemiplegia ou parésia decorrente de um AVC);
- ✓ Treino de mobilidade em cadeira de rodas (incluiu educação do doente na transferência da e para a cadeira de rodas, mudar de posição e transferir peso enquanto está sentado e procurar sinais de pressão, manobrar a cadeira de forma segura e fiável);
- ✓ Adaptação de dispositivos de ajuda: higiene, vestuário, alcançador, tábua de transferência.

Saliento a oportunidade de contactar de forma mais próxima e frequente com a família/cuidador principal, comparativamente ao estágio anterior, cujas horas de permanência

de familiares estava condicionada ao horário de visita, que neste centro de reabilitação é mais alargado. A minha experiência de sete anos como enfermeira de apoio domiciliário, permite-me estar atenta a aspectos que são fundamentais para uma avaliação de necessidades de intervenções domiciliárias, bem como na adequação das ajudas técnicas num determinado contexto, e na compreensão ou prevenção de muitas das dificuldades que podem surgir. Algumas situações em estágio exigiram criatividade, no entanto o contributo do EEER orientador foi fundamental, dado que promoveu uma panóplia de opções existentes, com as quais não tinha tido contacto e que se revelaram fáceis de adoptar nas situações que vivi em estágio, mas também em situações futuras da minha prática profissional diária.

O restante percurso foi realizado em Unidade de Internamento de adultos, cujas patologias mais frequentes foram sobretudo doenças neurológicas tais como Acidente Vascular Cerebral (AVC), no entanto também situações de pessoas em reabilitação de pós-operatório (colocação de prótese anca) ou situações de traumatismo vertebro medular.

O acolhimento por parte da equipa de enfermagem, facilitou a minha integração na dinâmica do serviço, assim como o acompanhamento e apoio da EEER orientadora nas actividades a desenvolver, que assumiu ser determinante para a minha prestação.

Relativamente às actividades desenvolvidas por mim em estágio, realizei uma rigorosa colheita de dados (através do processo clínico, assim como outras fontes tais como a equipa multidisciplinar e informação obtida através da pessoa e/ou família), bem como uma avaliação da capacidade funcional da pessoa com alterações sensoriomotoras para a realização das AVD (utilizando escalas e instrumentos de medida, como irei descrever em seguida), com o intuito de identificar as necessidades de conforto, elaborar planos de cuidados, implementar e avaliar as intervenções promotoras de conforto. A avaliação neurológica de enfermagem de reabilitação foi um momento importante para o desenvolvimento de competências, pelo rigor e mobilização de conhecimentos que exige.

Neste âmbito, sob orientação da EEER orientadora, realizei o exame neurológico, avaliando o estado de consciência e estado cognitivo, reacção pupilar (tamanho, forma e reacção à luz), avaliação dos pares cranianos de forma sistemática, a força muscular (escala de Lower), a coordenação de movimentos (provas de pesquisa de ataxia), a sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (proprioceptiva), o tónus muscular (escala

de Ashworth modificada) e o equilíbrio (estático e dinâmico). Na avaliação da funcionalidade, de acordo com os instrumentos utilizados nesta instituição, utilizei a MIF³.

Prestei cuidados de enfermagem de reabilitação focalizados no treino de AVD, sob orientação da EEER, tendo em conta não só as limitações da mobilidade assim como a futura autonomia e qualidade de vida da pessoa. Proporcionei um ambiente de cuidados que visou a preparação da pessoa e sua família para as dificuldades do regresso a casa, considerando a gestão de expectativas realistas. Neste sentido, propus ajudas técnicas e dispositivos de compensação, efectuei orientações/ensinos e treino sobre os mesmos, adaptados às necessidades da pessoa, assim como treino do uso de auxiliares de marcha e participei nas sessões de treino específico de AVD, de forma a adquirir competência na elaboração e implementação de programas de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da capacidade funcional e qualidade de vida.

O grande objectivo destas intervenções prendeu-se com a reintegração sociofamiliar, de acordo com os Padrões de Qualidade do EEER “na procura permanente da excelência do exercício profissional (...) maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2011, p.10).

De acordo com os planos de cuidados elaborados, as mobilizações passivas, activas, activas assistidas e resistidas, de acordo com a capacidade da pessoa, tendo em consideração a funcionalidade de cada articulação, foi fundamental para a aquisição de competências como EEER, especialmente no plano de reabilitação à pessoa com AVC. Saliento também a realização de actividades terapêuticas no leito tais como a ponte, o rolar, automobilizações, facilitação cruzada, o posicionamento anti-espástico, a preparação para a posição de pé, treino de transferências e posição de sentado na cadeira-de-rodas, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treino de marcha e treino de AVD. Sempre que possível, a família/cuidadores foram incluídos nestas actividades de treino, já que de acordo com Hoeman (2011) o EEER tem como objectivo o ensino de programas de mobilização à pessoa e cuidadores, encorajando para a participação activa, demonstrando o programa de mobilizações, acompanhando a pessoa e cuidadores enquanto praticam e delegando responsabilidades à mesma e cuidadores pelo programa, de forma a integrá-los como uma AVD.

³ Medida de Independência Funcional (MIF), é um instrumento de avaliação da incapacidade da pessoa com restrições funcionais. Foi desenvolvida na década de 1980 na América do Norte e validada em 2000 para a língua portuguesa.

Assim, tentei sempre que possível favorecer o envolvimento da família/cuidador no processo de reabilitação, nomeadamente ao implementar um plano de exercícios em que o cuidador se responsabiliza pelo seu cumprimento, no ensino e treino de posicionamentos em padrão anti-espástico, no treino sobre a melhor forma de realizar as transferências, motivando o doente e a família a cumpri-lo.

Em algumas situações o suporte familiar foi facilitador para o processo de reabilitação da pessoa, contudo a preocupação verbalizada pelo doente em se tornar um encargo para a família foi sempre muito evidente. De acordo com a TC de Kolcaba, o desconforto sentido por estes doentes verifica-se nas dimensões da transcendência sociocultural, no sentido em que a capacidade para planear, controlar e resolver os seus problemas está condicionado pelo contexto das suas relações interpessoais, familiares e sociais. O EEER intervém no sentido de minimizar este impacto, quando utiliza estratégias que capacitam tanto o doente como a família ao envolver ambos no plano de reabilitação individualizado.

Os planos de cuidados mais uma vez foram fonte importante na aquisição de competências ao longo deste ensino clínico, pois a sua elaboração exige a mobilização de conhecimentos pertinentes para uma avaliação sistemática das necessidades de conforto da pessoa com alterações sensoriomotoras, bem como o planeamento de actividades adequadas às reais necessidades da pessoa e sua família.

Durante este ensino clínico constatei que os registos realizados pelo EEER são instrumentos utilizados pela equipa multidisciplinar na promoção da continuidade dos cuidados, o qual é mais evidente nas reuniões semanais de equipa. Destes registos fazem parte informação relativa à história de vida do doente, estado de consciência, avaliação física e instrumental, capacidade para gestão da medicação, apoio no domicílio, hábitos de vida, diagnósticos e intervenções do EEER, sobre os quais também participei desde a recolha de dados ao seu registo e transmissão de informação.

Durante o percurso realizado no centro de reabilitação, foquei-me essencialmente na pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), por um lado pela elevada prevalência no internamento durante o período referido, por outro o facto de esta doença se manter como a principal causa comum de morbilidade e mortalidade na Europa, sendo a primeira causa de morte em Portugal e principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Direcção Geral da Saúde).

De facto, nas últimas décadas temos assistido a uma evolução significativa a nível da prevenção, tratamento agudo e reabilitação da pessoa que sofre um AVC (Lugassy, 2013), no entanto a maioria dos sobreviventes irá sofrer algum nível de incapacidade física, cognitiva ou psicológica, 15% a 30% uma incapacidade permanente e 20% com necessidade de internamento três meses após a ocorrência do AVC (Roger, 2011).

Os Cuidados Paliativos focam-se na promoção do conforto e da qualidade de vida ao longo da trajectória de uma doença grave, pelo que o seu papel no âmbito da pessoa com AVC poderá trazer benefícios, nomeadamente para a pessoa, família, cuidadores, nos vários estádios da doença e em diferentes contextos da prestação de cuidados, com intervenções específicas no que diz respeito a facilitar decisões de fim-de-vida, bem como controlo/alívio de sintomas e promoção da qualidade de vida (Lugassy, 2013).

Segundo Smeltzer *et al* (2011), o AVC pode ser definido como a perda súbita da função cerebral, que resulta da interrupção da irrigação sanguínea de uma ou várias partes do cérebro, podendo resultar da evolução de doenças vasculares cerebrais crónicas. As manifestações mais frequentes desta doença são a nível motor, em situações de hemiparésia ou hemiplégia, cujas complicações estão relacionadas com a imobilidade e prendem-se com instalação de padrão espástico, síndrome do ombro doloroso, tromboembolismo e úlceras de pressão.

Neste sentido, o EEER integrado na filosofia dos cuidados paliativos, identifica necessidades de uma intervenção diferenciada, elabora, implementa e avalia planos e programas especializados, com o objectivo de otimizar ou reeducar as funções afectadas, tanto a nível motor, como sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade.

Assim, as intervenções do EEER na pessoa com sequelas de AVC, visa a melhoria contínua da sua independência nas AVD e promoção da qualidade de vida através do alívio de sintomas e funcionalidade, nomeadamente:

- ✓ Posicionamento em padrão anti-espástico;
- ✓ Gestão do mobiliário do quarto que permita a abordagem pelo lado afectado e facilitação cruzada;
- ✓ Avaliação da deglutição e intervenções específicas;
- ✓ Treino de AVD;

- ✓ Actividades terapêuticas como mobilizações articulares, automobilizações, rolar, virar, ponte, sentar, treino de equilíbrio, de transferências e de marcha;
- ✓ Apoio e capacitação da família/ cuidador.

O envolvimento da família é fundamental face às limitações que a pessoa pode apresentar, nomeadamente a nível da comunicação verbal e/ou a nível da compreensão, uma vez que podem fornecer informações importantes sobre hábitos de vida da pessoa e ajudar o profissional de saúde a adequar os cuidados de forma holística. Para Menoita (2012) o enfermeiro quando promove o papel activo da família, promove também uma parceria caracterizada pela cooperação e responsabilidade partilhada, favorecendo assim o processo de capacitação, ou seja, o seu empowerment.

Em suma, as actividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico para a prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com sequelas de AVC, permitiram-me desenvolver competências, que na vertente paliativa, me permitem adoptar intervenções de ER que visem aproveitar as capacidades remanescentes da pessoa, promovendo a sua autonomia, bem como controlo de sintomas e o apoio e capacitação da família/ cuidador, em contextos de doença avançada e progressiva com consequente compromisso funcional nas AVD.

A análise retrospectiva sobre o percurso realizado em ambos os campos de estágio, permite obter uma visão global das atitudes e aspectos fundamentais a considerar.

Para Kolcaba, a promoção do conforto deve ser avaliada pelo enfermeiro tendo em conta os resultados que obteve através das acções implementadas, sendo que será tão mais eficaz, quanto mais confortável o doente se manifesta e se evidencia.

De uma forma geral, as necessidades de conforto identificadas, durante este período, podem ser agrupadas em:

- ✓ Conforto Fisiológico pela presença de sintomas descontrolados (dispneia, fadiga, entre outros) ou situações sensitivo-motoras que condicionam a realização das AVD (Higiene, alimentação, vestuário, sono);
- ✓ Conforto Ambiental que pressupõe intervenções promotoras da segurança e prevenção de acidentes (posicionamentos, transferência, medidas preventivas de quedas);
- ✓ Conforto Sociocultural que pressupõe a necessidade de promover o envolvimento da família/ cuidador nos cuidados;

- ✓ Conforto Psicoespiritual pela necessidade de apoio emocional.

A necessidade de apoio emocional foi notória em ambos os contextos de ensino clínico, o que exigiu o planeamento e implementação de intervenções psico-emocionais. A condição de doença e a necessidade de hospitalização, são circunstâncias geradoras de angústia e sofrimento, pelo que é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica permeabilizadora de uma comunicação eficaz, capaz de minimizar este impacto.

2.3 Outras Competências desenvolvidas

A comunicação como estratégia é fundamental em todo o tipo de prestação de cuidados, independentemente do diagnóstico e co morbilidades, no entanto em Cuidados Paliativos é parte integrante da sua filosofia e um dos quatro pilares fundamentais, para além do controlo de sintomas, o trabalho em equipa e o apoio à família.

Em reabilitação comunicar eficazmente também é simultaneamente difícil e constitui um desafio, pois implica a utilização de perícias básicas essenciais à comunicação, de forma a que o profissional compreenda o contexto da pessoa e sua família, com respeito pelo seu projecto de vida o que implica que não se pense por ela, portanto, que não se confunda o desejo de quem recebe cuidados e o desejo de quem os presta (Hesbeen, 2001, p.127). Por outro lado a comunicação adequada permite ajudar a pessoa a encontrar estratégias que lhe permita viver o mais activamente possível e de acordo com a sua nova situação clínica. Ou seja, as competências comunicacionais constituem um dos atributos fundamentais do profissional de saúde, pois nela se edifica todo o processo terapêutico e o seu valor sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. O EEER deve utilizar técnicas de comunicação adequadas como a escuta activa, compreensão empática e o reforço positivo, permitindo à pessoa e sua família o reconhecimento e o alcance dos seus potenciais recursos e mecanismos de coping.

Ambos os contextos de ensino clínico promoveram o treino de competências de comunicação, que acredito não terem apenas melhorado a minha experiência clínica, mas também tal como refere Fallowfield *et al* (2002) induzirão mudanças eficazes e duradouras na minha actuação profissional, aumentando a satisfação dos doentes e a sua adesão ao tratamento.

Todo o percurso desenvolvido permitiu também reflectir sobre a intervenção do EEER. Foi evidente como este é considerado pela equipa de enfermagem como um pilar, pela sua capacidade de liderança e tomada de decisão, pois o domínio do conhecimento que detém e mobiliza permite uma prestação de cuidados diferenciada, direccionada para maximização das capacidades da pessoa e sua família, envolvendo a restante equipa multidisciplinar e respeitando a individualidade da pessoa.

No que concerne à prestação de cuidados o EEER é o profissional com autonomia para decidir quem poderá beneficiar com os seus cuidados específicos e qual o programa de reabilitação adequado às reais necessidades da pessoa e família.

O EEER tem um papel fundamental na gestão e qualidade dos cuidados. É dinamizador da equipa de enfermagem, quando avalia e adequa os cuidados de enfermagem, transmitindo conhecimentos que orientam os restantes elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados com qualidade. Neste sentido supervisiona grupos de trabalho no âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem tais como monitorização de úlceras de pressão, quedas de utentes, entre outros, apoiando na tomada de decisão especialmente no caso de profissionais de enfermagem menos experientes.

Na articulação com a restante equipa multidisciplinar (médico, fisioterapeuta, assistente social, dietista) é evidente a sua acção para o estabelecimento de um plano de cuidados que garanta um regresso a casa seguro e adequado às necessidades e contexto de cada pessoa e sua família. Para tal, o EEER articula-se também com a comunidade e serviços sociais, procurando apoios e soluções que promovem a capacitação da pessoa para a sua nova realidade.

O EEER é também responsável pela avaliação das necessidades formativas da equipa de enfermagem e na dinamização de sessões formativas que contribuem para o colmatar dessas mesmas necessidades, com o objectivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, apesar de ser um objectivo meu a concretização de uma sessão de formação sobre uma temática pertinente na área de enfermagem de reabilitação, tal não foi possível em nenhum dos ensinamentos clínicos realizados, devido a constrangimentos temporais, disponibilidade e necessidades formativas, por parte dos locais de estágio.

No entanto, sempre que possível e pertinente, o meu papel como supervisora de cuidados de enfermagem foi evidente, no sentido em que os elementos da restante equipa de

enfermagem recorreram aos meus conhecimentos em enfermagem de reabilitação, nomeadamente para a realização de posicionamentos, transferências, alimentação em situações de disfagia, tratamentos de úlceras de pressão, ou ainda em situações mais específicas relacionadas com abordagens paliativas apelando à minha experiência profissional no cuidado à pessoa internada com doença avançada e progressiva – na discussão de situações que sugerem a articulação com uma equipa de suporte em cuidados paliativos, quando suspender procedimentos não promotores do conforto, gestão de expectativas irrealistas da própria equipa, dificuldade na comunicação com doente e família, temática de medicação subcutânea.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, promoveu a auto avaliação e reflexão crítica das actividades desenvolvidas para a aquisição de competências, tendo como foco central a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença avançada e progressiva.

Como enfermeira num hospital oncológico, desde os primeiros anos como profissional nesta área, senti necessidade de adquirir competências que melhor me preparassem para lidar com a problemática da vulnerabilidade da vida e do sofrimento, de pessoas que vivem uma doença incurável, avançada e progressiva.

A realização de uma especialidade em enfermagem surge neste contexto, sendo que a escolha de uma área de especialização como enfermagem de reabilitação se deve ao meu contacto diário com doentes que, no decorrer da sua doença, lutam por uma maior autonomia e qualidade de vida, muitas vezes em contextos e situações de doença complexos, cuja intervenção diferenciada de profissionais de saúde é determinante para a sua concretização.

A experiência que tenho como enfermeira numa equipa de cuidados paliativos, criou expectativas relativamente ao potencial de contributos positivos que a área da reabilitação pode ter nos cuidados que posso oferecer à pessoa e sua família.

Sabemos que para muitos será difícil compreender a pertinência de uma disciplina como a reabilitação integrada numa filosofia como a dos cuidados paliativos. No entanto, para quem trabalha em qualquer uma destas áreas compreende, mais do que nunca a sua ligação, já que o espírito da reabilitação é “...preparar uma mulher, um homem ou uma criança, para a melhor qualidade de vida possível, mesmo quando as capacidades que lhe restam são extremamente reduzidas, ou quando o horizonte que se lhes mostra não é muito alegre” (Hesbeen, 2003, p.35) e os cuidados paliativos são orientados por princípios científicos e rigorosos, dirigidos ao acompanhamento de doentes e suas famílias num processo de doença incurável, avançada e progressiva, com o intuito de “acrescentar vida aos dias e não dias à vida” (Twycross, 2003).

Actualmente no nosso país é possível constatar um interesse crescente de profissionais pela área de reabilitação em cuidados paliativos no âmbito da investigação, nomeadamente enfermeiros especialistas de reabilitação, tal como podemos evidenciar em estudos de diferentes temáticas (Braga, 2009; Raposo, 2012), o que reforça o meu interesse pessoal por esta temática.

Relativamente ao que foi exposto no capítulo anterior, procurei descrever um percurso de aprendizagens, baseada em competências técnicas, científicas e relacionais, preconizadas pelos órgãos reguladores da profissão de enfermagem.

As competências comuns ao Enfermeiro Especialista são evidenciadas no respeito à singularidade e complexidade da pessoa e sua família, envolvendo-a no processo de cuidados e capacitando-a para a tomada de decisão, tal como é preconizado pela OE (2010), nos domínios da responsabilidade ética e profissional, da qualidade dos cuidados, da gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Em relação às competências específicas de enfermagem de reabilitação, prestei cuidados a pessoas com necessidades especiais, em contexto hospitalar, maximizando a funcionalidade, ajudando a promover a sua autonomia e qualidade de vida, para a sua reinserção na comunidade (OE, 2010).

O percurso de Ensino Clínico realizado, correspondeu às minhas expectativas, em termos de experiências, formação e desenvolvimento de competências de EER, uma vez que considero ter cumprido os objectivos que inicialmente defini, tendo tido oportunidade de vivenciar as várias dimensões do campo de actuação da enfermagem de reabilitação. Os EEER orientadores foram essenciais para todo o processo de aprendizagem, já que me proporcionaram uma compreensão ampla e completa da sua área de intervenção, resultando como modelos a seguir como futura EEER.

O terminar deste percurso fica pautado por sentimentos de satisfação pessoal e profissional, após um caminho com algumas dificuldades e constrangimentos relacionados a gestão das actividades profissionais e familiares, mas que no final sobressai a gratificação por tudo o que aprendi e pelos contributos importantes para a minha prática diária. Neste sentido, a minha motivação levou-me a propor junto da Enfermeira Chefe do meu contexto de prática, a aquisição de material de apoio para o serviço, que possa ser utilizado posteriormente no domicílio, após avaliação, para a promoção do autocuidado (higiene, vestuário e uso sanitário), no treino de posicionamentos e transferências (ex: tábua de transferência). As

aprendizagens realizadas contribuíram para uma avaliação mais rigorosa e completa das necessidades da pessoa com doença avançada e progressiva, mobilizando conhecimentos que contextualizam o potencial de reabilitação da mesma. Tal tem sido evidente na discussão dos casos clínicos que são abordados nas reuniões multidisciplinares, em contexto de trabalho, sendo que algumas propostas discutidas foram postas em prática, com ganhos em saúde para o doente e família (nomeadamente na melhoria de quadros de tosse ineficaz e características das secreções com redução das mesmas, após implementação de exercícios de RFR, ou na promoção de relaxamento muscular com alívio da dor, e estimulação da mobilização no leito com aumento da independência nas actividades, após implementação de um plano de mobilizações passivas e assistidas em doentes acamados). Neste sentido, também nos registos que realizo actualmente, tenho tido a preocupação de identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, que permitam posteriores estudos no âmbito da reabilitação em cuidados paliativos, tais como o impacto de intervenções de ER no alívio de sintomas e/ou nas alterações da mobilidade.

Assim, termino um percurso que considero acima de tudo um processo de crescimento pessoal e profissional, e que espero conseguir evidenciar as competências adquiridas contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados no sentido em que me permitirão intervir como Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação numa equipa de cuidados paliativos, designadamente:

- ✓ Agir como suporte da equipa multidisciplinar em cuidados paliativos, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença avançada e progressiva e sua família/cuidador/pessoa significativa.
- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença avançada e progressiva e sua família/cuidador/pessoa significativa.

Ao terminar este relatório, espero também ter conseguido salientar a importância do Enfermeiro de Reabilitação integrado numa equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos, que a par com outros profissionais, tem um papel fundamental no controlo de sintomas, na manutenção e reabilitação de capacidades físicas e psíquicas dos doentes, contribuindo assim para o conforto e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, R. K., Spiro, S. G., & Jett, J. R. (2008). *Clinical Respiratory Medicine* (3ªed.). Philadelphia.
- Albernethy, A. *et al.* (2009). Management of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Wien Medicine Wochenschor*, 23-24, p.583-590.
- Amir, Q. *et al.* (2008). Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 148 (2), 141 – 147.
- Ashbury, F., Findlay, M.A., Reynolds, B. & Mckerracher, K.A. (1998). A canadian survey of cancer patients experiences: are their needs being met? *J Pain Symptom Manage*. 16 (5). 298-306.
- Azevedo, P. (2010). Dispneia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.191-202). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Azeredo, C. (1993). *Fisioterapia respiratória moderna*. São Paulo: Editora Manole.
- Barbour, V.L. & Mead, G.E. (2012). Fatigue after stroke: The Patients prespective. *Hindawi Publishing Corporation, Stroke Research and treatment*, article 863031, 6 pages.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Braga, R. (2009). *Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos (4ª edição). Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bredin, M.; Corner, J.; Krishnasamy, M.; Plant, H.; Bailey, C. & A’kern, R. (1999). Multicenter randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung câncer. *BMJ*. 318.p.3.
- Breaden, K. (2011) Recent Advances in the Management of Breathlessness. *Indian Journal of Palliative Care*. Supplement. 29- 32.
- Caritas Health Group (2001). *Guidelines for using the Edmonton Symptom assessment System (ESAS)*. Regional Palliative Care Program.

- Campbell-Gilles, L. (2004). Guided imagery as treatment for anxiety and depression in breast cancer patients: A pilot study. Dissertação de Mestrado.
- Cheville, A.L. (2001). Rehabilitation of patients with advanced cancer. *Cancer Suppl* 92: 1039-1048.
- C. Lundh Hagelin Research & Development unit et al (2009). Fatigue dimensions in patients with advanced cancer in relation to time of survival and quality of life. *Palliative Medicine*. 23. 171–178.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Lusociência. Camarate.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). CIPE versão 2: *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coon, S.K. & Coleman, E.A. (2004). Keep moving: patients with myeloma talk about exercise and fatigue. *Oncol Nurs Forum*. 31. 1127-5111.
- Costa, D. (1999). *Fisioterapia respiratória básica*. São Paulo: *Atheneu*.
- Costa, M.; Coimbra, M. (1997). Cinesiterapia respiratória. Reeducação funcional respiratória. In Cruz, A. *Manual de Sinais Vitais. Técnicas de reabilitação II*. (pp.109-127) Coimbra: *Formasau*.
- Diário da República (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR 35/11, nº35, 2ª série de 18/2/2011.
- Dinalli, M. D. *et al* (2002). Espirometria no derrame pleural traumático. In Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Direcção Geral de Saúde[DGS] (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular informativa nº 40A\DSPCD.
- Direcção Geral de Saúde[DGS] (2010). Programa Nacional de Cuidados paliativos. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Dochterman, J.M. & Bulechek, G. M. (2004). *Nursing interventions classification (NIC)* (4ª ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Doyle, D., Hanks, G., Cherney, N. & Calman, K. (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (3ªed.). London: Oxford University Press.

- Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Edmonds, P. (2005). The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliative Medicine* 2005; 19:485–91.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2013). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem*. Lisboa.
- Esper, P. & Redman, B.C. (1999). Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer. *Urology Clinic North Am.* 26(2). 375-89.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures. Lusociência.
- Eyigor, S. (2010). Physical activity and rehabilitation programs should be recommended on palliative care for patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine.* 13 (10): 1183-4.
- Fabbro, E., Dalal, S. & Bruera, E. (2006). Symptom Control in Palliative Care- Part II: Cachexia/Anorexia and Fatigue. *Journal of Palliative Medicine.* 9(2). 409-415.
- Fabbro, E., Dalal, S. & Bruera, E. (2006). Symptom Control in Palliative Care- Part III: Dyspnea and Delirium. *Journal of Palliative Medicine.* 9(2). 422-426.
- Fallowfield L. et al (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training modol for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet* 359, p.650-656.
- Ferreira, S. *et al* (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa Pneumologia*. Vol 5(4) Agosto.
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar em Enfermagem.* 7. p.34-47.
- Freitas, C. (2007). O tratamento da doença pulmonary obstrutiva crónica. São Paulo. *Brasilia Médica.* n44. p.246-252.
- Gold, P. (2009). The 2007 GOLD Guidelines: a comprehensive care framework. *Respiratory Care*, 54(8), 1040-1049. Disease (updated 2010).
- Gómez-Batiste, X. *et al* (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Medicine Clinic* (Barcelona).135. 83-89.
- González Barboteo, J. (2008). Astenia. In Porta, J., Gómez-Batiste, X., Tuca, A. (2ºed.) *Manual de Control de Síntomas en pacientes com Cáncer Avanzado y Terminal.* (pp.262-269) Madrid. Arán Ediciones.

- Gupta, A.D., Lewis, S. & Shute, R. (2010). Patients living with cancer – the role of rehabilitation. *Journal Palliative Medicine*. 39(11). 844-6.
- Hartvig, P. *et al* (2006). Fatigue in cancer patients treated with cytotoxic drugs. *Journal Oncology Pharm Practice*. 12. 155-164.
- Hately, J., Laurence, V., Scott, A., Baker, R. & Thomas P. (2003). Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Palliative Medicine*. 17. 410-417.
- Heitor, C. (1998). *Reeducação Funcional Respiratória*. (2ª ed.). Lisboa: Boeringer Ingelheim para formação médica pré e pós graduação.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*. Loures. Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação- Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hench, L. (2007). Dyspnea Experience and Quality of Life among patients with Lung Cancer in Palliative Care. *Institute of Health and Care Sciences*. Goteborg University.
- Home, G. & Payne, S. (2004). Removing the boundaries: Palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine*. 18. 291-296.
- Hoeman, P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (2011). Regulamento Interno Unidade Assistência Domiciliária.
- Johnson, B. D. & Weisman, I. M. (2006). *Clinical exercise testing*. In J. Crapo, J. Glassroth, J. Karlinsky & T. E. King (Eds), *Baum's Textbook of pulmonary diseases* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jordhoy M.S., Inger Ringdal, G., Helbostad, J.L., Oldervoll, L., Loge, J.H. & Kaasa, S. (2007). Assessing physical functioning: A systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. *Palliative Medicine* 7(21). 673–682.
- Kelly, C. (2009). Long-term, ambulatory and short-burst oxygen therapy in the community. *Primary Health Care*. N9 (6), p.40-45.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept confort. *Image*. 23 (4). 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic confort. *Image*. 23 (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. NewYork: Springer.

- Kolcaba, K. (2009). *Comfort*. In Peterson, S. J., Bredow, T. S. (2^aed.) *Middle Range Theories. Application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lugassy, M. (2013). *What is the Role of Palliative Care in Stroke?* In: Goldstein; M. (Eds). *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine*. Saunders.
- Liebano, R. *et al* (2009). Principais manobras cinesioterapêuticas manuais utilizadas na fisioterapia respiratória: descrição das técnicas. *Revista Ciencia Medica, Campinas*. 18 (1). 35-45.
- Lindsay, J. & Gldtein, R. (2005). Management of dyspnea. Rehabilitation and exercise. In: Sam H.A, Martin F M, editors. *Supportive Care in respiratory disease*. (pp.189-215). Oxford: University press.
- Maddocks, M., Mockett, S. & Wilcock, A. (2009). Is exercise an acceptable and practical therapy for people with or cured of cancer? A systematic review. *Cancer Treatment Rev*. 35. 383–390.
- Madonesi *et al*. (2005). Impact of Palliative Care Unit admission on symptom control evaluated by Edmonton Symptom Assesment System. *Journal of pain and Symptom Management*. Vol. 30, n.4.
- Mahaler, D. *et al* (1992). Impact of dyspnea and physiologic function on general health status in patients with cronic obstructive pulmonary disease. *Chest* n102, p.395-401.
- Marciniuk, D. *et al*. (2011). Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Can Respir Journal*. 18. 1-10.
- Martinez, T. *et al*. (2000). Evaluation of the shortform 36-item questionnaire (SF-36) to measure health-related quality of life in patients with idiophathic fibrosis. *Chest*. N117, p.1627-1632.
- McDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal Palliative Medicine*. 5(2). 301-304.
- Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Mock, V. *et al* (2007) NCCN practice guidelines for cancer-related fatigue. *Oncology Williston Park, New York*. 14(11A). 151–61.
- Morris, J. *et al* (1986). Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *Journal Chronic Disiese*. 39. 47-62.

- Moreno, J. *et al* (2007). Análise descritiva do uso de ventilação mecânica não invasiva durante o exercício em paciente com DPOC. *Consciente Saúde*, 6(2), p.295-303.
- Mota, D. & Pimenta, C. (2002). Fatigue in patients with advanced cancer: concept, assessment and management. *Rev Brasileira Cancerologia*. 48 (4). 577-583.
- Müller-Busch, H.C., Oduncu, F.S., Woskanjan, S., Klaschik, E. (2004) Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation - A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Medicine Health Care Philos* 7. 333-339.
- Nascimento, H. (2010). Astenia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.213-228). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neal, L. J. (2004). Neuromuscular disorders. In Neal, L.J. & Guillet, S.E (Eds). *Care of the adults with a chronic illness or disability: a team approach*. St Louis; Mosby. P.378-392.
- Neto, I.G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Noel, S.C. & Montagnini, M.D. (2011). Rehabilitation of Hospice and Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*. Volume 14. Number 5.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de desenvolvimento Profissional- Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. 1-19.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *National cancer Control Programmes- Policies and Managerial Guidelines* (2ªed.). Geneva.
- Organização Mundial de Saúde (2009). WHO Definition of Palliative Care. Acedido em: 10/04/14. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>.

- Olazabal, S. (2003). Métodos e limpeza das vias áreas. In Gomes, M. & Sotto-Mayor, O, R. (pp. 1807-1812). *Tratado de Pneumologia. Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Oldervoll, L.M. *et al* (2006). The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *Journal Pain Symptom Management*. 31. 421–430.
- Oldervoll, L. M., *et al* (2011). Physical Exercise for Cancer Patients with Advanced Disease: A Randomized controlled trial. *The Oncologist*. 16. 1649-1657.
- Oliver, D. *et al* (2011). Palliative care in amyotrophic lateral sclerosis: a review os current international guidelines and initiatives. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*. Apr, 82(4), 413-8.
- Okamura, H. (2011). Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. *Japan. Journal Clinical Oncology*. Jun.
- Palacio, A., Calmels, P., Genty, M., Le-Quang, B. & Beuret-Blanquart, F. (2009). Oncology and physical medicine and rehabilitation *Ann Physical Rehabilitation Medicine*. 52. 568–578.
- Pamplona, P., & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XIII(1). 101–128.
- Pereira, S. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa. Universidade Católica Editora.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra. Quarteto.
- Pinto, A., Carvalho, M., Evangelista, T., Lopes, A. & Sales-Luis, L. (2003). Nocturnal pulse oximetry: a new approach to establish the appropriate time for non-invasive ventilation in ALS patients. *Amyotroph Lateral Scleroses Other Motor Neuron Disorders*, 4(1). p.31-35.
- Porta, J., Gómez-Batiste, X., Tuca, A. (2008). *Manual de Control de Síntomas en pacientes com Cáncer Avanzado y Terminal*. (2ª ed.). Madrid. Arán Ediciones.
- Presto, B. & Damásio (2009). *Fisioterapia Respiratória*. (4ªed). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Lda;
- Procter, S. & Reed, J. (1993). Teaching reflective practice: possibilities and constraints. In: Reed, J. & Procter, S., Nurse Education. *A reflective approach*; London. p.30-44.

- Radbruch, L. et al (2008). Fatigue in palliative care patients- an EAPC approach. *Palliative Medicine*. 22. 13–32.
- Raposo, A. (2012). *Efeito de uma intervenção educativa dirigida ao cuidador informal/utente com doença avançada no domicílio*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos (7ª edição). Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro. Acedido a 24/3/14. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Roger, V.L. et al (2011). Heart disease and stroke statistics: 2011 a report from the American Heart Association; *Circulation*. 123(4):240.
- Ruivo, M.A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15. 1-37.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P., Nunes, L. & Gonçalves, A. (2012). *Controlo da dispneia: estratégias farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de cuidados paliativos*. Revisão Sistemática de Literatura. Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco.
- Singer, P.A., Martin D.K. & Kelner, M. (1999). Quality end of life care: patients perspectives. *JAMA*. 281.163-8.
- Scialla, S.; Cole, R.; Scialla, T.; Bednarz, L. & Scheerer, J. (2000). Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: Making a transition to palliative care. *Palliative Medicine*. 14, 121-127.
- Sloman, R. (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer Nursing*: 25 (6), 432-435.
- Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., McIntyre L. & Tulsky, J.A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other providers. *JAMA*. 284.2476-82.
- Tookman, A., Hopkins, K. & Scharpen-von-Heussen, K. (2004). In Doyle, D., Hanks, G., Cherney, N. & Calman, K. (3ªed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (pp.1021-1031). London: Oxford University Press.

- Turner Stokes, L.; Sykes, N.; Silber, E.; Khatri, A.; Sutton, L. & Young, E.(2007). From diagnosis to death: exploring the interface between neurology, rehabilitation and palliative care in managing people with long-term neurological condition. *Clinic Medicine*.7(2):129-136.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 580–586.
- Yoshioka, H. (1994). Rehabilitation for the terminal cancer patient. *American Journal Physical Medicine Rehabilitation*. 73. 199–206.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Projecto de Aprendizagem



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO II
PROJECTO DE FORMAÇÃO

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO NO
ALÍVIO DA DISPNEIA E DA FADIGA NA PESSOA COM DOENÇA AVANÇADA E
PROGRESSIVA**

Sofia Gonçalves Lupi Nogueira

Lisboa

Julho 2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO II
PROJECTO DE FORMAÇÃO

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO NO ALÍVIO DA DISPNEIA E DA
FADIGA NA PESSOA COM DOENÇA AVANÇADA E PROGRESSIVA**

Sofia Gonçalves Lupi Nogueira

Orientação: Professora Maria do Céu Sá
Co- Orientação: Professor Ricardo Braga

Lisboa

Julho 2013

“Cure sometimes, treat often, comfort always.”

Hipócrates

SIGLAS

AVD – Actividades de Vida Diárias

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

DGS – Direcção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

RR – Reabilitação Respiratória

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

Índice

Introdução	6
1 Enquadramento Teórico	11
1.1 Cuidados Paliativos, Cuidados de Conforto e Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	11
1.2 Controlo de Sintomas	14
1.2.1 Dispneia	14
1.2.2 Fadiga.....	16
1.3 Reabilitação Respiratória	18
1.3.1 Reeducação Funcional Respiratória.....	19
2 Locais de Estágio	21
3 Considerações Finais	24
Referências Bibliográficas	26
Apêndices	33
Apêndice I - Planeamento das Actividades	
Apêndice II – Cronograma	
Apêndice III – Guião de Entrevistas	

Sequência de Quadros

Quadro 1- Etiologia da Dispneia.....	15
Quadro 2 – Etiologia da Fadiga.....	17

INTRODUÇÃO

Este projecto de aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, inserida no plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, cuja realização pretende ser um guia orientador para a sua implementação no decorrer do terceiro semestre deste curso.

Como enfermeira numa equipa de cuidados paliativos oncológicos, sou testemunha da multiplicidade e complexidade de sintomas que a pessoa com doença oncológica em fase avançada evidencia, num serviço cuja missão é “prestar cuidados coordenados e globais, a doentes e suas famílias, decorrente de doença avançada e progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida” (Regulamento interno Unidade de Assistência Domiciliária, 2011), no seu domicílio. Em contexto de internamento, como elemento da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da instituição, realizo consultadoria e acompanhamento de casos clínicos de doentes internados e suas famílias. Tenho presente a minha responsabilidade como elemento de ambas as equipas interdisciplinares, de desenvolver conhecimentos e competências especializadas, visando otimizar os cuidados prestados. Tal impeliu-me a reflectir sobre o contributo do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção de respostas adequadas às reais necessidades do doente e sua família, que se traduzam em ganhos para a saúde.

Assim, analisando retrospectivamente, em 2012, foram seguidos 82 doentes e suas famílias no domicílio e 102 em internamento, com diferentes tipologias de doença oncológica avançada. Dos sintomas referidos pelos doentes, a dispneia e a fadiga são frequentes, para além da dor. Por serem equipas com competências específicas em cuidados paliativos, as medidas farmacológicas e não farmacológicas promotoras do controlo sintomático e alívio do sofrimento foram implementadas, no entanto acreditamos que mais poderia ter sido feito se na equipa existisse um enfermeiro com formação especializada em reabilitação, o que me leva a interrogar:

Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que promovem o alívio da dispneia e da fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva?

Os Cuidados Paliativos consistem numa “(...) abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (OMS, 2002, 2009). São cuidados activos e totais que procuram o bem-estar e conforto do doente (Twycross, 2003).

Com o desenvolvimento dos cuidados paliativos, também a sua definição tem evoluído. Assim, de acordo com as mais recentes definições da OMS, não são apenas os doentes com cancro avançado que carecem destes cuidados, mas também as pessoas com insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, renal, hepática), patologias degenerativas e graves do sistema nervoso central, SIDA e demências na sua fase terminal, poderão beneficiar com uma abordagem paliativa (Neto, 2010).

A oferta de cuidados paliativos é efectuada com base nas necessidades determinadas pelo sofrimento consequente da doença e não por diagnósticos, defendendo-se um modelo de intervenção em cuidados paliativos preconizado como mais adequado – o modelo corporativo com intervenção nas crises (Gómez-Batiste et al, 2010) - em que se advoga que a maior parte dos cuidados paliativos pode e deve ser iniciado mais cedo, no decorrer da doença crónica e/ou grave e paralelamente ao cuidado activo, com o objectivo da maximização da qualidade de vida do doente (Doyle, 2004).

Concomitantemente, podemos assistir a um crescente número de trabalhos de investigação efectuados por diferentes grupos profissionais, nomeadamente na área da reabilitação, o que sugere um interesse cada vez maior e indicia que existe um potencial de investimento, ainda não totalmente explorado para os profissionais de reabilitação na área dos cuidados paliativos.

De facto, considerando os objectivos centrais dos cuidados paliativos, a reabilitação pode fornecer contributos importantes na melhoria da qualidade de vida do doente e família, no controlo de sintomas e no impacto psicológico e espiritual da doença (Tookman et al, 2004; Eyigor, 2010; Gupta, Lewis & Shute, 2010)).

Para Okamura (2011), os cuidados de reabilitação podem ser oferecidos desde o diagnóstico até aos estadios finais da doença, sendo crescente a evidência em estudos que mostram que a reabilitação pode beneficiar pessoas com cancro, doenças cardíacas e pulmonares em estadios avançados. Yoshioka (1994) demonstrou que 47% de doentes com cancro avançado internados, após intervenções de reabilitação, conseguiram autonomia

suficiente para regressarem ao domicílio. O mesmo autor concluiu que doentes que recebiam cuidados de reabilitação, revelavam melhorias a nível da qualidade de vida, na mobilidade, mas também no controlo sintomático como a dor, dispneia e linfedema.

O controlo de sintomas é um dos elementos chave dos cuidados paliativos, em qualquer fase da doença. De acordo com vários estudos (Singer, 1999; Steinhäuser, 2000) o controlo adequado da dor e outros sintomas são factores centrais na qualidade de vida dos doentes terminais e sua família. Para Macdonald (2002), o controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajectória da doença, para além do sofrimento que causa, poderá ter um efeito adverso na progressão da mesma.

Neste campo têm-se verificado avanços consideráveis no âmbito do tratamento paliativo, que inicialmente se dedicavam à necessidade de melhorar a abordagem à dor oncológica, mas entretanto muitos outros sintomas têm vindo progressivamente a merecer destaque na investigação e investimento clínico. Saliento a dispneia e a fadiga, pela sua elevada prevalência na doença oncológica avançada, entre 48 a 80% e 90% respectivamente (Azevedo, 2010), bem como o impacto de ambos os sintomas na qualidade de vida do doente.

A fadiga pode ser definida como um sintoma subjectivo e inespecífico de exaustão física e psíquica, cuja causa é multifactorial (Nascimento, 2010). No entanto, não está presente somente nas pessoas com doença oncológica em fase avançada, mas também em pessoas com doenças graves e crónicas como esclerose múltipla, SIDA, doença cardíaca e DPOC (Radbruch et al, 2008). Em comum a todas estas doenças, é o facto de a fadiga ser referida em vários estudos como um sintoma que interfere com a realização das actividades de vida diárias, com significativo impacto na qualidade de vida da pessoa (C LundhHagelin Research & Development unit et al, 2009; Radbruch et al, 2008). É ainda classificada pelos doentes como o sintoma mais duradouro, mais perturbador e muitas vezes o mais angustiante (Hawthorn, 2010).

O tratamento inclui medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas, sendo que os cuidados de enfermagem de reabilitação podem desempenhar um papel importante nestes últimos, nomeadamente na programação de exercício físico. Dado a sua causa ser multifactorial o tratamento não implica obrigatoriamente a sua eliminação mas poderá levar a uma melhoria significativa que o torne menos perturbador no dia a dia do doente. Mock et al (2000) sugerem como estratégias para o tratamento não farmacológico da fadiga, as técnicas

de conservação de energia, gestão de stress, relaxamento e programação das actividades de vida diárias.

Por seu lado, a dispneia é uma sensação subjectiva de falta de ar e dificuldade respiratória, sendo este um sintoma que gera particular sentimento de angústia, causando habitualmente um enorme sofrimento no doente e família. A sua gravidade depende em grande medida da sua etiologia (Azevedo, 2010) que é multifactorial.

As intervenções preconizadas consistem no controlo sintomático da dispneia, com o objectivo de promover o conforto (Foulcault, 2012). Kolcaba (2009) sugere como intervenções de enfermagem as medidas de conforto técnico que visam manter a homeostasia e controlo dos sintomas. Neste sentido o tratamento da dispneia em cuidados paliativos visa o seu alívio.

Dentro das abordagens terapêuticas, o tratamento não farmacológico passa por assegurar o bem-estar do doente e pôr em prática medidas que reduzam a sensação de falta de ar e intolerância ao esforço, tais como reduzir níveis de ansiedade do doente, promover um ambiente calmo, utilizar técnicas de relaxamento, bem como de técnicas no âmbito da cinesiterapia respiratória (Azevedo, 2010).

Os principais benefícios da cinesiterapia respiratória referem-se à prevenção e correcção das alterações músculo esqueléticas, na redução da tensão muscular e psíquica, na melhoria da permeabilidade das vias aéreas, prevenção e correcção de defeitos ventilatórios e na melhoria da performance dos músculos respiratórios, bem como na promoção da prática de exercícios de reeducação respiratória e reeducação no esforço (Lindsay & Gldtein, 2005), encontrando-se o enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação numa posição privilegiada para as implementar, pois tal como evidencia um estudo realizado por Braga (2009) as intervenções de enfermagem de reabilitação, com recurso à reeducação funcional respiratória, trazem benefícios na diminuição da sensação de falta de ar em doentes paliativos.

De forma a responder à questão orientadora deste projecto de aprendizagem bem como adquirir competências na área da reabilitação em enfermagem, defini o seguinte objectivo geral:

- ✓ Desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados especializados à pessoa com doença avançada e progressiva, que apresente necessidade de medidas de conforto para o alívio da dispneia e da fadiga;

Com o objectivo adicional de aprofundar outras competências nomeadamente no âmbito sensório-motor, surge o seguinte objectivo:

- ✓ Desenvolver competências de EEER para a prestação de cuidados especializados à pessoa com alterações sensoriomotoras, que condicionam o seu desempenho nas AVD.

Para a concretização dos mesmos, foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos na área de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reabilitação respiratória na pessoa com doença avançada e progressiva;
- ✓ Identificar as intervenções/medidas de conforto do EEER no alívio da dispneia e/ou fadiga, na pessoa com doença avançada e progressiva;
- ✓ Planear intervenções/medidas de conforto de EEER para o alívio da dispneia e/ou fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva, tendo em conta as suas especificidades;
- ✓ Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação que visem o alívio da dispneia e/ou fadiga, na pessoa com doença avançada e progressiva;
- ✓ Avaliar os ganhos em saúde na pessoa com doença avançada e progressiva, após intervenções/medidas de conforto implementadas para o alívio da dispneia e /ou fadiga;
- ✓ Compreender e reflectir sobre o papel do EEER na prestação de cuidados à pessoa com dispneia e ou fadiga decorrente de doença avançada e progressiva;

Este projecto é constituído por diferentes capítulos, sendo que no primeiro capítulo irei abordar os conceitos de cuidados paliativos, cuidados de conforto, cuidados de enfermagem de reabilitação, bem como aprofundar os sintomas dispneia e fadiga, analisando/reflectindo à luz da evidência sobre algumas das intervenções que podem ser desenvolvidas pelo EEER na promoção do seu alívio. Posteriormente identificam-se e justificam-se os locais de ensino clínico seleccionados, bem como as actividades a desenvolver na consecução deste projecto (Apêndice I). As mesmas obedecerão a um cronograma que se encontra em apêndice (Apêndice II).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Cuidados Paliativos, Cuidados de Conforto e Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Actualmente os cuidados paliativos são um direito humano e já em 1990 foram considerados pela OMS como uma prioridade a nível das políticas de saúde, divulgando recomendações a vários níveis, no sentido de serem implementadas programas de apoio global aos múltiplos problemas da pessoa com doença avançada (DGS, 2010).

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos define-os como “uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes com prognóstico de vida limitado”, através de “equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação” (PNCP,2004, p.8). No entanto importa explicitar a diferença entre cuidados paliativos e acções paliativas, estando estas definidas como o nível mais básico de palição, que corresponde à prestação de cuidados sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas, mas as mesmas são fundamentais para dar resposta à maioria das situações não complexas que os doentes e/ou as suas famílias apresentam (DGS, 2010). Estando a implementação deste projecto previsto para serviços que não dispõem de equipa de cuidados paliativos, mas que são asseguradas acções paliativas, no sentido de minorar as repercussões da doença sobre o bem-estar global do doente, tendo o EEER um contributo importante na promoção do conforto destes doentes.

O conceito de conforto historicamente está muito associado aos cuidados de enfermagem e à promoção do bem-estar. Podemos constatar que o termo conforto é utilizado frequentemente na prática diária de enfermagem, geralmente associada à dimensão física da pessoa, no entanto a literatura de enfermagem salienta o pensamento de algumas teóricas, como Jean Watson, Madeleine Leininger, Callista Roy, Morse e Katharine Kolcaba, que contribuíram para o consenso de que é um conceito mais abrangente, multidimensional e holístico.

Kolcaba (1994) na tentativa de desenvolver o conceito de conforto, bem como encontrar uma forma de operacionalizar e medir, desenvolveu a teoria de médio alcance. Nesta, o conforto é considerado como um resultado das intervenções de enfermagem, um estado dinâmico e bi-dimensional. A primeira dimensão engloba três tipos/necessidades de conforto – o *alívio* (estado de ter um desconforto específico aliviado), a *tranquilidade* (estado de calma ou contentamento necessário para que haja um desempenho eficaz das actividades de vida diária) e a *transcendência* (estado em que as pessoas conseguem suplantar os seus próprios problemas). A segunda dimensão refere-se aos quatro contextos onde o conforto pode ocorrer – *físico* (diz respeito às sensações corporais, inclui descanso, relaxamento, bem estar físico), *psico-espiritual* (inclui o significado da vida e a relação com uma ordem ou ser superior), *social* (diz respeito às relações interpessoais, familiares, sociais, incluindo aspectos financeiros, educacionais e de suporte) e *ambiental* (qualquer aspecto da família ou meios institucionais que afectem o conforto).

O enfermeiro procura estratégias que lhe permitem auxiliar a pessoa a reconhecer o tipo de desconforto vivenciado ajudando-a a encontrar conforto a um nível que lhe seja possível. Neste sentido, o enfermeiro procura proporcionar um estado de conforto, em que são satisfeitas as necessidades básicas, no que diz respeito aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991,1994, 2003), ou seja, tem em conta todas as suas dimensões. De forma mais concreta, o enfermeiro pode proporcionar diferentes formas de conforto, no que se refere por exemplo *ao alívio* físico, quando ajuda a pessoa a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio de um sintoma como a dispneia ou a fadiga; *à tranquilidade*, implementando medidas como técnicas de relaxamento ou massagem terapêutica que proporcionam calma e facilitam um desempenho mais eficiente; e *à transcendência*, reforçando ensinamentos que contribuam para que a pessoa tome consciência de que tem competências e potencial para gerir a sua situação de doença. A promoção do conforto é avaliado pelo enfermeiro tendo em conta os resultados que este obteve através de medidas/intervenções implementadas, que são tão mais eficazes quanto mais confortável a pessoa o verbalizar ou evidenciar através de atitudes e expressões.

Para esta autora, as intervenções de enfermagem concebidas para abordar as necessidades de conforto são designadas de medidas de conforto, podendo estas ser de três tipos: *medidas de conforto técnicas*, que são intervenções implementadas para manter a homeostasia e gerir

sintomas, são desenhadas para ajudar o doente a manter ou recuperar funções fisiológicas, ou proporcionar conforto, e prevenir complicações; *orientação*, que são intervenções que visam aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar a planear realisticamente a recuperação, integração, ou a morte numa forma culturalmente sensível; e *cuidados confortadores da alma*, como massagens, adaptações ambientais para aumentar a paz e a tranquilidade, imaginação guiada, terapia musical, reminiscência e toque terapêutico.

As definições, filosofia e objectivos dos cuidados paliativos vão ao encontro daquele que é segundo Kolcaba (2009), o papel do enfermeiro, isto é, o profissional com intervenção intencional de confortar as necessidades do doente, criar medidas de conforto para responder às suas necessidades e reavaliar o nível de conforto após a sua implementação, sendo esta a base de intervenção do EEER na qual o mesmo procura ajudar a pessoa a recuperar/manter as suas funções, resultando daí o alívio de sintomas (Braga, 2009).

Vários autores definem diferentes fases dos cuidados paliativos, estando estas relacionadas com os momentos de evolução da doença, necessidades, objectivos e cuidados. Muller-Busch & Klaschik (2004), identificaram 4 fases: Reabilitativa, Pré-terminal, Terminal e Final.

Na fase Reabilitativa, a prestação de cuidados paliativos pode ser feita ao longo de anos/meses. A pessoa com doença grave, incurável e progressiva mantém a sua mobilidade e o grande objectivo dos cuidados de reabilitação é o de preservar a sua autonomia e autocuidado, através de um controlo sintomático adequado. O EEER assume junto da pessoa, um papel de extrema importância uma vez que desenvolve actividades que visam que esta viva o mais activamente possível, potenciando as suas capacidades, “(...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Diário da República, 2011, p. 8658), de acordo com os seus desejos e projecto de vida.

Neste sentido, os cuidados de reabilitação, são uma resposta efectiva na ajuda à pessoa, na recuperação e/ou manutenção de funções, assim como no controlo sintomático, com vista à manutenção e promoção da qualidade de vida.

Em cuidados paliativos existem quatro áreas fundamentais de intervenção, nomeadamente o controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa (Neto, 2010), sendo que este projecto pretende estar inserido dentro de uma destas áreas mais específicas – o controlo de sintomas, abordado no subcapítulo seguinte.

1.2 Controlo de Sintomas

Como forma de alívio do sofrimento, o controlo sintomático apresenta-se como um dos instrumentos básicos dos cuidados paliativos, dada a necessidade de saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os sintomas que surgem e que acabam por desencadear uma série de alterações no bem-estar do doente e família (Neto, 2010).

O desenvolvimento técnico e científico permite que actualmente este controlo seja possível e eficaz, possibilitando que o doente encontre sentido e qualidade de vida, no tempo que lhe resta de vida. O controlo de sintomas como parte integrantes dos Cuidados Paliativos é possível com recurso a terapêuticas farmacológicas, bem como a medidas não farmacológicas, as quais terão maior evidência neste projecto.

Tal como foi referido inicialmente, serão abordados sintomas como a dispneia e fadiga, pela sua elevada prevalência e impacto na qualidade de vida do doente e sua família, cuja especificidade irá ser descrita de seguida.

1.2.1 Dispneia

No contexto de cuidados paliativos a dispneia é um dos sintomas mais angustiantes e frequentes na pessoa com doença avançada e incurável (65 a 90%) (Breaden, 2011), assim como em doentes oncológicos (48 a 80%) (Azevedo,2010), podendo constatar-se um aumento da sua prevalência nos últimos dias de vida (80%) (Porta et al, 2008).

É um sintoma subjectivo de desconforto respiratório, que pode ser influenciado por vários factores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Este facto, pode tornar difícil a gestão da dispneia, que para além da necessidade de avaliação dos factores etiológicos, tem ainda de considerar a “(...) sensibilidade individual de cada doente que condiciona o grau de tolerância e aceitação desta manifestação clínica” (Azevedo, 2010 p.178), uma vez que alguns doentes podem expressar uma sensação perturbadora resultante do aumento do trabalho respiratório, enquanto que outros podem experienciar e expressar uma sensação de limitação e perda de

autonomia com diminuição da tolerância ao esforço (Azevedo, 2010). Por outro lado, para além dos aspectos fisiopatológicos da dispneia, esta também sofre influência de componentes psicossociais, pelo que medidas mais objectivas como a saturação de oxigénio ou a gasimetria arterial nem sempre estão correlacionados com a severidade da doença (Fabro et al, 2006). Tal deve ser considerado pelo profissional aquando da avaliação deste sintoma, uma vez que apesar dos parâmetros analíticos se revelarem normais, o doente pode referir sensação de falta de ar.

Para uma abordagem terapêutica adequada, a sistematização das diferentes causas poderá ser útil, no contexto de doença oncológica em fase avançada dever-se-á ponderar aos seguintes pontos:

Quadro 1- Etiologia da Dispneia

Consequência directa ou indirecta da invasão local ou disseminação metastática de neoplasia	Obstrução das vias aéreas; Invasão do parênquima pulmonar; Linfangite carcinomatosa; Derrame pleural; Síndrome da veia cava superior; Derrame pericárdico; Ascite com distensão abdominal e elevação do diafragma.
Consequência da terapêutica antineoplásica	Cirurgia (pneumectomia, lobectomia ou ressecção atípica); Radioterapia (com consequente lesão fibrosante); Quimioterapia (fármacos que comprometem o parênquima pulmonar, ou que conduzem a miocardiopatia).
Outras causas	Caquexia e fraqueza dos músculos respiratórios; Anemia; Dificuldade na mobilização de secreções; Insuficiência cardíaca; Infecção respiratória; Tromboembolismo pulmonar; Acidose metabólica; Edema agudo do pulmão; Broncospasmo; Pneumotórax; Dor torácica; Ansiedade.

Fonte: Adaptado de Azevedo, 2010

O tratamento da dispneia pode ser baseado em medidas farmacológicas – opióides, benzodiazepinas, furosemida e oxigenoterapia – e não farmacológicos.

As opções terapêuticas, deverão ter em consideração a gravidade do sintoma e o seu impacto do ponto de vista funcional e da qualidade de vida (Azevedo, 2010).

Como medidas não farmacológicas, vários estudos identificam a reeducação funcional respiratória como um contributo para a redução da dispneia em doentes com cancro do

pulmão (Bredin et al, 1999; Hately et al, 2003), outros há que sugerem que o EEER tem um papel activo neste processo pois verificou-se que após a sua intervenção existiram ganhos para os doentes, designadamente no controlo de sintomas como a dispneia, independentemente da doença avançada e debilidade física (Braga, 2009). O EEER de modo a otimizar a sua intervenção deverá explorar o significado de falta de ar para o doente, podendo implementar estratégias que auxiliem na gestão da dispneia e no reconhecimento precoce das alterações fisiológicas, bem como treinar técnicas de relaxamento que frequentemente se traduzem em alívio do sintoma (Amir *et al*, 2008; Marciniuk *et al*, 2011).

1.2.2 Fadiga

A fadiga é definida como uma sensação subjectiva e persistente de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva (Mock et al, 2007), que pode estar relacionada com evolução da doença ou com o seu tratamento (Coon & Coleman, 2004), interferindo significativamente no funcionamento normal do doente (González Barboteo, 2008). Constitui-se um problema muito comum nos doentes oncológicos em todas as fases da doença e afecta profundamente a sua qualidade de vida (Porta et al, 2008; Hartvig et al, 2006), mas também ocorre com impacto similar em doenças como insuficiências cardíacas graves (Home & Payne, 2004), DPOC (Elkington, 2005), condiciona a qualidade de vida e funcionalidade de doentes com SIDA (Breitbart et al, 1998), sendo ainda referida por doentes vítimas de AVC como uma das mais severas sequelas da doença (Ingles, Eskes & Phillips, 1999).

Pode ser aguda ou crónica, esta última designação ocorre quando a pessoa relata uma fadiga que não melhora com o repouso e restringe a sua capacidade funcional (Mota & Pimenta, 2002). A sua intensidade também pode variar, mas é na fase mais avançada da doença que esta é mais evidente e verbalizada pelos doentes como um extremo desconforto (Esper & Redman, 1999) e com maior impacto na qualidade de vida (Asbury et al, 1998).

Os mecanismos fisiológicos e psicológicos subjacentes à fadiga, são pouco conhecidos e podem ser atribuídos a factores directos relacionado com a doença, como já foi referido anteriormente, no entanto existem factores induzidos (ex: astenia/caquexia) e factores acompanhantes (ex: caquexia, infecção, anemia, hipoxia quimioterapia, radioterapia, síndromes paraneoplásicos) que também têm de ser considerados (Nascimento, 2010).

Na doença oncológica em fase avançada são várias as causas que potenciam a fadiga:

Quadro 2 – Etiologia da Fadiga

Patologias não relacionadas com o cancro	Doenças concomitantes Alterações neuromusculares Problemas emocionais (ansiedade e depressão)
Alterações hidro-electrolíticas, bioquímicas e hematológicas	Mal nutrição Desidratação Hipercalcémia Febre Infecção Anemia Diabetes
Relacionada com tratamentos	Psicotropos Diuréticos Antihipertensivos Antidiabéticos Antineoplásicos Radioterapia Cirurgia
Síndromes paraneoplásicas	

Fonte: Adaptado de Nascimento, 2010

Numa situação de doença avançada, o controlo da fadiga visa manter a capacidade funcional e minimizar as perdas da pessoa, procurando o seu bem-estar bio-psico-socio-espiritual (Mota & Pimenta, 2002), recorrendo a medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas.

Como medidas gerais considera-se fundamental investigar as causas da fadiga, avaliando e explorando com o doente e família o significado e impacto deste sintoma, escutar receios, suspensão de terapêutica que possa contribuir para aumento da fadiga e corrigir causas possíveis de melhorar (hipercalcémias, anemias, infecções, alterações do sono, etc.) (Nascimento, 2010).

A fadiga tem sido um sintoma aceite tanto pelos doentes como profissionais, como um dado inevitável associado ao cancro e a outras doenças incuráveis, o que tem atrasado o desenvolvimento deste tema, que embora necessite de maior investimento no presente, já existe evidência de medidas que podem contribuir para o seu alívio e conseqüente melhoria da

qualidade de vida do doente e sua família. Adaptar as actividades de vida diárias, fornecer equipamentos necessários à promoção da autonomia, utilizar técnicas de conservação de energia e mobilização, são intervenções que apesar de não significarem a eliminação completa da fadiga, podem trazer uma melhoria suficiente para que este sintoma se torne menos relevante para o doente e neste sentido é importante que as intervenções sejam planeadas “ (...) em termos realísticos, tendo sempre em consideração que pequenos passos na melhoria da condição do doente podem significar muito para todos.” (Nascimento, 2010).

Considerando as medidas não farmacológicas encontradas na bibliografia consultada e tendo presente as áreas de actuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como os contextos da prática clínica onde pretendo desenvolver e aprofundar o processo de aquisição de competências específicas, reflectirei à luz da evidencia, no subcapítulo seguinte, sobre algumas das intervenções que poderei vir a implementar nos diferentes ensinamentos clínicos.

1.3 Reabilitação Respiratória

A reabilitação respiratória (RR), é compreendida como um programa de intervenção global e multidisciplinar, dirigido a pessoas com doença do foro respiratório, vocacionado para doentes crónicos, sintomáticos (DGS, 2009), contribuindo para prevenir e tratar vários aspectos relacionados com desordens respiratórias, tais como a obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da função ventilatória, dispneia e melhoria da performance de exercícios (Liebano et al, 2009).

De acordo com Menoita (2012), um programa de RR deve ser contextualizado e adaptado individualmente, considerando os vários factores relacionados com a doença, com a pessoa, o local onde vai ser desenvolvido bem como os meios e recursos disponíveis. O papel do enfermeiro de reabilitação, dirigido à pessoa com alterações do foro respiratório, é transversal a qualquer fase de ciclo de vida. Deste modo, qualquer que seja o programa de RR, este deverá ser adaptado individualmente, adequando as técnicas disponíveis ao pretendido.

Assim e atendendo os contextos dos ensinamentos clínicos e a circunstância individual de cada pessoa, poder-se-á incluir no plano individual de intervenção, componentes da RR tais como a Reeducação Funcional Respiratória e treino de exercícios, que serão abordadas em seguida.

1.3.1 Reeducação Funcional Respiratória

A Reeducação Funcional Respiratória (RFR) também designada por cinesiterapia respiratória é definida como a terapêutica que utiliza o movimento na sua intervenção (Heitor, 1998) com o objectivo de restabelecimento do padrão funcional da respiração (Olazabel, 2003), que se traduz na mobilização e eliminação de secreções brônquicas, melhoria da ventilação e da reexpansão pulmonar, promoção da oxigenação e trocas gasosas, diminuição do trabalho respiratório e do consumo de oxigénio, aumento da mobilidade torácica e da força muscular respiratória, aumento da endurance e reeducação da musculatura respiratória, prevenindo complicações, acelerando a recuperação da pessoa (Costa, 1999; Azeredo, 1993).

No contexto de prática clínica poder-se-á privilegiar o ensino de **técnicas de descanso e relaxamento**, que visam reduzir a tensão física e psíquica da pessoa, de forma a promover o seu desempenho e conforto (Heitor, 1998). Nas situações caracterizadas por ansiedade e tensão muscular, pode ser benéfico a associação de massagem para relaxamento dos músculos peitorais, escalenos, trapézios e esternocleidomastoideu (Costa & Coimbra, 1997).

Uma outra técnica a ser utilizada para relaxamento da região superior do tórax, região escapulo-umeral que induz a um relaxamento físico e psíquico é a **tomada de consciência e controlo da respiração** (Olazabel, 2003). Nesta técnica associa-se o treino de dissociação dos tempos respiratórios, com os lábios semicerrados e treino da respiração diafragmática, com o objectivo de uma maior eficácia respiratória (Menoita, 2012).

Por seu lado a **respiração diafragmática** contribui para a redução do trabalho respiratório e o alívio da dispneia, promovendo a ventilação das bases do pulmão, favorecer um padrão respiratório fisiológico (Olazabel, 2003), ajudando a pessoa a consciencializar e controlar o padrão ventilatório diafragmático (Presto & Damásio, 2009), existindo evidencia que com a sua aplicação há melhorias no padrão respiratório.

Gold (2009) refere ainda que os doentes com DPCO beneficiam de treino de exercício, com melhorias na tolerância ao esforço e alívio de sintomas como a dispneia e fadiga. O mesmo autor acrescenta que os exercícios aeróbicos estão recomendados para pessoas com DPOC independentemente do estadio da doença. Existem também estudos que incluem pessoas com doença oncológica em fases avançadas, que apresentam melhorias significativas na sua capacidade cardiovascular, redução da fadiga, melhoria do padrão de sono, do seu bem-estar, aumento de energia e qualidade de vida, quando submetidas a programas de

exercício físico (Eyigor, 2010; Jordhoy et al, 2007; Oldervoll et al, 2006), inclusive constatou-se que os doentes acamados ou em estádios avançados da doença, beneficiaram de programas de exercício físico (Palacio et al,2009; Maddocks et al, 2009; Oldervoll et al, 2006).

De acordo com Hoeman (2011), podemos considerar que um programa de exercícios personalizado para as condições específicas dos doentes e com objectivos realistas, oferecem oportunidades para que estes possam participar na alteração do curso da doença, por exemplo, mantendo a força muscular e a mobilidade.

As técnicas de conservação de energia são intervenções que o enfermeiro EER poderá desenvolver no sentido de reduzir a sensação de dispneia, prevenir, diminuir ou retardar o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias (Presto & Damásio, 2009)., bem como aliviar a fadiga. Realizar uma gestão de energia, significa regular o uso de energia e otimizar a função (Dochterman & Bulechek, 2004). Consistem no estabelecimento de estratégias individualizadas, ajustadas às circunstâncias pessoais do doente, traduzindo-se na planificação conjunta das actividades de vida diária e dos períodos de descanso, educar para a redistribuição dos objectos mais frequentemente utilizados, promovendo sempre que possível a eliminação de barreiras arquitectónicas, visando facilitar a redução do gasto de energia, aliviar a fadiga e a sensação de dispneia da pessoa enquanto as realiza (Albert et al, 2008; Hoeman, 2011).

Em suma, nos últimos anos um crescente número de evidência científica corrobora estas intervenções dado que têm sido documentados benefícios de programas de treino de exercícios, treino ao esforço e treino das técnicas de conservação de energia, na população alvo dos diferentes locais de estágio (Oldervoll, 2011; Panplona & Morais, 2007; Velloso & Jardim, 2006).

2. LOCAIS DE ESTÁGIO

Os contextos de aprendizagem prática devem ser promotores de experiências reais, relacionados com a problemática e para que uma competência se converta em saber, é fundamental a realização de um exercício de reflexão sobre a prática, com vista à visualização de novas formas de actuar (D'Espiney, 1997).

Para a concretização deste projecto e objectivos delineados, bem como o intuito do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação, foram seleccionados como campos de estágio o serviço de pneumologia 8 do Centro hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria e o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Em ambas as Instituições foi realizada uma visita às instituições e entrevistas informais (Apêndice III) aos enfermeiros chefes respectivos, de forma a compreender especificidades e adequação dos serviços à realização deste projecto.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), consagra na sua missão a prestação de cuidados de saúde, a formação pré e pós graduada e continuada, a inovação e investigação. Enquadrado nestas funções, o serviço de Pneumologia deste hospital, encontra-se no 8º Piso e tem como finalidade prestar cuidados de saúde nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças do foro respiratório, em internamento. As actividades relacionadas com a formação estão muito presentes neste serviço, já que integram em ensino clínico vários grupos de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, etc) em contexto pré e pós-graduado, e alguns dos seus elementos têm colaborado em aulas de Mestrado, cursos de pós-graduação e acções implementadas pelo centro de formação desta instituição. A escolha do serviço de pneumologia 8 prende-se também com a sua especificidade no que respeita a patologias do foro respiratório, nomeadamente doenças oncológicas como neoplasias do pulmão, podendo ser frequente encontrar pessoas com doenças respiratórias em fases avançadas.

Neste sentido, é um serviço que pode recorrer à equipa da dor e equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, quando existem situações que necessitam de intervenção diferenciada, sobretudo para controlo sintomático. Considero um estágio adequado para o desenvolvimento de competências de EEER para a prestação de cuidados ao doente com limitações/incapacidade da função respiratória, particularmente nas intervenções para o alívio da dispneia e fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva.

Por outro lado, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) é reconhecido nacionalmente como um centro de excelência e de referência na prestação de cuidados de reabilitação. Pertencente à Santa casa da Misericórdia de Lisboa, surgiu em 1966 como o primeiro centro em Portugal, totalmente dedicado à Medicina Física e Reabilitação, considerando-se como líder na prestação de cuidados e acompanhamento, bem como nas áreas de investigação e formação de profissionais de saúde nas diversas áreas de actuação. Assim, tem como principais objectivos reabilitar pessoas com deficiência de predomínio motor ou multideficiência (congénita ou adquirida e em qualquer fase da vida), promover a formação dos profissionais, desenvolver investigação na área da prevenção e tratamento da deficiência e desenvolver novas áreas de apoio ao diagnóstico em reabilitação.

O Enfermeiro do CMRA realiza uma avaliação do estado da pessoa, decorrente da situação clínica; identifica os problemas e planifica as intervenções de enfermagem na sua globalidade, tendo como objectivo final promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida da pessoa e da família. As Unidades de Internamento são constituídas por uma equipa de enfermeiros em que cada pessoa tem um enfermeiro responsável, desde a admissão até à alta. Neste centro existe uma Unidade Terapêutica de Actividades da Vida Diária onde a equipa de enfermagem presta cuidados a pessoas internadas ou em ambulatório cujo principal objectivo é o de avaliar e treinar as pessoas na execução das suas AVD, optimizando a sua autonomia. Cabe também a esta equipa informar utentes e famílias sobre as ajudas técnicas/materiais de apoio mais adequados para executar as referidas actividades com segurança e menor dispêndio de energia, avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitectónicas e implementar as adaptações necessárias na habitação.

Neste sentido procuro com a realização deste estágio a oportunidade de conhecer um contexto muito diferente da minha realidade profissional, uma vez que sempre exerci funções como enfermeira na área da oncologia. Considero-o um desafio pessoal e profissional, que

contribuirá para a aquisição de competências como enfermeira especialista de reabilitação na área sensoriomotora. Também relativamente aos objectivos deste projecto, no que concerne ao alívio da fadiga, após pesquisa de evidência científica foram encontradas intervenções que se referem a programas que equilibram a actividade física e a conservação de energia, bem como o planeamento das actividades de vida diárias. Neste sentido, parece-me pertinente a experiência de duas semanas no treino de AVD que está contemplado como actividade no decorrer deste estágio, uma vez que poderá ser um contributo para o desenvolvimento de competências a mobilizar para o alívio da fadiga na pessoa com doença avançada.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A metodologia de projecto é um método centrado na análise e resolução de problemas (...), que surgem da necessidade de responder a um desejo, de resolver uma necessidade ou de enfrentar um desafio” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.34).

Neste sentido, o presente projecto é o primeiro passo de um processo que se prevê árduo, mas que espero ser gratificante e de desenvolvimento profissional e pessoal. A sua concretização pretende decorrer no 3º semestre deste curso, e posteriormente a divulgação dos seus resultados em relatório de estágio com o término do estágio.

Este projecto integra duas áreas particularmente significativas para mim, enquanto pessoa e enquanto enfermeira, os cuidados paliativos e os cuidados de enfermagem de reabilitação, pois no meu contexto profissional deparo-me diariamente com uma população cada vez mais envelhecida, com necessidades específicas, com limitações e compromissos funcionais decorrentes de doenças avançadas e incuráveis. Assim compreendo os cuidados de enfermagem de reabilitação como complementares aos cuidados paliativos na procura/auxílio à pessoa no sentido de atingir e obter o seu potencial máximo a nível físico, psicológico, social e espiritual, independentemente do prognóstico (Twycross, 2003).

Com a implementação deste projecto de aprendizagem pretendo adquirir competências que me permitirão intervir como Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação numa equipa de cuidados paliativos, designadamente:

- ✓ Agir como suporte da equipa multidisciplinar em cuidados paliativos, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença avançada e progressiva e sua família/cuidador/pessoa significativa.
- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença avançada e progressiva e sua família/cuidador/pessoa significativa.

Finalizando, não posso deixar de acrescentar que este é um documento dinâmico, flexível e abrangente e como tal os objetivos delineados, bem como o referencial teórico, poderão ser reajustados ao longo do percurso acadêmico, no sentido da otimização do processo de aprendizagem e de aquisição de competências. Este é um primeiro passo de um longo caminho, no qual poderão surgir obstáculos, mas encontro-me motivada para os contornar, esperando concluir esta etapa com êxito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, R. K., Spiro, S. G., & Jett, J. R. (2008). *Clinical Respiratory Medicine* (3ª ed.). Philadelphia;
- Amir, Q.; et al. (2008). Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 148 (2), 141 – 147;
- Ashbury, F., Findlay, M.A., Reynolds, B. & Mckerracher, K.A. (1998). A canadian survey of cancer patients experiences: are their needs being met? *J Pain Symptom Manage*. 16 (5). 298-306;
- Azevedo, P. (2010). Dispneia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.191-202). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Azeredo, C. (1993). *Fisioterapia respiratória moderna*. São Paulo: Editora Manole;
- Braga, R. (2009). *Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos (4ª edição). Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa;
- Bredin, M.; Corner, J.; Krishnasamy, M.; Plant, H.; Bailey, C.& A' kern, R. (1999). Multicenter randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung câncer. *BMJ*. 318.p.3;
- Breaden, K. (2011) Recent Advances in the Management of Breathlessness. *Indian Journal of Palliative Care*. Supplement. 29- 32;
- C. Lundh Hagelin Research & Development unit et al (2009). Fatigue dimensions in patients with advanced cancer in relation to time of survival and quality of life. *Palliative Medicine*. 23. 171–178;
- Coon, S.K. & Coleman, E.A. (2004). Keep moving: patients with myeloma talk about exercise and fatigue. *Oncol Nurs Forum*. 31. 1127-5111;
- Costa, D. (1999). *Fisioterapia respiratória básica*. São Paulo: Atheneu;

- Costa, M.; Coimbra, M. (1997). Cinesiterapia respiratória. Reeducação funcional respiratória. In Cruz, A. *Manual de Sinais Vitais. Técnicas de reabilitação II.* (pp.109-127) Coimbra: Formasau;
- D'Espiney, L. (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros – Uma experiência em contexto de trabalho. In Canário, R. (org). *Formação e situações de trabalho* (pp.171-188). Porto: Porto Editora;
- Diário da República (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR 35/11, nº35, 2ª série de 18/2/2011;
- Direcção Geral de Saúde[DGS] (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular informativa nº 40A\DSPCD;
- Direcção Geral de Saúde[DGS] (2010). Programa Nacional de Cuidados paliativos. Lisboa. Ministério da Saúde;
- Dochterman, J.M. & Bulechek, G. M. (2004). *Nursing interventions classification (NIC)* (4ª ed.). St. Louis, MO: Mosby;
- Doyle, D., Hanks, G., Cherney, N. & Calman, K. (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* (3ªed.). London: Oxford University Press;
- Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Edmonds, P. (2005). The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliat Med* 2005; 19.485–91;
- Esper, P. & Redman, B.C. (1999). Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer. *Urol Clin North Am.* 26(2). 375-89;
- Eyigor, S. (2010). Physical activity and rehabilitation programs should be recommended on palliative care for patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine.* 13 (10): 1183-4;
- Fabbro, E., Shalini, D. & Bruera, E. (2006). Symptom Control in Palliative Care- Part III: Dyspnea and Delirium. *Journal of Palliative Medicine.* 9(2). 422-426;
- Foucault, C. (2012). *A arte de tratar em cuidados paliativos – perspectivas de enfermagem.* Lisboa. Instituto Piaget;
- Gold, P. (2009). The 2007 GOLD Guidelines: a comprehensive care framework. *Respiratory Care*, 54(8), 1040-1049. Disease (updated 2010);

- Gómez-Batiste, X. et al (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barcelona)*.135. 83-89;
- González Barboteo, J. (2008). Astenia. In Porta, J., Gómez-Batiste, X., Tuca, A. (2ªed.) *Manual de Control de Síntomas en pacientes com Câncer Avanzado y Terminal*. (pp.262-269) Madrid. Arán Ediciones;
- Gupta, A.D., Lewis, S. & Shute, R. (2010). Patients living with cancer – the role of rehabilitation. *Journal Palliative Medicine*. 39(11). 844-6;
- Hartvig, P. et al (2006). Fatigue in cancer patients treated with cytotoxic drugs. *J Oncl Pharm Pract*. 12. 155-164;
- Hately, J., Laurence, V., Scott, A., Baker, R. & Thomas P. (2003). Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Palliative Medicine*. 17. 410-417;
- Heitor, C. (1998). *Reeducação Funcional Respiratória*. (2ª ed.). Lisboa: Boeringer Ingelheim para formação médica pré e pós graduação;
- Home, G. & Payne, S. (2004). Removing the boundaries: Palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine*. 18. 291-296;
- Hoeman, P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação* (4ª ed.). Loures: Lusociência;
- Ingles J.L., Eskes G.A., & Phillips S.J. (1999). Fatigue after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.80 (2).173–178;
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (2011). Regulamento Interno Unidade Assistência Domiciliária;
- Jordhoy M.S., Inger Ringdal, G., Helbostad, J.L., Oldervoll, L., Loge, J.H. & Kaasa, S. (2007). Assessing physical functioning: A systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. *Palliative Medicine* 7(21). 673–682;
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic confort. *Image*. 23 (4). 237-240;
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept confort. *Image*. 23 (4). 237-240;
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. NewYork: Springer;
- Kolcaba, K. (2009). Confort. In Peterson, S. J., Bredow, T. S. (2ªed.) *Middle Range Theories. Application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;

- Liebano, R. et al (2009). Principais manobras cinesioterapêuticas manuais utilizadas na fisioterapia respiratória: descrição das técnicas. *Rev Cienc Med, Campinas*. 18 (1). 35-45;
- Lindsay, J. & Gldtein, R. (2005). Management of dyspnea. Rehabilitation and exercise. In: Sam H.A, Martin F M, editors. *Supportive Care in respiratory disease*. (pp.189-215). Oxford: University press;
- Maddocks, M., Mockett, S. & Wilcock, A. (2009). Is exercise an acceptable and practical therapy for people with or cured of cancer? A systematic review. *Cancer Treat Rev*. 35. 383–390;
- Marciniuk, D. et al. (2011). Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Can Respir J*. 18. 1-10;
- McDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *J Palliat Med*. 5(2). 301-304;
- Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência;
- Mock, V. et al (2000) NCCN practice guidelines for cancer-related fatigue. *Oncology* Williston Park, NY. 14(11A). 151–61;
- Mota, D. & Pimenta, C. (2002). Fatigue in patients with advanced cancer: concept, assessment and management. *Rev Brasileira Cancerologia*. 48 (4). 577-583;
- Müller-Busch, H.C., Oduncu, F.S., Woskanjan, S., Klaschik, E. (2004) Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation - A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos* 7. 333-339;
- Nascimento, H. (2010). Astenia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.213-228). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Neto, I.G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Organização Mundial de Saúde (2002). *National cancer Control Programmes- Policies and Managerial Guidelines* (2ªed.). Geneva;
- Organização Mundial de Saúde (2009). WHO Definition of Palliative Care. Acedido em: 10/06/13. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>;

- Olazabel, S. (2003). Métodos e limpeza das vias áreas. In Gomes, M. & Sotto-Mayor, O, R. (pp. 1807-1812). *Tratado de Pneumologia. Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Lisboa: Permanyer Portugal;
- Oldervoll, L.M. et al (2006). The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *J Pain Symptom Manage*. 31. 421–430;
- Oldervoll, L. M., et al (2011). Physical Exercise for Cancer Patients with Advanced Disease: A Randomized controlled trial. *The Oncologist*. 16. 1649-1657;
- Okamura, H. (2011). Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. *Jpn. J. Cli. Oncology*. Jun. Japão;
- Palacio, A., Calmels, P., Genty, M., Le-Quang, B. & Beuret-Blanquart, F. (2009). Oncology and physical medicine and rehabilitation *Ann Phys Rehabil Med*. 52. 568–578;
- Pamplona, P., & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XIII(1). 101–128;
- Porta, J., Gómez-Batiste, X., Tuca, A. (2008). *Manual de Control de Síntomas en pacientes com Cáncer Avanzado y Terminal*. (2ª ed.). Madrid. Arán Ediciones;
- Presto, B. & Damásio (2009). *Fisioterapia Respiratória*. (4ªed). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Lda;
- Radbruch, L. et al (2008). Fatigue in palliative care patients- an EAPC approach. *Palliative Medicine*. 22. 13–32;
- Ruivo, M.A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15. 1-37;
- Singer, P.A., Martin D.K. & Kelner, M. (1999). Quality end of life care: patients perspectives. *JAMA*.281.163-8;
- Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., McIntyre L. & Tulsky, J.A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other providers. *JAMA*. 284.2476-82;
- Tookman, A., Hopkins, K. & Scharpen-von-Heussen, K. (2004). In Doyle, D., Hanks, G., Cherney, N. & Calman, K. (3ªed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (pp.1021-1031).London: Oxford University Press;
- Twycross, R.(2003). *Cuidados Paliativos*.(2ªed.) Lisboa: Climepsi;

Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 580–586;

Yoshioka, H. (1994). Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil.* 73. 199–206.

APÊNDICES

APÊNDICE II

Planeamento das Actividades

Planificação das Actividades

Objectivo Geral:

- ✓ Desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados especializados à pessoa com doença avançada e progressiva, que apresente necessidade de alívio da dispneia e da fadiga;

Serviço de Pneumologia				
Domínios e Competências	Objectivos Específicos	Actividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2- Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente seguro</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<p>1- Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, a dinâmica, o funcionamento, organização e actividades do serviço de Pneumologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de entrevista informal com enfermeira chefe e EEER, no estágio de observação; ✓ Realização de reuniões informais com enfermeiro chefe, EEER e restante equipa multidisciplinar; ✓ Apresentação da estrutura física do serviço bem como equipa multidisciplinar pela Enfermeira Chefe; ✓ Observação da estrutura física dos serviços; ✓ Consulta de manuais, protocolos e instrumentos de registo; ✓ Participação nas reuniões da passagem de turno; ✓ Observação e colaboração nas rotinas diárias; ✓ Desenvolvimento de autoconhecimento para identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar. 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Guião de entrevista, Documentos de serviço</p> <p><u>Físicos:</u> Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Descreve a dinâmica de funcionamento e organização da equipa; ✓ Descreve a estrutura física dos serviços; ✓ Conhece normas, protocolos, programas e projectos existentes no serviço; ✓ Toma conhecimento dos recursos humanos e materiais existentes no serviço; ✓ Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; ✓ Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/familiar; ✓ Reconhece potencialidades e limites pessoais e profissionais. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as actividades planeadas contribuíram para a integração na equipa multidisciplinar; - Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>B1- Desempenha um papel</p>	<p>2 – Identificar o papel do EEER no âmbito da equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação e colaboração nos cuidados e actividades desenvolvidas pela enfermeira orientadora; ✓ Reuniões formais e informais com enfermeira orientadora; 	<p><u>Humanos:</u> Professor orientador (Esel) Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Descreve as actividades desenvolvidas pela enfermeira orientadora; ✓ Observa e colabora nos cuidados e actividades desenvolvidas com

<p>dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica.</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação do diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e família; ✓ Observação das intervenções e estratégias que a enfermeira orientadora desenvolve para promover a continuidade dos cuidados, na equipa interdisciplinar e recursos da instituição e da comunidade; ✓ Reflexão sobre a observação realizada e partilha de saberes e experiências com professor orientador de estágio, enfermeira EER orientadora; ✓ Pesquisa bibliográfica de patologias mais frequentes e cuidados de reabilitação 	<p>(EEER), equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Documentos de serviço; Bibliografia variada</p> <p><u>Físicos:</u> Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>enfermeira orientadora</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflecte em conjunto com enfermeira orientadora e professor orientador da Esel, sobre o papel do EEER, no âmbito da equipa multidisciplinar; <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuíram para identificar o papel do EEER na equipa multidisciplinar; – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo
<p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1-Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</p> <p>D2.3- Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a</p>	<p>3- Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados especializados à pessoa com patologia do foro respiratório dando ênfase à pessoa com dispneia e ou fadiga decorrentes de doença avançada e progressiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação das necessidades formativas pessoais e possíveis necessidades formativas da equipa de enfermagem; ✓ Revisão de conhecimentos ao longo dos ensinamentos clínicos através da consulta das sessões lectivas das unidades curriculares; ✓ Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com necessidades identificadas; ✓ Esclarecimento de dúvidas com enfermeira orientadora; ✓ Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação a serem prestados; ✓ Definição das prioridades de acordo com as necessidades da pessoa; ✓ Observação e prestação progressiva de cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos no serviço; ✓ Reflexão sobre acontecimentos da prática 	<p><u>Humanos:</u> Professor Orientador (Esel) Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Sessões lectivas das unidades curriculares; Pesquisa bibliográfica. Documentos de serviço;</p> <p><u>Físicos:</u> Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u></p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica necessidades formativas pessoais e da equipa de enfermagem; ✓ Mobiliza os conhecimentos teóricos na prática de cuidados; ✓ Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem; ✓ Realiza cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com as necessidades e prioridades do doente, tendo como base os princípios científicos de acordo com a especificidade de cada situação clínica; ✓ Participa em pelo menos uma acção de formação se surgir oportunidade. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuíram para aprofundar

<p>prática especializada no ambiente de trabalho.</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>de diferente complexidade que contribuam para o desenvolvimento pessoal e profissional;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participação em acções de formação que possam ser pertinentes. 	<p>Ver cronograma em apêndice</p>	<p>conhecimentos e adquirir competências no âmbito da enfermagem de reabilitação respiratória;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo.
<p>B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte da iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora e programas de melhoria contínua da qualidade</p>	<p>4- Integrar projectos em curso no serviço de Pneumologia, no âmbito da reabilitação que contribuam para o desenvolvimento de competências de EEER</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participação nos projectos em curso nos serviços de pneumologia 8 que sejam pertinentes para o desenvolvimento de competências no âmbito de EEER; ✓ Colaboração na realização de actividades no âmbito dos projectos instituídos; ✓ Realização de pesquisa bibliografia para aceder á melhor evidência científica para colaboração nos projectos instituídos; 	<p><u>Humanos:</u> Professor orientador, Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Projectos instituídos Pesquisa bibliográfica</p> <p><u>Físicos:</u> Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Selecciona e Participa nos projectos em curso; ✓ Colabora na realização de actividades no âmbito dos projectos instituídos; ✓ Realiza pesquisa bibliográfica para aceder á melhor evidência científica para colaboração nos projectos instituídos. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuíram para integrar projectos instituídos no âmbito da enfermagem de reabilitação; – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo.

<p>A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.</p> <p>C- Domínio da gestão de cuidados C1- Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>5 – Identificar as intervenções do EEER para o alívio da dispneia e/ou fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de colheita de dados utilizando as fontes de informação pertinentes, nomeadamente o processo clínico, exames auxiliares de diagnóstico, assim como a pessoa/família em processo de doença, tendo em vista a avaliação de necessidades; ✓ Identifica o estado de conforto da pessoa nas vertentes de alívio, tranquilidade e transcendência, procurando abranger os diferentes contextos (Físico, psico-espiritual, ambiental e social); ✓ Observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença avançada e progressiva, nomeadamente no alívio da dispneia e ou fadiga; ✓ Determinação das medidas de conforto (Intervenções) de enfermagem de reabilitação que visam o alívio da dispneia e ou fadiga, na pessoa com doença avançada e progressiva; ✓ Reflexão com enfermeira orientadora sobre o objectivo das intervenções de ER na pessoa com doença avançada e progressiva, bem como as intervenções/medidas de conforto consideradas adequadas para a promoção do alívio da dispneia e ou fadiga; 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Orientadora (EEER) Doente e família</p> <p><u>Materiais:</u> Processo clínico Instrumentos de avaliação do serviço Escala de avaliação sintomas (ESAS) Pesquisa bibliográfica</p> <p><u>Físicos:</u> Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracteriza o estado de conforto da pessoa com dispneia e/ou fadiga decorrente de doença avançada e progressiva, nas vertentes de alívio, tranquilidade e transcendência, nos diferentes contextos (Físico, psico-espiritual, ambiental e social); ✓ Determina os factores que interferem e/ou favorecem o processo de reabilitação da pessoa com dispneia e fadiga; ✓ Identifica as intervenções (medidas de conforto) do EEER no alívio da dispneia e ou fadiga <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuíram para identificar as intervenções do EEER no alívio da dispneia e fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva; – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo.
---	--	--	--	---

<p>B- Domínio da melhoria da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.</p> <p>D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados J1.1- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades; J1.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis</p>	<p>6 - Conceber e implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório, dando destaque à intervenção na pessoa com dispneia e/ ou fadiga decorrente de doença avançada e progressiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação das necessidades de conforto nas vertentes de alívio, tranquilidade e transcendência da pessoa com patologia do foro respiratório que condicionam a realização das suas AVD de forma independente; ✓ Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa com dispneia e fadiga (nível motor, sensitivo, cognitivo, cardio-respiratório, eliminação) para a realização das AVD, recorrendo a instrumentos de avaliação utilizados no serviço e escalas de avaliação de sintomas (por ex. ESAS); ✓ Realização de intervenções de Reeducação funcional respiratória, adaptadas à pessoa com patologia do foro respiratório, de acordo com as necessidades identificadas; ✓ Elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados à pessoa com dispneia e ou fadiga, decorrente de doença avançada e progressiva; ✓ Realização diária do planeamento das actividades em função dos objectivos, de acordo com o plano de cuidados, e em conjunto com a enfermeira orientadora; ✓ Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa com dispneia e ou fadiga, visando o alívio destes sintomas; ✓ Optimização dos recursos disponíveis; ✓ Descrição das intervenções (medidas de conforto) de acordo com a fundamentação teórica; ✓ Registo das actividades desenvolvidas e resultados obtidos; ✓ Integração dos dados de investigação disponíveis na prática de cuidados; ✓ Participação em actividades de treino motor, 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Orientadora (EEER) Doente e família</p> <p><u>Materiais:</u> Processo clínico Instrumentos de avaliação; Escala de avaliação sintomas (ESAS) Pesquisa bibliográfica Equipamento e material necessário à prestação de cuidados</p> <p><u>Físicos:</u> Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolve actividades e medidas de conforto que promovem o alívio da dispneia e fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva; ✓ Avalia a capacidade funcional da pessoa para a realização das AVD através de instrumento e escalas de avaliação; ✓ Optimiza recursos disponíveis; ✓ Realiza diariamente um planeamento de actividades em conjunto com enfermeira orientadora; ✓ Descreve as intervenções (medidas de conforto) de acordo com a fundamentação teórica; ✓ Participa em actividades de treino motor, cardio-respiratório e de AVD que promovem o alívio da dispneia e da fadiga, adequados à pessoa com doença avançada e progressiva ✓ Efectua registos com rigor linguístico e técnico das actividades desenvolvidas; ✓ Envolve a pessoa nos cuidados de reabilitação em enfermagem para o alívio da dispneia e da fadiga, visando a sua capacitação(vertente transcendência) para a utilização de estratégias e habilidades técnicas para a gestão dos sintomas. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as actividades planeadas contribuíram para conceber e implementar intervenções do EEER para as necessidades da pessoa com patologia do foro respiratório, dando ênfase ao alívio da dispneia e fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva; - Reflecte nas actividades diárias e como
--	--	---	--	---

<p>motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> <p>J3.1- Concebe e implementa programas de treino motor;</p> <p>J3.2- Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.</p>		<p>cardio-respiratório, treino de AVD e técnicas de conservação de energia, que visem o alívio da dispneia e fadiga;</p> <p>✓ Capacitação da pessoa para utilizar estratégias e habilidades técnicas na gestão da dispneia e fadiga, através do ensino de técnicas específicas no âmbito da enfermagem de reabilitação respiratória, ou seja, proporcionar um estado de conforto no que se refere à vertente da transcendência.</p>		<p>estas ajudam a atingir o objectivo</p>
<p>J2- Capacita a pessoa com deficiência física, limitação de actividade e ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<p>7- Identificar os ganhos em saúde na pessoa com dispneia e/ ou fadiga, decorrente de doença avançada e progressiva, tendo em conta as intervenções do EEER</p>	<p>✓ Reavaliação do estado de conforto e capacidade funcional da pessoa com doença avançada após as intervenções de EEER;</p> <p>✓ Redefinição de objectivos realistas e de novo plano de cuidados em conjunto com a pessoa, se necessário;</p> <p>✓ Avaliação das aprendizagens (vertente da transcendência) da pessoa com dispneia e ou fadiga para a gestão destes sintomas;</p> <p>✓ Identificar os aspectos relevantes para a pessoa após a intervenção do EEER.</p>	<p><u>Humanos:</u> Professor Orientador (Esel) Enfermeira Orientadora (EEER) Doente e família</p> <p><u>Materiais:</u> Processo clinico de avaliação existentes no serviço Escala de avaliação sintomas (ESAS) Pesquisa bibliográfica</p> <p><u>Físicos:</u> Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores:</p> <p>✓ Avalia o estado de conforto e a capacidade funcional da pessoa após as intervenções de EEER;</p> <p>✓ Avalia a dispneia e a fadiga da pessoa com doença avançada e progressiva após as intervenções de EEER;</p> <p>✓ Redefine planos de enfermagem de reabilitação, com objectivos realistas, sempre que necessário e em conjunto com o doente;</p> <p>✓ Avalia as aprendizagens da pessoa relativamente a estratégias e habilidades técnicas para a gestão da dispneia e da fadiga;</p> <p>✓ A pessoa com doença avançada verbaliza os aspectos para si relevantes com as intervenções do EEER</p> <p>Crítérios de Avaliação:</p> <p>– De que forma as actividades planeadas contribuíram para identificar os ganhos</p>

				em saúde na pessoa com dispneia e ou fadiga após as intervenções de EEER; – Reflete nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo
<p>A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</p> <p>B- Domínio da melhoria da qualidade.</p> <p>C- Domínio da gestão dos cuidados.</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>8- Compreender e reflectir sobre o papel do EEER na prestação de cuidados à pessoa com dispneia e ou fadiga decorrente de doença avançada e progressiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilização e aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas; ✓ Fundamenta os cuidados prestados, através dos registos das medidas de conforto efectuadas e a evolução observada; ✓ Elaboração de reflexões semanais abordando as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica de todo o processo de formação; ✓ Descrição das actividades desenvolvidas; ✓ Reflexão acerca dos momentos de aprendizagem, experiências, intervenções desenvolvidas, dificuldades e factores facilitadores ao longo de todo o percurso; ✓ Realização de estudo de caso sobre as intervenções do EEER na pessoa com dispneia e ou fadiga decorrente de doença avançada e progressiva, à luz da teoria de conforto de Kolcaba; ✓ Discussão e reflexão com Professor orientador e Enfermeira EEER 	<p><u>Humanos:</u> Professor Orientador (ESEL); Enfermeira Orientadora (EEER); Enf Chefe e restante equipa multidisciplinar Doente e família</p> <p><u>Materiais:</u> Processo clínico; Documentos do serviço; Pesquisa bibliográfica; Reflexões realizadas ao longo do ensino clínico</p> <p><u>Físicos:</u> ESEL Pneumologia</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobiliza conhecimentos teóricos na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com dispneia e ou fadiga, decorrente de doença avançada e progressiva, fundamentando os cuidados através do registo das medidas de conforto implementadas; ✓ Descreve as actividades desenvolvidas; ✓ Realiza uma reflexão escrita semanal, sobre os momentos de aprendizagem, experiências, intervenções desenvolvidas, dificuldades e factores facilitadores do processo de aprendizagem; ✓ Realiza um estudo de caso que evidencia o papel do EEER na promoção do alívio da dispneia e ou da fadiga na pessoa com doença avançada e progressiva; <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuíram para identificar os ganhos em saúde na pessoa com dispneia e ou fadiga após as intervenções de EEER;

Objectivo Geral:

- ✓ Desenvolver competências de EEER para a prestação de cuidados especializados à pessoa com alterações sensório-motoras, que condicionam o seu desempenho nas AVD.

Centro de Reabilitação				
Domínios e Competências	Objectivos Específicos	Actividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2- Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente seguro</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>1 – Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, a dinâmica, o funcionamento, organização e actividades do CR Alcoitão</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de Visita ao CMRA e entrevista informal com enfermeira chefe e Enfermeira orientadora (EEER), no estágio de observação; ✓ Realização de reuniões informais com enfermeiro chefe, EEER e restante equipa multidisciplinar; ✓ Apresentação da estrutura física do serviço (Piso 2- Ala dta) bem como equipa multidisciplinar pela Enfermeira Chefe; ✓ Observação da estrutura física dos serviços; ✓ Consulta de manuais, protocolos e instrumentos de registo; ✓ Participação nas reuniões da passagem de turno; ✓ Observação e colaboração nas rotinas diárias; ✓ Desenvolvimento de autoconhecimento para identificação de factores que possam interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar. 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Guião de entrevista, Documentos de serviço</p> <p><u>Físicos:</u> CR</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Descreve a dinâmica de funcionamento e organização da equipa; ✓ Descreve a estrutura física dos serviços; ✓ Conhece normas, protocolos, programas e projectos existentes no serviço; ✓ Toma conhecimento dos recursos humanos e materiais existentes no serviço; ✓ Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; ✓ Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa/familiar; ✓ Reconhece potencialidades e limites pessoais e profissionais. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuíram para a integração na equipa multidisciplinar; – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e</p>	<p>2 – Identificar o papel do EEER no âmbito da equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação e colaboração nos cuidados e actividades desenvolvidas pela enfermeira orientadora, nomeadamente: ✓ Avaliação do diagnóstico, planeamento, execução e avaliação 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Descreve as actividades desenvolvidas pela enfermeira orientadora; ✓ Reflecte em conjunto com enfermeira orientadora, o papel do EEER, no âmbito da equipa multidisciplinar;

<p>suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica.</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>		<p>dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e família;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação das intervenções e estratégias que a enfermeira orientadora desenvolve para promover a continuidade dos cuidados, na equipa interdisciplinar e recursos da instituição e da comunidade; ✓ Reuniões formais e informais com enfermeira orientadora; ✓ Reflexão sobre a observação realizada e partilha de saberes e experiências com professor orientador de estágio, enfermeira EER orientadora; ✓ Pesquisa bibliográfica de patologias mais frequentes e cuidados de enfermagem de reabilitação 	<p>multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Documentos de serviço; Bibliografia variada</p> <p><u>Físicos:</u> CR</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuiram para identificar o papel do EEER na equipa multidisciplinar; – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo
<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de estágio.</p> <p>D1- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>3- Aprofundar conhecimentos técnicos/científicos no âmbito da enfermagem de reabilitação sensoriomotora, visando o desenvolvimento de competências.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação das necessidades formativas pessoais e possíveis necessidades formativas da equipa de enfermagem; ✓ Revisão de conhecimentos ao longo dos ensinamentos clínicos através da consulta das sessões lectivas das unidades curriculares; ✓ Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com necessidades identificadas; ✓ Esclarecimento de dúvidas com enfermeira orientadora; ✓ Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação a serem prestados; ✓ Definição das prioridades de acordo com as necessidades da pessoa; ✓ Observação e prestação progressiva de cuidados de enfermagem de 	<p><u>Humanos:</u> Professor orientador (ESEL) Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Sessões lectivas das unidades curriculares; Pesquisa bibliográfica. Documentos de serviço;</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica necessidades formativas pessoais e da equipa de enfermagem; ✓ Mobiliza os conhecimentos teóricos na prática de cuidados; ✓ Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem; ✓ Realiza cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com as necessidades e prioridades do doente, tendo como base os princípios científicos de acordo com a especificidade de cada situação clínica; ✓ Participa em pelo menos uma acção de formação se surgir oportunidade. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuiram para aprofundar conhecimentos e adquirir competências no âmbito da enfermagem de reabilitação; – Reflecte nas actividades diárias e como estas

		reabilitação desenvolvidos no serviço; ✓ Reflexão sobre acontecimentos da prática de diferente complexidade que contribuam para o desenvolvimento pessoal e profissional; ✓ Participação em acções de formação que possam ser pertinentes.	<u>Físicos:</u> CR <u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice	ajudam a atingir o objectivo.
B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte da iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clinica. B2- Concebe, gere e colabora e programas de melhoria continua da qualidade	4- Integrar projectos em curso no CR, no âmbito da reabilitação que contribuam para o desenvolvimento de competências de EEER	✓ Participação nos projectos em curso no CMFR de Alcoitão, pertinentes para o desenvolvimento de competências no âmbito de EEER; ✓ Colaboração na realização de actividades no âmbito dos projectos instituídos; ✓ Realização Pesquisa bibliografia para aceder á melhor evidência científica para colaboração nos projectos instituídos	<u>Humanos:</u> Professor orientador, Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa multidisciplinar <u>Materiais:</u> Projectos instituídos Pesquisa bibliográfica <u>Físicos:</u> CMR Alcoitão <u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice	Indicadores ✓ Selecciona e Participa nos projectos em curso; ✓ Colabora na realização de actividades no âmbito dos projectos instituídos; ✓ Realiza pesquisa bibliográfica para aceder á melhor evidência científica para colaboração nos projectos instituídos. Crítérios de Avaliação: – De que forma as actividades planeadas contribuíram para integrar projectos instituídos no âmbito da enfermagem de reabilitação; – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo.

<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no se campo de intervenção.</p> <p>A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>5-Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor e suas famílias, visando a maximização da autonomia e qualidade de vida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação das necessidades alteradas da pessoa com patologia do foro sensório-motor que condicionam a realização das suas AVD de forma independente; ✓ Avaliação do risco de alteração da funcionalidade, limitação da actividade e restrição da participação da pessoa com patologia do foro sensório-motor; ✓ Utilização de instrumentos e escalas de avaliação adequados à sua situação; ✓ Elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, com vista a uma reeducação funcional e treino de AVD, maximização da autonomia e qualidade de vida da pessoa/família; ✓ Participação em actividades de treino motor, cardio-respiratório, treino de AVD e técnicas de conservação de energia; ✓ Ensino, Instrução e Treino de técnicas que maximizem o potencial da pessoa, de acordo com os seus objectivos pessoais, de modo a que esta e a sua família consigam utilizar medidas que minimizam o impacto da doença/limitações; ✓ Selecção e ensino de utilização de Materiais de apoio adaptados às limitações e necessidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor; ✓ Monitorização e avaliação das intervenções implementadas; ✓ Reformulação das intervenções se necessário; 	<p><u>Humanos:</u> Professor orientador (ESEL) Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora (EEER), equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Sessões lectivas das unidades curriculares Pesquisa bibliográfica Instrumentos e escalas de avaliação Equipamento e material necessário à prestação de cuidados</p> <p><u>Físicos:</u> CR 2 Semanas no serviço de treino de AVD</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma em apêndice</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica as necessidades alteradas na pessoa com patologia do foro sensório-motor, para a realização das suas AVD de forma independente; ✓ Avalia o risco de alteração da funcionalidade, limitação da actividade e restrição da participação da pessoa; ✓ Utiliza instrumentos e escalas de avaliação de forma adequada à situação da pessoa; ✓ Elabora e implementa planos de cuidados de reabilitação, treino de AVD e técnicas de conservação de energia, reformulando-os sempre que necessário; ✓ Realiza ensinos e treina técnicas em conjunto com a pessoa, que visem a maximização do seu potencial, de acordo com os seus objectivos; ✓ Selecciona adequadamente a cada situação, materiais de apoio/dispositivos de compensação; ✓ Realiza registos de enfermagem de reabilitação. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De que forma as actividades planeadas contribuíram para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor; – Reflecte nas actividades diárias e como estas ajudam a atingir o objectivo
--	--	---	--	--

		✓ Realização de registos de enfermagem de reabilitação;		
--	--	---	--	--

APÊNDICE III

Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANO	2013												2014									
------------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MÊS	OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				MARÇO			
------------	----------------	--	--	--	-----------------	--	--	--	-----------------	--	--	--	----------------	--	--	--	------------------	--	--	--	--------------	--	--	--

SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Pneumologia													Férias de Natal											
Centro de Reabilitação													Férias de Natal	2 Semanas Serviço de Treino de AVD										
Relatório																								

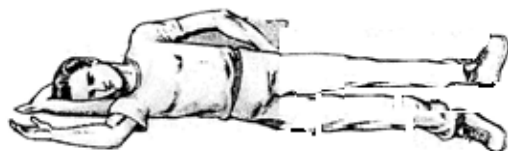
APÊNDICE IV

Folheto Informativo

Terapêutica de Posição

É uma das componentes mais importantes para a reabilitação de um derrame pleural. Consiste no posicionamento para o **lado são**, ou seja, para o **lado contrário** onde ocorreu o derrame.

De lado (são): encoste-se a uma almofada atrás das costas, ambos as pernas esticadas, sendo que a perna do lado são deverá ter o pé virado para cima. Encha o peito de ar e sobre o ar lentamente.



Recomenda-se que permaneça nesta posição por um período de 15 minutos, inspirando lentamente pelo nariz e expirando pela boca. Deverá repetir este exercício ao longo do dia.

Inspirómetro de Incentivo

A realização desta técnica tem como principal função ajudar o seu pulmão a expandir adequadamente assim como melhorar o fortalecimento dos seus músculos respiratórios.

Consiste na realização de inspirações profundas e lentas, de modo a obter uma inspiração de maior volume de ar possível.

Sentado/a: colocar o espirómetro na vertical, numa mesa e à altura dos olhos. Antes de iniciar o exercício deve **expirar** completamente todo o ar dos pulmões. Depois feche firmemente os lábios em volta do bucal para evitar fugas de ar e **inspire ao máximo** através do aparelho, fazendo uma pausa inspiratória com uma duração média de 3 segundos.



Após a sua utilização deverá lavar o bucal com água corrente e guardá-lo junto do aparelho, dentro do seu saco de plástico, até à sua próxima utilização.

Os enfermeiros do serviço de Pneumologia I estão disponíveis para esclarecer as suas dúvidas. Para tal contacte o 217805304.

Elaborado por: Sofia Lupi Aluna da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (ESEL)
Orientada por: Enf^a Chefe Carla Costa
Enf^a Especialista Elisabete Amaral

Logotipo da instituição

Serviço de Pneumologia Internamento

Como Recuperar de um Derrame Pleural?

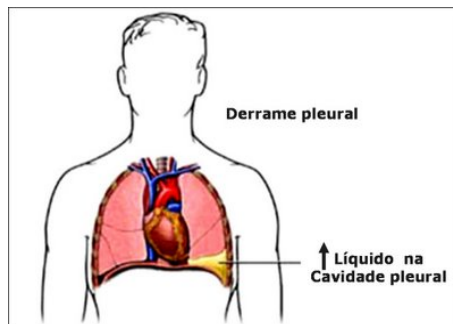


Reabilitação Respiratória

Caracteriza-se por um conjunto de técnicas e exercícios que ajudam a melhorar a sua capacidade respiratória.

O nosso aparelho respiratório, entre outras coisas, é composto por 2 pulmões e cada um está envolvido por 2 membranas que deslizam entre si, permitindo o movimento respiratório. É um espaço onde não deverá haver ar ou líquido.

O que é o derrame pleural?



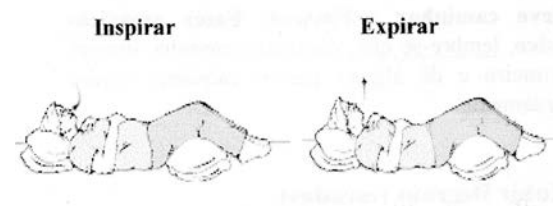
No caso de existir líquido entre estas duas membranas, estamos na presença de um derrame pleural.

O objectivo da reabilitação respiratória, nesta situação, é facilitar a absorção deste líquido para que o movimento do pulmão se faça adequadamente.

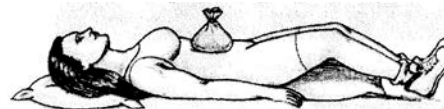
Que Exercícios pode fazer para a sua recuperação?

Em todos os exercícios, deve **Inspirar** lentamente pelo nariz como se estivesse a “cheirar uma flor” e **Expirar** lentamente pela boca como se estivesse a “soprar uma vela”.

Inicie os exercícios deitado/a de costas, em posição de descanso/relaxamento, tal como na imagem seguinte:



De Costas - com uma almofada debaixo dos joelhos e um peso de 1kg na barriga. Respire para a barriga, elevando o saco na inspiração e deixando-o baixar na expiração.



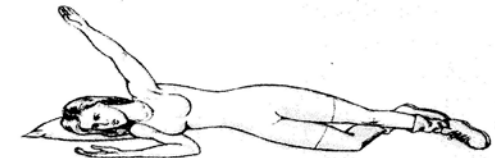
De Costas: segure um cabo de vassoura, uma bengala ou um cinto, mantendo os braços esticados. Encha o peito de ar ao mesmo tempo que levanta o bastão, em seguida baixe o bastão soprando lentamente.



De Lado Direito - com os braços e pernas encolhidos, respire para a barriga e sopra lentamente. Faça o mesmo procedimento de **lado esquerdo**.



De Lado Direito - Estique a perna esquerda e mantenha a perna direita flectida. Encha o peito de ar lentamente enquanto levanta o braço esquerdo e sopra à medida que o vai baixando. Faça o mesmo procedimento de **lado esquerdo**.



ANEXOS

ANEXO I

Estrutura Taxonómica do Conforto

Estrutura Taxonômica do Conforto. Adaptado de Kolcaba (1991)

Estados Contextos	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Alívio Físico	Tranquilidade Física	Transcendência Física
Psicoespiritual	Alívio Psicoespiritual	Tranquilidade Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
Ambiental	Alívio Ambiental	Tranquilidade Ambiental	Transcendência Ambiental
Sociocultural	Alívio Sociocultural	Tranquilidade Sociocultural	Transcendência Sociocultural

ANEXO II

Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DATA		I		F		I		F		I		F	
Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)												
	Frequência Respiratória (c.p.m.)												
	Saturações (%)												
	Tensão Arterial (mmHg)												
	Dor - Localização												
Pele e mucosas (Coradas, Descoradas, Cianosadas, Ictéricas)													
Edemas (Sim, Não)													
Padrão Respiratório	Ventilação (Expontânea, Mecânica)												
	Simetria torácica												
	Torácica, Mista, Abdomino-Diafragmática												
	Ritmo (regular, irregular)												
	Amplitude (normal, diminuída, aumentada)												
	Tiragem-intercostal, Supra-clavicular, Adejo nasal												
Sintomas	Tosse, Expectoração, Cansaço												
Palpação	Elasticidade (Mantida, Diminuída)												
	Transmissão das vibrações vocais (Aumentadas, Diminuídas)												
Percussão	Maciez, Timpanismo												
Auscultação	Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído Ausente)	1/3 sup											
		1/3 méd											
		1/3 inf											
	Ruídos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, crepitações, atritos pleurais)	1/3 sup											
		1/3 méd											
		1/3 inf											

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA				VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA				VENTILAÇÃO EXPONTÂNEA			
DATA				DATA				DATA			
Modalidade Ventilatória				Modalidade				O2 l/m			
FiO2				IPAP				O.N.			
F.resp.				EPAP				VmkFio2			
Vol. total inspirado				FiO2				Aerossol			
Vol. total expirado				Volume/m							
Peep				F. Respir.							

DATA

AVALIAÇÃO											
Movimento Articular		Data			Força Muscular		Data				
(assinalar apenas as alterações)											
Pescoço	Rotação dt ^a / Esq ^a				Escala de Lower	MSD					
	Inclinação dt ^a / Esq ^a					MSE					
	Flexão					MID					
	Extensão					MIE					
Ombro	Flexão				Tónus muscular		Data				
	Extensão				Escala de Ashworth Modificada	MSD					
	Abdução					MSE					
	Adução					MID					
	Rotação interna					MIE					
Rotação externa				Frequência de Espasmos		Data					
Cotovelo	Flexão				Escala de Penn	MSD					
	Extensão					MSE					
	Supinação					MID					
	Pronação					MIE					
Punho	Flexão				Sensibilidade		Data				
	Extensão				Superficial	Térmica					
	D. cúbito					Táctil					
	D. radial					Dolorosa					
				Discriminativa							
Dedos da mão	Flexão				Profunda	Postural					
	Extensão					Vibratória					
	Abdução					Equilíbrio		Data			
	Adução					Sentado	Estático				
	Oponência do polegar						Dinâmico				
Coxo femoral	Flexão				Em pé	Estático					
	Extensão					Dinâmico					
	Abdução				Índice de Barthel		Data				
	R. interna				Escala de Braden		Data				
	R. externa										
Joelho	Flexão										
	Extensão										
Tibio-Tarica	Inversão										
	Eversão										
	Flexão Plantar										
	Dorsi-flexão										
Dedos do pé	Flexão										
	Extensão										
	Abdução										
	Adução										

Nota de Enfermagem de Reabilitação:

Enfermeiro(a) : _____

ANEXO III
Escala Utilizadas

Avaliação da Força Muscular

Escala de Lower

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

Avaliação da Espasticidade

AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE DE ASHWORTH MODIFICADA (1993)

- 0 – Não há aumento do tónus muscular
- 1 – Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco do movimento;
- 1+ - Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado pelo apanhar /largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento).
- 2 – Aumento do tónus mantido mais marcante na quase totalidade do arco do movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;
- 3 – Aumento considerável do tónus muscular com mobilização passiva difícil;
- 4 – Os segmentos afectados apresentam rigidez na flexão ou na extensão (abdução ou adução), etc.

Avaliação da Dispneia - Escala de Borg Modificada

	Intensidade
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito Leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco Intensa
5	Intensa
6	
7	Muito Intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Avaliação Capacidade Funcional

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

NÍVEIS

COM AJUDA	SEM AJUDA
<i>Dependência completa</i> 1. Ajuda Total (indivíduo > 0%) 2. Ajuda Máxima (indivíduo > 25%)	6. Independência Modificada (ajuda técnica)
<i>Dependência Modificada</i> 3. Ajuda Moderada 4. Ajuda Mínima 5. Supervisão	7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)
AUTO-CUIDADOS:	
DATA	
A – Alimentação B – Arranjar-se C – Banho (lavar corpo) D – Vestir metade superior E – Vestir metade inferior F – Utilização da sanita	
CONTROLO DOS ESFINCTERES:	
G – Vesical H – Intestinal	
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS:	
I – Cama, Cadeira, Cadeira de rodas J – Sanitário K – Banheira, Duche	
LOCOMOÇÃO:	
L <u>M</u> archa <u>C</u> adeira de <u>R</u> odas M – Escadas	
<u>1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)</u>	
COMUNICAÇÃO:	
N Compreensão Auditiva/Visual O Expressão Vocal/Não Vocal	
COGNIÇÃO SOCIAL:	
P – Interação Social Q – Resolução dos problemas R – Memória	
<u>2 – SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)</u>	
TOTAL (1+ 2)	

Avaliação Sintomática da Pessoa com doença avançada e progressiva

ESAS

Edmonton Symptom Assessment System:
Numerical Scale
Regional Palliative Care Program

Por favor, coloque um círculo à volta do número que corresponde à sua avaliação por cada sintoma, neste momento:

Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço possível
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência possível
Sem Náuseas/enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náuseas
Sem falta de apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de apetite
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade
Melhor nível de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nível de bem-estar
Outro sintoma	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Nome:

Utente apto a preencher:

Data:

SIM

NÃO

Direcção-Geral da Saúde Circular Informativa Alameda D. Afonso

Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa - Portugal - Tel 218 430 500 - Fax: 218 430 530 - Email: geral@dgs.pt 14

Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Nome: Data: / /

Instruções de preenchimento: Por favor, leia o questionário cuidadosamente e escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias actividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer. 0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade) 1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si) 2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar) 3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar) 4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si) 5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si) Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:			
Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	<input type="checkbox"/>	Fazer a cama	<input type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do tronco	<input type="checkbox"/>	Mudar o lençol da cama	<input type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias	<input type="checkbox"/>	Lavar janelas/cortinas	<input type="checkbox"/>
Lavar a cabeça	<input type="checkbox"/>	Limpeza/limpar o pó	<input type="checkbox"/>
Lavar a louça	<input type="checkbox"/>		
Utilizar o aspirador/varrer	<input type="checkbox"/>		
Lazer		Actividade física	
Andar em casa	<input type="checkbox"/>	Subir escadas	<input type="checkbox"/>
Sair socialmente	<input type="checkbox"/>	Inclinar-se	<input type="checkbox"/>
Falar	<input type="checkbox"/>		

Avaliação do Risco de Queda

Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse			
Parâmetros		Pontos	Definição
1. História de Quedas nos últimos 3 meses	Não	0	Se o utente caiu durante o presente episódio de internamento ou existe história recente de quedas fisiológicas (exemplos incluem quedas por tonturas, alterações da marcha anteriores à admissão), pontua-se com o score 25.
	Sim	25	Se o utente não caiu, a história de quedas é pontuada com zero <u>Nota:</u> Se um utente cai pela primeira vez, o seu score passa a ser imediatamente de 25.
2. Diagnóstico Secundário	Não	0	O utente é pontuado com 15 pontos se tem mais que um diagnóstico médico evidenciado no seu processo clínico. Se o utente tem um único diagnóstico médico, é pontuado com zero pontos.
	Sim	15	
3. Ajuda na Mobilização	Nenhuma	0	O utente é pontuado com zero se caminha sem ajudas para a marcha (mesmo que assistido pela enfermeira), se utiliza uma cadeira de rodas, ou se está acamado ou em repouso no leito e não sai de maneira nenhuma da cama.
	Cadeira de rodas		
	Assistência pela enfermagem		
	Acamado/Repouso no leito		
	Bengala	15	Se o utente utiliza ajudas técnicas como muletas, canadianas, bengala ou andarilho é pontuado com 15 pontos
	Andarilho		
	Muletas		
	Apoio em Móveis ou outro equipamento	30	Se o utente caminha agarrando-se ou apoiando-se em mobília ou móveis como suportes, ele é pontuado com o score 30.
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0	Se o utente tem terapêutica endovenosa administrada através de um sistema de perfusão ou “Heparin Lock”, é pontuado com 20. Se não tem é pontuado com 0 pontos.
	Sim	20	
5. Marcha	Normal	0	Score 0: Uma marcha normal é caracterizada pelo utente conseguir andar com a cabeça erecta, balanceando os braços livremente junto ao corpo, com passadas sem hesitações. Idem com a devida transposição na transferência para a cama, se o utente utiliza a cadeira de
	Cadeira de rodas		
	Acamado/repouso no		

	leito		rodas. Idem para o utente acamado ou utente em repouso no leito sem sair da cama, assistido pela enfermagem.
	Fraca	10	O utente tem marcha lenta, com paragens, segura a cabeça sem perder o equilíbrio, pode utilizar passos curtos e arrastar os pés; se recorre a móveis ou outro equipamento como suporte, é com toque suave e tranquilo.
	Comprometida	20	O utente tem dificuldade em se levantar de uma cadeira, necessita de apoiar-se nos braços da cadeira ou executa várias tentativas para se erguer ou levanta-se com impulsividade. O utente apresenta a cabeça inclinada para baixo e foca a sua atenção no chão. Porque o seu equilíbrio é fraco, o utente apoia-se firmemente no mobiliário, nas pessoas ou numa ajuda técnica e não consegue andar, sem esta assistência. Os passos são curtos e irregulares.
6.Estado Mental	Orientado em relação à sua capacidade Hipervaloriza as suas capacidades ou esquece as suas limitações	0 15	O estado mental é avaliado nesta escala, pela verificação da auto-avaliação do utente em relação à sua capacidade ambulatoria. Exemplo: perguntar ao utente “Sente-se capaz de ir sozinho até à casa de banho, ou necessita de assistência?” “Se a resposta do utente for consistente com as indicações ambulatorias ou as indicações da enfermagem atribui-se a pontuação 0. Se a resposta do utente não é consistente com as indicações da enfermagem, a avaliação do utente é irrealística e atribui-se o score 15.
Pontuação Final			

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO
ESCALA DE BRADEN (1995)**

Data:

- 1-Completamente limitado**
- 2-Muito Limitado**
- 3-Ligeiramente limitado**
- 4-Sem limitações**

- 1-Constantemente húmida**
- 2-Habitualmente muito húmida**
- 3-Ocasionalmente húmida**
- 4-Raramente húmida**

- 1-Acamado**
- 2-Sentado**
- 3-Anda ocasionalmente**
- 4-Anda frequentemente**

- 1-Completamente imóvel**
- 2-Muito limitado**
- 3-Ligeiramente limitado**
- 4-Sem limitações**

- 1-Inadequada**
- 2-Provavelmente inadequada**
- 3-Adequada**
- 4-Excelente**

- 1-Problema**
 - 2-Problema potencial**
 - 3-Sem problema**
-