



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Ventilação Não-Invasiva na Pessoa com Insuficiência  
Respiratória Crónica: Intervenção do Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Tatiana Alexandra Soares Amorim da Glória**

---

**Lisboa  
2022**



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

Relatório de Estágio

**Ventilação Não-Invasiva na Pessoa com Insuficiência  
Respiratória Crónica: Intervenção do Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

**Tatiana Alexandra Soares Amorim da Glória**

---

Orientador: Professor José Carlos dos Santos Pinto Magalhães

---

**Lisboa**

**2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

***“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.”***

John Ruskin

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, pela fé que sempre depositaram, pelo tempo que abdicaram da minha presença e por serem o meu porto de abrigo;

Às minhas orientadoras de estágio, pela orientação e pelo exemplo que serão sempre;

Ao prof. José Carlos Magalhães pela disponibilidade, apoio e exigência;

A todos os profissionais das equipas que me receberam e tão bem acolheram:

Aos doentes e famílias com que me permitiram crescer enquanto especialista e enquanto pessoa... à Constança onde quer que esteja;

À Margarida, pela força que transmite mesmo do outro lado do mundo;

A todos os amigos que nunca duvidaram e estiveram sempre do meu lado;

Às colegas e amigas deste percurso: Susana, Marisa e Nádía pela força e motivação;

Aos colegas de serviço pelas trocas que facilitaram neste período difícil.

O meu sincero e eterno OBRIGADA!

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AP</b>	Auscultação Pulmonar
<b>CATR</b>	Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias
<b>CCRER</b>	Congressos de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação
<b>CD</b>	Código Deontológico
<b>CE</b>	Câmara Expansora
<b>CPAP</b>	Continuous Positive Airway Pressure
<b>CRD</b>	Cuidados Respiratórios Domiciliários
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>EBM</b>	Escala de Borg Modificada
<b>ECCI</b>	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
<b>EE</b>	Enfermeiros Especialistas
<b>EEER</b>	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
<b>EGA</b>	Equipa de Gestão de Altas
<b>ER</b>	Enfermagem de Reabilitação
<b>GSA</b>	Gasimetria Arterial
<b>GUSS</b>	<i>Gugging Swallowing Screen</i>
<b>IC</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>IR</b>	Insuficiência Respiratória
<b>MIF</b>	Medida de Independência Funcional
<b>OC</b>	Orientador Clínico
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OLD</b>	Oxigenoterapia de Longa Duração
<b>pMDI</b>	inaladores pressurizados doseáveis
<b>PR</b>	Plano de Reabilitação
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>RFM</b>	Reabilitação Funcional Motora
<b>RFR</b>	Reabilitação Funcional Respiratória
<b>RNCCI</b>	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

<b>RR</b>	Reabilitação Respiratória
<b>SAOS</b>	Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
<b>SNG</b>	Sonda nasogátrica
<b>TAC</b>	Tumografia Axial Computorizada
<b>UMDR</b>	Unidade de Média Duração e Reabilitação
<b>UNEIC</b>	Unidade Estrutural de Intervenção Crítica
<b>VD</b>	Visita Domiciliária
<b>VNI</b>	Ventilação Não Invasiva

## RESUMO

As doenças respiratórias constituem um sério problema de saúde a nível nacional e mundial, pela sua elevada mortalidade e morbilidade, pela sua índole incapacitante e elevados encargos com a saúde. A Insuficiência respiratória consiste num desequilíbrio no processo de oxigenação e conseqüentemente na respiração.

Com o desenvolvimento tecnológico, tem-se intensificado o uso da VNI, constituindo a principal abordagem terapêutica na insuficiência respiratória, quer em situações emergentes, quer em situações de doenças pulmonares crónicas estáveis. De entre os benefícios destaca-se a diminuição das complicações associadas à ventilação invasiva e da mortalidade. Verifica-se, no entanto, que muitas pessoas com insuficiência respiratória crónica apresentam dificuldades na adaptação à VNI, comprometendo o sucesso do tratamento e a transição para o domicílio.

A transição é um conceito central na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que destaca o enfermeiro como um facilitador dos processos de transição, mobilizando recursos necessários no planeamento de estratégias individualizadas com vista à promoção do bem-estar, e a uma transição saudável.

Este relatório apresenta o resultado de um processo de análise crítica das atividades desenvolvidas, norteado pelo projeto formativo previamente realizado, em torno da temática da adaptação à VNI na pessoa com insuficiência respiratória crónica. A sua operacionalização ocorreu em dois contextos de estágio distintos objetivando a aquisição de competências intrínsecas ao Enfermeiro de Reabilitação.

As experiências vividas em estágio confirmam a importância do Enfermeiro de reabilitação no acompanhamento e transição da pessoa com insuficiência respiratória crónica com VNI. Uma boa adaptação à VNI dirigida segundo um plano de reabilitação individualizado, reflete-se em importantes ganhos em saúde pela minimização de limitações, melhoria do autocuidado e autogestão da doença e maximização da funcionalidade.

**Palavras-chave: ventilação não invasiva, insuficiência respiratória crónica, adaptação, enfermeiro de reabilitação.**

## ABSTRACT

Respiratory diseases are a serious health problem at national and global level, due to their high mortality and morbidity, their disabling nature and high health expenses. Respiratory failure consists of an imbalance in the oxygenation process and consequently in respiration.

With technological development, the use of NIV has increased, constituting the main therapeutic approach in respiratory failure, both in emerging situations and in situations of stable chronic lung diseases. Among the benefits, there is a reduction in complications associated with invasive ventilation and mortality. It appears, however, that many people with chronic respiratory failure have difficulties in adapting to NIV, compromising the success of treatment and the transition to home.

Transition is a central concept in Afaf Meleis' Theory of Transitions, which highlights the nurse as a facilitator of transition process, mobilizing necessary resources in the planning of individualized strategies with a view to promoting well-being and a healthy adaptation.

This report presents the result of a process of critical analysis of the activities developed, guided by the training project previously carried out, around the theme of adaptation to NIV in people with chronic respiratory failure. This project took place in two different stages aiming at the acquisition of competences intrinsic to the Rehabilitation Nurse.

The experiences lived in the internship confirm the importance of the Rehabilitation Nurse in the monitoring and transition of the person with chronic respiratory failure with NIV. A good adaptation to NIV directed according to an individualized rehabilitation plan, is reflected in important health gains by minimizing limitations, improving self-care and self-management of the disease and maximizing functionality.

Keywords: **non-invasive ventilation, chronic respiratory failure, adaptation, rehabilitation nurse.**

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEER</b> .....	24
2.1 Apresentação e contextualização dos locais de estágio .....	25
2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	27
2.2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal .....	28
2.2.2 Domínio da Melhoria da Qualidade.....	36
2.2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados .....	44
2.2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais.....	48
2.3 Competências Específicas do EEER .....	52
<b>3. AVALIAÇÃO</b> .....	81
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIORGRÁFICAS</b> .....	90

## APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento de Avaliação

Apêndice 2 – Estudo de Caso n.º 1

Apêndice 3 – Estudo de Caso n.º 2

Apêndice 4 – Estudo de Caso n.º 3

Apêndice 5 – Folheto sobre VNI

Apêndice 6 – Folheto Amputação

## ANEXOS

Anexo 1 – Escala de Borg Modificada

Anexo 2 – COPD Assessment Test

Anexo 3 – Escala de Sobrecarga do Cuidador (Escala de Zarit)

Anexo 4 – Escala de GUSS

## ÍNDICE DE TABELAS

1. **Tabela 1** – Complicações Associadas à VNI e Estratégias de resolução ..... 10

## 1. INTRODUÇÃO

O concretizar deste relatório de estágio insere-se no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e surge da operacionalização do Projeto de Estágio previamente realizado. Apresenta como objetivo descrever o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e do grau de mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos.

Este relatório surge como resultado de um processo reflexivo e de análise crítica ancoradas na melhor evidência científica, relativamente a todo o percurso de aprendizagem nos diferentes contextos de estágio, naquela que se constitui como a transição de enfermeira generalista para enfermeira especialista. Através deste processo pretende-se explorar a experiência prática e todas as oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem em estágio, pela análise da ação com enfoque na reflexão da própria conduta, estimulando um olhar para dentro, de forma a permitir o desenvolvimento e consolidação de novas competências especializadas, nomeadamente na área da ER. Desta forma, serão descritas não apenas as atividades desenvolvidas, como também os obstáculos e dificuldades vivenciadas, e motivações para o desenvolvimento de outras atividades não planeadas inicialmente.

A temática do referido projeto de estágio nasceu de um conjunto de interesses pessoais, nomeadamente, à particular afinidade com a pessoa com patologia respiratória crónica com necessidade de VNI no meu contexto profissional e à perceção das suas dificuldades de adaptação que condicionam o sucesso desta terapia. Foi ainda tida em conta a inserção das doenças respiratórias nas áreas consideradas prioritárias no que concerne à investigação em ER (OE, 2015) bem como o facto de constituírem um dos Programas de Saúde Prioritários que se alinha com os três pilares da profissão: REPE, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER e Competências Específicas do EEER.

Segundo o 13º Relatório do Observatório Nacional para as Doenças Respiratórias (ONDR) (ONDR, 2018) estimava-se que em 2020, 12 milhões de mortes, no mundo, fossem consequência das doenças respiratórias. Este Relatório refere ainda que 19% dos óbitos resultam de patologias do foro respiratório, sendo também consideradas a primeira causa de internamento hospitalar. Dados de 2015 apontam para que as doenças respiratórias constituam a terceira causa de morte em Portugal e a primeira

de mortalidade intra-hospitalar (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2016). O mesmo relatório refere um aumento dos episódios de internamento com insuficiência respiratória (IR), com uma taxa de mortalidade a rondar os 25%.

As doenças respiratórias constituem assim um sério problema de saúde, encontrando-se associadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, a grandes impactos socioprofissionais pela sua índole incapacitante e, conseqüentemente, elevados encargos com a saúde. Em Portugal, a mortalidade resultante de doença respiratória é superior à do resto da Europa, sendo que, a mortalidade por DPOC em 2016, foi, segundo dados do ONDR (ONDR, 2018) de 20,7% do total de óbitos registados por doenças Respiratórias. A situação de pandemia trouxe novos desafios e motivou a ocorrência de importantes modificações na saúde, na economia e na vivência da população, comprometendo, por exemplo, a realização de novos diagnósticos pela redução da atividade laboratorial durante a fase de confinamento (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

O uso da VNI intensificou-se com o desenvolvimento tecnológico, e tem sido utilizada como principal abordagem terapêutica na IR, seja aguda ou crónica (Sousa & Duque, 2014; Roque et al., 2014; Gonçalves, 2011) com evidentes vantagens no que diz respeito à diminuição da necessidade de ventilação mecânica, e, conseqüentemente, um decréscimo dos custos, das complicações associadas e da mortalidade (Marcelino, 2008). Foram ao longo dos anos, desenvolvidas interfaces mais sofisticadas, confortáveis, baratas e de fácil implementação, que melhoraram a adesão à VNI.

Segundo Gonçalves e Pinto (2008), tem-se verificado nos últimos anos, um aumento do número de doentes com ventiloterapia no domicílio, também por se constatar que a maioria dos doentes com IR apenas necessitava de ventilação durante o período noturno, garantindo um maior conforto e QV. Dados do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da DGS (2016), indicam que a maioria das prescrições de cuidados respiratórios domiciliários (73,6%) dizem respeito aos tratamentos de ventiloterapia.

A literatura refere a utilização crescente da VNI como tratamento de eleição para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em fase de agudização, com sintomas como dispneia, Insuficiência Cardíaca (IC) direita e encefalopatia, apresentando efeitos na diminuição do trabalho e repouso dos músculos respiratórios minimizando a hiperinsuflação dinâmica, através do aumento do tempo expiratório e de forma a permitir um esvaziamento pulmonar mais pleno, garantindo

consequentemente, um aumento da tolerância ao esforço e uma melhoria das trocas gasosa (Sousa & Duque, 2014; Marcelino, 2008; Carneiro, Esteves & Conde, 2011).

De acordo com a minha experiência, constatei que muitos doentes com VNI, apresentam dificuldades na sua utilização que influenciam a sua adaptação, a transição para o domicílio, e consequentemente o sucesso deste tratamento. Apesar da clareza dos seus benefícios, Ponce (2012) refere que a VNI bem realizada continua a ser um talento, podendo as taxas de eficácia e adesão à mesma estar comprometidas. Analisando a literatura, verificam-se taxas de ineficácia muito variadas nos vários contextos, apontando a maioria dos estudos para valores entre os 5-60%. Lobato & Alises (2003) referem taxas de ineficácia entre os 7-42% sobretudo em pessoas com DPOC e doenças neuromusculares e apontam como razões de falha da VNI a baixa adesão ao tratamento e a progressão da doença subjacente. Segundo um estudo português, 43,3% dos doentes estudados apresentaram dificuldades na adaptação à VNI, e 90% não obteve ajuda profissional no domicílio (Saraiva, P; Santos, R. e Martins, R., 2014). Estes dados são reveladores do peso e da importância que o acompanhamento profissional domiciliário pode ter na promoção da adaptação à VNI e na gestão da sua doença crónica.

Face ao exposto, foi importante conhecer as causas de falha da VNI e não adesão, procurando atuar no sentido da eliminação e diminuição desses fatores.

O EEER apresenta um papel indispensável no que diz respeito à promoção da adaptação à VNI do doente com IRC. Este papel ganha especial preponderância no que diz respeito ao empoderamento da pessoa com IRC que se inicia em contexto hospitalar, e tem continuidade em ambiente domiciliário, com o intuito de promover a recuperação da autonomia, autocuidado e melhorar a autogestão da sua doença.

Partindo desta inquietação, e visando o desenvolvimento de competências específicas nesta área, emergiu a minha questão de partida: **Quais as intervenções do EEER promotoras da adaptação à VNI na pessoa com IRC?**

De forma a responder a esta pergunta, foi efetuada, uma pesquisa acerca desta temática inicialmente através de sites de referência, organização nacionais e internacionais, relatórios e normais institucionais que pudessem contribuir com orientações de boas práticas na implementação da VNI. A pesquisa estendeu-se posteriormente ao Repositório Científico de Acesso Aberto para consulta de Projetos, Teses de Mestrado e de Doutoramento e a obras e livros de texto de áreas da ER e pneumologia. Por fim, com recurso às bases de dados científicas Cinahl e Medline da Plataforma EBSCO foram mobilizadas as palavras-chave definidas: *ventilação não*

*invasiva, insuficiência respiratória crónica, adaptação, enfermeiro de reabilitação.* A pesquisa alongou-se a outras plataformas científicas tais como a Scielo, PubMed e B-on.

A elaboração do projeto e a consecução deste relatório e atividades aqui descritas, encontram-se ancoradas no pensamento de Afaf Meleis, sendo que, a implementação da VNI na pessoa com IRC se constitui como uma necessidade de transição, que requer estratégias adaptativas, centradas na pessoa, nas suas necessidades e tendo por base uma relação de parceria. Esta transição implica, portanto, uma alteração nas rotinas, papéis, comportamentos e, envolve limitações físicas, aumento da dependência bem como uma carga psicológica e impacto na qualidade de vida (QV). A adesão possui consequências em termos de estrutura, dos processos bem como da dimensão emocional e cognitiva familiar, sobretudo com a assunção de novos papéis e tarefas, hábitos e rotinas (Morais & Queirós, 2013; Volpato, Banfi & Pagnini, 2017). Pela proximidade que tem com as pessoas, Meleis destaca o papel do enfermeiro como um facilitador dos processos de transição, procurando a promoção do bem-estar (Silva, 2007), traçando intervenções ajustadas aos seus desejos, potencialidades e hábitos de vida. Na perspetiva desta teórica, o enfermeiro promove uma anulação dos défices, focando-se nas expetativas e capacidades da pessoa, munindo-a de conhecimentos que lhes permitam mobilizar competências individuais e familiares, provocando uma alteração comportamentos e o conceito de si, melhorando a sua autonomia, o autocuidado e autogestão da doença (Santos et al., 2013; Silva, 2007; Meleis, 2004 citada por Queirós, 2010) e, portanto, uma transição saudável. Deste modo, mais do que um estado de saúde, preconiza-se uma melhoria do bem-estar, sobretudo na doença respiratória crónica, quando o retorno à saúde não é possível, sendo importante valorizar o conhecimento das pessoas relativamente aos fenómenos que as afetam e aos processos terapêuticos a que aderem (Silva, 2007; Meleis et al, 2000).

A VNI define-se como um suporte ventilatório, sem invasão das vias aéreas, aplicado na via aérea superior, com recurso a uma interface não invasiva, como uma máscara nasal ou facial e, portanto, sem a necessidade de presença de um método mais invasivo como tubo endotraqueal, traqueostomia ou máscara laríngea (Sousa & Duque, 2014; OE, 2014; Marcelino, 2009; Simão, Amado & Conde, 2011).

Assim, constitui uma estratégia ventilatória mais confortável, com menos riscos associados e normalmente melhor tolerada pelas pessoas. Segundo vários autores,

tem-se verificado uma utilização crescente da VNI quer no tratamento da patologia aguda, quer na doença respiratória crónica e crónica agudizada, mostrando-se bastante eficaz sobretudo no tratamento das exacerbações da DPOC, um dos principais motivos de readmissões hospitalares (Ferreira, Nogueira & Conde, 2009).

O seu objetivo major consiste na correção das trocas gasosas, através do suporte total ou parcial do trabalho respiratório, proporcionando uma sincronia entre a interface e o ventilador, de modo a aliviar ou reduzir a dispneia (Roque et. al, 2014; Sousa & Duque, 2014; Ponce, 2012). Outros objetivos são também nomeados, tais como aumentar a ventilação alveolar, reverter a hipoxémia e diminuir acidose respiratória, aliviar o desconforto respiratório, reverter a fadiga dos músculos respiratórios, alterar as relações pressão-volume, melhorar a *compliance*, prevenir e reverter atelectasias (Roque et. al, 2014; Sousa & Duque, 2014).

A literatura é unânime quanto às vantagens gerais da via não invasiva de entre as quais se elencam: possibilidade da sua utilização de forma intermitente e com várias modalidades ventilatórias; maior conforto, preservando a capacidade de comunicação, deglutição e mecanismos de defesa das vias aéreas; possibilidade de utilização no domicílio ou outros ambientes fora do ambiente hospitalar; redução do tempo de internamento e custos associados aos cuidados de saúde; diminuição da mortalidade e morbidade; fácil aplicação e desmame; diminuição da necessidade de sedação; respeito pelo ciclo respiratório da pessoa; diminuição de riscos associados a entubação endotraqueal (lesão das vias aéreas, aspiração de vómito, pneumonia, hemorragia, barotrauma, infeções associadas aos cuidados de saúde) (OE, 2018; Sousa & Duque, 2014; Roque et. al, 2014; Ponce, 2012).

No que concerne às indicações, como já referido, a VNI pode ser aplicada em diversos contextos, hospital ou domicílio, e numa diversidade de situações que condicionam IR, ou seja, a existência de hipoventilação com défice de captação de oxigénio para os tecidos e retenção de CO<sub>2</sub>, conduzindo a alterações gasimétricas importantes (Roque et. al, 2014). Quando a IR se instala rapidamente numa pessoa sem doença respiratória previamente conhecida, numa questão de minutos, horas ou poucos dias, é designada por IR Aguda. Quando a sua instalação ocorre de forma progressiva, denomina-se por Insuficiência Respiratória Crónica (IRC), e muitas das vezes, ocorre sem sintomatologia associada. A IRC agudizada trata-se de uma situação de agudização numa pessoa com patologia respiratória prévia (Roque et. al, 2014). A VNI é aplicável em situações de IR Aguda ou IRC, com hipercapnia e ou acidémia respiratória, com ou sem hipoxémia (Roque et. al, 2014). Considerando as

alterações gasimétricas, a IR pode ainda distinguir-se em IR parcial se a PaO<sub>2</sub> for inferior a 70 mmHg mas se se mantiverem valores de PaCO<sub>2</sub> até 45 mmHg, e IR global se a PaO<sub>2</sub> for inferior a 70 mmHg mas os valores de PaCO<sub>2</sub> forem superiores a 45 mmHg (Roque et. al, 2014).

De entre as situações que podem ocasionar uma IR Aguda, destacam-se as situações de edema agudo pulmonar cardiogénico, infeções respiratórias em doentes imunodeprimidos, desmame ventilatório e IR pós-extubação. Relativamente às situações de IRC ou IRC agudizada com evidência de eficácia com uso de VNI, salientam-se as patologias de padrão obstrutivo como a DPOC, bronquiectasias e fibrose quística, as patologias restritivas associadas a doenças neuromusculares, doenças neurológicas e outras condições como a Síndrome de Obesidade Hipoventilação e Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) (Ponce, 2012; Marcelino, 2008; Mendes & Coutinho, 2011; Sousa & Duque, 2014; Roque et. al, 2014; DGS, 2015; Pertab, 2009; Esquinas, 2010).

Atualmente a VNI é utilizada não apenas para gestão do desconforto respiratório em situações emergentes, como também em situações de doenças pulmonares crónicas estáveis, podendo ser aplicada quer a nível hospitalar, quer a nível domiciliário (DGES, 2015; Sousa & Duque, 2014; Correia et al., 2013; Canadian Thoracic Society, 2011; Nicolini, et al., 2014; Satıcı, Yigitbas & Seker, 2018; Pinto & Sousa, 2017), no qual o EEER desempenha um papel de relevo em termos de implementação, adesão e sucesso da VNI e programa de reabilitação funcional respiratória (RFR). Segundo a DGS (2015) a utilização de ventiloterapia na IRC consiste num tratamento de longa duração destinado a doentes estáveis com hipoventilação alveolar noturna ou permanente, muitas vezes a condicionar episódios de exacerbação com necessidade de VNI em fase aguda, e a sua prescrição obedece a determinados critérios avaliados em contexto hospitalar. A sua aplicação nestas pessoas tem claros benefícios além do alívio da dispneia e da diminuição do trabalho respiratório. Destaca-se o aumento da sobrevida e melhoria da QV, redução do número de hospitalizações, diminuição do tempo de internamento, redução da morbilidade e mortalidade, controlo da sonolência, melhoria do seu potencial, melhoria da função física e fisiológica e melhoria das funções cognitivas (Câmara, Nóbrega & Maul, 2011; Mendes & Coutinho, 2011; DGS, 2015). Um estudo realizado por Kohnlein et al. (2014) mostrou uma melhoria considerável da hipercapnia, da sobrevida, da QV e capacidade para exercício em clientes com DPOC estável nos quais foi realizado tratamento com Bi-nível. O mesmo corrobora a GOLD 2022, que recomenda a

utilização de VNI de longa duração em pessoas com hipercapnia crónica com história de internamentos por agudização, com intuito de prevenir novas hospitalizações e diminuir a mortalidade. Roque et al. (2014) salienta os efeitos benéficos também a nível cardiovascular pelo aumento da pressão intratorácica, com efeitos na melhoria do débito cardíaco pela facilitação do esvaziamento ventricular e, portanto, redução do trabalho cardíaco. Os campos de utilização da VNI alargaram-se em grande escala ao contexto domiciliário, ao verificar-se que a maioria das pessoas com IRC apenas carecia de ventilação noturna.

Os ventiladores existentes categorizam-se de acordo com a forma como garantem a ventilação: se por volume são volumétricos, se por pressão são pressumétricos, e no caso de ambos são mistos/híbridos (Roque et al., 2014). Segundo Sousa & Duque (2014) os ventiladores pressumétricos são os mais utilizados por serem mais práticos, melhor tolerados, mais baratos e mais capazes de compensar fugas. Estes podem ser de dois tipos: Bi-nível ou pressão positiva contínua bifásica e CPAP ou pressão positiva contínua.

Os ventiladores Bi-nível, comumente designados por BiPAP têm por base a aplicação de dois níveis de pressão positiva nas duas fases do ciclo: pressão inspiratória (IPAP) e pressão expiratória (EPAP), sendo o início do ciclo respiratório desencadeado pela pessoa, permitindo aumentar o seu volume corrente (Costa & Reis, 2011; Roque et al., 2014; Câmara et al., 2011). Sousa & Duque (2014) citando um estudo de Ferreira et al. (2009) destacam a importância do uso desta modalidade em clientes com DPOC estável, com auto-PEEP e hiperinsuflados, pela possibilidade do ajuste do EPAP que habitualmente se deve encontrar entre valores de 2 a 6 cmH<sub>2</sub>O, enquanto o IPAP entre 10 a 12 cmH<sub>2</sub>O.

Por outro lado, o CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) permite a aplicação de uma única pressão positiva (a expiratória – EPAP) constante ao longo de todo o ciclo respiratório, devendo as pressões encontrar-se entre os 5 e 13 cmH<sub>2</sub>O (Costa & Reis, 2011; Sousa & Duque, 2014). Permite uma melhoria da oxigenação pela abertura dos alvéolos colapsados no final da expiração, aumentando assim a capacidade residual funcional, pelo que se torna pouco eficaz na correção da hipercapnia (Roque et al., 2014; Sousa & Duque, 2014). Os mesmos autores referem ainda a existência do auto-CPAP que permite, de acordo com os eventos respiratórios detetados ao longo da noite, um ajuste automático dos valores de pressão positiva para controlo do evento ocorrido.

Como já referido, a transição para o uso da VNI em contexto domiciliário, após um período de iniciação em hospital, tem ganho ao longo dos anos cada vez mais adeptos, não apenas como estratégia de redução de custos, como também por se traduzir numa maior segurança e QV para o cliente, no respeito pela sua independência e autonomia (Morais & Queirós, 2013; Costa et al., 2015). Independentemente do seu contexto de utilização, o sucesso da VNI depende de uma monitorização e acompanhamento adequados, bem como de uma adequada seleção dos clientes e da experiência da equipa envolvida (Carneiro et al., 2011). A análise da literatura mostra que a eficácia da VNI está assim subjacente a uma sintonia entre o indivíduo, interface e o ventilador, o que traduz a necessidade dos EEER estarem despertos para a prevenção de complicações, favorecendo a adaptação da pessoa à VNI e, conseqüentemente, o sucesso desta terapêutica. Roque et al. (2014) referem a fase de adaptação como determinante de futura adesão, enaltecendo a importância de um acompanhamento e monitorização adequados desde que é instituída a VNI e ao longo do tempo. Neste sentido, a intervenção do EEER deve ocorrer antes da instituição da VNI, durante a sua implementação e na preparação do regresso a casa. Em todas estas etapas, devem ser consideradas estratégias de intervenção promotoras da adaptação à VNI, devendo incidir em aspetos distintos, de forma a permitir uma transição saudável e a garantir uma adequada manutenção da terapêutica, com QV.

A adesão ao regime terapêutico constitui um importante indicador de eficiência e qualidade de cuidados nos serviços de saúde e, como tal, a sua melhoria implica a identificação das causas de não adesão subjacentes, promovendo o conhecimento sobre a doença e o tratamento, o que se insere nos diferentes enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER (WHO, 2003; Rodrigues & Prates, 2011). Morais & Queirós (2013) reforçam ainda que este indicador consiste na principal condição para diminuição de complicações evitáveis, redução dos gastos com a saúde, bem como as taxas de morbilidade e mortalidade. Face ao exposto, torna-se imprescindível conhecer e analisar os fatores que condicionam a adesão à VNI na pessoa com IRC. Tendo em conta que a presença de complicações pode afetar a adesão ao regime terapêutico, e, considerando que a prevenção das mesmas constitui um dos enunciados descritivos da qualidade de cuidados especializados de ER, importa perceber quais os principais problemas/complicações associadas à VNI.

A análise da bibliografia consultada, permitiu reunir e compilar toda esta informação referente às principais complicações que podem condicionar a adesão, e respetivas estratégias de resolução, sob forma de tabela (Tabela 1).

Equipamento e interfaces	<u>Problemas:</u> Desconforto relacionado com interface e arnês, intolerância à máscara/interface inadequada, ruídos do ventilador, lesões cutâneas, sensação de claustrofobia, dificuldade alimentação. retenção de secreções, assincronia doente-ventilador.
	<u>Estratégias:</u> selecionar interface de acordo com a autonomia, conforto do cliente, anatomia da pessoa, estado funcional e cognitivo, questões socio-económicas e familiares. Tamanho adequado de modo a evitar fugas, melhorar conforto e otimizar a sincronia pessoa-ventilador. Saída expiratória preferencialmente incorporada na própria máscara. Material transparente, leve, resistente e hipoalergénico; moldáveis ou flexíveis; não traumáticas; com baixa resistência ao fluxo de ar, baixo custo; disponibilidade em diversos tamanhos; fácil colocação, remoção e higienização. Avaliar frequentemente a pele, usar apósitos protetores e redutores de pressão. Plano de RFR com ênfase no ensino da tosse e medidas facilitadoras da limpeza das vias aéreas e drenagem de secreções.
Fugas de Ar	<u>Problemas:</u> Irritação ocular, conjuntivite, desconforto, cansaço, interrupções do sono
	<u>Estratégias:</u> otimizar a interface e arnês, ajustar parâmetros ventilatórios, usar cintas mandibulares. Utilizar solução fisiológica ou hidratantes oculares, ingestão hídrica e higiene oral, administração de terapêutica anti-flatulenta e antiemética
Pressão e Fluxo de Ar	<u>Problemas:</u> Secura das mucosas oral e nasal, congestão nasal, otalgia, cefaleia, queixas gastrointestinais (aerofagia, flatulência, distensão gástrica, eructação, náuseas e vômitos).
	<u>Estratégias:</u> fornecer ar humidificado e aquecido, reduzindo a secura das mucosas e inflamação, e facilitando a eliminação de secreções
Problemas psicossociais	<u>Problemas:</u> Ansiedade, depressão, medo, isolamento/exclusão social, deficiente desempenho laboral, alterações na dinâmica familiar.
	<u>Estratégias:</u> estratégias cognitivo-comportamentais e motivacionais individuais ou em grupo, realização de consultas de follow-up, acompanhamento telefónico e visitas domiciliárias, estratégias de autogestão da doença crónica com medidas de suporte familiar, apoio psicológico

Tabela 1 - complicações associadas à VNI e estratégias de resolução<sup>1</sup>

Enfatiza-se a preocupação com aspetos psicológicos, uma vez que as pessoas com IRC são habitualmente pessoas negativas, ansiosas e angustiadas, pelo que é

<sup>1</sup> Baseado em: Lobato & Alises (2003); Sousa & Duque (2014); Morais & Queirós (2013); Costa et al. (2015); Saraiva et al. (2014); Pinto & Sousa (2017); Ferreira et al. (2009); Gonçalves & Pinto (2008); Strickland (2019); Roque, et al. (2014); Pertab (2009); Satıcı et al. (2018); Nicolini et al. (2014); Correia, et al., (2013), WHO (2003)

imprescindível uma equipa confiante e atenciosa, capaz de as envolver e motivar, tornando-as mais propensas a aceitar a sua doença e o seu tratamento (Pertab, 2009). Além destes aspetos, importa ainda considerar outros fatores extrínsecos à pessoa, e que também influenciam a adesão à VNI. Estes dizem respeito a fatores sociais e económicos, onde se inserem as condições habitacionais, dificuldades económicas, literacia em saúde, falta de suporte familiar e acesso aos cuidados de saúde. Fatores inerentes aos serviços de saúde e profissionais também podem afetar a adesão, sendo essenciais equipas experientes e disponíveis, com capacidade para um adequado acompanhamento da pessoa e família. Por fim, esta pode ser ainda afetada pela existência de sintomas associados à doença e limitação funcional para o desempenho das AVD (Sousa & Duque, 2014; WHO, 2003; Nava & Ceriana, 2004; Costa et al., 2015; Saraiva et al., 2014; Strickland, 2019; Correia, et al., 2013; Roque, et al., 2014).

Os problemas elencados anteriormente, podem representar condicionantes da resposta aos processos de doença, exigindo uma adaptação e, portanto, novos modos de estar e de agir (Mendes, 2013). Este processo de transição em torno das doenças respiratórias crónicas, é perspetivado de modo negativo pelo doente e sua família, pela mudança de papéis que envolve, pelas limitações físicas e funcionais, pela necessidade de aprendizagem ou adaptação envolvidas e pelos condicionalismos à autonomia (Mendes, 2013).

Para garantir uma intervenção em parceria, antes da implementação da VNI, é importante uma avaliação inicial detalhada que permita conhecer a situação pessoal, o contexto e a condição experienciada, identificando facilitadores ou inibidores de uma transição saudável (Mendes, 2013). A avaliação permite identificar necessidades da pessoa com VNI e família, e planear intervenções nesse sentido. É nesta fase, que o EEER levanta e atenta aos fatores que favorecem a adesão, preparando a fase de implementação da VNI (Sousa & Duque, 2014). Deste modo, desempenha um importante papel não apenas na escolha do equipamento, como também na instrução e treino da pessoa, de modo a facilitar e garantir uma boa adaptação e prevenção de complicações (Saraiva, et al., 2014; Sousa & Duque, 2014). Emerge assim a importância de estratégias educativas que envolvam os clientes na gestão do seu tratamento e os munam dos conhecimentos e capacitem para tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (OE, 2012). Pela proximidade que têm com as pessoas, os EEER representam um elemento-chave e de primeira linha na identificação de necessidades, planeando cuidados dirigidos aos problemas

levantados, oferecendo ferramentas que permitam uma boa adaptação e gestão da doença, fundamentais para a implementação da VNI em ambiente hospitalar e posterior transição e continuidade no domicílio.

O Regulamento n.º 392/2019 (2019) salienta ainda que o EEER “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à QV” (p. 13565), o que sustenta que esta problemática se torne num desafio para a ER.

Várias são as sugestões de estratégias educativas encontradas na literatura que visam sistematizar e facilitar o processo de adaptação à VNI, muito centrados em modelos de autogestão da doença, orientados para a mudança de comportamento. A globalidade dos autores foca a importância do treino do uso da VNI, 3 a 5 dias em ambiente hospitalar, antes da transição para o domicílio, de forma a identificar problemas, necessidades de aprendizagem e outras barreiras à adaptação, promovendo medidas facilitadoras do processo de transição (Esquinas, 2010; Santos, Malheiro e Rosa, 2013). Este acompanhamento deverá ser mais incisivo no momento da transição, mas realizado posteriormente de forma regular, individualmente ou combinada, através de *follow-up* em consultas, acompanhamento telefónico e visita domiciliária (VD) (Bakker et al., 2019). As medidas de suporte adotadas devem mobilizar capacidades individuais e familiares, para promover a autonomia e superar as limitações resultantes e, à luz de Meleis, ajudar a redefinir papéis e responsabilidades e, conseqüentemente, uma inclusão saudável da doença crónica e da VNI (Morais & Queirós, 2013). Segundo Meleis et al. (2010) são várias as condições que interferem na transição, nomeadamente condições pessoais, comunitárias e sociais. Nesta lógica, importa atentar nos significados e crenças que os clientes e cuidadores atribuem à doença e tratamento. Estas condições e a forma como inibem ou facilitam uma transição saudável, e que podem ou não ser intrínsecas ao cliente, devem ser examinadas bem como os recursos que podem facilitar este processo de adaptação (Saraiva et al., 2014). Em suma, após uma adequada avaliação, a intervenção ao cliente e família deve incidir no ensino, treino e instrução de aspetos relacionados com a doença, com o equipamento (ventilador e interfaces), complicações e sua prevenção e hábitos de saúde, produzindo efeitos na melhoria da gestão de sintomas, prevenção de complicações, aumento do conhecimento acerca do regime terapêutico, na promoção da QV, autonomia física e funcional, e, conseqüentemente, na redução de internamentos e custos (Costa et al., 2015; Saraiva

et al., 2014). Tal, implica a mobilização dos recursos individuais, familiares e comunitários. De forma a garantir a existência de equipas treinadas e experientes, importa assegurar a formação específica das mesmas, orientada para a mobilização de recursos e melhoria contínua dos cuidados prestados (Correia et al., 2013; Volpato et al., 2017; Morais & Queirós, 2013).

O EEER atua com base nos problemas reais e potenciais, tomando decisões promotoras da saúde, preventivas de complicações secundárias, bem como de tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa com necessidades especiais e ao longo do seu ciclo de vida (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Esta maximização da funcionalidade da pessoa com IRC e VNI implica um olhar que excede a adaptação à terapêutica, pelo que o foco do EEER deverá envolver a pessoa como centro do cuidado, nas suas várias dimensões, carecendo de uma abordagem holística. É então fulcral que o EEER compreenda e intervenha também na doença que motivou a implementação da VNI e nas necessidades da pessoa com IRC.

A pessoa com IRC detém um conjunto de necessidades que justificam a sua integração em programas de reabilitação, constituindo a IRC (em fase de estabilização ou exacerbação) e necessidade de VNI uma das indicações para Reabilitação Respiratória (RR) (DGS, 2019). A RR aporta assim diversos benefícios para a pessoa com IRC, podendo inclusivamente ser implementada durante o treino de exercício com evidências da melhoria da dispneia e tolerância ao exercício (Ambrosino & Cigni, 2015; Sousa & Duque, 2014). Também as técnicas de limpeza das vias aéreas assumem especial importância na eliminação das secreções acumuladas pela pressão desencadeada pela VNI, bem como as técnicas de conservação de energia e descanso e relaxamento para redução da tensão psíquica e consumo de energia e oxigénio (Fonseca, Santos & Silveira, 2011; OE 2018). Além do treino de exercício e técnicas de RFR, segundo a GOLD (2022) e a DGS (2015) a RR centrada nas necessidades individuais do cliente e família, engloba outras componentes como a sua educação com vista à autogestão da doença, nutrição e promoção da adesão a estilos de vida saudáveis, otimização da terapêutica, treino de AVD, apoio psicossocial, e preconiza um cuidado interdisciplinar de acordo com as limitações identificadas. Destaca-se assim o impacto positivo da associação da RFR com VNI e o papel de suporte do EEER no que concerne à adaptação e sucesso da VNI, intervindo na deteção de complicações e sua resolução, nos vários contextos (Sousa & Duque, 2014).

A implementação da VNI constitui um fator de desequilíbrio e uma necessidade de mudança a diversos níveis, o que implica uma alteração de rotinas, papéis e comportamentos, envolvendo além das limitações físicas, um aumento da dependência, maior impacto psicológico e na QV. Requer, portanto, uma capacidade de adaptação às mudanças por parte de todos os elementos, constituindo-se como um momento de transição, que Afaf Meleis define como a “passagem de uma fase da vida, condição, estado para outro, é um conceito múltiplo que abrange os elementos do processo, o intervalo de tempo e a percepção que têm” Chick and Meleis (1986) citadas por Mendes (2013) p. 239.

Embora estas possam coexistir com outros tipos de transição, a experiência da adaptação do cliente à VNI e à sua condição de saúde envolve transições de saúde-doença. A necessidade de acompanhamento ao cliente e família neste tipo de transição requer que o enfermeiro constitua um facilitador deste processo, e que considere quer as dimensões intrínsecas quer as extrínsecas à pessoa. Esta teoria de médio-alcance, ajuda a compreender o fenómeno de transição e a melhor forma de intervir em prol do doente. Assim, é essencial reconhecer o tipo de transição em causa, e delinear um plano de intervenção adequado às suas verdadeiras necessidades e que contribua para maximizar a funcionalidade e autocuidado do cliente. Meleis et al. (2000) mencionam várias condições que interferem na transição, nomeadamente as condições pessoais, comunitárias e sociais e que dão um significado singular à experiência. Cabe ao EEER analisar a experiência durante a transição, examinando estas condições e o modo como inibem ou facilitam uma transição saudável, e capacitar o cliente/família mobilizando os recursos necessários. Para que se inicie a transição e ocorra mudança, é necessária uma consciencialização da necessidade de mudança, um compromisso e tempo para que esta ocorra (Meleis et al., 2000). Como resultado deste processo, a pessoa torna-se competente no caso de revelar domínio de conhecimentos, habilidades e comportamentos que lhe permita enfrentar determinada conjuntura, lidar com novas circunstâncias, (re)encontrando o bem-estar e satisfação pessoal (Mendes et al., 2010).

Para implementação do projeto e aquisição competências de ER, foram seleccionados dois locais de estágio em diferentes contextos. O primeiro ocorreu num serviço de Pneumologia de um hospital central em Lisboa, pela oportunidade de contactar com diversos clientes com IR e VNI. O segundo, em contexto comunitário, teve lugar no seio de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do ACES De Loures e Odivelas e pretendeu sedimentar e dar continuidade aos

conhecimentos adquiridos no primeiro estágio, e desenvolver novas competências noutras áreas da ER.

O presente relatório encontra-se estruturado em 5 capítulos, constituindo esta introdução o primeiro capítulo para contextualização da temática, ao qual se seguirá uma análise crítica das competências comuns e específicas desenvolvidas em ambos os contextos, de acordo com os objetivos definidos. Posteriormente será realizada uma avaliação e reflexão acerca deste percurso, com referência às dificuldades sentidas na implementação do projeto bem como enaltecer os principais aspetos positivos, seguindo-se as considerações finais com menção dos principais contributos para o avanço da enfermagem e perspetivas futuras. Por fim, seguir-se-ão as referências bibliográficas que deram suporte à realização deste trabalho.

Apresentam-se, de seguida, os objetivos definidos no projeto inicial, e que permitiram a sua operacionalização em estágio:

1. Conhecer a dinâmica dos serviços e organizações, integrando a equipa multidisciplinar dos diferentes locais de estágio participando na melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação prestados;
2. Desenvolver o autoconhecimento, assertividade e a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos Direitos Humanos e com base numa prática segura, profissional e ética;
3. Participar e colaborar na implementação de protocolos com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de ER, promovendo práticas com base na evidência científica;
4. Promover um ambiente seguro e terapêutico na prestação de cuidados de ER à pessoa e família nos diferentes contextos de prática;
5. Desenvolver competências de gestão e liderança otimizando a resposta e articulação na equipa de saúde;
6. Desenvolver programas de reabilitação nas pessoas com alteração da função sensório-motora, cardiorrespiratória, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade, à pessoa com IRC com necessidade de VNI;
7. Capacitar a pessoa com IRC para a realização de AVD e autocuidado, nomeadamente na gestão dos processos terapêuticos com vista à maximização da autonomia e QV;
8. Desenvolver e executar programas de treino cardiorrespiratório e motor, desenvolvendo as capacidades da Pessoa com IRC Crónica com necessidade de VNI
9. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito da promoção da adaptação à VNI, adesão ao regime terapêutico e prestação de cuidados de ER à pessoa com IRC

## 2. ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEER

Ao Enfermeiro Especialista são-lhe reconhecidas importantes capacidades, nomeadamente no campo da educação de clientes e pares, de orientação, de gestão e supervisão, de aconselhamento e liderança, de assessoria, bem como habilidades no âmbito da investigação e produção de conhecimento, com notórios contributos para a melhoria contínua da profissão (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No que diz respeito aos EEER são-lhe reconhecidas competências acrescidas relativamente à melhoria funcional, promoção da independência e máxima satisfação, prevenção de complicações e incapacidades e ainda melhoria das funções residuais, pela mobilização de recursos internos, familiares e da sociedade em que a pessoa se encontra inserida (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Tomando como ponto de partida este enquadramento e de forma a dar resposta às várias competências ao nível da intervenção especializada estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) nos regulamentos supracitados, foi previamente elaborado um projeto de estágio. Neste, foi estabelecido um conjunto de objetivos gerais e específicos e atividades a serem operacionalizados e desenvolvidos em contexto de estágio. O exercício de certas atividades trouxe contributos para o desenvolvimento de várias competências em paralelo, bem como para a concretização de vários objetivos definidos. Neste sentido, para uma melhor organização, este capítulo foi estruturado sequencialmente, sendo apresentado inicialmente a descrição e análise das atividades relativas às competências comuns do enfermeiro especialista e depois as competências específicas do EEER, conforme se encontram reguladas pela OE.

Os objetivos definidos encontram-se alicerçados na temática em desenvolvimento no projeto, privilegiando o desenvolvimento de competências na área do doente respiratório, mas procurando, igualmente, cruzar com as diferentes áreas de atuação do EEER, e que permitam o desenvolvimento transversal das várias competências. Assim, foram definidos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nas áreas de responsabilidade profissional, melhoria da qualidade e das aprendizagens profissionais;

- Desenvolver competências de intervenção do EEER na área sensório-motora, cardiorrespiratória, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade na pessoa com insuficiência respiratória submetida a VNI.

De forma a implementar projeto de estágio, foram propostos campos de estágio que contribuíssem com experiências enriquecedoras coerentes com o planeamento realizado.

## **2.1 Apresentação e contextualização dos locais de estágio**

No serviço de pneumologia, a média de idades era de 71 anos, e a média de dias de internamento dos clientes era de 11 dias. As patologias respiratórias mais prevalentes eram a pneumonia, DPOC, asma, fibrose quística, infeções respiratórias, bronquiectasias e neoplasia do pulmão, e doentes graves e complexos com IR com necessidade de VNI permanentemente, por períodos ou noturna, existindo outras comorbilidades importantes associadas, tais como AVC, IC, obesidade, entre outros. Tornou-se também frequente a admissão de doentes com pneumonia por Sars-Cov2. No início do estágio, a equipa de enfermagem era composta por 19 enfermeiros, de entre os quais 3 eram EEER. Destes, 2 deles realizavam turnos rotativos, não prestando, em exclusivo, cuidados de ER, tendo igualmente atribuídos doentes com necessidades de cuidados gerais, procurando-se, contudo, atribuir-lhes pessoas com maior necessidade de intervenção de reabilitação. O outro EEER, elemento de referência no serviço, além da prestação de cuidados reabilitação, acumulava igualmente funções de gestão e coordenação da equipa. A posição de relevo que assume no seio de toda a equipa multidisciplinar, deve-se às suas evidentes competências em termos de gestão, liderança, capacidades educativas, de supervisão clínica, assessoria e aconselhamento, e pelo seu vasto leque de conhecimentos na área, com contributos para os avanços e evolução prática, o que se coaduna com as características do EEER, regulamentadas pela OE.

Todos os quartos do serviço, possuíam pressão negativa, o que garantiu ótimas condições de segurança quer para os profissionais de saúde, quer para os doentes. O serviço dispõe de alguma variedade de produtos de apoio, nomeadamente bastões, *Peak Flow meter*, espirómetro de incentivo, bola de pilates, *Cough Assist*, halteres, Acapella, Shaker, e outros que não se encontravam a uso, por não se conseguir garantir uma correta desinfeção, tais como inaladores placebo e pedaleiras.

A evolução e agravamento da situação pandémica em Portugal, veio afetar de forma significativa todo o sistema de saúde, exigindo a sua reformulação rápida e urgente. Esta necessidade de reestruturação teve lugar no decorrer deste primeiro EC e resultou na transformação do que era, anteriormente, um internamento de pneumologia, num Serviço de Medicina Intensiva - Unidade Estrutural de Intervenção Crítica (UNEIC) de Cuidados Intensivos para doentes com Covid-19, aumentando desta forma a resposta às necessidades sentidas. Todas estas mudanças, tiveram um grande impacto no seio das equipas que, inesperadamente, tiveram de se reorganizar, sendo-lhes exigida uma resposta que colocou à prova a capacidade de resiliência de cada um. Esta mudança em termos de contexto de EC, acarretou assim, uma alteração na tipologia de doentes internados e, conseqüentemente, uma diferente necessidade em termos de cuidados de ER. Estas alterações, que inicialmente aportaram receios e inseguranças, traduziram-se ao longo do tempo em ganhos e experiências, constituindo oportunidades de aprendizagem enriquecedoras, e reveladoras da importância do papel do EEER nos diversos contextos de cuidados, e na evolução clínica da pessoa.

O estágio no segundo contexto foi realizado numa ECCI, cujo objetivo é a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico a pessoas e grupos vulneráveis, em situação de risco, dependência funcional ou doença que careçam de um estreito acompanhamento, no âmbito, domiciliário e comunitário (Dec. Lei n.º 28/2008). A abrangência desta ECCI estende-se por 4 uniões de freguesias e é composta por uma equipa multidisciplinar de onde constam Enfermeiros Especialistas (EE) (4 Especialistas de Reabilitação, 2 Especialistas em Saúde Comunitária, 1 Especialista em médico-cirúrgica e 1 especialista em saúde materna, médico, psicóloga e assistente social. A ECCI integra os 4 EEER e os 2 EE em Saúde Comunitária, sendo a referenciação de pessoas com necessidade de acompanhamento proveniente sobretudo de 4 hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo (80%) e dos cuidados de saúde primários (20%). De acordo com informações obtidas no guia de acolhimento da unidade, a sua lotação máxima de internamento é de 20 camas, sendo as patologias mais predominantes as de foro ortotraumatológico (28%), foro neurológico (22%), foro respiratório (8%) e foro vascular (7%), abarcando na maioria utentes acima dos 75 anos de idade e do sexo feminino. Os produtos de apoio disponíveis são bastante escassos, sendo a maioria proveniente da articulação com a assistente social e banco de ajudas técnicas.

## 2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do EE são definidas pela OE como as competências “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Estas encontram-se estruturadas em quatro domínios de competências que congregam idênticas linhas condutoras:

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

C – Domínio da Gestão de Cuidados

D – Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Os domínios nomeados encontram-se relacionados com importantes habilidades de tomada de decisão de forma a garantir um ambiente seguro assegurando práticas de qualidade com respeito pela dignidade e individualidade das pessoas, numa lógica de parceria. Estes domínios enaltecem ainda a importância da capacidade de liderança na gestão dos cuidados, do autoconhecimento e raciocínio clínico sempre suportado pela melhor evidência científica.

Dada a enorme complexidade dos cuidados especializados nomeadamente na área da ER, é importante destacar que as situações abordadas neste capítulo permitiram o desenvolvimento e mobilização de um largo conjunto de competências, que ultrapassam a competência em análise. Contudo, procurou-se a descrição de situações que contribuíssem para uma maior justificação e visibilidade do desenvolvimento da competência em questão, na certeza que o seu desenvolvimento é contínuo, não se esgotando na situação descrita.

A descrição e análise das atividades desenvolvidas e outros contributos, encontra-se estruturada de acordo com os quatro domínios de competência supracitados e, para as quais, foram definidos vários objetivos específicos conforme se encontram espelhados no trabalho de projeto.

### **2.2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal**

Este domínio é, muito provavelmente, refletido na grande maioria das atividades realizadas. Contudo, para o seu desenvolvimento mais aprofundado, foram definidos os seguintes objetivos:

- 1) Conhecer a dinâmica dos serviços e organizações, integrando a equipa multidisciplinar dos diferentes locais de estágio, participando na melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação prestados
- 2) Desenvolver o autoconhecimento, assertividade e a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos Direitos Humanos e com base numa prática segura, profissional e ética;

De modo a garantir um exercício profissional seguro e ético, é dever de todos os enfermeiros desempenharem a profissão com os conhecimentos técnico-científicos apropriados, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-estar da população (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). Mais ainda o EE, pela responsabilidade acrescida, deve primar pela garantia do seu cumprimento na sua área de especialidade. Também o EEER, no respeito pela autonomia, liberdade e identidade do cliente e família, deve ter como foco uma relação de parceria. Esta relação implica um processo de verdadeira relação terapêutica, respeitando as capacidades do cliente e valorizando o seu papel (Nunes et al, 2005) envolvendo o “conhecimento do outro e a atenção para com ele, de modo a serem criadas sinergias entre ações e decisões que possam beneficiar os intervenientes” (Gomes, 2013). Neste sentido, atribuem-se ao EEER, competências que lhe possibilitem o estabelecimento de um plano de cuidados em parceria com o cliente e sua família, e lhes permitam dar respostas adaptadas às suas necessidades individuais, seja através da satisfação do autocuidado, da sua capacitação, ou de aspetos relacionados com cultura e gestão organizacional dos cuidados (Petronilho, 2007). Para o estabelecimento desta relação de parceria, e planeamento de cuidados individualizados, foi imprescindível conhecer não apenas a pessoa e família, como também o contexto de prestação de cuidados e a cultura e dinâmica organizacional, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, com o melhor uso e gestão de recursos, protegendo a singularidade da pessoa.

De forma a dar resposta a este objetivo, foi planeada uma entrevista informal às chefias de ambos os locais de estágio, que permitisse conhecer antecipadamente alguns aspetos inerentes à sua realidade específica, nomeadamente a população-

alvo, a filosofia de cuidados, os recursos disponíveis, a equipa e suas dinâmicas, projetos e normas existentes nos locais. As contingências e alterações inerentes ao agravamento da pandemia, resultaram em atrasos nas autorizações dos locais de estágio, pelo que, não foram obtidas respostas em tempo útil à entrega do projeto. Neste sentido, os objetivos e atividades a desenvolver foram delineadas sem o conhecimento real dos contextos e sem a possibilidade de realização da entrevista, de forma a avaliar a sua exequibilidade. Contudo, este facto, mais do que uma dificuldade, constituiu um enorme desafio no decorrer do estágio, pela necessidade constante de adaptação, refletindo-se numa maior exigência pessoal nas primeiras semanas em ambos os contextos. Os primeiros dias no serviço de pneumologia, revelaram-se, pois, muito intensos e exigentes, na medida em que necessitei de focar a minha atenção em diversos aspetos essenciais. Estes, referem-se ao conhecimento da dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar bem como ao confronto com os meus medos e inseguranças iniciais, relacionados com o receio de falhar e de não encontrar a minha posição enquanto EEER no seio da equipa. Além disso, verificou-se uma dificuldade inicial no estabelecimento de prioridades, na capacidade de tomada de decisão e estabelecimento de critérios de seleção de clientes alvo de cuidados. Contudo, ao longo das semanas, a segurança foi aumentando paulatinamente, à medida em que fui sedimentando conhecimentos teórico-práticos, ganho maior determinação na tomada de decisão e me fui afirmando enquanto EE, conseguindo, progressivamente, alcançar uma maior visibilidade das minhas funções. Tal como sustentado por Silva et al. (2018), o EE possui um domínio de conhecimentos na sua área de intervenção e competências que lhe permitem uma maior segurança na tomada de decisão e na capacidade de individualização das necessidades do cliente, garantindo desta forma a segurança e qualidade nos cuidados prestados.

No estágio realizado em contexto comunitário, foi sentida a mesma dificuldade inicial pela necessidade de assimilação de grande quantidade de informação nova, pela minha inexperiência profissional na comunidade, pela escassez de recursos existente, e o receio de incapacidade de adaptação aos recursos e circunstâncias. Nesta fase, senti alguma necessidade de apoio por parte do orientador clínico (OC) para conquistar a confiança e segurança do cliente, sobretudo naqueles que já se encontravam sob intervenção da equipa, não apenas por saberem que me encontrava num processo de formação, como também por já terem estabelecido previamente uma relação com a equipa. Para a superação destes sentimentos, dificuldades, dúvidas e

receios iniciais, foram indubitavelmente cruciais as qualidades, quer das OC, quer das equipas de ambos os contextos, que permitiram a criação de um ambiente favorável à minha integração e desenvolvimento profissional. A experiência e o saber de ambas as orientadoras foram extremamente facilitadoras da minha aprendizagem, na medida em que propiciaram um clima tranquilizador, aberto à partilha de sentimentos, normalizando as dificuldades e emoções por mim sentidas inicialmente. Verificou-se ainda uma reciprocidade na valorização e no respeito pelos saberes de ambas as partes, e uma preocupação no diálogo permanente, direcionado para uma análise e reflexão acerca da prática, promotora de cuidados de qualidade. Isto coaduna-se com a visão de supervisão clínica da OE (2010) que considera esta relação como uma relação de parceria, envolvendo uma dinâmica entre o sujeito e o contexto, devendo o supervisor funcionar como um colaborador e facilitador do processo de aprendizagem do outro, ajudando-o no seu processo de análise, estimulando o seu pensamento crítico/reflexivo e o compromisso com o seu processo de aprendizagem, ou seja, envolve um interesse e contribuição mútuos. Isto permite a fuga de uma ótica fiscalizadora geradora de medos e ansiedades, pela adoção de uma atitude mais colaborativa geradora de maior confiança, segurança e competência.

O trabalho em equipa é outro aspeto chave no que concerne à garantia da qualidade dos cuidados. Para tal, foi importante o conhecimento da equipa multidisciplinar e integração na mesma paulatinamente, em ambos os contextos de. Segundo o Código Deontológico (CD) de Enfermeiros, os cuidados de saúde, além de serem centrados na pessoa, exigem uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, pelo que, o trabalho de equipa deve orientar para um mesmo objetivo os diversos olhares dos diferentes profissionais (Nunes et al, 2005). A profissão de enfermagem, além da sua autonomia, possui uma componente interdependente e de coresponsabilidade, sendo importante que se reconheça e respeite a singularidade e limites de cada profissão, elaborando planos de ação definidos em conjunto com a equipa multidisciplinar em que se encontram inseridos tal como espelhado no artigo 9 do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96 (1996)). A tomada de decisão e intervenção multidisciplinar deve considerar todos os subsídios particulares, numa ótica de completividade e solidariedade, em proveito do cliente e respeito pela sua dignidade para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados. De acordo com o CD, este esforço combinado permite o desenvolvimento de competências profissionais, como a capacidade de problematizar, refletir e comunicar, e contribui para que problemas comuns sejam resolvidos com base numa ajuda mútua (Nunes et al, 2005).

No decorrer dos estágios, fui assumindo gradualmente o meu papel de EE à medida que fui conhecendo e integrando as equipas e me fui dando a conhecer. Nas primeiras semanas, foi possível, não só, conhecer a dinâmica de organização dos serviços e o modo como é feita a articulação com a equipa multidisciplinar, como também o peso do papel do EEER. Na pneumologia, a OC assumia igualmente funções de coordenação, constituindo um elemento de referência no seio da equipa multidisciplinar. Estes aspetos foram contributivos para o desenvolvimento de competências de liderança, gestão e assessoria, e de um espírito reflexivo, constituindo-me, gradualmente, como líder nos processos de tomada de decisão em equipa para o qual fui progressivamente sendo chamada. Para tal foi fulcral conhecer adequada e aprofundadamente os clientes, propondo ações baseadas na evidência científica. Diariamente, após a passagem de turno e antes da divisão do trabalho pela equipa de EEER, todos os EEER se reuniam para discutir os clientes, e, em conjunto, planeei e/ou redefini estratégias de intervenção individualizadas tendo em conta a sua situação clínica, as suas necessidades e objetivos, a sua colaboração e a sua evolução. Durante o estágio efetuei uma constante avaliação, discussão e reflexão acerca da situação individual de cada um dos clientes, em conjunto com a OC que me esclareceu dúvidas e orientou para instrumentos, normas e protocolos existentes, e estimulou o desenvolvimento das minhas capacidades reflexivas, raciocínio clínico e segurança. Ainda que as necessidades de reabilitação tenham sido identificadas de forma independente, foi essencial o contributo dos colegas generalistas e médicos no que diz respeito à elaboração de planos em prol do cliente, existindo facilidade e naturalidade na forma como ocorria esta articulação, e uma valorização de papéis.

Também em contexto domiciliário, foi bem clara a importância do trabalho em equipa e da construção da tomada de decisão conjunta. Quinzenalmente, eram realizadas reuniões multidisciplinares com o propósito de permitir a cada gestor de caso apresentar os seus casos clínicos, motivar a sua discussão, partilhar objetivos e estratégias de intervenção e reavaliar o plano de reabilitação (PR), bem como planear e programar altas. Nestas, foi garantido espaço para a partilha de sentimentos inerentes à complexidade das várias situações, a dificuldades e eventuais dúvidas, sendo a comunicação, um aspeto fundamental. Hesbeen (2001) sublinha a repercussão da reflexão conjunta e o trabalho multidisciplinar no respeito pela individualidade da pessoa, afirmando que

cuidar de uma pessoa respeitando a particularidade da sua existência (...) é sim, uma representação multidisciplinar da prática de cuidados baseada na experiência e no

questionamento e orientada para uma ação reflectida, repensada sempre que se apresenta uma nova situação humana. (p. 79)

Esta tomada de decisão em equipa constitui um grande desafio e requer uma verdadeira maturidade, e uma grande capacidade de aceitação e valorização de várias perspetivas até que se atinja uma deliberação consensual, que seja o mais justa e favorável ao cliente, no respeito pela suas preferências e necessidades, e no respeito pelo CD.

Este trabalho de equipa ocorreu também pela articulação com profissionais de outros contextos e níveis de cuidados, especialmente em situação de transição de cuidados ou preparação do regresso a casa. No serviço de pneumologia, havia sido previamente elaborada pela equipa de reabilitação, uma listagem com contactos de todos os locais em contexto comunitário, na área de influência do hospital. Esta lista facilitava, aquando do momento da alta, o estabelecimento de contacto telefónico e/ou via eletrónica, aos colegas da comunidade, de forma a transferir informações em relação ao PR do cliente, seus objetivos e necessidades identificadas.

O EEER assume, assim, um importante peso no que diz respeito à articulação não só com a sua equipa, como com profissionais de outros locais/ níveis de cuidados, atuando como facilitador dos processos de transição, para promoção da adaptação da pessoa à sua nova condição e melhorar a sua QV. Com o meu estágio na comunidade, tornei-me mais desperta para a importância desta partilha, tendo sido para mim, determinante, dispor de algumas informações específicas e algum conhecimento prévio do cliente na primeira VD, encontrando-me já alerta e desperta para os problemas reais e potenciais.

Pelo meu parco contacto anterior com o contexto comunitário, tinha pouco conhecimento e domínio relativamente ao modelo organizacional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Foi importante discutir com a OC e explorar a plataforma Gestcare® para dela extrair todos os contributos e informação pertinente para planear intervenções orientadas para a obtenção dos maiores ganhos para os clientes. Esta plataforma informática serve como suporte à gestão, referenciação e acompanhamento dos utentes inseridos na RNCCI, tendo contribuído para compreender a dinâmica de articulação na RNCCI. Com a experiência em estágio, consegui extrapolar algumas melhorias e aprendizagens para o meu contexto profissional, onde o destaque e controlo de processos de referenciação é assumido pelas técnicas de serviço social. Assim, tenho procurado um maior envolvimento e

preenchimento completo com ênfase nos aspetos físicos, psicológicos, afetivos, autonomia física e instrumental, situação social e hábitos da pessoa.

Agir com responsabilidade profissional implica proteger a pessoa, no respeito pela sua individualidade e dignidade, no que se refere a pares e cliente, bem como pela sua vulnerabilidade. Segundo Petronilho (2007), a família “continua a ser o principal sistema de suporte das pessoas mais idosas, bem como a principal fonte de manutenção da dignidade destes membros” (p 29). Nunes et al. (2005) no CD enfatizam a importância do foco dos cuidados de enfermagem no apoio à família, atendendo a pessoa como uma totalidade única inserida numa família e comunidade. Enaltece-se o peso do envolvimento das famílias como parceiras no cuidar, e na capacitação das mesmas para a promoção de bem-estar, independência e autonomia da pessoa. Implica por parte do ER conhecer adequadamente a família para definir planos de cuidados adequados. Pelas contingências inerentes à pandemia, que, além da presença de muitos familiares internados ou em isolamento, resultaram numa restrição de visitas aos serviços, não se conseguiu o envolvimento das famílias conforme desejado e planeado, quer nos cuidados, quer no planeamento da alta. Na maioria das vezes os ensinamentos foram realizados de forma breve, presencialmente, no momento da alta, não permitindo assegurar todas as fases de ensino necessárias. Segundo Petronilho (2007),

os enfermeiros desempenham um processo estratégico na partilha de informação com os doentes e familiares cuidadores, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios de saúde com que se deparam após a alta hospitalar, proporcionando qualidade de vida a todos os intervenientes (p. 18).

Apesar da decisão de alta hospitalar, neste internamento, não se encontrar exclusivamente centrada na decisão médica, as exigências das circunstâncias vividas e a necessidade de camas, motivaram a existência de altas precoces, muitas vezes sem a instituição enraizada de um PR. Estes factos comprometeram a continuidade de cuidados, tão enfatizada em vários documentos legais, como a carta dos direitos dos doentes internados. Esta enaltece a parceria nos cuidados e a integração, ainda em contexto de internamento, de um familiar/pessoa significativa a quem se preste toda a informação e conhecimento adequados, relativamente aos cuidados que a pessoa deverá manter no domicílio.

Mesmo em épocas normais, o hospital apresenta algumas limitações ao estabelecimento de uma relação de parceria, uma vez que afeta vários ambientes da pessoa (social, íntimo, pessoal), e conseqüentemente o seu bem-estar, agravando-se

as mesmas com a situação pandémica (Dinis, 2007). Estes aspetos colocam assim em causa o respeito pela autonomia, liberdade e dignidade da pessoa. Pautando-se a enfermagem por ser uma profissão com responsabilidades éticas e deontológicas, devem procurar-se modelos de atuação e normas de serviço que visem a integração das famílias e valorizem o seu papel ativo, o que se torna extremamente desafiante.

Um estudo de Padilha & Silva (2020) abordou o impacto da pandemia nos EEER, mostrando uma série de contrariedades das orientações institucionais face aos princípios éticos e deontológicos, resultando numa diminuição da satisfação com a qualidade dos cuidados prestados, pela impossibilidade da prestação de cuidados especializados e pelas alterações das dinâmicas relacionais e técnicas impostas pelas medidas de prevenção da contaminação. No serviço de pneumologia, apesar de todo o esforço, alguns espaços físicos e muitos recursos materiais de uso coletivo, deixaram de ser utilizados, pois, apesar da instalação recente de pressão negativa nos quartos ter vindo melhorar as condições de segurança quer para os profissionais, quer para os clientes, não era possível garantir uma correta descontaminação do material. A título de exemplo, destacam-se o uso da caixa de inaladores, bicicleta e pedaleiras bem como o uso do corredor exterior para realização de provas de marcha.

Em contexto comunitário a dimensão desta problemática foi ainda maior, uma vez que em VD não se conseguem reunir as mesmas condições de segurança de um internamento, o que levou à necessidade reajuste das agendas pelo maior dispêndio de tempo em cada cliente e devida colocação de equipamento de proteção individual.

Contrastando com o contexto hospitalar, no comunitário foi possível uma melhor identificação de recursos, uma maior expressão da dimensão individual da pessoa, uma maior responsabilização e envolvimento familiar e individual, garantindo-se um maior respeito pela sua autonomia e dignidade, pela conservação da identidade, intimidade, segurança, valores, estrutura, papéis e vínculos (Dinis, 2007). Isto permitiu que, sempre que a família não se encontrasse devidamente capacitada, a alta pudesse ser adiada por mais alguns dias para melhor capacitação da família. Esta invasão do espaço familiar, despertou algum receio inicialmente, nomeadamente pelo medo de não ser capaz de caminhar a lado da família, de não ser bem aceite e não ser capaz de mostrar os meus pontos de vista e envolvê-los na melhor tomada de decisão. Contudo, o envolvimento com a família foi acontecendo de forma muito natural, intensificando-se em larga escala os sentimentos de confiança de parte a parte, sabendo aceitar as decisões da família relativamente ao PR, e procurando caminhos alternativos para resultados bem-sucedidos. A título de exemplo, relembro

o caso da D. M.M., a quem, após otimização da adaptação à VNI em domicílio, foi proposta realização de exercícios para RR, os quais a cliente prontamente recusou, após terem sido adequadamente explicados e compreendidos os riscos e benefícios. No respeito pela sua autonomia e liberdade, foi previamente solicitado consentimento livre e esclarecido, e aceite a sua tomada de decisão, procurando alternativas de treino que fossem ao encontro das suas motivações pessoais. Assim, foi realizado treino de marcha no interior e exterior, com progressiva ida até ao clube recreativo para toma de café, retomando a sua rotina prévia ao internamento. Também por vezes em contexto hospitalar, alguns clientes recusaram a realização de sessão de reabilitação, como expresso em estudo de caso (Apêndice 2) em que o Sr. M.R recusou por se encontrar cansado ou adaptado a VNI.

Considerando a competência em análise, nas situações descritas, foi mantido o respeito pela decisão tomada pelos clientes, tal como se encontra alicerçado no artigo 81º do CD, especificamente nas alíneas a) “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação...”, e) “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa...”, f) “respeitar e fazer respeitar as opções...”. Espelha ainda o respeito pela autonomia da pessoa, de acordo com o artigo 84º especialmente nas alíneas a) “informar o indivíduo e a família ...”, b) “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”. Este último, reconhece à pessoa a sua liberdade individual, autonomia e capacidade de decidir por si própria, livre e esclarecidamente, e implica igualmente a proteção da sua privacidade e intimidade (Nunes et al, 2005).

De forma a responder a estes objetivos, importa ressaltar que ao longo do estágio e em todas as ações inerentes à realização deste relatório, foram omitidas todas as informações de identificação, para preservar a identidade de clientes e instituições. Esta omissão ocorre no respeito pela dignidade, na obrigatoriedade do sigilo profissional e garantia da confidencialidade, tal como se encontra explanado no 12º artigo da Declaração Universal dos Direitos do Homem, no artigo 85º do CD e no 12º direito expresso na Carta dos Direitos do Doente internado. Os documentos supracitados mencionam ainda o dever de assegurar a privacidade e intimidade dos doentes, os quais procurei sempre garantir, respeitando o corpo do outro e, protegendo igualmente, a sua vida privada e a da sua família. Para tal, foram utilizadas cortinas em contexto de internamento, roupa adequada em ambos os contextos, adequada cobertura do corpo aquando da circulação e realização de exercícios. Nos estágios, e previamente à realização de cada sessão, os clientes foram informados

da minha condição de enfermeira estagiária na área da especialidade, sendo sempre obtido o seu consentimento para as intervenções planeadas.

Em suma, posso afirmar que adotei uma conduta com base no respeito pelos princípios éticos de beneficência, justiça e não-maleficência, orientada para uma visão holística centrada na pessoa e família, numa lógica de parceria e envolvimento do cliente/família, consagrando os contributos dos vários atores envolvidos, na busca pela excelência dos cuidados. Para a sua concretização, foi necessário uma avaliação e conhecimento pormenorizado e individualizado, tanto da pessoa/família, como da equipa e dos recursos disponíveis.

O desenvolvimento desta competência mostra ainda a importância da prática reflexiva no exercício profissional dos enfermeiros, constituindo um princípio para a consciencialização da prática. A reflexão permite a identificação das nossas forças e limitações e, portanto, do autoconhecimento, procurando estratégias mais eficazes, que protejam a pessoa, previnam danos e assegurem o seu bem-estar e a qualidade de vida. Além do mais, assume-se como uma oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem, permitindo uma tomada de decisão responsável e segura, com base na melhor evidência científica, que se reflete numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados, no seio de uma equipa qualificada, autónoma e crítica.

### **2.2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Para o desenvolvimento deste domínio, foram definidos os seguintes objetivos:

- 3) Participar e colaborar na implementação de protocolos com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de ER, promovendo práticas com base na evidência científica
- 4) Promover um ambiente seguro e terapêutico na prestação de cuidados de ER à pessoa e família nos diferentes contextos de prática.

O Instituto de Medicina dos EUA citado por Pereira (2009), define qualidade em saúde como o “grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional mais actual” (p. 80).

De acordo com a OE (2002), a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros afeta a qualidade em saúde, a qual possui carácter multidisciplinar. Assim, foi crucial a definição de padrões de qualidade em enfermagem, com foco no cliente e no trabalho em equipa. Os seus enunciados descritivos dizem respeito à satisfação dos

clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem, e constituem uma alavanca para a elaboração de projetos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em ER (OE, 2018). A melhoria da qualidade requer uma reflexão sobre a prática profissional, tornando-se, portanto, num desafio para os profissionais e deve incluir resultados com base na melhor evidência científica.

Nascimento, et al. (2021) referem que é mundialmente consensual, que as evidências científicas demonstram cada vez mais a necessidade de se aplicarem resultados que avaliem cuidados de qualidade e segurança, destacando a existência de indicadores sensíveis à prática de enfermagem.

Contudo, a qualidade dos cuidados de enfermagem não é apenas atingível com a execução de programas ou projetos, devendo estar presente em todas as práticas e rotinas, requerendo um ambiente favorável à sua aplicação (OE, 2002). A utilização de instrumentos válidos para controlo da qualidade, constitui uma forma de padronização no seio da equipa, promovendo um ambiente seguro e de qualidade.

Na sequência da pandemia por Covid-19, muitos projetos anteriormente em curso no serviço de pneumologia onde realizei estágio, deixaram de ser aplicados, pelas mudanças que se verificaram na equipa, no espaço físico, no tempo disponível, e que impediram a sua realização de uma forma rigorosa. São exemplos desses projetos, o Projeto Cuidar em Contexto Familiar, e o Programa de Reabilitação na pessoa com DPOC agudizada. Também em contexto comunitário, a pandemia teve idênticas repercussões, que se refletiram numa necessidade de alocação de pessoal para áreas destinadas ao cuidado direto de doentes com covid-19 e vacinação, maior dispêndio de tempo na execução de PR pelas medidas de proteção necessárias. Contudo, todos os esforços foram desenvolvidos no sentido de se promoverem práticas seguras e de qualidade junto dos clientes e famílias, numa ótica de melhoria contínua. Para isso, foram utilizados instrumentos adequados de forma a melhorar o desempenho e responsabilidade profissional, e obter ganhos em saúde relacionados com os cuidados de enfermagem.

Os registos de enfermagem inserem-se na esfera da responsabilidade profissional de enfermagem e são, uma ferramenta importante no que diz respeito à garantia da continuidade de cuidados, funcionando como um importante indicador da sua qualidade. Constituem uma forma de documentação legal dos cuidados prestados e

de comunicação comum escrita entre enfermeiros (OE, 2014) tendo sido a CIPE definida como referencial para vocabulário a aplicar.

Ao longo do estágio, foi utilizada a linguagem CIPE, adotada nas instituições de ambos os contextos e que se encontra espelhada em todos os PR realizados. A sua utilização procurou aperfeiçoar e normalizar a informação documentada, melhorando, conseqüentemente, a gestão e avaliação dos cuidados, os canais de comunicação entre os diferentes contextos, com reflexos na continuidade de cuidados e na investigação (Sá, Dias & Norelho, 2020; OE, 2007). Apesar dos sistemas de informação serem diferentes nos dois contextos (Glinnt e SClínico), os aspetos centrais eram os mesmos, com utilização da CIPE como uma linguagem comum, o que se tornou facilitador em termos de levantamento de problemas, formulação de diagnósticos, proposta de intervenções e obtenção de resultados. Isto, além de favorecer a reflexão na prática, veio facilitar a geração de diversos tipos de indicadores, cuja monitorização permitiu analisar o impacto e qualidade das intervenções nos ganhos em saúde da população, facilitar a tomada de decisão, e, portanto, aumentar a visibilidade da profissão de enfermagem, nas suas diversas áreas. Nascimento, et al. (2021), referem diversos estudos que estimam que o uso simultâneo de suporte informático e linguagem padronizadas fornecem informações completas e precisas, que concorrem para a qualidade dos registos e para uma melhor tomada de decisão.

Apesar de na ECCI ser utilizada a mesma plataforma que no meu contexto profissional (SClínico), esta estava adaptada ao contexto comunitário, apresentando algumas especificidades e diferenças o que exigiu algum dispêndio de tempo para adaptação. No que respeita à Glinnt, em contexto hospitalar, apesar de já ter alguma experiência na sua utilização, esta nunca ocorreu de forma tão organizada e estruturada, o que se deve à elevada preocupação da instituição com a documentação dos cuidados prestados. O nível de qualidade e cuidado com os registos, ficou bem perceptível pela existência de um catálogo de diagnósticos e intervenções específicos da reabilitação, criado por EEER, e que constituíram um excelente recurso para a realização dos meus PR. Apesar de toda a evolução e esforços que se tem sentido, considero que a especificidade e complexidade dos cuidados de ER dificultam a sua plena visibilidade, encontrando-se ainda os registos muito direcionados para a produção de indicadores, deixando de fora algumas necessidades e intervenções específicas aos clientes. Para contornar este aspeto, e melhor retratar a evolução dos clientes, sempre que necessário, adicionei notas complementares em cada turno

realizado. Em contexto hospitalar foi facilitador a existência de uma folha de passagem de turno, que foi conservada, e onde acrescentei manualmente informações relativas à avaliação e intervenção dos clientes com os quais trabalhei. Utilizei como complemento o instrumento próprio de avaliação que criei para avaliação dos clientes (Apêndice 1), e realizei as minhas próprias notas, descritivas do trabalho e resultados obtidos com cada cliente. Tudo isto contribuiu para a realização de PR individualizados, estruturando a informação de modo fundamentado, de acordo com as necessidades e a evolução do cliente.

Hesbeen (2001) enfatiza a importância da utilização de uma linguagem comum, da compreensão da missão realizada em equipa, do espírito de reabilitação e do PR específico de cada cliente. Neste sentido, é importante que a informação esteja acessível e seja compreendida, independentemente do contexto. Visando a qualidade como resultado, tendo em conta que o conhecimento não é estanque, importa que os sistemas incorporem conhecimentos e práticas baseadas na melhor evidência científica disponível, garantindo intervenções atuais, que devem ser regularmente refinadas (OE, 2018).

Também a passagem de turno se assume como um momento fulcral, com impacto direto na qualidade de cuidados, devendo a informação transmitida ser real, pertinente e segura para o cliente, e evitar repetições e perda de informação (Nascimento et al., 2021). No estágio hospitalar EEER e generalistas estavam presentes neste momento, o que permitiu recolher informação, identificar necessidades reais e potenciais, delinear intervenções, bem como comunicar à equipa o trabalho e ganhos obtidos com a intervenção da equipa de EEER. No estágio na ECCI, não existindo uma passagem de turno formal dado a intervenção estar organizada por gestores de caso, eram realizadas e registadas em ata as reuniões multidisciplinares já abordadas anteriormente. De modo informal, diariamente discutiam-se entre pares, estratégias de atuação atuais e de acordo com a evidência.

Outro recurso para garantir a continuidade de cuidados, a sua qualidade e visibilidade da ER foram as notas de alta. No contexto hospitalar, em conjunto com a OC, no final da nota de alta de enfermagem foi adicionado um pequeno resumo do trabalho de reabilitação desenvolvido, com menção às principais necessidades identificadas, objetivos atingidos e por atingir. No contexto comunitário as notas de alta realizadas com o OC e respetivo gestor de caso, foram mais detalhadas, e a sua elaboração iniciou-se no momento da admissão do cliente na equipa. Na nota foram mencionados: motivos de referência a ECCI, o PR proposto e um resumo diário

da evolução do cliente e resultados atingidos. Foi ainda incluída uma nota de avaliação médica e assistente social, evidenciando o trabalho multidisciplinar.

Outros instrumentos validados foram usados em ambos os estágios, para garantir a qualidade dos cuidados, a segurança e uma melhoria da comunicação. Destacam-se: Escala de Braden (avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão), Escalas da Dor, Escala de Morse (avaliação risco de queda), EBM (avaliação da dispneia), Escala de Barthel e MIF (avaliação da funcionalidade), etc.

Tendo por base os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos EEER, no que concerne à satisfação do cliente, durante os estágios foi sempre realizado reforço positivo relativamente aos seus progressos do cliente, fossem eles maiores ou menores. Mais ainda, além de PR construídos para os clientes, foram construídos planos com os clientes, tendo em conta o seu projeto de saúde. No contexto hospitalar, embora os planos fossem executados durante a manhã, todos os clientes com capacidade para tal, foram incentivados a repetir exercícios ao longo do dia, com prescrição da periodicidade, tais como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR), expiração forçada, tosse dirigida, utilização de produtos de apoio para limpeza das vias aéreas ou utilização de espirómetro de incentivo. Estes aspetos foram referidos em folha de passagem de turno, como orientação dos colegas para a continuidade dos cuidados já iniciados pelos EEER. Isto permitia-lhes incentivar os clientes para uso dos dispositivos ou realização dos exercícios ao longo do dia, bem como, terem indicações do posicionamento mais favorável para o cliente, nomeadamente situações de derrame pleural, estratégias de abordagem no cliente com AVC, ou recomendações acerca da consistência de espessante no caso com alterações da deglutição.

Na ECCI realizei VD duas a três vezes por semana por cliente e, para otimização dos resultados e aumento do compromisso destes com o PR, prescrevi a realização de exercícios ao longo do dia, tal como espelhado no Estudo de Caso realizado (Apêndice 4) em que se evidencia a importância da motivação para o compromisso com o PR. Nesta situação, de forma a aumentar a adesão, criei um folheto (Apêndice 6) onde constam os exercícios prescritos e a sua frequência.

Para avaliação da satisfação dos clientes, na ECCI, entreguei na primeira VD de admissão, um questionário para avaliação da satisfação, que deveria ser devolvido pelos clientes, no último dia de contacto. Este questionário visava ajuizar relativamente à qualidade dos cuidados prestados, obter indicadores de sucesso de prática e identificar eventuais aspetos passíveis de melhoria, referindo-se não

somente à competência e desempenho do enfermeiro, mas também ao acompanhamento e organização dos cuidados.

A promoção de um ambiente seguro insere-se no domínio de competências do EEER. Porém, torna-se um desafio ainda maior no contexto comunitário, pois a nível hospitalar, os riscos encontram-se mais ou menos globalmente controlados e a disponibilidade de recursos e equipamentos é maior. Conseguir lançar um olhar para o ambiente da pessoa e família, e identificar barreiras e riscos potenciais ou reais, permitiu desafiar-me a mim própria, e encontrar estratégias de negociação de mudança e partilha de poder com o cliente, sabendo respeitar o seu espaço, dignidade e autonomia. Das barreiras detetadas no domicílio do cliente, estas prendem-se essencialmente com questões de acessibilidade, aumento do risco de queda e risco de úlcera por pressão. Destacam-se: a existência de escadas, tapetes soltos, incorreta utilização de auxiliares de marcha, inexistência de barras de apoio, a utilização de calçado e roupa inadequados, móveis em má disposição ou instáveis, escadas sem corrimão, colchão inadequado. Também na via pública identifiquei alguns problemas, como a existência de ruas com buracos e piso irregular, passeios muito altos e estreitos, inexistência de rampas de acesso a pessoas com mobilidade reduzida. No que concerne à utilização de VNI, também foi possível identificar alguns problemas, destacando-se o desconforto, sensação de claustrofobia, utilização inadequada das interfaces, entre outros.

Para corrigir estes problemas, realizei ensinamentos ao cliente/família no que diz respeito à adoção das medidas recomendadas para reduzir o risco de quedas no domicílio: remoção de tapetes soltos, colocação de barras de apoio no WC, utilização de roupa confortável e não demasiadamente comprida, uso de calçado adequado, fechado e com sola antiderrapante, garantia de iluminação adequada dos espaços, colocação dos móveis em disposição favorável ou sua remoção, garantir a integridade dos auxiliares de marcha e sua correta utilização, prestar assessoria quanto à aquisição de produtos e superfícies de apoio, explicar os efeitos da terapêutica realizada ou até o ensino acerca da adequada utilização da VNI. Elaborei como suporte informativo para clientes/famílias um folheto (Apêndice 5) que compila estratégias para resolução dos principais problemas associados ao uso da VNI, correta colocação da máscara e principais cuidados com o equipamento

A nível hospitalar sempre tive preocupação em garantir condições de segurança, sobretudo no que concerne à prevenção de quedas, existência de piso limpo e seco adequado ao treino de marcha, integridade dos auxiliares de marcha, calçado

adequado, correto funcionamento dos dispositivos e equipamentos e manter a campanha facilmente alcançável. A avaliação do risco de queda e de úlcera por pressão foi realizada de forma sistemática em ambos os contextos, pelo uso das escalas já mencionadas, estando a generalidade dos colegas, despertados para a aplicação de medidas de segurança e participação da sua ocorrência. A utilização destas escalas, permitiu, em ambos os contextos clínicos, colaborar na geração de dados para a produção de indicadores de qualidade. O registo da ocorrência de incidentes, permite uma monitorização adequada do erro, na tentativa de se encontrarem as melhores estratégias para a sua correção e prevenção. Durante os estágios, não ocorreu nenhum incidente, porém, existe um local indicado para a documentação da sua ocorrência, garantindo a segurança do cliente. No serviço de pneumologia, decorrente da sua experiência profissional, a generalidade dos colegas, EE e generalistas detinham muita perícia na identificação de problemas relacionados com a utilização da VNI, bem como estratégias para a sua correção, em clientes agudos ou crónicos. Contudo, e à luz de Meleis, foi notória a facilidade com que os EEER identificaram barreiras à segurança bem como potenciais inibidores do processo de transição, adotando estratégias facilitadoras da adaptação e transição para o domicílio, visando o seu bem-estar, QV e participação na sociedade.

No estágio hospitalar, foi possível efetuar uma breve passagem pela Unidade de Sono e VNI, para perceber de que forma era feito o acompanhamento do cliente com VNI. Nesta consulta, avaliou-se a adesão à VNI, fatores condicionantes e esclarecidas dúvidas em relação à adaptação. Em internamento sempre que necessário foram possibilitados mais dias para adaptação e reforço de ensinamentos antes da alta, eliminando dúvidas, prevenindo complicações e aumentando a confiança e o bem-estar, envolvendo sempre que possível, as pessoas significativas. Estas ações inserem-se nos padrões de qualidade dos cuidados especializados de ER.

A preparação do regresso a casa reveste-se de desafios, quer para o cliente, quer para o seu cuidador. Este deve ser igualmente capacitado para a aquisição de habilidades e motivação para responder aos desafios de saúde sendo também responsável pela obtenção de ganhos em saúde da pessoa dependente (Petronilho, 2007). A assunção do papel de cuidador pode ser geradora de uma situação de crise, resultando em stress, isolamento, fadiga, depressão, frustração, diminuição da autoestima, etc. A relação de parceria permite identificar estes sentimentos as dificuldades sentidas relativamente à transição em curso. Quando este processo de transição não acontece de forma eficiente, podemos estar perante uma situação de

*Stress* do Prestador de cuidados, requerendo por parte do EEER a mobilização de estratégias de *coping* para aumento das competências e adaptação aos novos desafios de saúde (Petronilho, 2007). Estamos então em condições de afirmar que, a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, é também influenciado pelo conforto e bem-estar do seu cuidador, com consequências diretas na QV de ambos.

Torna-se assim pertinente a produção de indicadores que valorizem estes aspetos, existindo na CIPE, no domínio dos processos adaptativos, o foco do *Stress* do Prestador de Cuidados. Para tal, em contexto comunitário, foi entregue, à admissão e, posteriormente, após a alteração do *status* do diagnóstico de gestão do regime terapêutico, a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Escala de Zarit) (Anexo 3). O Estudo de Caso n.º 3 (Apêndice 4) retrata uma situação de uma elevada sobrecarga do cuidador, sendo desenvolvidas estratégias de capacitação e intervenção integradas com outros profissionais, dirigidas às necessidades específicas da família e tendo por base a melhor evidência científica.

Ao longo dos estágios, procurei ainda garantir práticas seguras, assegurando os princípios de ergonomia e mecânica corporal os quais foram transmitidos aos parceiros no cuidar: pares, clientes e cuidadores. Estes, permitem reduzir o risco de danos como lesões músculo-esqueléticas, que, segundo a OE (2013) constituem o mais frequente problema de saúde ocupacional a nível europeu. Relativamente ao cuidador, além da sobrecarga mental, existe também tendência para uma sobrecarga física, igualmente alvo de atenção e intervenção por parte do EEER através do ensino destes princípios (Matos & Araújo, 2021). Dado o elevado grau de dependência física de muitos clientes, é essencial que cliente e cuidador adotem uma boa postura. Além de zelar pela execução segura de técnicas entre pares, foi também importante uma supervisão rigorosa e ensino dos cuidadores, despistando e corrigindo práticas incorretas e perigosas. Assim, em ambos os contextos, foi importante utilizar fardamento e calçado adequados, garantir um piso seguro e livre de obstáculos, com mobiliário e cama idealmente regulável em altura, usar produtos de apoio e auxiliares mecânicos (transferes, resguardos) e gerir os recursos humanos de forma adequada (Alexandre, 2007; OE, 2013; Matos & Araújo, 2021). Aquando de mobilização e transferência de clientes, atenderam-se a princípios como: manter as pernas ligeiramente afastadas de forma a aumentar a base de sustentação e com os pés totalmente apoiados no chão, manter a coluna ereta evitando movimentos de torção do tronco, deslocar o peso mediante o movimento, usar os músculos das pernas e ancas em vez das costas e membros superiores, usar o próprio peso para

contrabalançar o peso do cliente e fletir os pés e não a coluna (idem). Em contexto domiciliário, foi ainda possível, em diversos clientes, promover adaptações no seu ambiente particular, tornando-o mais seguro, por exemplo através da colocação de barras no WC, utilização de alteador de sanita e tábuas de banho.

### **2.2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados**

Para o seu desenvolvimento mais detalhado, foram definidos os seguintes objetivos:

- 5) Desenvolver competências de gestão e liderança otimizando a resposta e articulação na equipa de saúde.

Competências a este nível permitem aos enfermeiros enfrentar os desafios vivenciados nas organizações de forma eficaz, segura, rigorosa e com qualidade. Assumindo-se como líder, o enfermeiro gestor é capaz de analisar problemas, avaliar as necessidades específicas do cliente, permitindo uma tomada de decisão tendo em conta os objetivos definidos e os recursos disponíveis (Costa, 2013). Sobretudo numa época em que se atravessa uma escassez de recursos a vários níveis, importa torná-los o mais eficazes e rentáveis possível.

Em termos de recursos materiais, o estágio, sobretudo em contexto domiciliário onde a escassez era mais evidente, permitiu desenvolver a minha criatividade na conceção de estratégias e alternativas. Utilizando a imaginação, foram utilizados como instrumentos pacotes de massa e garrafas de água como halteres, bengalas e cabos de vassoura como bastão, chapéus de chuva como marcadores de chão, assobios de festa para treino respiratório e ensino da tosse, bolas e ligaduras elásticas. Esta adaptação de materiais permitiu uma realização dos exercícios com rigor, sem, no entanto, se aumentarem os encargos quer para os clientes, quer para a organização.

Em ambos os contextos, fui assumindo progressivamente, e com maior segurança e destaque, o meu papel enquanto EE, à medida que fui conhecendo os membros das equipas de saúde. O meu maior receio inicial, prendia-se com a eventual dificuldade na assunção de um papel de líder, pelas minhas características pessoais, considerando-me uma pessoa tímida e reservada. Contudo, com o tempo e o contributo das equipas, ambas recetivas, disponíveis e acolhedoras, este receio foi-se dissipando naturalmente. Costa (2013), refere que a liderança não depende exclusivamente dos traços de personalidade, mas mais da tríade entre líder, liderados

e contexto, podendo ser melhorada e treinada. Assim, uma boa liderança implica uma adequada análise das problemáticas e tomada de decisão, sabendo envolver os vários elementos da equipa. Para a aquisição de competências neste âmbito, em muito contribuíram as OC, ambas referências no seio das suas respetivas equipas nomeadamente no que concerne à orientação das práticas de enfermagem. Uma postura de liderança, favorece a referenciação e articulação com os restantes profissionais, após identificação das necessidades individuais dos clientes, mobilizando os recursos disponíveis.

Ao longo do estágio, foi-se fortalecendo a relação de parceria com os restantes profissionais, valorizando-se os contributos de todos os intervenientes. Em contexto hospitalar a articulação com os colegas generalistas e equipa médica era diária e constante. Outro exemplo, na situação do Sr. C.M., a quem, por suspeita de aspiração, apliquei a escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Anexo 4), que revelou uma alteração da deglutição para líquidos. Solicitei então avaliação pela Terapia da Fala com quem foram discutidos e discutidos e exemplificados alguns exercícios de reeducação da deglutição, a serem replicados autonomamente pelo cliente, e orientados e supervisionados pelos EEER. Para os colegas generalistas, foram deixadas em folha de turno, algumas orientações e estratégias de intervenção, tais como, a consistência do espessante e a indicação para alimentação com colher de metal. Em articulação com o dietista, foi alterada dieta geral para pastosa e pedida consulta de voz/Deglutição. Todas estas intervenções envolvendo os vários atores, concorreram para uma melhoria da segurança do cliente, bem como da excelência dos cuidados prestados. Também em articulação com a Equipa de Gestão de Altas (EGA) se decidiram alterações das tipologias de referenciação. No caso do Sr. M.B., inicialmente referenciado para uma Unidade de Longa Duração, as melhorias funcionais com o PR permitiram a alteração para uma unidade de Média Duração e Reabilitação, pelo seu elevado potencial e manutenção de cuidados de reabilitação.

Também em ECCI consegui uma colaboração próxima com os restantes profissionais da equipa. Remontando ao caso do Sr. V.L. (Apêndice 4), após identificar as necessidades de apoio em social e psicológico, pelas alterações de imagem corporal inerentes à amputação e afeção da sexualidade do casal, solicitei intervenção por parte da psicóloga, assistente social e médico da equipa. Foram então discutidas as necessidades desta família, avaliadas estratégias e possíveis soluções. Como resultado desta articulação, foi instituída terapêutica ponderando-se eventual encaminhamento para consulta de Urologia, conseguindo-se uma melhoria da

vivência da sexualidade do casal. Conseguiu-se ainda aumento recursos financeiros da família pela aquisição de subsídio por dependência. Nesta situação articulei ainda com o hospital onde o Sr. V.L. se encontrava a ser acompanhado, de forma a conseguir antecipação da consulta de avaliação, por presença de sinais infecciosos no coto de amputação, com repercussões e limitações funcionais e QV para o cliente.

As situações descritas, reportam exemplos de encaminhamento do cliente, para outras instituições ou profissionais, na procura da melhor resposta e solução face às necessidades identificadas. Pensar em intervenções de reabilitação, implica pensar em parceria, numa união de forças independentes, mas complementares com outros profissionais. Isto só é possível pelo reconhecimento do meu papel enquanto EEER, sabendo distinguir quais as intervenções autónomas e de terceiros.

Nas reuniões multidisciplinares quinzenais realizadas em ECCL e já abordadas, pude liderar e assumir a condução da reunião, apresentando os clientes em acompanhamento pela OC e por mim. Numa destas reuniões foi possível partilhar a dificuldade sentida com um dos clientes em que, após alguns ganhos iniciais após mudança de gestor de caso, se voltou a notar pouco compromisso, nova estagnação no seu processo de reabilitação, e pouca adesão ao PR apesar do seu elevado potencial. Após discussão em equipa multidisciplinar, optou-se pela alta do cliente, com credencial para realização de fisioterapia em ambulatório, de forma a estimulá-lo a sair de casa, decisão que o cliente e esposa acabaram por aceitar com satisfação.

Também nas passagens de turno, no contexto hospitalar, apesar de não passar o turno, dado a OC prestar exclusivamente cuidados de ER, completei a mesma com informação pertinente, deixando orientações relativas a ações que melhoram o estado de saúde dos clientes e as quais foram já abordadas: indicações relativamente a posicionamentos, consistência de espessante, necessidade de talher de metal, produtos de apoio a incentivar durante o dia, necessidade de jejum nos clientes a quem era aplicado o *Cough Assist* diariamente, entre outros. Segundo Brady Germain & Cummings (2010), um bom líder em enfermagem deve deixar orientações claras, para um envolvimento direto na ação, definindo metas claras, de forma a conquistar o respeito dos outros, funcionando como um exemplo. Neste sentido, considero que as ações referidas permitiram, além de desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados, fomentar o envolvimento dos colegas, de forma a sentirem-se motivados e empoderados, aumentando a sua confiança no trabalho realizado.

Em ambos os contextos assumi a responsabilidade pela organização de todo o meu trabalho, com pequenos acertos pelo OC sempre que necessário, justificando

todas as minhas intervenções com base no conhecimento e na evidência científica. Em ECCI geri e organizei as VD de acordo com os trajetos a realizar e o tempo disponível, articulando com os restantes colegas, dado o transporte ser partilhado. Neste sentido, a gestão de tempo e o planeamento dos cuidados foi igualmente um desafio superado com sucesso, conseguindo sempre ajustar a intervenção ao tempo disponível, sem prejuízo para os clientes. Importa ainda referir, que o estágio foi orientado no sentido de aproveitar o máximo de oportunidades de aprendizagem para desenvolvimento de competências, sobretudo em contexto hospitalar, pelo contacto com um maior número de clientes, ainda que, atualmente, com tempos de internamento mais reduzidos.

Ao longo do estágio não se identificaram necessidades informativas junto da equipa de enfermagem ou assistentes operacionais, existindo também pouca disponibilidade para frequência de formações, dadas todas as alterações e exigências na sequência do grave contexto pandémico vivido na altura. Neste sentido, e em concordância com as OC, não foi realizada formalmente nenhuma sessão formativa. Contudo, e pela diversidade de experiências profissionais, foram diversos os momentos informais de partilhas com contributos práticos. Além de assessoria na área de especialidade, foi prestada assessoria noutras áreas nas quais detenho experiência profissional e formação, nomeadamente na área do tratamento de feridas e cuidados paliativos. Esta partilha de conhecimento contribuiu de igual forma para a qualidade dos cuidados, na busca de novas estratégias de intervenção eficazes e com ganhos para o cliente.

As necessidades informativas direccionaram-se sobretudo a clientes e cuidadores, sendo o EEER um elemento essencial na transmissão de informação, como forma de capacitar para o cuidar, aumentando o repertório de conhecimentos, facilitando a transição e conseqüentemente a adaptação (Petronilho, 2007). Ao longo do estágio, aos cuidadores foi prestada formação acerca dos cuidados após alta, delegando-lhes algumas tarefas do cuidar, idealmente de forma supervisionada, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

Durante o estágio promovi um clima de confiança e cooperação, conseguindo um bom entrosamento com ambas as equipas, pela minha postura calma e positiva, pelo que as minhas inquietações iniciais de encontrar equipas desgastadas e pouco disponíveis para estudantes, pela pandemia, se foi dissipando. A adoção de um papel de líder na área da ER numa equipa desconhecida, tornou-se um desafio interessante. Porém, foi facilmente ultrapassado pelos laços estabelecidos, pela capacidade de

comunicação, motivação e assertividade na tomada de decisão, características importantes que segundo Brady Germain & Cummings (2010) são essenciais para a relação de confiança, satisfação e qualidade de cuidados.

Em suma, integrar novas equipas é um desafio que implica a procura de modos de articulação com outros profissionais, sabendo reconhecer o meu lugar na equipa. A comunicação, motivação e confiança são aspetos essenciais que o EEER enquanto líder e gestor deve assumir, envolvendo profissionais, delegando tarefas, e adaptando os recursos de forma criativa, promovendo a qualidade de cuidados.

#### **2.2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

O desenvolvimento das competências deste domínio, é transversal a alguns dos objetivos já mencionados: objetivos 2, 3, 4 e 9:

- 2) Desenvolver o autoconhecimento, assertividade e a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos Direitos Humanos e com base numa prática segura, profissional e ética
- 3) Participar e colaborar na implementação de protocolos com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de ER, promovendo práticas com base na evidência científica
- 4) Promover um ambiente seguro e terapêutico na prestação de cuidados de ER à pessoa e família nos diferentes contextos de prática.
- 9) Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito da promoção da adaptação à VNI, adesão ao regime terapêutico e prestação de cuidados de ER à pessoa com IRC

Segundo a OE (2002), a reflexão sobre a prática é uma componente essencial para a qualidade dos cuidados prestados. Em enfermagem, a complexidade de algumas situações é tao grande, que envolvem inúmeros questionamentos para a analisarmos de forma a tomar uma decisão adequada. Assim, a reflexão é um instrumento essencial para o desenvolvimento e um importante apoio para a prática de enfermagem, surgindo como algo inerente à experiência, e permitindo, de acordo com Somerville & Keeling (2004) o reconhecimento das nossas forças e fraquezas, procurando modos de melhorar a eficácia e, contornar o fosso que existe entre a teoria a e prática. Assim, a prática reflexiva constitui-se como uma pedra basilar que, além de nos permitir pensar naquilo que pretendemos mudar para melhor, permite também

destacar os nossos contributos positivos, e, naturalmente, favorecer a consolidação de um corpo de conhecimento em enfermagem e sua evolução enquanto ciência.

Para isso importa que exista uma boa capacidade de autoconhecimento e autoanálise, bem como competências comunicacionais, de relação e suporte, que permitam perceber quais as minhas necessidades e as necessidades do outro.

Em ambos os contextos de estágio encontrei equipas que proporcionaram um clima facilitador da minha integração, da construção do meu conhecimento e desenvolvimento de competências, sendo sempre fomentado um pensamento crítico e reflexivo, e uma introspeção e autoconhecimento. Este olhar que lançado interiormente, permitiu-me analisar e regular as minhas aprendizagens e conhecimentos, sendo capaz de distinguir aquilo que sabia e aquilo que ainda precisava de saber e desenvolver, de modo a conseguir uma prática baseada na evidência. Mestrinho, Félix & Mègre (2016) descrevem-na como o resultado de uma articulação entre a evidência científica e o conhecimento decorrente da reflexão na prática clínica, devendo incluir a melhor decisão visando os melhores resultados.

Neste sentido, foi importante conhecer o outro, as suas necessidades e aquilo que ele espera de mim. Foi igualmente importante conhecer-me a mim própria para mostrar ao outro o intuito da minha ação, saber identificar as minhas limitações a nível pessoal e profissional, mostrando saber gerir as minhas singularidades, considerando que estas podem interferir na relação com os outros. Assim, foi essencial mostrar disponibilidade, capacidade de escuta e respeito pelo seu percurso e projeto de vida, auxiliando-o e capacitando-o para as suas concretizações e desejos pessoais.

Em termos pessoais, questionar-me acerca das minhas forças e fraquezas permitiu procurar soluções dirigidas, alicerçando a minha prática na melhor evidência, garantindo cuidados com confiança, qualidade e segurança. À medida que aumentei os meus conhecimentos pela pesquisa de evidência recente, fui igualmente melhorando a minha argumentação e fundamentação na prática. De forma a aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito da pessoa com IRC submetida a VNI, solicitei uma passagem pela Unidade de Sono e VNI de forma a conhecer a panóplia de material utilizado, compreender mais próximo do cliente, quais as suas reais necessidades e dificuldades na transição para o domicílio, bem como quais as principais estratégias de acompanhamento e continuidade de cuidados no domicílio, visando a adesão ao regime terapêutico. Estes contributos foram transportados para o estágio em contexto comunitário e, verificando-se a necessidade de um suporte informativo para o cliente, facilitador da adaptação à VNI e deste processo de

transição, foi elaborado um folheto (Apêndice 5) que pretende dar resposta às principais necessidades verificadas.

A formação contínua, é uma das principais vias para o desenvolvimento de competências, melhorando as capacidades reflexivas e garantindo a qualidade dos cuidados. Além do professor orientador e OC, também as minhas motivações pessoais e iniciativa impulsionaram novos processos formativos, de forma a ampliar os meus conhecimentos e competências especializadas. Além de aproveitar as oportunidades de aprendizagem em torno da temática central deste relatório, novas oportunidades enriquecedoras e complexas surgiram, muitas das quais não abordadas em contexto académico, implicando um investimento pessoal. Constituem-se como exemplo a prestação de cuidados de ER ao cliente amputado, que se espelha no Apêndice 4, sobre o qual foi realizada uma afincada pesquisa bibliográfica para explorar as melhores estratégias de atuação, e de forma a fundamentar a minha tomada de decisão.

O autoconhecimento permitiu-me identificar as minhas necessidades formativas, pelo que se procuraram oportunidades de aprendizagem em torno das mesmas. Após reflexão e partilha das minhas necessidades com as OC, estas dirigiram esforços no sentido de as colmatar. A análise diária de radiografias de tórax em conjunto com a OC permitiu suprir dificuldades sentidas inicialmente, desenvolvendo competências de observação e avaliação, com subsídios para a elaboração dos meus PR e tomada de decisão. A minha inexperiência com o uso do *Cough Assist* motivou também a realização de pesquisa bibliográfica, e a realização de uma breve formação informal por parte da OC, abordando algumas das suas especificidades. Posteriormente, com o ganho de prática e autonomia na utilização deste aparelho, pude colaborar na integração de novos estudantes de ER, atuando como uma facilitadora da aprendizagem, na medida em que me foi concedida total liberdade para realizar formação informal aos novos estudantes acerca da utilização do *Cough Assist*. Isto permitiu-me contribuir como facilitadora de aprendizagem de competências dos enfermeiros, evidenciando as minhas capacidades de dinamização, de tomada de decisão e de justificação fundamentada das minhas intervenções.

Para consolidar e atualizar conhecimentos na área do cliente com patologia respiratória, procurei frequentar algumas formações e congressos que trouxessem subsídios para a minha intervenção junto deste grupo, não obstante à exploração de outras áreas onde não me encontro tão próxima e segura. Durante o estágio frequentei assim, formações e congressos, importantes espaços de partilha de evidência

científica junto de peritos na área, de entre os quais destaco: I Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação (CCRER), *Webinar*: terapêutica inalatória, *Webinar*: A ER na Pessoa com afeção da Deglutição, *Webinar*: ER no utente de foro orto-traumatológico, *Webinar*: O Exercício Físico e a ER.

O CCRER aportou inúmeros contributos, nomeadamente na área da VNI, com evidência recente e atualizada, nomeadamente no âmbito da abordagem ao cliente com Covid-19. Outras temáticas pertinentes foram abordadas, nomeadamente estratégias de reabilitação em clientes com ostomias respiratórias, Oxigenoterapia de Alto Fluxo, Treino de Exercício, estratégias de RR em clientes com patologia neuromuscular e estratégias educativas da terapêutica inalatória. Foram ainda partilhadas algumas estratégias de intervenção já implementadas com sucesso, com recurso à telereabilitação, evidenciando a necessidade de inovarmos as nossas práticas de acordo com as necessidades das pessoas, atendendo aos recursos disponíveis, mantendo a qualidade e a segurança das mesmas.

A gestão de respostas face a situações conflituosas insere-se neste domínio de competências. Embora não se tenham experienciado situações de conflito nas equipas, estas ocorreram no âmbito do estágio em contexto comunitário, entre um casal alvo de cuidados. Por diversas vezes se assistiu a um clima de tensão entre ambos, com maior agressividade e necessidade de intervenção, numa sessão em particular. Consegui atenuar a discussão e gerir o conflito e emoções, mostrando compreensão por ambos. Reuni e escutei em particular com cada um dos elementos do casal, apelando ao bom senso e respeito mútuo, valorizando aspetos e o esforço de cada um e alertando para a importância de se valorizarem mutuamente. Com uma postura empática e apaziguadora, apelando à expressão de sentimentos com uma comunicação aberta, mas assertiva, consegui gerir eficazmente o conflito, reduzindo stress e ansiedade entre o casal. A gestão de idiosincrasias, e fuga de uma postura castradora procurou uma solução favorável para todos, numa lógica de imparcialidade de modo a evitar novas ocorrências. Uma gestão apropriada do conflito, segundo Borges (2013) deve procurar uma solução integrada do problema, enfrentando-o e resolvendo-o do modo mais construtivo e produtivo, com recurso à escuta ativa, evitando discriminações e juízos de valor, compreendendo as diferenças, evitando e antecipando eventuais situações geradoras de conflito.

As situações expostas foram importantes para o desenvolvimento de competências de introspeção e autoconhecimento para me tornar capaz de circular por vários registos de acordo com a exigência da situação. Além disso, contribuíram

para o desenvolvimento de competências comunicacionais, pelo estabelecimento de relações terapêuticas, multiprofissionais e de suporte, que permitiram, não somente perceber as necessidades do outro, como também as minhas.

Considerando que o conhecimento não é estanque, é importante um contínuo investimento nas aprendizagens profissionais e contínuo questionamento e reflexão no sentido da evolução da profissão e da prestação de cuidados de excelência. Para tal, é crucial o contributo do EEER para a construção de novo conhecimento, pelo seu envolvimento em estudos que visem ganhos em saúde. Também com a publicação e divulgação deste trabalho e envolvimento em estudos futuros na área de ER, pretendo contribuir para a produção de novo conhecimento e trazer subsídios para a prática clínica especializada.

## **2.3 Competências Específicas do EEER**

As intervenções autónomas do EER focam-se, essencialmente, na capacitação da pessoa para o autocuidado, envolvendo os domínios pessoal, familiar e social, a pessoa incapacitada e a sua família, na ótica de uma missão multidisciplinar. Estas, são orientadas pela melhor evidência científica e preconizando uma gestão adequada dos recursos. São três as competências específicas definidas pela OE (Regulamento n.º 392/2019, 2019), para as quais foram definidos os objetivos 6, 7, 8 e 9, sendo este último transversal às três competências.

### **J 1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

As atividades desenvolvidas visam atingir os objetivos:

- 6) Desenvolver Programas de Reabilitação nas pessoas com alteração da função sensório-motora, cardiorrespiratória, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade à pessoa com IRC com necessidade de VNI
- 9) Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito da promoção da adaptação à VNI, adesão ao regime terapêutico e prestação de cuidados de ER à pessoa com IRC.

O desenvolvimento de programas de reabilitação, requer a identificação das necessidades específicas do cliente. Barata (2017) identifica as principais linhas para a elaboração de um plano coerente e seguro: identificar, planear, conceber, executar e avaliar. Assim, importa proceder, primeiramente, a uma correta avaliação da

funcionalidade de modo a traçar diagnósticos plausíveis e efetuar um plano de cuidados adaptado e centrado no cliente perspetivando uma promoção do autocuidado. À operacionalização do plano elaborado, deve estar inerente um processo de avaliação contínua.

Tratando-se a funcionalidade de algo muito subjetivo, implica a utilização de instrumentos que a objetivem, produzindo resultados importantes. Estes, serão determinantes para a elaboração de diagnósticos de enfermagem com rigor, bem como para o desenvolvimento de projetos de investigação que primem pela segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2016). Sousa, Marques-Vieira & Severino (2017) citando Hoeman (2011), resumem os desígnios destes instrumentos, referindo que deverão possibilitar a medição da incapacidade, monitorização de progressos, melhoria da comunicação inter/intradisciplinar, medição da eficácia do tratamento e documentação da continuidade dos cuidados assim como dos ganhos com as intervenções de enfermagem.

Este percurso na reabilitação permitiu-me olhar para a pessoa por outro prisma, com enfoque no seu potencial e não na sua limitação. Para a realização da avaliação do cliente e colheita de dados, foram utilizadas diversas fontes: entrevista ao cliente e família (quando possível), o processo clínico e informação obtida através das passagens de turno.

Dada a complexidade da avaliação, no início do estágio, para melhor orientação e organização pessoal, elaborei um instrumento para avaliação dos clientes (Apêndice 1), compilando informações pertinentes (antecedentes pessoais de saúde, situação social e habitacional, hábitos e estilos de vida, recurso a cuidados de saúde, tipo de encaminhamento, escalas). Este instrumento reúne a informação subjetiva e objetiva, resultante da utilização de escalas validadas. A aplicação deste instrumento e escalas, possibilitou uma análise comparativa do progresso do cliente ao longo da minha intervenção, dando sobretudo visibilidade aos seus ganhos funcionais. As escalas utilizadas sofreram alteração com a mudança de contexto, variando de acordo com o que se encontrava padronizado para cada instituição.

No primeiro estágio no serviço de pneumologia, o enfoque recaiu sobre a avaliação respiratória. Esta deverá envolver a história da doença atual, a história de doença pregressa, a história de terapêutica, história familiar e história social (Menoita & Cordeiro, 2014). De acordo com as autoras supracitadas, a avaliação subjetiva deverá incidir nos principais sintomas respiratórios (tosse, expectoração, dispneia e toracalgia). Por seu turno, referem que a avaliação objetiva deve considerar,

essencialmente, o exame físico e resultados de exames complementares. Assim, envolve a realização de inspeção, palpação, percussão e auscultação pulmonar (AP) (Menoita & Cordeiro, 2014; Ferreira e Santos, 2017). Dada a sua subjetividade, a dispneia foi avaliada recorrendo à Escala de BORG modificada (EBM) (Anexo 1). Foram também aplicadas escalas da avaliação do impacto da doença, como o caso da COPD *Assessment Test* (Anexo 2) no caso de pessoas com DPOC. Trata-se de um questionário pouco complexo e fácil de aplicar, que mede o impacto de sintomas na DPOC, sendo cada vez mais utilizado uma vez que se inclui na nova classificação da DPOC (GOLD, 2022; Gianjoppe-Santos et al., 2013). As pessoas com doenças respiratórias crónicas são mais propensas a maiores níveis de ansiedade, depressão, medo e outros sintomas psicológicos, os quais poderão ser responsáveis por comprometer o seu envolvimento, motivação e adesão ao tratamento, nomeadamente à VNI e, como tal, o seu processo de reabilitação (Pertab, 2009; DGS, 2009). Assim, os clientes devem ser encaminhados para uma intervenção psicossocial, de forma a diminuir estes quadros e, melhorar, consequentemente, o controlo da dispneia e adesão ao processo de tratamento e reabilitação. A avaliação de sinais vitais foi realizada impreterivelmente, antes do início de cada sessão, uma vez que a existência de alguma instabilidade nos mesmos, poderá constituir uma contraindicação absoluta ou relativa para a intervenção (Ferreira & Santos, 2017). Esta avaliação pretendeu sobretudo, despistar potenciais contraindicações à realização de RFR. Neste internamento, posteriormente UNEIC, onde a disponibilidade de recursos e tecnologia era maior, esta avaliação foi feita com recurso aos aparelhos e tecnologia disponível. No contexto comunitário, pela maior escassez de meios e dificuldade de garantir a correta desinfeção dos aparelhos entre VD, foi por vezes necessário utilizar os aparelhos dos próprios clientes, ou usar alguma criatividade na sua realização.

Para completar a avaliação respiratória, foi ainda realizada AP e apreciação de exames de diagnóstico [radiografia de tórax, análises sanguíneas, gasimetria arterial (GSA), e por vezes a tomografia axial computadorizada (TAC)]. Estes, são cruciais na avaliação das pessoas com patologia respiratória, particularmente IRC, sendo importantes para decidir, por exemplo, acerca da introdução de algum produto de apoio para a tosse, ou até mesmo, em clientes submetidos a VNI, com enfisema pulmonar. A presença de bolhas de enfisema em imagem de tórax, despertou para importância da não realização desta terapia a pressões elevadas, sob pena de resultar num pneumotórax, tal como se encontra espelhado no estudo de caso nº 1 (Apêndice 2). A AP foi realizada antes e após cada sessão de RFR de forma a avaliar os

resultados da minha intervenção. Com o treino e repetição perante diversas situações clínicas, consegui, progressivamente aperfeiçoar-me na interpretação dos diversos sons pulmonares. No contexto hospitalar, antes de todas as sessões com os clientes, reuni-me com a OC para analisar e interpretar os seus exames, momentos importantes para treino da observação e análise de exames e da AP. Recordo-me da situação do Sr. J.C., internado por uma pneumonia e IR, com necessidade de VNI, tendo-se inicialmente introduzido Acapella, mas que se tornou, paulatinamente, menos colaborante. Previamente a uma das sessões de RFR, este Sr. apresentava diminuição da expansão/amplitude de movimento de um hemitórax, e ausência de murmúrio vesicular no mesmo campo pulmonar, confirmando-se a presença de uma atelectasia. Esta foi resolvida rapidamente com a realização de *Cough Assist*, com evidentes melhorias ventilatórias. Com a experiência adquirida na utilização deste aparelho, percebi que, no final desta terapia, sobretudo nos clientes com maior gravidade de DPOC, havia uma tendência para existir sibilância e broncospasmo. Isto demonstra a importância de uma reavaliação no final através de AP, pela eventual necessidade de realização de inaladores após a terapia.

A GSA tem um importante papel no que concerne ao diagnóstico e avaliação da evolução da doença, bem como da resposta à realização da VNI. Embora não sejam realizadas por enfermeiros, foi importante saber interpretar os seus resultados, facilitando a tomada de decisão. A realização de uma pesquisa aprofundada, permitiu reconhecer alterações gasimétricas, suas repercussões no conforto e segurança dos clientes, e medidas individuais e interdependentes a tomar. Também na Unidade de Sono e VNI, a GSA é realizada previamente às consultas, ajudando a entender a adesão do cliente à VNI bem como a evolução da doença, juntamente com o *feedback* do cliente, a oximetria noturna e o relatório de dados do equipamento emitido pela empresa de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD). Na UNEIC, para se proceder aos reajustes nos parâmetros ventilatórios, o sangue para GSA era colhido em linha arterial de 4/4 horas.

Para avaliação e monitorização da funcionalidade em ambos os contextos clínicos, tal como consta dos estudos de caso realizados, foram aplicadas as escalas de *Barthel* e a Medida de Independência Funcional (MIF) a todos os clientes. Estas foram aplicadas no primeiro dia de contacto, e pelo menos, previamente à alta, de forma avaliar os ganhos funcionais com as intervenções realizadas, bem como, proceder a eventuais reajustes. Esta escala que traduz claramente as necessidades do cliente nas diversas vertentes do autocuidado e, além de incidir em funções

motoras, incide ainda nas funções cognitivas. A aplicação dos instrumentos referidos, permite determinar igualmente, quais as melhores condições de segurança, eliminando eventuais barreiras e riscos pela promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Permitem também verificar a necessidade de produtos de apoio que contribuam para uma maior independência num ambiente seguro. Considerando que o ambiente, assume especial influência no PR, este deve ser também incluído na avaliação. Embora em ambiente hospitalar se possam delinear intervenções perspetivando o domicílio do cliente (riscos potenciais), a avaliação e planeamento de estratégias de intervenção foi facilitada no seu domicílio, permitindo uma análise das barreiras *in loco* (riscos reais), e propor métodos mais realistas e individualizados para as corrigir.

Nesta ótica, importa considerar os fatores que constituem inibidores ou facilitadores dos autocuidados e AVD dos clientes, e nos quais devemos atentar. Em contexto domiciliário, apercebi-me que muitos deles dizem respeito às condições de habitação, acessibilidades e barreiras arquitetónicas. Destacam-se: prédios exclusivamente com escadas, muitas sem corrimão; casas de banho pequenas, com banheira e que não permitem a entrada de andorlo ou cadeira de rodas pela sua dimensão ou disposição dos móveis; presença de escadas no interior das habitações; presença de tapetes; escassez de tomadas para ligação do ventilador, entre outros. Em termos de acessibilidades e condições do exterior, deparei-me com passeios muito estreitos e altos, alguns com presença de buracos; ruas íngremes e ausência de passeadeiras.

Também os aspetos pessoais e psicossociais são determinantes para a promoção da adaptação do cliente aos novos desafios de saúde, da transição de saúde/doença e às suas limitações. À luz da Teoria Meleis, foi importante avaliar outras condições que possam influenciar o processo de transição de forma positiva ou negativa, facilitando ou inibindo progressos em direção a uma transição saudável (Mendes, 2013; Schumacher & Meleis, 2010). Foram então avaliados o estado emocional, as expectativas, significados e crenças relacionados com a doença e tratamento, a capacidade intelectual e escolaridade, nível socioeconómico e nível de conhecimento (Mendes, 2013; Schumacher & Meleis, 2010). Relembro da situação da Sra. G.R, com DPOC GOLD 4, sob oxigenoterapia de longa duração (OLD) 24 horas por dia e VNI noturna, com internamento por agudização da IRC, encaminhada da consulta em hospital de dia, onde se dirigiu na sua cadeira de rodas sem qualquer aporte

suplementar de oxigénio. Na primeira avaliação desta cliente, procurei perceber qual o impacto e o significado que atribuía à sua situação, estratégias de *coping* adotadas, os sentimentos envolvidos, qual a sua motivação, expectativas e conhecimento relativos à sua doença, as principais dificuldades inerentes à realização, adaptação da VNI e toda a gestão do regime terapêutico. Tentei ainda perceber qual a sua rede de suporte familiar e social, nível socioeconómico, condições de habitação e barreiras arquitetónicas. Também na ECCL, tal como se ilustra no Estudo de Caso nº 3 (Apêndice 4), foi importante avaliar estes aspetos no seio do seu contexto e ambiente familiar e acompanhar a família na vivência deste processo de transição, detetando-se, entre outros, impactos na relação afetiva e conjugal, nomeadamente, na vivência da sexualidade, e barreiras arquitetónicas, contribuintes para estados depressivos e de isolamento social. Uma avaliação com foco nos aspetos supracitados, permitiu delinear intervenções dirigidas e facilitadoras da transição vivida, com vista a atingir ganhos promotores de conforto, bem-estar e, portanto, uma transição saudável. Para isso, foi importante o desenvolvimento de uma relação positiva de parceria com os clientes, favorável à partilha de sentimentos, envolvendo-os na tomada de decisão, atentando ao seu potencial, desejos e recursos existentes, e ampliando a sua confiança com impacto na adesão a comportamentos saudáveis.

A situação vivenciada em estágio que considero que melhor traduz a importância do papel do EEER no processo de transição de saúde-doença, foi experienciada em contexto domiciliário. Esta situação refere-se à Sra. D. M.M. de 84 anos, já abordada, com um internamento longo por IC descompensada e IR global com necessidade de BiPAP durante a hospitalização, a condicionar alta com necessidade de CPAP por SAOS. Da minha avaliação, identificaram-se vários problemas, destacando-se a nível pessoal: a sua desmotivação e a descrença na sua melhoria; ansiedade e depressão com discurso negativo; a baixa escolaridade a condicionar iliteracia em saúde e desconhecimento de toda a sua situação clínica; escassos recursos financeiros e gestão do regime terapêutico comprometida. Em termos sociais e comunitários, residia com a sua filha de 54 anos com trissomia 21, e o seu padrasto de 88 que deambulava com apoio de duas canadianas. O apoio económico e organização da rede de suporte eram assegurados pelo filho e a nora do padrasto, residentes em França. No primeiro treino de marcha no exterior, constataram-se inúmeras barreiras e deficientes acessibilidades. No primeiro contacto com a cliente, e após verificar a correta montagem do circuito, questionei-a acerca da realização do CPAP durante a noite, tendo a mesma negado o seu uso por intolerância. Para identificar alguns

inibidores de adaptação à VNI, solicitei demonstração da sua colocação, tendo a mesma colocando a interface nasal sobre a boca, justificando ter-lhe sido assim colocada hospital, referindo ainda desconhecer o motivo do seu internamento. Constatou-se também um cansaço fácil a esforços com alguma intolerância à atividade por incorreta toma da terapêutica, de entre as quais, a terapêutica inalatória.

A situação exposta, evidencia uma clara falta de adaptação à nova situação (transição de saúde-doença) e uma falha na parceria e na continuidade de cuidados no regresso a casa, prejudicando a QV de toda a família. Esta situação revela a importância do acompanhamento da pessoa nos momentos de transição, sobretudo, no regresso ao domicílio, para avaliação da adaptação à VNI, antecipando e detetando necessidades de aprendizagem corrigindo falhas, verificando o estado do equipamento e esclarecendo dúvidas. Os EEER são os profissionais que, pela posição privilegiada que ocupam e pelas suas competências, podem planear respostas mais dirigidas à natureza dos clientes e às suas necessidades, facilitando os processos de transição vividos. Estão habilitados a desenvolver PR que promovam uma melhoria da tolerância ao esforço, melhoria da força, diminuição do trabalho respiratório e prevenção de complicações. Assim, na situação supramencionada, e tal como referido por Petronilho (2007), tornou-se peremptória a compreensão do processo de transição e a seleção de intervenções promotoras de equilíbrio, conforto e bem-estar. Uma intervenção no ambiente do cliente, constitui, simultaneamente, um desafio e um privilégio, não só pela partilha de poder necessária com o cliente e a hipótese de incluir os restantes familiares, como também pela análise de eventuais riscos e inibidores de uma transição saudável. Neste sentido, o PR delineado, passou pela garantia de suporte tanto físico como emocional e pela promoção e treino da adaptação à VNI e inaloterapia (com necessidade de introdução de câmara expansora [CE]) e, portanto, pela promoção de estratégias de autogestão da doença, envolvendo todos os elementos do agregado. Pela recusa determinada da realização de exercícios, foi necessário estímulo, negociação e algum engenho para o seu envolvimento no PR, sendo necessário delinear intervenções dirigidas aos seus objetivos, assentes na melhoria da dispneia e tolerância à atividade, na prevenção de complicações e participação social.

Além de assegurar uma adequada ventilação pela promoção da adaptação à VNI, foi importante atentar a outras componentes, nomeadamente ao ensino de técnicas de descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios bem como de técnicas individualizadas de conservação de energia para uma gestão e

melhoria da capacidade respiratória. Estas estratégias são muitas vezes referidas como meios de tratamento não farmacológico e consideradas como complemento ao treino aeróbio, assim como a realização de oxigenoterapia suplementar, treino dos músculos respiratórios e broncodilatação (Gosselink, 2003; Bott et al., 2009; DGS, 2009). Antes da realização do treino de marcha, foi assegurada a realização de broncodilatadores. De acordo com a GOLD (2022), o treino pode ser otimizado com a realização de broncodilatadores LAMA e LABA, com efeito na diminuição da hiperinsuflação dinâmica e de repouso. No que diz respeito ao controlo respiratório, foram ensinadas a respiração diafragmática, expiração com lábios semicerrados além de técnicas de relaxamento e controlo postural (Gosselink, 2003; Bott et al., 2009; DGS, 2009; Bolas, 2017). Estas, além de aliviarem a falta de ar, relaxar e otimizar a eficiência muscular ventilatória, podem, ainda, ser utilizadas durante o esforço, contribuindo para a diminuição da frequência respiratória e do esforço respiratório (Bolas, 2017).

A curta passagem pela Unidade de Sono e VNI em contexto hospitalar, permitiu compreender o modo de realização dos *follow-up* dos clientes, no processo de transição. A pandemia obrigou à suspensão dos períodos de ventilação e consultas presenciais, precipitando a adesão a teleconsultas e estratégias de telemonitorização. A dinâmica desta unidade foi afetada na medida em que foi reduzido o tempo de contacto com os clientes de 2 dias para 1, exigindo uma reinvenção e adaptação na ótica de uma abordagem multidisciplinar (em conjunto com pneumologista e cardiopneumologista). Assim, teve de ser abandonado o treino da realização da inaloterapia e VNI, mantendo-se, contudo, o seu ensino e avaliação. Ao cliente era solicitado que se fizesse acompanhar dos seus inaladores e ventilador, de forma a verificar a sua integridade e higiene, mas este deixou de demonstrar como realizava a terapia em casa, pelo risco de aerossolização. A intervenção de enfermagem no âmbito desta unidade, alicerçada na perícia dos seus profissionais, pretendeu assim a realização de *follow-up* para avaliar a adaptação e consequente adesão, interpretando os fatores-chave envolvidos. Após análise da GSA, era validada em equipa, a necessidade de introdução de alterações na prescrição, ou orientação para outros serviços de Saúde (Consultas de cessação tabágica ou outras especialidades, RFR, empresa de CRD, etc.). A análise objetiva destes aspetos, permitiu a formulação de diagnósticos de enfermagem relacionados com o processo de adesão à VNI.

No internamento, a primeira adaptação e ensinamentos foram feitos sem a presença de familiares, ou, um ensino breve no momento prévio à alta clínica. Reforça-se nesta fase a importância de um acompanhamento estreito da pessoa no regresso a casa.

Segundo Carvalho, Marques & Moreira (2011), vários autores apontam para um abandono do tratamento nas primeiras semanas de VNI. Patil et al. (2019) atestam que a adesão nos primeiros tempos, na fase de implementação, permite prever a adesão a longo prazo, reforçando a importância do acompanhamento nos primeiros tempos para promover a adesão e avaliar a resposta ao tratamento, introduzindo ajustes se necessário. A comunicação com o cliente, na fase inicial, constitui-se como um dos principais pilares para a avaliação do conhecimento, identificação de problemas no cumprimento terapêutico, delineando estratégias para resolução dos mesmos e superação de necessidades e dificuldades, identificando alvos de ensino (Roque et. al, 2014; Patil et al, 2019; Mendes & Coutinho, 2011). A comunicação considera-se assim como uma chave de sucesso no processo educativo, oferecendo disponibilidade e criando um ambiente facilitador de reflexão, expressão de dificuldades, medos e ansiedades relativamente ao processo de adaptação, e garantindo uma segurança e confiança por parte do cliente e cuidador.

Segundo Mendes & Coutinho (2011) as consultas poderão não ser suficientes, além de não permitirem a observação do cliente no seu ambiente. Assim, e apesar do peso desta consulta, advoga-se a importância da intervenção em VD que, numa fase inicial, devem ser mais frequentes para facilitar a adaptação e o processo de transição. Estas, contribuem não apenas para complemento e reforço da educação, como também para identificação de outras situações e necessidades, apenas perceptíveis no domicílio, tais como as questões de higiene e acessibilidade, instalação e espaço de armazenamento do equipamento, circuitos elétricos, situações socioeconómicas, existência de água potável e de serviços telefónicos, etc. (Roque et. al, 2014; Mendes & Coutinho, 2011). Padil et al. (2019) reforça o menor custo da intervenção domiciliária, permitindo ao cliente passar menos tempo fora de casa, evitando idas ao hospital. Na Unidade de Sono e VNI tive oportunidade de contactar com a Sra. M.S. acompanhada da filha, sua cuidadora e parceira. Primeiramente e após validação de dados, parâmetros vitais e confirmação do relatório de ventilação com restantes elementos da equipa, foram ambas questionadas relativamente ao conhecimento da situação clínica e necessidade de VNI, ao modo como tem sido feito, por quem, e quais as dificuldades sentidas no primeiro mês de adaptação. Foi assim realizado reforço de ensino relativamente à sua patologia (DPOC) e benefícios da VNI, e

solicitou-se à cliente, que demonstrasse como tem executado a terapia, simulando o modo como coloca a máscara, com o ventilador desligado, identificando dificuldades no seu ajuste ao rosto. Verificou-se existência de alguma dificuldade no ajuste da máscara, carecendo de apoio e supervisão da filha. Como estratégia facilitadora, foi incentivada a utilizar um espelho durante a sua colocação de baixo para cima. Foram ainda abordados aspectos relacionados com o funcionamento da VNI, problemas e complicações, nomeadamente ruído associado ao ventilador, fugas de ar e inadaptação aos parâmetros ventilatórios, tendo a Sra. M.S. referido sentir muito frio na cara. Neste sentido, e em articulação com a empresa de CRD foi solicitada otimização do sistema, de forma a garantir um aquecimento adequado ao conforto da cliente. Uma vez que muitos dos problemas da realização de VNI no domicílio se prendem com o equipamento, Mendes & Coutinho (2011) enfatizam a importância da articulação com a empresa de CRD e o contributo que poderão oferecer na organização do domicílio. No que concerne ao sistema de humidificação, a familiar cuidadora referiu notar retorno de uma quantidade considerável de gotículas pelo sistema e máscara, tendo-se explicado a importância da colocação do ventilador ligeiramente abaixo do nível da cama. De acordo com Carneiro et al. (2011) a humidificação pode ajudar a resolver a grande maioria das complicações, com benefícios na clearance de secreções, na hidratação da pele e mucosas, com menor necessidade da mobilização de secreções, e conseqüentemente, melhoria do conforto e tolerância do cliente.

Relativamente à máscara, esta apresentava bom ajuste, sendo possível a colocação de dois dedos por baixo do fixador conforme recomendações referidas por Gonçalves (2011) assim como o arnês bem ajustado e aderente. No que respeita a alterações cutâneas, não se evidenciaram lesões, reforçando-se o ensino relativamente à importância da vigilância da pele, da sua higiene e colocação de apósito fino protetor e redutor de pressão. Embora na literatura consultada se encontre descrita a utilização de apósitos hidrocolóides como medida preventiva, no CCRER, peritos na área sugeriram a sua não utilização por serem demasiado oclusivas e promoverem uma maior retenção de água com o calor. Assim, preconiza-se essencialmente a utilização de placas de gel, poliuretano e silicone, e a colocação de cremes protetores nos períodos de pausa, além de uma boa higiene da pele e da máscara. No internamento, foi sempre utilizado apósito de poliuretano extrafino e não aderente como medida preventiva, não se evidenciando durante o estágio lesões cutâneas associadas à utilização de VNI.

Apesar da utilização de apósitos ser a medida de prevenção de lesões cutâneas mais utilizada, a literatura e as estratégias apreendidas durante o CCRER referem a rotação de interfaces como uma medida eficaz, sobretudo em doentes crônicos agudizados em internamento (Gonçalves, 2011) e na qual deve ser promovido maior investimento. No serviço de pneumologia, esta rotação era efetuada com extrema frequência por todos os enfermeiros, promovendo-se, além de períodos de pausa e descanso para refeições e eliminação de secreções, a alternância entre as interfaces. A alternância era realizada essencialmente entre a máscara oronasal e facial total. A mudança da máscara pode constituir também uma estratégia para diminuição de fugas, que, no caso de uso de máscara nasal, com fugas pela boca, estas podem ser reduzidas pela associação de um apoio de queixo. Porém, em nenhum dos contextos clínicos se verificou esta necessidade. Em suma, a humidificação aquecida, a rotação de interfaces, a proteção da pele, constituem assim, estratégias adicionais que diminuem fugas, maximizam o conforto e, conseqüentemente a adesão à VNI. Uma outra estratégia descrita na literatura para melhoria do conforto, refere-se à diminuição da pressão inspiratória e aumento do tempo de rampa, permitindo uma adaptação gradual às pressões, uma sincronia cliente-ventilador e melhoria das trocas gasosas (Fonseca et al., 2011). Um exemplo que retrata esta questão, encontra-se espelhado no estudo de caso (Apêndice 2), com uma melhoria da tolerância após ajuste dos parâmetros ventilatórios, com diminuição do IPAP, conseguindo-se uma adaptação durante todo o período noturno, uma melhoria do conforto e diminuição do cansaço.

Em contexto hospitalar, é prática comum permitir que os clientes pernoitem na enfermaria, antes da alta, adaptados ao seu dispositivo de VNI, de forma a identificar dificuldades e barreiras à adesão. Num dos clientes com indicação para alta com CPAP noturno, apercebi-me da inadaptação à interface selecionada previamente, pela sua dificuldade na manipulação (colocação e remoção). Após discussão da situação, face às dificuldades identificadas, foi protelada a alta, permitindo mais uma noite para adaptação a VNI, tendo sido substituída interface para outra de manejo mais simples para o cliente. Esta, pela existência de cliques magnéticos, permitiu uma remoção e colocação mais rápida e simples, garantindo o conforto por ser macia e flexível, e uma fácil montagem no domicílio. Desta forma, conseguiu-se uma promoção do conforto do cliente e adesão à VNI, garantindo ao cliente mais um momento para treino de questões práticas. Estas questões inserem-se na regulamentação dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, envolvendo a seleção e prescrição, ensino, instrução, treino e supervisão da utilização de produtos de apoio e técnicas

que promovam o autocuidado, promovendo a máxima capacidade funcional e a continuidade de cuidados.

Retomando o caso da Sra. M.S., foi também importante informar a cliente e cuidadora acerca da vigilância e atuação no caso da presença de complicações, nomeadamente sinais de cianose, prostração e desorientação, sinais de dificuldade respiratória e aumento das secreções. Em contexto de internamento foi importante uma monitorização mais apertada do cliente, envolvendo, entre outros, os aspetos supracitados. Assim, foram vigiados: sinais de conforto, uso dos músculos acessórios, grau de dispneia e nível de consciência, cianose, sinais de complicações associadas à VNI, sincronização cliente/ventilador, a capacidade de proteção da via aérea e de eliminação de secreções, posicionamento, e oximetria de pulso (complementada com a realização de GSA), o número de horas de utilização contínua da VNI, valores de fuga, Índice de Apneia e Hipopneia, conforme corroborado por Câmara et al., (2011). Constata-se assim a importância e a autonomia do EEER para atuação na análise e intervenção nos vários fatores que interferem na adesão à VNI, numa ótica de multidisciplinaridade e complementaridade com a intervenção do pneumologista e outros profissionais de saúde.

Além da prevenção de complicações já abordadas, o EEER tem um importante papel no que diz respeito à prevenção da acumulação de secreções, sobretudo em clientes com maior gravidade clínica. Segundo Fonseca et al. (2011) o ar desencadeado pelo ventilador torna as secreções mais espessas e mais difíceis de eliminar. Em concomitância, a pessoa pode ter outras patologias que também podem provocar aumento das secreções, ou apresentar dificuldade na manutenção de um reflexo de tosse eficaz, seja por alterações do estado de consciência, ou mesmo por debilidade dos músculos respiratórios. Durante o estágio em contexto hospitalar, foram vários os clientes com VNI com incapacidade de eliminar ou mobilizar as secreções, o que permitiu o desenvolvimento de várias técnicas de RFR de forma a melhorar a limpeza das vias aéreas durante a realização desta terapia.

Os dois primeiros estudos de caso, espelharam as intervenções delineadas face a este problema, e que envolvem medidas como: ingestão de líquidos, hidratação e humidificação das secreções (pela realização de aerossóis ou administração de mucolíticos), drenagem postural, tosse dirigida, assistida e modificada, uma combinação de técnicas (CATR) para promoção da expansão torácica, controlo respiratório e expirações forçadas para mobilização das secreções. Foi possível a introdução de alguns produtos de apoio para eliminação de secreções,

essencialmente o *Shaker* e *Acapella*, com a vantagem de, pela sua autonomia, poderem ser utilizados pelo cliente ao longo do dia, mediante instrução. A utilização destes dispositivos implica algum grau de colaboração e compreensão do cliente. No entanto, muito frequentemente se encontravam presentes clientes menos colaborantes, com ineficácia e debilidade dos músculos respiratórios e picos de tosse ineficazes em que as técnicas supracitadas não foram suficientes. Destes destacam-se pessoas com IRC condicionada por doenças neurológicas como AVC com tosse ineficaz, DPOC, pneumonias a Sars-Cov2 com sobreinfecção com imobilidade prolongada. Nestas situações foi necessário introduzir o *Cough Assist*, um equipamento não invasivo simulador do mecanismo natural da tosse, através da aplicação gradual de uma pressão positiva nas vias aéreas, seguida de uma pressão negativa rápida. Foi possível a aplicação deste aparelho em combinação com manobras acessórias como vibrações, compressões e percussões, e muito frequentemente, com a realização prévia de nebulizações. O workshop de *Cough Assist* realizado, permitiu uma consolidação dos conhecimentos já adquiridos durante o estágio. A sua aplicação implica ainda a existência de um aspirador de secreções caso a pessoa necessite de auxílio na expulsão das mesmas. Os benefícios da sua utilização foram evidentes não apenas no que diz respeito a melhorias na AP, bem como em radiografia de tórax. Com a conversão do serviço para UNEIC, os clientes encontravam-se sob ventilação mecânica, sob sedação e terapêutica miorrelaxante e, portanto, sob imobilização prolongada e descondicionados. Consequentemente, a *clearance* mucociliar encontra-se diminuída, aumentando o volume e viscosidade de secreções, resultando na diminuição da eficácia da tosse, dos volumes pulmonares e favorecendo a retenção de secreções e atelectasias (Sousa, Duque & Ferreira, 2014). Neste sentido, e de forma a prevenir e resolver estas complicações, este novo contexto, constituiu uma oportunidade de desenvolvimento de maior perícia na execução das manobras acessórias, que até então não haviam sido tão amplamente trabalhadas. As técnicas de RFR referidas realizadas em contexto hospitalar, contribuíram assim para uma manipulação não invasiva das secreções, de modo confortável, e contribuindo para a diminuição da incidência de infeções respiratórias.

Na ECCI, a cinesiterapia foi realizada com algum engenho e cautela, na medida em que, em caso de necessidade, não se dispunham de meios para aspirar secreções. Em contexto hospitalar, o manejo de secreções foi realizado de forma mais segura, considerando a existência de mais recursos materiais bem como quartos de pressão negativa.

A manutenção da permeabilidade das vias aéreas pela mobilização e eliminação de secreções, deve ser realizada antes e durante a realização da VNI, sendo para isso importante a promoção de períodos de pausa, inseridas na rotina das AVD (Sousa & Duque, 2014). Além disso, e tal como já referido, de forma a garantir uma adesão à VNI, é também importante adotar previamente, intervenções que ajudem a reduzir a ansiedade e stress através do controlo e dissociação dos tempos respiratórios e a diminuição do trabalho respiratório por massagens e posições de descanso e relaxamento (Sousa & Duque, 2014). Um bom exemplo remete para a situação do Sr. J.R. exposta no estudo de caso (Apêndice 3). Durante a realização da VNI foi importante a promoção constante do envolvimento da pessoa, de modo a reduzir o medo e aumentar a confiança, recomendando-se ainda a realização de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática, exercícios de expansão torácica pelos exercícios de reeducação costal global com recurso a bastão e abertura costal seletiva com recurso a bola suíça, contribuindo para uma melhoria da mobilidade da caixa torácica. De modo a melhorar a permeabilidade das vias aéreas, foi também introduzido o *Shaker*, que o cliente utilizou de forma autónoma, em vários momentos do dia, nomeadamente antes de colocar a VNI, conforme instrução prévia. Foi ainda incentivado a manter reforço hídrico, além de cumprir mucolíticos prescritos.

A correção postural foi uma constante ao longo de toda a minha intervenção, e, no que ao treino de marcha diz respeito foi sobretudo efetuada correção da elevação dos ombros.

Segundo Cordeiro et al. (2014), de modo a aumentar a capacidade de exercício prevenindo a hipoxémia induzida pelo mesmo, pode ser necessária oxigenoterapia suplementar. Recentemente, tem-se verificado um aumento do interesse na utilização da VNI durante o exercício. No contexto hospitalar, houve oportunidade para realizar aferições de O<sub>2</sub> e realização da Prova de 6 minutos de marcha, um teste de avaliação funcional que o EEER pode efetuar de forma autónoma. Esta permite avaliar a resposta a intervenções em pessoas com doenças cardíacas ou pulmonares graves bem como prever a morbidade e mortalidade (American Thoracic Society, 2002). Contudo, foi necessário ajustar a realização deste teste às condições reais do serviço, com alguns vieses, na impossibilidade de se cumprirem os exatos 30 metros recomendados, pelas limitações de espaço físico inerentes à situação pandémica.

Houve também oportunidade de utilizar o *Peak Flow Meter*, que além de ser utilizado como método de avaliação da broncoconstrição na asma, tem sido também utilizado em pessoas com DPOC, permitindo avaliar o pico de fluxo expiratório

máximo, e de modo menos direto, o grau de obstrução das vias aéreas. Recentemente, tem também sido utilizado para avaliação da melhoria de pessoas em recuperação de Covid19 com alterações do fluxo aéreo (Silva, Mota & Sousa, 2020). Neste sentido, durante o estágio, além da sua utilização em clientes com DPOC no início e final do internamento, foi utilizado em larga escala em clientes com pneumonias por Covid19, com o intuito de mensurar a intervenção do EEER em termos de melhoria sintomatológica e funcional. Considerando que os exames imagiológicos não têm sensibilidade para os progressos diários e na impossibilidade de se realizarem espirometrias diariamente, este instrumento constituiu uma boa escolha para avaliar diariamente a evolução da limitação de fluxo aéreo ao longo do PR.

Houve ainda oportunidade de utilizar o espirómetro de inventivo em diversos clientes, maioritariamente com patologias como DPOC, pneumonias e pneumonias organizativas por Covid19. Os estudos de caso 1 e 2 (Apêndices 2 e 3) retratam duas situações em que estes foram utilizados, com diferentes objetivos, além de permitirem igualmente, avaliar os resultados do PR. No primeiro, foi utilizado de forma invertida, em cliente hiperinsuflado, com objetivo de fortalecer a musculatura expiratória e promover o aumento do tempo expiratório, aliados à realização de exercícios de expansão torácica com recurso a lençol. No segundo, o espirómetro foi utilizado como treino resistido, de forma a promover a reexpansão pulmonar, garantir a permeabilidade das vias aéreas e fortalecer a musculatura respiratória, aumentando a capacidade residual funcional e revertendo áreas de colapso alveolar (Cordeiro & Menoita, 2014).

Na ECCI, face à ausência destes dispositivos, o treino respiratório foi maioritariamente realizado de modo artesanal e improvisado, com recurso aos comuns apitos de festa para criança, cujo prolongamento de papel é acionado após certo volume e força expiratória. Apesar de não permitir mensuração de valores, tornou-se uma forma adaptada e indireta de promover o treino respiratório face aos recursos disponíveis.

Considerando que o EEER desempenha um importante papel na identificação e planeamento de intervenções que diminuem o risco de alterações da funcionalidade, o estágio permitiu ainda o desenvolvimento de intervenções ao nível da reeducação da função da alimentação. Segundo Donovan et al. (2013), a identificação precoce de alterações da deglutição é essencial para evitar diversas complicações, onde se inserem a pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição, contribuindo assim

para a diminuição da mortalidade e morbidade. De acordo com Ferreira et al. (2018), a escala de GUSS (Anexo 4) é a escala mais adequada, permitindo uma avaliação fácil, rápida e sistemática da deglutição e classificar o grau de disfagia. Este foi o instrumento elegível para ser aplicado em diversos clientes, nomeadamente clientes com IRC agudizada, pneumonias com alteração do estado de consciência e história de AVC, permitindo avaliar a necessidade de colocação de sonda nasogástrica (SNG). Previamente à aplicação da escala de GUSS, foi avaliada a cavidade oral, bem como os pares cranianos envolvidos na deglutição (Braga, 2017). Seguidamente foi aplicada a escala, cuja avaliação se divide em duas etapas: realização de teste indireto de deglutição seguida de realização de teste direto de deglutição com administração controlada de alimento pastoso, líquido e sólido sucessivamente. O *Score* obtido permite determinar a gravidade da disfagia, fornecer recomendações nutricionais e necessidade de encaminhamento adequado para outros profissionais. Os resultados obtidos, permitiram introduzir espessante na dieta, articulando a alteração da consistência da dieta com equipa de nutrição, bem como encaminhamento para outros profissionais como terapeuta da fala, consultas de ORL e de voz/deglutição. Além disso foram delineadas estratégias de reeducação da função em estreita colaboração com a terapia da fala, através de intervenções diretas ou indiretas e utilização de mecanismos compensatórios (Pinto, 2013). Noutras situações foi determinante, para prevenção de complicações, a colocação de SNG. Em clientes com disfagia já identificada, esta avaliação também foi realizada de forma sistemática de modo a evitar restrições alimentares desnecessárias em pessoas recuperadas. A intervenção do EEER reveste-se de especial importância no que respeita ao aumento dos ganhos em saúde, repercutindo-se na melhoria da QV do cliente e família. Permite assim, uma redução das taxas de reinternamento das pessoas com disfagia, que na maioria são admitidas por quadros de infeções respiratórias (Domingos & Veríssimo, 2014).

Em contexto de ECCI, foi possível o desenvolvimento de competências noutras áreas que, apesar de não se encontrarem totalmente planeadas no âmbito do projeto de estágio realizado, foram de extrema importância para complementar o meu desenvolvimento enquanto EEER. Assim, este contexto clínico ofereceu a possibilidade de dar continuidade e alargar os meus conhecimentos, também no âmbito da Reeducação Funcional Motora (RFM) bem como, envolver a família nos cuidados prestados que, dado o contexto pandémico, se tornou uma dificuldade maior no estágio em contexto hospitalar. Além do mais, permitiu explorar as dimensões e as dificuldades de que se reveste a transição no regresso a casa e a adaptação a uma

nova situação de saúde-doença por parte da pessoa e seu cuidador. Tendo por base Petronilho (2007), foi importante munir os alvos de cuidados de conhecimentos, capacidades e suporte que lhes permitiram enfrentar a situação de eventual crise com motivação, e com vista à adaptação e recuperação da funcionalidade.

A escolha da situação para estudo de caso neste contexto (Apêndice 4), pela sua novidade e complexidade, pretendeu dar visibilidade à intervenção do EEER e ser representativo das competências adquiridas no âmbito de outros territórios da ER. A avaliação inicial assumiu igual importância na identificação das vertentes do autocuidado comprometidas e no desenho de um PR realista com enfoque no cliente e no cuidador. Assim, quer o exame físico, quer o exame neurológico ganharam outra relevância, permitindo uma avaliação mais profunda do estado mental, da motricidade, da sensibilidade, do equilíbrio e da marcha (categorias funcionais da marcha). A avaliação foi complementada com outras escalas pertinentes para o contexto em questão, nomeadamente escalas para avaliação funcional (Barthel) e avaliação das condições socio-familiares e económicas (Escala de Graffar). A análise destes aspetos, aliada a uma identificação dos recursos da comunidade, permitiu orientar esforços no sentido do aumento da rede de suporte, mobilizando os vários elementos da equipa multidisciplinar.

No que concerne a alterações de funcionalidade e estabelecimento de intervenções no âmbito da reeducação da função da eliminação, recordo-me da situação da Sra. A.P. e do Sr. M.S., cujo quadro de imobilidade, apesar de controlo de esfíncteres mantido, condicionou uma incontinência funcional, pela incapacidade para se transferirem e deslocarem até ao WC. Segundo Frank & Szlanta (2010), as limitações da mobilidade e a presença de barreiras ambientais que dificultam o acesso ao WC, podem afetar os comportamentos miccionais de etiologia não urológica. Foi assim crucial, não apenas a identificação de barreiras ambientais e sua correção, como também um investimento na melhoria da função motora, com treino de força, equilíbrio e ensino de técnicas de transferência, de forma a recuperar esta funcionalidade. Em ambos os clientes, foi possível, um abandono da fralda e retorno ao WC, encontrando-se espelhado o sucesso das intervenções, com a melhoria dos scores obtidos com a escala de *Barthel*.

Importa ainda enfatizar o importante papel que o EEER desempenha na identificação de alterações da vivência da sexualidade, bem como à promoção de intervenções que visem a sua otimização e vivência de forma saudável e com QV para os clientes com incapacidade. A sexualidade é um elemento bastante significativo na

definição do *self* e na saúde individual de cada um de nós, pelo que a sua vivência não deve ser, descurada. Assim, a abordagem da sexualidade também deve ser contemplada nos PR, desempenhando igualmente, um importante papel no que concerne à readaptação da pessoa à sua realidade.

De acordo com Kedde & Berlo (2006), citado por Silva (2009), em termos sexuais, as amputações podem ser geradoras de ansiedade, diminuição da satisfação sexual e alterações da autoestima e autoconceito. A mesma autora, refere sentimentos de medo, receio de desiludir o outro, o que afeta a adaptação à situação. A intervenção envolve assim a prestação de informação e aconselhamento, desmistificação de crenças, reestruturação cognitiva e comportamental e ainda a terapia farmacológica e sexual (Cardoso, 2004; Silva, 2009). A sexualidade ultrapassa os limites da penetração, referindo Cardoso (2004) que esta é genital e orgásmica, envolvendo uma multiplicidade de comportamentos geradores de afetos, intimidade e satisfação sexual. A intervenção realizada com o Sr. V.L. e sua esposa, visou inicialmente, e após um tiro de alerta pela esposa, a demonstração de disponibilidade para abordagem da temática e a criação de um clima flexível, descontraído e facilitador da expressão de sentimentos e emoções. Foi permitido espaço para esclarecimento de dúvidas, e abertura para perceber como era vivida a sexualidade previamente à instalação da incapacidade. Tal como corroborado pela literatura supracitada, foi fornecida, posteriormente, informação e aconselhamento, no momento em que o casal se sentiu preparado e aberto para tal, enfatizando-se a importância da comunicação entre ambos. De acordo com as preferências do casal, foi inicialmente sugerida a realização de massagens, a visualização de filmes eróticos, aquisição de produtos sexuais para ajuda no fortalecimento muscular e a própria masturbação mútua. Preconizando-se uma intervenção multidisciplinar, foi encaminhado ainda para consulta de psicologia, bem como articulado com o médico de forma a decidir eventual prescrição terapêutica e/ou encaminhamento para profissional na área de especialidade. As estratégias de RFM, permitiram ainda um retorno progressivo do cliente ao leito, após o controlo algico, o que foi também facilitador da vivência e readaptação sexual do casal.

## **J 2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

As atividades desenvolvidas visam atingir os objetivos:

- 7) Capacitar a pessoa com IRC para a realização de AVD e autocuidado, nomeadamente na gestão dos processos terapêuticos com vista à maximização da autonomia e QV
- 9) Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito da promoção da adaptação à VNI, adesão ao regime terapêutico e prestação de cuidados de ER à pessoa com IRC

Ao longo do estágio, foi importante a criação de momentos para partilha de dúvidas e sentimentos, através de um discurso empático, num clima de tranquilidade e confiança, numa ótica de aliança terapêutica, garantindo a participação da pessoa.

A evidência é unânime no forte destaque à componente educativa em qualquer PR, envolvendo tanto o cliente como a sua família na promoção da sua autonomia e QV e, portanto, na autogestão da sua doença. Retomando a situação da D. M.M. relatada no capítulo anterior, foi importante conduzir a cliente para uma consciencialização acerca da sua situação de saúde, permitindo o seu envolvimento considerando o seu nível de literacia em saúde, com a equipa de saúde como parceira. Segundo Pedro, Amaral, & Escoval (2016), a literacia em saúde é apontada como o caminho para uma melhoria dos cuidados em saúde, sobretudo no que concerne às doenças crónicas, com impacto na saúde individual e coletiva. Pretendeu-se assim, através da educação e informação, promover mudanças de comportamento salutar e um processo reflexivo para uma autonomia na gestão da doença e tomada de decisão esclarecida (Gomes, 2007). Isto traduziu-se no aumento da motivação da cliente, da tomada de consciência da sua situação e numa mudança de comportamento efetiva, com integração da doença, favorecendo o processo de transição.

À luz dos processos de transição, Schumacher & Meleis (2010) enfatizam o nível de conhecimento e aptidão da pessoa, influentes nos resultados em saúde. Neste sentido, uma informação ou suporte insuficientes, são encarados como fatores inibidores deste processo, comprometendo a literacia, e consequentemente o autocuidado e bem-estar (Petronilho, 2007; Mendes, 2013).

De modo a capacitar melhor a cliente e permitir caminhar no sentido de uma adaptação progressiva ao processo de doença, foram adotadas estratégias educacionais. Estas foram promotoras do conhecimento sobre a doença e tratamento, instruindo e treinando a cliente de forma a facilitar e garantir não só uma boa adaptação como também a prevenção de complicações. Também Menoita & Cordeiro (2014) atestam a importância da componente educativa da pessoa com doença

respiratória crónica inserida num programa de RR, sendo que esta deve envolver medidas preventivas e terapêuticas. Enquanto EEER, e numa lógica de parceria, atuei como educadora, transferindo conhecimentos para a cliente e família, com ênfase na sua emancipação, responsabilização e capacitação, oferecendo ferramentas que lhes permitiram uma boa adaptação e autogestão da doença. Contudo, a transmissão de informação por si só, não é suficiente para garantir a adesão, pelo que, as estratégias devem preconizar intervenções cognitivo-comportamentais e motivacionais, mobilizando toda a família (WHO, 2003).

De modo a melhorar o conhecimento e autogestão da sua doença, e promover uma adaptação à VNI, foi-lhe inicialmente explicada a sua doença, formas de tratamento e de melhoria funcional. Verificando-se um fosso de conhecimento após a alta hospitalar, a minha atuação pretendeu abranger e colmatar também os aspetos previstos na literatura prévios à implementação da VNI. Verifica-se uma unanimidade quanto à importância de um adequado acompanhamento de forma a reduzir o stress e ansiedade. São privilegiados o início do ensino e instrução em contexto hospitalar, embora alguns estudos recentes não apontem diferenças de adaptação face ao contexto domiciliário quando associados a um protocolo rigoroso de telemonitorização (Duiverman et al., 2020). Segundo Cunha & Marques (2011) a educação do cliente é uma prioridade de forma a maximizar a sua capacidade funcional e QV, devendo o programa incidir em hábitos de vida saudável, AVD, RFR e cuidados com o ventilador e material necessário. Tendo por base estas premissas e, o protocolo proposto por Costa et al. (2015), foi realizado, no domicílio, ensino e instrução da cliente e família, adequado ao seu nível de instrução. Foi promovido o aumento do conhecimento acerca da sua doença focando os benefícios da adesão à VNI, acerca do equipamento, especificamente o funcionamento do ventilador, correta adaptação e ajuste da interface ao rosto e correção de fugas. Relativamente à adaptação ao equipamento, foram necessárias estratégias de negociação no que concerne ao horário da realização da VNI. Face a uma inadaptação durante o período noturno, o objetivo passou por assegurar a sua realização durante períodos diurnos, tendo sido importante o auxílio na criação de rotinas no domicílio, facilitadoras da adesão, e a importância do envolvimento da família na supervisão e incentivo. Com esta intervenção, conseguiram-se entre 5h a 7horas totais de realização de VNI durante o dia. Foram ainda abordadas com a família as eventuais complicações e ensinadas, instruídas e treinadas algumas medidas de prevenção das mesmas, nomeadamente cuidados com a pele e com a conservação e manuseamento do ventilador. Foi

também importante focar em alguns aspetos relacionados com hábitos de vida saudável, com enfoque maior na manutenção da atividade física. De acordo com Cunha & Marques (2011) e Menoita & Cordeiro (2014), outros pontos importantes relacionados com hábitos de saúde podem ser abordados na pessoa com IRC com VNI, nomeadamente recomendações de alimentação e hidratação e estratégias de evicção tabágica. Não se tratando de uma cliente fumadora, e estando a sua alimentação assegurada por uma entidade social, foi reforçada a importância de aumentar a frequência das refeições ingerindo quantidades menores de alimentos, mastigação lenta e de boca fechada e uma hidratação moderada, ajustada à sua IC. Como já referido, as autoras supracitadas referem ainda a importância do programa educativo no âmbito da VNI incluir informações relativamente a AVD e RFR, que envolvem o ensino de estratégias de conservação de energia individualizadas. À cliente foi assim ensinado: controlo respiratório durante a execução de atividades, inspirando no movimento menos cansativo e expirando no de maior esforço; sentar para tomar banho, realizar a higiene matinal e calçar/descalçar; usar sapatos sem atacadores; colocar os objetos mais usados durante o dia em locais de fácil acesso; executar as tarefas mais cansativas no período do dia em que sentir mais energia; organizar e gerir o espaço evitando baixar-se e garantindo boa iluminação e ventilação; subir escadas degrau a degrau sem pressas; fazer as coisas com calma aprendendo a respeitar o seu ritmo e limites; planejar períodos de repouso ao longo do dia; manter atitude positiva mantendo atividades prazerosas, entre outros (DGS, 2009; Cunha & Marques, 2011; OE, 2018). Neste âmbito, foi possível, selecionar e recomendar produtos de apoio, tais como uso de assento, escova de cabo comprido para higiene da região dorsal, uso de sapatos sem atacadores e calçadeira.

Dados do estudo realizado por Petronilho (2007) sustentam a importância da informação em suporte escrito como um instrumento para consolidar conhecimentos e capacidades e clarificar eventuais dúvidas em contexto domiciliário. Estabelecido o plano educativo, deve ser fornecido à família algum material impresso de forma a reforçar os ensinamentos aumentando o grau de aprendizagem, desde que mantida a capacidade de compreensão do seu conteúdo. Assim, foi elaborado um panfleto (Apêndice 5) que consolida algumas informações importantes relativamente à VNI: vantagens, principais problemas e soluções, modo de colocação da máscara, cuidados com o equipamento, referência a algumas técnicas respiratórias e de conservação de energia. Em ambos os contextos de estágio, sempre que necessário foi também utilizado o suporte escrito já existente nos serviços.

Além do ensino, treino e instrução relativamente a aspetos relacionados com a VNI, também foi necessária uma educação dos clientes, após identificação de erros na utilização da terapêutica inalatória. De acordo com dados da GINA (2021) e Cordeiro (2019), cerca de 80% dos doentes e 31-85% dos profissionais de saúde, não utiliza de forma correta o seu inalador e técnica inalatória, o que compromete a eficácia do fármaco. Segundo Cordeiro (2019) e Cordeiro & Brito (2020), uma técnica inalatória deficiente traduz-se em custos elevados para os sistemas de saúde, apresentando como principais estratégias de melhoria a sensibilização e educação de profissionais e o ensino e treino de doentes, o que impõe a sua avaliação e monitorização permanente. O *Webinar* apresentado por Cordeiro & Brito (2020) trouxe importantes conteúdos teórico-práticos, permitindo compreender quais os principais erros cometidos, bem como algumas particularidades e aspetos técnicos relacionados com os diversos dispositivos.

Na situação exposta anteriormente, identificou-se uma dificuldade na coordenação mão-pulmão, com os inaladores pressurizados doseáveis (pMDI). Neste sentido, foi necessário associar uma câmara expansora (CE), que a DGS (2013) refere como alternativa para suprir esta dificuldade e evitar a impactação do fármaco na orofaringe. A CE promove a desaceleração do aerossol antes de alcançar a orofaringe, aumentando a sua deposição pulmonar e, portanto, a eficácia do pMDI (DGS, 2013; Cordeiro, 2019). Após a identificação de erros, foi então demonstrada a técnica com a CE e corrigidos erros. Dada a especificidade de cada fármaco, é recomendado, durante a realização de ensino, a utilização de uma *checklist* de verificação da técnica inalatória, onde constam todos os passos de utilização do dispositivo (DGS, 2013), a qual foi utilizada junto da cliente, até esta se encontrar plenamente capacitada.

No contexto hospitalar, existia integrada nos registos informatizados, uma *checklist* para avaliação do conhecimento, detalhando as datas e o alvo dos ensinamentos e avaliação. Contudo, e dado o contexto pandémico, foram sentidas algumas dificuldades em termos de ensino e treino quer ao cliente, quer ao seu cuidador. Muitos dos clientes encontravam-se internados com pneumonias organizativas pós-Covid e, conseqüentemente, com défice da capacidade inspiratória e dificuldade na sincronização mão-pulmão. A própria utilização de máscara, reduziu o som, limitando a perceção dos clientes, muitas vezes com défices visuais e auditivos. Todos os momentos foram contemplados para realizar ensino e treino da utilização dos inaladores, não se aguardando por um momento concreto. Com a pandemia, foi

também proibida a utilização de placebos por não se conseguir uma descontaminação adequada. Deste modo, muitas das vezes o cliente apenas visualizou o inalador, não lhe sendo permitido manipulá-lo. Considerando o perfil dos clientes, a utilização de folhetos como auxiliares de ensino, nem sempre se revelou uma ajuda positiva, pela existência de dificuldades de interpretação do seu conteúdo, pela sua baixa instrução, falta de audição ou de visão. Relativamente ao cuidador, a maioria das vezes o ensino foi feito presencialmente, no momento da alta, de forma rápida, não abrangendo todas as fases do ensino. Perante estas dificuldades sentidas, recorreu-se à listagem de contactos de Centro de Saúde da área de influência do hospital para, no momento da alta, se estabelecer contacto telefónico com os colegas da comunidade, de forma a estes puderem acompanhar e identificar mais facilmente as suas dificuldades. Face ao exposto, requiere-se uma avaliação e monitorização permanentes no que concerne à capacitação do cliente na realização de terapêutica inalatória e, portanto, na gestão da sua doença. No que concerne à formação de pares, ambas as equipas dos estágios se encontravam plenamente capacitadas e treinadas. A participação no CCRER trouxe importantes ferramentas de aprendizagem gratuitas, nomeadamente guias de ensino que capacitam o cliente e cuidador para a autogestão da doença respiratória crónica e funcionam como um importante complemento e reforço educacional e vão ao encontro das orientações da DGS para programas de RR.

Retomando a situação da D. M.M., toda a família e empregada doméstica foram envolvidos na gestão do regime medicamentoso, tendo, para tal, sido entregue uma tabela terapêutica e caixas de medicação, visando a sua simplificação. Foram posteriormente distribuídos papéis, orientações e tarefas pelos vários elementos, pretendendo-se a capacitação e envolvimento de todos.

O estágio permitiu-me ainda desenvolver estratégias facilitadoras da integração da pessoa na sociedade e adquirir maior autonomia no seu autocuidado. Muitos clientes com IRC com necessidade de VNI, encontram-se, num estágio mais avançado da sua doença, a realizar igualmente OLD. Apesar de se encontrarem bem adaptados à VNI, importa estarmos despertos para a eficácia dos restantes dispositivos de ventiloterapia. Retome-se a situação da Sr. G.R. abordada anteriormente, sob OLD 24horas/dia, que se deslocou a consulta sem aporte suplementar de oxigénio e, conseqüentemente, com dispneia muito intensa. Explorando a situação com a cliente, percebi que o seu concentrador portátil de oxigénio “*simply go*”, apesar das suas conhecidas vantagens, se tornou limitador da sua mobilidade, impedindo a sua deslocação em cadeira de rodas. Por esse mesmo

motivo, a cliente referiu encontrar-se permanentemente confinada em casa, com escassas saídas à rua. Procurei assim, juntamente com a OC, a melhor alternativa para esta cliente, tendo sido realizado ajuste para oxigénio líquido no internamento. Procuraram-se assim pequenos ajustes de carácter inclusivo, que permitiram promover e melhorar a mobilidade, acessibilidade e a participação social, maximizando a sua capacidade funcional, na medida em que garantiu uma maior mobilidade fora do domicílio e, combate ao isolamento social, inatividade, descondicionamento físico e seus efeitos perniciosos, bem como a todos os impactos psicológicos que daí advém. Também no Estudo de Caso nº 1 (Apêndice 2), se espelha a importância de compreender os motivos inerentes ao incumprimento da OLD, promovendo alterações no sentido de melhorar a adesão à mesma. Aqui se enfatiza a importância de se conhecer a pessoa e as suas condições habitacionais de forma a identificar barreiras arquitetónicas, fatores inibidores da realização das AVD de forma independente no seu contexto, e situações prejudiciais que possam interferir na mobilidade e na dinâmica social. De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (2019), foram selecionados os dispositivos de compensação mais adequados às necessidades da pessoa. Assim, a escolha e prescrição de OLD deve ser orientada em prol da que mais se adequa às exigências da pessoa, promovendo a sua autonomia e bem-estar.

Recordando a situação da C.M., jovem com fibrose quística com alta clínica e indicação para OLD, considerando a sua tenra idade e necessidade de inserção e participação social, foi possível capacitá-la para uma utilização segura do concentrador de oxigénio, quer no domicílio, quer na sua vida social. Foi assim instruída relativamente a alguns aspetos importantes, dirigidos às suas necessidades e AVD, nomeadamente: a importância do seu afastamento de fontes de chama ou calor, não fumar nem estar na presença de terceiros enquanto fumam, não utilização de sprays, cremes e substâncias gordurosas, atuação em caso de viagem, entre outros. Conseguiu-se deste modo, na transição para o domicílio, capacitar a C.M. de conhecimento e técnica para um melhor controlo do seu processo terapêutico, promovendo a sua participação social de forma segura.

Vários foram também os clientes, que beneficiaram de alterações no domicílio, nomeadamente no que concerne à adaptação ao WC. Na situação do Sr. M.S. foi sugerida a aquisição de uma tábua de banho para banheira com pega, a um custo acessível para a família, permitindo ao cliente voltar a tomar duche. Na situação do Sr. V.L., a intervenção visou adaptar o WC com pegadas de forma a permitir o seu equilíbrio para tomar duche de pé, e alteração da cadeira de banho de forma a permitir









bem como flexão e extensão do ombro, cotovelo, mão, coxofemoral e joelho. Foi ainda realizado treino de marcha com OLD, com monitorização permanente da oximetria, frequência cardíaca e dispneia de forma a avaliar a evolução da tolerância ao esforço, bem como o aumento das distâncias percorridas. Noutros clientes, foi utilizado um carro de compras como dispositivo auxiliar de marcha, permitindo o transporte do cilindro de O<sub>2</sub> exercendo simultaneamente, alguma resistência aos membros.

Recentemente, tem-se verificado um crescente aumento de interesse na utilização da VNI durante o exercício. Ambrosino & Xie (2017) referem a VNI como benéfica na melhoria da oxigenação, diminuição da dispneia, prevenindo complicações induzidas por hipóxia durante caminhadas, melhorando a tolerância ao exercício em clientes com DPOC grave, IC e também em jovens com fibrose quística. Ou seja, segundo estes autores, a VNI aumenta os benefícios da reabilitação pulmonar, melhorando a capacidade funcional destes clientes. Contudo, durante o estágio em contexto hospitalar, por recusa dos clientes, a qual foi respeitada, não foi possível utilizar a VNI durante o exercício.

Noutros clientes, foi utilizado um carro de compras como dispositivo auxiliar de marcha, permitindo o transporte do cilindro de O<sub>2</sub> exercendo simultaneamente, alguma resistência aos membros.

No contexto comunitário, a minha intervenção junto do cliente amputado (Apêndice 4) visou ainda a implementação de intervenções para melhoria da força muscular, do equilíbrio corporal e amplitude articular. Neste sentido, foram realizados exercícios para treino de equilíbrio na marcha com canadianas, melhoria postural, fortalecimento muscular de membros superiores, abdómen e tronco bem como fortalecimento do membro amputado e contralateral, prevenindo complicações como infeção e encurtamento do membro de forma a garantir o sucesso de uma futura protetização. O ensino de exercícios de dessensibilização do coto, pela aplicação de vários estímulos sensoriais, foram também uma preocupação, na medida em que permitem o controlo da dor, diminuindo a hipersensibilidade ao toque e pressão e sensação de dor fantasma (Capelo & Fortunato, 2019; Falcão & Barbeiro, 2019).





Em termos de adaptação à VNI, ao iniciar o estágio em contexto hospitalar, apercebi-me que todos os enfermeiros do serviço, incluindo generalistas, pela experiência que detinham, se encontravam capacitados para adaptar corretamente o cliente à VNI e atuar face a complicações, o que aumentou o meu receio da inviabilidade do projeto. Contudo, e com o apoio da OC, foi importante salvaguardar que a adaptação à VNI consiste apenas num dos fortes contributos do EEER para a pessoa com IRC, e que esta, não se realiza isoladamente, mas sim continuamente e em concomitância com o PR desenhado, no sentido de se obterem mais ganhos em saúde, minimizando limitações, capacitando o cliente para melhorar o autocuidado e maximizar a sua funcionalidade.

Por forma a ampliar a resposta direta ao aumento dos casos de Covid19, o internamento de pneumologia foi, em fase final do estágio, convertido numa UNEIC, o que constituiu para mim mais um fator de ansiedade. Isto por se tratar de uma área na qual não possuo experiência, e receio pelo facto de poder comprometer as atividades planeadas, pela existência de pessoas com necessidade de ventilação mecânica, em detrimento da VNI. Contudo, e considerando que muitas das técnicas de RFR utilizadas em clientes com VNI são idênticas às usadas nos clientes ventilados mecanicamente, consegui aprimorar algumas delas, introduzir esquemas de mobilizações passivas, posicionamentos e drenagem postural e desenvolver conhecimentos técnicos no que diz respeito a modalidades ventilatórias.

A reorganização dos locais de estágio, ao contrário do expectável inicialmente, constituíram uma mais-valia, permitindo-me lançar um olhar sobre o cliente, em todo o seu percurso pelos vários níveis de cuidados, e assim perceber mais de perto, o destaque do papel do EEER em todos eles e, especificamente no que concerne à adaptação à VNI.

A passagem pela Unidade de Sono e VNI, apesar de muito curta, trouxe contributos importantes, permitindo compreender o modo como é realizado o acompanhamento do cliente com VNI em ambulatório, com enfoque na adaptação à VNI e conseqüente adesão, na capacitação para o autocuidado e autogestão da sua doença, maximizando a sua funcionalidade.

Em contexto de ECCI, onde não esperava oportunidades de contacto com clientes submetidos a VNI domiciliária, foi igualmente possível continuar a analisar processos de adaptação à VNI e elaborar PR individualizados à pessoa com IRC, com a criatividade necessária e adaptada aos recursos disponíveis.

A utilização de um referencial teórico foi sustentador e norteador da intervenção, sobretudo na avaliação do cliente, na compreensão das situações e na identificação dos recursos (intrínsecos e extrínsecos ao cliente) bem como das barreiras à transição. Conseqüentemente, permitiu desenvolver intervenções facilitadoras da adaptação na transição de saúde/doença perante as necessidades identificadas, facilitando a tomada de decisão e colocando a pessoa no centro das atenções. A análise das respostas permitiu compreender como a aprendizagem e consecução de novas capacidades permitiu ultrapassar os processos de transição e obter ganhos em saúde.

Realizando um balanço entre as experiências nos vários contextos, considero que, apesar de todas as vicissitudes, estas foram contornadas da melhor forma e com o enorme apoio e experiências de ambas as OC. Apesar das dificuldades enumeradas, considero que as experiências vividas em ambos os contextos se complementaram em larga escala.

Em ambos os contextos, não se identificaram necessidades formativas no seio das equipas, bem como disponibilidade para tal, não somente devido à sobrecarga de trabalho, como também pela recente reestruturação e constantes alterações da equipa de enfermagem. Contudo, esta ocorreu de forma informal, pela partilha de experiências e de estratégias de intervenção com os vários elementos da equipa.

Em termos pessoais, a maior dificuldade prendeu-se com a gestão de tempo de forma a dar resposta a todas exigências relacionadas com este percurso académico, bem como com as exigências no meu contexto de trabalho e necessidade de integrar novas equipas no âmbito da resposta à Covid19, aliados aos processos de transição que, também eu, vivenciei a nível pessoal e familiar.

Para a execução deste relatório, dada a riqueza de contributos dos contextos de estágio, a principal dificuldade sentida relacionou-se com a sua síntese e o cumprimento do limite de páginas estabelecido.

Considero que ambos os contextos clínicos me permitiram atingir as competências específicas e comuns, que se espelham neste relatório, mas não se esgotam no mesmo, aportando ferramentas e motivações para me continuar a desenvolver, consolidar e afirmar enquanto Enfermeira Especialista.

As competências desenvolvidas foram sempre alicerçadas na garantia constante da qualidade e segurança dos cuidados prestados, em colaboração com a equipa multidisciplinar, na garantia de tomadas de decisão que respeitem os valores e

dignidade das pessoas, gerindo os cuidados eficazmente e na busca incessante pelo desenvolvimento de novas aprendizagens e melhor evidência científica.

Em relação às competências específicas, estas foram desenvolvidas em diversos contextos, o que permitiu a prestação de cuidados a pessoas com diversas alterações da funcionalidade, desenvolvendo com estas as melhores ferramentas para capacitação e controlo do seu processo terapêutico e desenvolvendo capacidades de modo a maximizar a sua funcionalidade.

A realização do presente Relatório, permitiu-me ainda o alcançar os resultados de aprendizagem preconizados pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos. Neste sentido, consegui desenvolver e aplicar novos conhecimentos, que permitiram compreender e resolver problemas em novas e complexas situações, demonstrando capacidades de reflexão e tomada de decisão. Consegui também melhorar competências de comunicação e mostrar autonomia em todo o meu processo de autoaprendizagem.







outras que se visem de interesse, com repercussões positivas no avanço e visibilidade da Enfermagem.

A experiência em EC suscitou em mim outras áreas de interesse, nomeadamente a intervenção junto do cliente com disfagia e do cliente amputado, também estes com alguma expressividade no meu contexto de trabalho, as quais constituirão, certamente, outras áreas de investimento futuro.

O maior desafio futuro, prender-se-á com o ultrapassar de questões burocráticas no meu local de trabalho que me permitam exercer a tempo total ou parcial as competências adquiridas e demonstrar ganhos efetivos com a intervenção do EEER.

Considerando o projeto elaborado, e analisando o trabalho construído, creio ter alcançado as metas a que me propus e que me capacitam para conceber, implementar e monitorizar PR diferenciados, atendendo aos problemas reais e potenciais das pessoas e, portanto, para a tomada de decisão em prol da maximização do seu potencial. Estão deste modo reunidas, as ferramentas necessárias para, também eu, me tornar, com empenho e investimento pessoal, uma perita na área da ER.



















- Vaz, S. & Lopes, I. & Martins, P. (2020, dezembro). *Webinar: O Exercício Físico e a Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa
- Vaz, S. (2021, abril). *Treino de Exercício Físico às pessoas com alteração da função respiratória*. Oral apresentada no I Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação. Associação Científica dos Enfermeiros, Lisboa
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Acedido em 18 de Outubro de 2020, no Web site da: World Health Organization:  
[https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1 – Instrumento de Avaliação**

# Instrumento de Colheita de Dados

## Dados Pessoais

<b>Nome</b>				<b>Idade</b>	
<b>Sexo</b>	M	F	<b>Raça</b>		
<b>Naturalidade</b>				<b>Nacionalidade</b>	
<b>Profissão</b>				<b>Situação Laboral</b>	
<b>Cuidador informal</b>				<b>Agregado Familiar</b>	
<b>Situação Social e Habitacional</b>				<b>Residência</b>	
<b>Escolaridade</b>				<b>Religião</b>	
<b>Preocupação em Relação à sua situação</b>					
<b>Data de Admissão</b>					

## História da Doença Atual

<b>Recurso a Cuidados de Saúde</b>				
<b>Últimos internamentos</b>				
<b>Motivo de internamento</b>				
<b>Diagnóstico</b>				
<b>Data de Alta</b>			<b>Tipo de Encaminhamento</b>	
<b>Exames Complementares de Diagnóstico</b>				
<b>Evolução no internamento</b>				

## História da Doença Pgressa

<b>Antecedentes Pessoais</b>	
<b>Medicação Habitual</b>	
<b>Hábitos / Estilos de Vida</b>	
<b>História Social</b>	





Escala MRC							
5	Movimento normal contra a gravidade e resistência						
4	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força						
3	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência						
2	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.						
1	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento						
0	Sem contração muscular e sem movimento						
Data	Avaliação						
	M. Superior Esqº		M. Superior Dtº		M. Inferior Esqº		M. Inferior Dtº
	M. Superior Esqº		M. Superior Dtº		M. Inferior Esqº		M. Inferior Dtº
	M. Superior Esqº		M. Superior Dtº		M. Inferior Esqº		M. Inferior Dtº
	M. Superior Esqº		M. Superior Dtº		M. Inferior Esqº		M. Inferior Dtº





**104 a 126** - Dependência completa/modificada

**61 a 103** - Dependência modificada (assistência até 25%)

**19 a 60** - Dependência modificada (assistência até 50%)

**18** - Dependência completa

## **Apêndice 2 – Estudo de Caso n.º 1**







# 1. Apresentação do Cliente

## História Social



• Reside sozinho, com dificuldades económicas



• Contacto com a irmã que reside em Inglaterra



• Assinalado para Assistente Social, recusando institucionalização apoio domiciliário e comunicação com a filha

# 2. Avaliação Física

## Exame Físico Geral

01

- Aparenta idade semelhante à idade real. Emagrecido.
- Consciente, orientado nas três vertentes, sem alterações da comunicação ou linguagem. Muito ansioso. Previamente autónomo.
- Sem défices visuais ou auditivos. Peças dentárias sem alterações significativas.
- Pele íntegra, com mucosas coradas e hidratadas. Apresenta hipocratismo digital.













**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

**Ventilação comprometida**

**Objetivos**

**Ventilação melhorada**

(Diminuição da ansiedade e redução da fadiga e melhoria da tolerância ao esforço, promoção da expansão torácica)

**INTERVENÇÕES**

- Monitorizar sinais vitais
- Avaliar respiração e ventilação
- Executar técnica de auscultação ao indivíduo (antes e após realização da sessão)
- Gerir oxigenoterapia
- Assistir o indivíduo na reeducação funcional respiratória:
  - Conscientização e controlo da respiração, promovendo expiração com lábios semi-cerrados;
  - Ensino de posições de descanso e relaxamento;
  - Reeducação abdominodiafragmática posterior, sem resistência;
  - Reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda e direita, sem resistência;
  - Abertura costal global com bastão;



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

**Ventilação comprometida**

**Objetivos**

**Ventilação melhorada**

(Diminuição da ansiedade e redução da fadiga e melhoria da tolerância ao esforço, promoção da expansão torácica)

**INTERVENÇÕES (cont.)**

- Reeducação costal seletiva;
- Abertura costal global;
- Abertura costal seletiva bilateral;
- Drenagem postural clássica
- Exercícios de expansão torácica com faixa;
- Exercícios respiratórios específicos: utilização de espirómetro invertido
- Planear atividade física e realização de exercícios de fortalecimento muscular
- Assistir indivíduo na atividade executada pelo próprio – treino de marcha (com ou sem VNI)
- Monitorizar dispneia antes e após sessão
- Executar terapêutica inalatória



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
Ventilação comprometida	
Objetivos	Ventilação melhorada (Diminuição da ansiedade, redução da fadiga e melhoria da tolerância ao esforço, promoção da expansão torácica)
AVALIAÇÃO	
<b>06/01:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- cansaço fácil a pequenos esforços</li><li>- Pele e mucosas acianóticas Ligeiro prolongamento do tempo expiratório e diminuição da expansão torácica.</li><li>- Sinais vitais estáveis. Sem queixas algícas prévias à realização da sessão.</li><li>- Auscultação: murmúrio vesicular mantido, diminuído em ambos os 1/3 inferiores, apresentando roncos dispersos no início da sessão.</li><li>- Dispneia atual com classificação 4 em Escala Numérica, aumento para 6 após sessão.</li><li>- Mostrou aquisição de conhecimentos relativamente a posições de descanso e relaxamento.</li><li>- Dificuldade na consciencialização e controlo dos tempos respiratórios, interrompendo frequentemente a realização dos exercícios. Orientado para a importância da concentração na execução dos exercícios e correção dos exercícios.</li><li>- Auscultação final da sessão: maior sibilância na auscultação, reverteu com administração de broncodilatadores. Fica em posição de descanso e relaxamento, sentado o leito, com inclinação anterior do tronco.</li><li>- Sessão com O<sub>2</sub> 2L/min por ON com SpO<sub>2</sub> superiores a 90%</li></ul>	
ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
Ventilação comprometida	
Objetivos	Ventilação melhorada (Diminuição da ansiedade, redução da fadiga e melhoria da tolerância ao esforço, promoção da expansão torácica)
AVALIAÇÃO (cont.)	
<b>06/01:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ensinos para execução de respiração profunda, com ênfase na fase expiratória, bem como alternância de decúbitos de forma a promover a drenagem postural, com elevação da cabeceira mediante tolerância do cliente (intolerância de plano a 0°).</li><li>- Incentivado reforço hídrico, encontrando-se o Sr. M.R. motivado para tal.</li><li>- Não iniciado treino de marcha e aplicação de espirómetro invertido a pedido do cliente, referindo cansaço.</li></ul>	
<b>07/01:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Auscultação pulmonar sobreponível. Recusou realização de sessão de reabilitação por se encontrar adaptado a VNI, pelo que, foi protelado início de treino de marcha.</li></ul>	
ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

Adaptação comprometida (VNI e concentrador portátil oxigênio)

**Objetivos**

Adaptação melhorada à VNI e concentrador portátil de oxigênio

**INTERVENÇÕES**

- Monitorizar sinais vitais e estado de consciência
- Adaptar indivíduo ao ventilador (de acordo com os parâmetros estabelecidos)
- Adequar interfaces da VNI
- Aplicar protetor cutâneo para prevenção de lesões cutâneas
- Vigiar sincronização cliente-ventilador
- Incentivar a tossir
- Explicar procedimento e importância de realização de VNI;
- Verificar montagem do circuito e funcionamento do aparelho
- Assistir o indivíduo na reeducação funcional respiratória:
  - Consciencialização e controlo da respiração, promovendo expiração com lábiossemi-cerrados;
  - Ensino de posições de conforto, descanso e relaxamento
- Gerir oxigenoterapia

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

Adaptação comprometida (VNI e concentrador portátil oxigênio)

**Objetivos**

Adaptação melhorada à VNI e concentrador portátil de oxigênio

**INTERVENÇÕES**

- Monitorizar sinais vitais e estado de consciência
- Adaptar indivíduo ao ventilador (de acordo com os parâmetros estabelecidos)
- Adequar interfaces da VNI
- Aplicar protetor cutâneo para prevenção de lesões cutâneas
- Vigiar sincronização cliente-ventilador
- Incentivar a tossir
- Explicar procedimento e importância de realização de VNI;
- Verificar montagem do circuito e funcionamento do aparelho
- Assistir o indivíduo na reeducação funcional respiratória:
  - Consciencialização e controlo da respiração, promovendo expiração com lábiossemi-cerrados;
  - Ensino de posições de conforto, descanso e relaxamento
- Gerir oxigenoterapia







## **Apêndice 3 – Estudo de Caso n.º 2**



# **11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

## **Estudo de Caso II**

**Tatiana Alexandra Soares Amorim da Glória, 811**

Docente Orientador: Professor Doutor José Carlos Magalhães  
Orientador Clínico: Enfermeira Elisabete Amaral

---

**Lisboa  
2021**

# 1. Apresentação da Pessoa

## Dados pessoais

**Nome:** J.R.

**Idade:** 68 Anos

**Sexo:** Masculino

**Estado Civil:** Casado

**Naturalidade:** Lisboa

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Profissão:** Montador de Tetos Falsos

**Situação Laboral:** Reformado

**Agregado Familiar:** Reside com a esposa

**Cuidador Informal:** Filha

**Residência:** Camarate

**Data de Admissão no Serviço:** 05/01/2021

## História da Doença Atual

**Recurso a cuidados de saúde:** Seguido em consulta de infecciologia (HIV Controlado).

### **Motivo de internamento:**

Recorreu ao SU no dia 04/01 encaminhado pelo MGF por dispneia e cansaço a pequenos esforços com 4 dias de evolução, associado a mialgias e história de febre no dia 04/01 que cedia a antipirético. Refere ainda tosse com expectoração mucopurulenta e toracalgia pleurítica bilateral. Referência a edema

do lábio e mãos desde a véspera. Desconhece contactos com casos positivos de Covid-19 ou contexto familiar de infeção respiratória. No SU, por Insuficiência Respiratória global inicia VNI. Realizados exames complementares de diagnóstico que excluem Sars-Cov2. Transferido para enfermaria.

**Diagnóstico:** Pneumonia adquirida na comunidade (lobo inferior esquerdo) e insuficiência respiratória global, provável DPOC tabágica por intercorrência infecciosa.

**Evolução durante o internamento:**

No SU foi iniciada VNI, com melhoria do quadro respiratório. Colhidas hemoculturas e antigenúrias (negativas). Realizou antibioterapia com melhoria clínica, imagiológica e analítica. Necessidade de VNI em fase aguda, realizou BiPAP, inicialmente por períodos, com desmame progressivo. Apurou-se, junto da Consulta Externa de Infeciologia, que o Sr. J.R, já realizou estudo funcional respiratório no exterior, onde se destaca uma “obstrução brônquica grave, sem resposta ao broncodilatador inalado e diminuição moderada da capacidade de difusão do CO”. Contudo, não existe acesso nem referência a valores absolutos ou percentuais. Apurou-se ainda que já esteve medicado com broncodilatadores de ação longa, mas que o Sr. entretanto terá deixado de fazer.

Pela situação pandémica, a comissão de infeção recomendou testagem para SARS-Cov2 uma vez por semana, tendo realizado teste no dia 15/01, cujo resultado foi positivo. À data de transferência, sem indicação para BiPAP mas com indicação para O2 a 2L/min e **provável alta com necessidade de O2**. Transferido para UICIVE – SDI (Serviço de Gastroenterologia).

**Data de alta:** 16/01/2021

**Tipo de encaminhamento:** Transferência interna

## História da doença pregressa

### **Antecedentes pessoais:**

- HIV controlado
- Diabetes Mellitus tipo II não insulino-tratado
- Dislipidémia
- Neoplasia da Próstata
- Doença Hepática Crónica com esteatose e hepatomegalia
- Tabagismo
- Divertículos cólicos
- hábitos etanólicos (refere consumo prévio abusivo de etanol – 5 whisky por dia), HTA desde há 15 anos, controlada, hiperuricemia
- DPOC (Enfisema grave em TC torax, desconhecendo-se função respiratória). Sem alergias conhecidas.

### **Medicação Habitual:**

- Dolutegravir 50mg id
- Lamivudina 300mg id
- Darunavir 800mg + Cobicistate 100mg id
- Ácido Acetilsalicílico
- Pitavastatina 2mg
- Vigantol
- Metformina 1000mg

### **Hábitos / Estilos de Vida:**

- História de etanolismo (5 whisky por dia)
- Ex-fumador há 7 meses (50-60 UMA durante 40 anos) – cigarrilha, charuto, cachimbo
- Ex-montador de tectos falsos e possível exposição a amianto.

## 2. Avaliação da Pessoa

### Avaliação Física

#### Exame Físico Geral:

Consciente, orientado nas três vertentes, sem alterações da comunicação ou linguagem. Sem défices auditivos, mas refere ligeira diminuição da acuidade visual, não compensada. Peças dentárias sem alterações significativas. Mucosas coradas e hidratadas. Pele íntegra. Aparenta idade semelhante à idade real. Previamente independente em todas as vertentes do autocuidado. Sem alterações do humor e com atitude adequada.

#### Parâmetros Vitais:

Sinais Vitais	Datas	12/01	13/01	14/01	15/01	16/01
	<b>Tensão Arterial</b> (mmHg)	130/74	126/54	138/68	155/61	127/70
	<b>Frequência Cardíaca</b> (bpm)	91	92	97	87	93
	<b>SpO<sub>2</sub></b> (%)	92	91	92	92	93
	<b>Frequência Respiratória</b> (cpm)	-	19	18	-	-
	<b>Dor</b> (intensidade e localização)	0	0	0	0	0
	<b>Temperatura</b> (°C)	36	36,8	37	37,5	37,4

## Avaliação da Função Respiratória

		<b>Datas</b>	<b>11/01</b>	<b>12/01</b>	<b>13/01</b>	<b>14/01</b>
		<b>Avaliação da Função Respiratória</b>				
<b>Características da Respiração</b>	<b>Ventilação</b> (Espontânea / Mecânica)		Espontânea	Espontânea	Espontânea	Espontânea
	<b>Padrão Respiratório</b> (Torácico, Misto, Abdominal)		misto	misto	misto	misto
	<b>Ritmo</b> (Regular / Irregular)		Regular	Regular	Regular	Regular
	<b>Amplitude</b> (normal, diminuída, aumentada)		normal	normal	normal	normal
	<b>Simetria Torácica</b>		simétrico	simétrico	simétrico	simétrico
<b>Sintomas Respiratórios</b>	<b>Datas</b>		<b>11/01</b>	<b>12/01</b>	<b>13/01</b>	<b>14/01</b>
	<b>Tosse</b>		Sim	escassa	escassa	escassa
	<b>Expetoração</b> (características e quantidade)		moderada	moderada	moderada	Pequena quantidade
	<b>Dor (toracalgia)</b> (localização / intensidade)		Sem dor	Sem dor	Sem dor	Sem dor
	<b>Dispneia</b> (Escala de Borg Modificada)		Antes RFR: 1 Após RFR: 2	Antes RFR: 2 Após RFR: 3	Antes RFR: 1 Após RFR: 4	Antes RFR: 0 Após RFR: 2
<b>Avaliação objetiva</b>	<b>Inspecção</b> (Cianose / Hipocratismo Digital)		acianótico	acianótico	acianótico	acianótico
	<b>Tórax</b> (Normal / Chato / Tanel / Escavatum / carinatum / cônico)		Ligeiramente em tonel	Ligeiramente em tonel	Ligeiramente em tonel	Ligeiramente em tonel
	<b>Palpação</b> (Traqueia / expansibilidade tórax)		Sem desvio da traqueia	Sem desvio da traqueia	Sem desvio da traqueia	Sem desvio da traqueia
	<b>Percussão</b> (Macicez / timpanismo)		-	-	-	-
<b>Auscultação Pulmonar</b>	<b>Datas</b>		<b>11/01</b>	<b>12/01</b>	<b>13/01</b>	<b>14/01</b>
	<b>Murmúrio vesicular</b> (Mantido / Diminuído / Ausente)		Mantido bilateralmente e Diminuído 1/3 inferiores	Mantido bilateralmente e Diminuído 1/3 inferiores	Mantido bilateralmente , diminuído 173 inferiores	Mantido bilateralmente Diminuído 1/3 inferiores
	<b>Ruídos Adventícios</b> (Roncos / Sibilos / Crepitações / Atrito pleural / Estridor)		-	-	Antes RFR: roncos escassos Pós-RFR: sem RA	-

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA							
Parâmetros	Datas						
	06/01	07/01	08/01	11/01	12/01	13/01	14/01
Modalidade	Bi-Nível	Bi-Nível	Bi-nível	Bi-nível	Bi-nível	Bi-nível	Bi-nível
IPAP	18	20	19	19	19	17	
EPAP	6	6	6	6	6	6	
FR	18	18	16	16	16	14	
FiO <sub>2</sub>							
Volume/min							
Período Utilização	2h Manhã + 2/4h tarde + noturno	2h Manhã + 2/4h tarde + noturno		2h tarde + noturno	noturno		Sem VNI para avaliar necessidade CRD

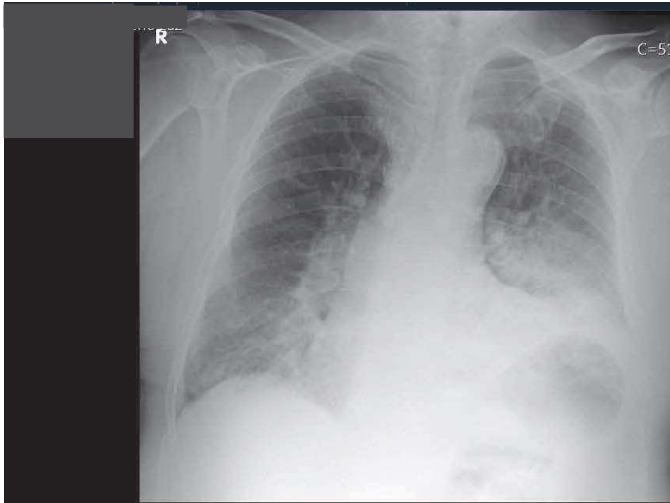
## Exames complementares de Diagnóstico

- Radiografia de Tórax

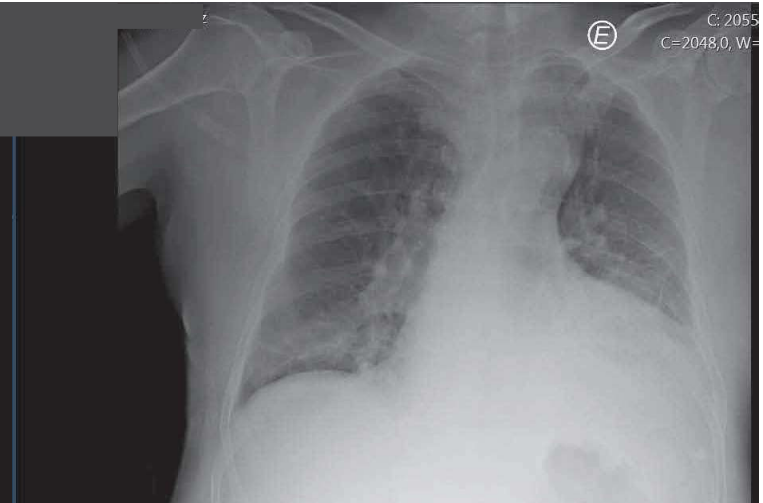
- **04/01/2021:** Apresentação de infiltrados bilaterais e alguma aparente distensão abdominal.

- **08/01/2021:** melhoria dos infiltrados bilateralmente e da distensão abdominal.

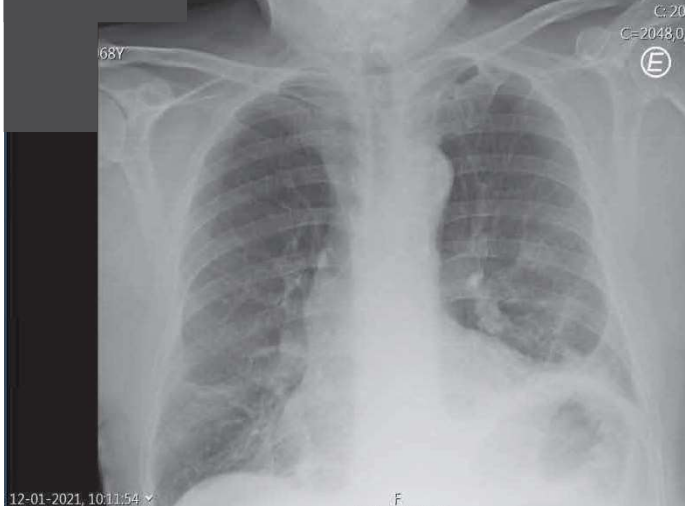
- **12 e 14/01:** melhoria progressiva dos infiltrados pulmonares bilateralmente. Elevação da hemicúpula diafragmática esquerda com dilatação da câmara gástrica.



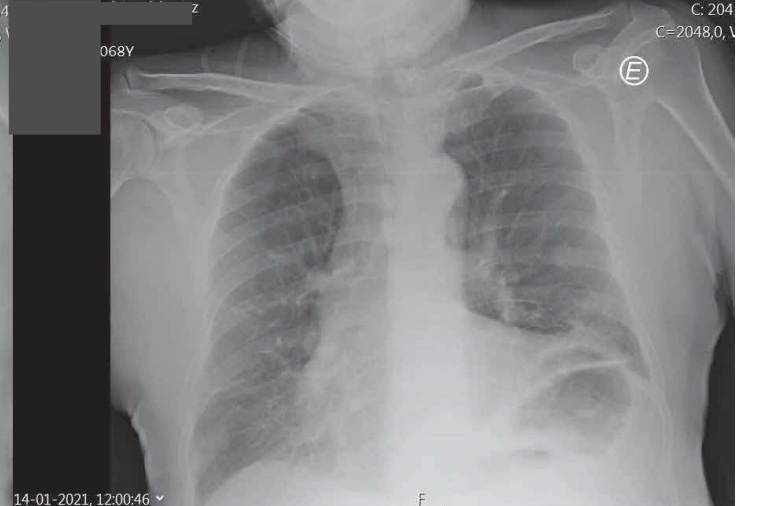
04-01-2021, 15:55:51



08-01-2021, 09:30:28

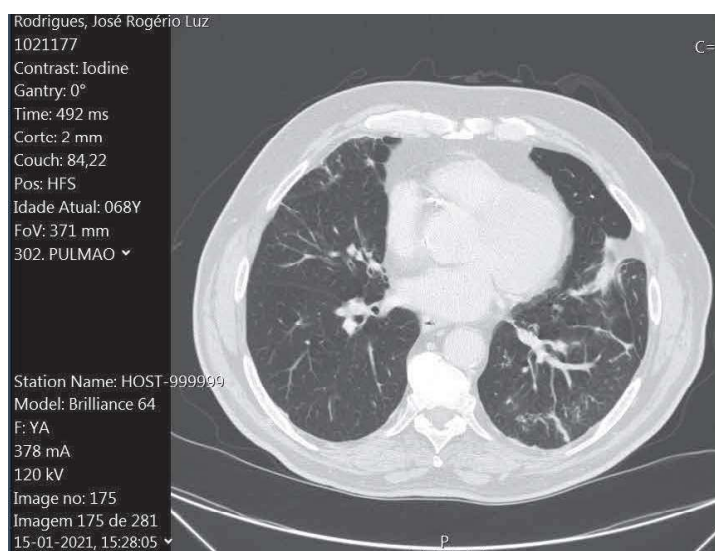
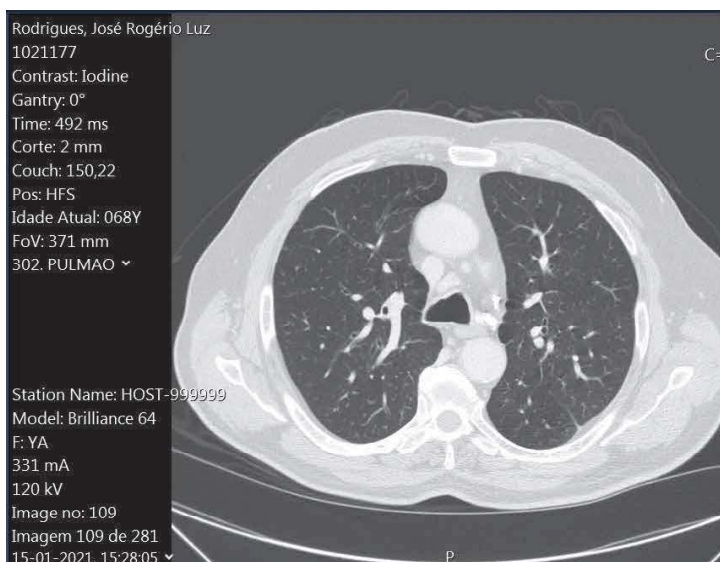
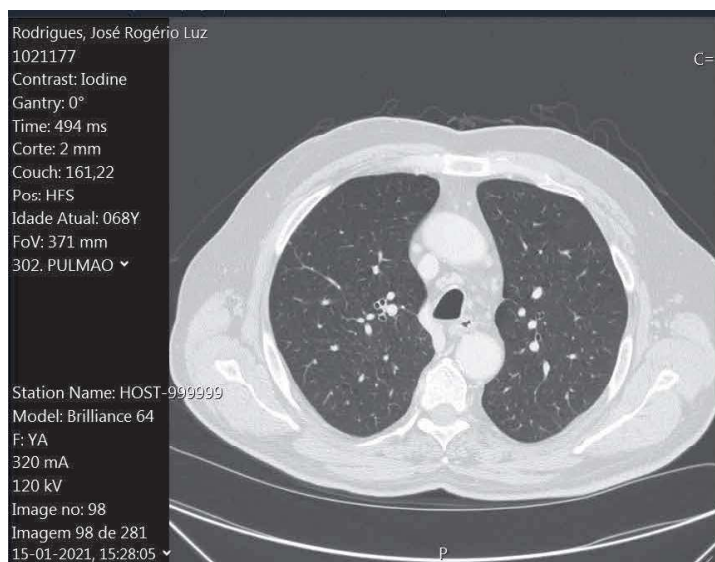


12-01-2021, 10:11:54



14-01-2021, 12:00:46

- **TAC Tórax (15/01):** “Adenopatia hilo direito 13 mm. Gânglios calcificados em localização paratraqueal inferior esquerda, e hilo pulmonar esquerdo. Calcificações das artérias coronárias. Extensa área de consolidação envolvendo o lobo inferior esquerdo, bem como do segmento anterior do lobo superior direito e segmento anterior do lobo médio, persistindo um ou outro fofo de densificação. No segmento apical do lobo inferior esquerdo persistência de área de densificação de limites algo irregulares, com maior probabilidade de alterações infecciosas em fase de resolução, não se podendo excluir outras etiologias, a merecer controlo evolutivo. Alterações enfisematosas do tipo centrilobular e parasseptal. Sem derrame pleural, identificando-se uma ou outra calcificação grosseira na pleura costal à direita, de natureza sequelar, a integrar com antecedentes do examinado.”



- Gasometria arterial:**

	pH	paCO <sub>2</sub>	PaO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	SpO <sub>2</sub>	lact	K <sup>+</sup>	
06/01	7.423	59.6		39	91.8%	18.7	3.86	FiO2 31% MV
07/01	7.45	52.1	60.4	35.4	92.3	10.2	4.04	4L
08/01	7.42	53.4	95.4	33.9	93.5%	17.1	4.22	3L
	7.44	50.1	76.3	33	95.7%	8	-	3L
11/01	7.455	44.1	62	30.3	93.1	8	4.28	2L
12/01	7.443	41.8	70.3	27.9	94.6	14.9	4.03	3L
14/01	7.468	38	56.7	26.9	92.2	8.5	4.29	0.5L
15/01	7.419	44.5	59.3	28.2	92.7	14.1	4.16	1L

- Análises Laboratoriais:**

	PCR	AST/TGO	ALT/TGP	LDH	Ureia
07/01	9.21 mg/dl	-	46 U/L	325 U/L	69 mg/dl
12/01	-	102 U/L	283 U/L	303 U/L	-
14/01	0.830 mg/dl	126 U/L	452 U/L	323 U/L	-

### Terapêutica Atual Prescrita

- Ácido Acetilsalicílico 100mg – 1 x dia
- Alprazolam 0.25mg – noite
- Alprazolam 0.25mg – SOS
- Amlodipina 5mg – 1x dia – 9h
- Beclometasona 1 puff inal – 2 x dia – h/h
- Citrato de sódio enema rectal – SOS
- Darunavir 800mg + Cobicistate 100mg – 1 x dia – 19h
- Dolutegravir 50mg – 1x dia – 19h
- Enoxaparina 40mg – 1x dia – 10h
- Ipratrópio 6 puff inal – 4x dia – 00h/6h/12h/19h
- Lactulose 10g – 1x dia – 13h
- Lamivudina 300mg – 1x dia – 19h

- Salbutamol 2puff inal – 4x dia – 00h/6h/12h/19h
- Prednisolona 40mg PO – 1x dia 9h até dia 10/01/2021
- Furosemida 40mg EV – 1 x dia – 9h – toma única 09/01/2021
- Azitromicina 500mg EV – 1x dia – 22h – até dia 10/01/2021
- Acetilcisteína 600mg eferv – 1x dia – 9h
- Sene 24mg – 1x dia – 9h – até dia 13/01/2021
- Amoxicilina + ácido clavulânico 2,2g EV – 3x dia – 6h/14h/22h – até dia 12/01/2021

## Avaliação da Função Motora

Escala MRC								
<b>5</b>	Movimento normal contra a gravidade e resistência							
<b>4</b>	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força							
<b>3</b>	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência							
<b>2</b>	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.							
<b>1</b>	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento							
<b>0</b>	Sem contração muscular e sem movimento							
<b>Data</b>	<b>Avaliação</b>							
<b>13/01</b>	M. Superior Esq°	5	M. Superior Dt°	5	M. Inferior Esq°	5	M. Inferior Dt°	5

## Avaliação do Autocuidado

Para a avaliação do autocuidado, foi aplicada a Medida de Independência Funcional, parâmetros avaliados se situam entre a supervisão e a independência completa, verificando-se uma ligeira melhoria no Score Total, embora sem repercussão no grau de dependência no autocuidado – Dependência completa/modificada

<b>Níveis</b>	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	<b>Dependência Modificada:</b> 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (individuo participa ≥ 75%) 3 – Ajuda moderada (individuo participa ≥ 50%) <b>Dependência completa:</b> 2 – Ajuda máxima (individuo participa ≥ 25%) 1 – Ajuda total (individuo participa ≤ 25%)	Ajuda

Data	11/01	15/01		
<b>Autocuidados</b>				
Alimentação	7	7		
Higiene Pessoal	5	5		
Banho	4	5		
Vestir metade superior	7	7		
Vestir metade inferior	4	5		
Utilização da sanita	5	5		
<b>Controlo dos Esfíncteres</b>				
Bexiga	7	7		
Intestino	7	7		
<b>Mobilidade</b>				
Leito, cadeira, cadeira de rodas	5	5		
Sanita	5	5		
Banheira, chuveiro	5	5		
<b>Locomoção</b>				
Marcha/cadeira de rodas	6	6		
Escadas	6	6		
<b>Comunicação</b>				
Compreensão	7	7		
Expressão	7	7		
<b>Cognição Social</b>				
Interação Social	7	7		
Resolução de problemas	7	7		
Memória	7	7		
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>110</b>		

104 a 126 - Dependência completa/modificada
61 a 103 - Dependência modificada (assistência até 25%)
19 a 60 - Dependência modificada (assistência até 50%)
18 - Dependência completa

## Avaliação do Risco de Queda

Escala de Morse – Score 15 – Sem Risco de Queda

### Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadiarias/bengala/andarilho	15
Apóia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Fonte: Costa-Dias, M.J., Ferreira, P., Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Série (2), pp.7-17.

## **Plano de Cuidados**

Considerando a avaliação realizada anteriormente ao Sr. J.R., verificaram-se diversas necessidades de intervenção na área da Enfermagem de Reabilitação. Apesar do número de dias de contacto e trabalho com este cliente ter sido inferior ao desejável, pretendeu-se estabelecer um plano de cuidados com intervenções determinantes para a continuidade do seu tratamento e reabilitação após alta.

Importa referir que no início de cada sessão, foi realizada avaliação dos sinais vitais, e obtido o consentimento do cliente para as intervenções planeadas. Qualquer alteração importante dos sinais vitais deve resultar numa suspensão da sessão.

O plano de cuidados delineado, encontra-se definido tendo por base a linguagem CIPE, com contributos do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções	Avaliação
<p><b>Expetorar Comprometido</b></p>	<p>Expetorar melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorizar sinais vitais</li> <li>● Vigiar Respiração</li> <li>● Executar técnica de auscultação ao indivíduo (antes e após realização da sessão)</li> <li>● Incentivar ingestão de líquidos</li> <li>● Incentivar a tossir</li> <li>● Vigiar o indivíduo a tossir</li> <li>● Incentivar a expetorar</li> <li>● Executar técnica de limpeza das vias aéreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivada tosse dirigida e tosse dirigida modificada (Huffing)</li> <li>- Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias</li> <li>- Associar dispositivo de eliminação de secreções (Shaker) – 5 repetições de</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>08/11:</b> No final da tarde, referiu aumento das secreções, com dificuldade em realizar BiPAP. Com ortopneia franca, cansaço fácil e acessos de tosse frequentes. Após realização e otimização da terapêutica diurética, ficou com indicação para suspender BiPAP nesta noite, mas a retomar no dia seguinte de tarde e no período noturno de acordo com as indicações estabelecidas previamente.</p> <p><b>11/01:</b> O Sr. J.R. encontra-se em ventilação espontânea, respiração mista, regular, superficial e simétrica. Hemodinamicamente estável, eúpnico em repouso, mas apresentando cansaço fácil a esforços. Saturações periféricas de oxigénio</p>

	<p>ciclos de 5 e incentivar a sua utilização durante o dia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Drenagem postural modificada</li><li>● Supervisionar o indivíduo a expetorar</li><li>● Vigiar expetoração</li></ul>	<p>de 92% com aporte suplementar de oxigénio a 3L/min. À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular mantido bilateralmente, mas diminuído nas bases. Realizados ensinios para respirações profundas e sua importância bem como a alternância de decúbitos de modo a promover a drenagem postural modificada, com ligeira elevação da cabeça para conforto do Sr. J.R. Explicada e incentivada tosse dirigida que realizou corretamente com mobilização de secreções mucosas em quantidade moderada.</p> <p><b>12/01:</b> Padrão respiratório sobreponível. Hemodinamicamente estável. Eupneico em repouso mantendo aporte suplementar de oxigénio a 3L/min por óculos nasais para oximetrias de 92%. Auscultação pulmonar sobreponível. Incentivada ingestão hídrica. Reforçados ensinios realizados anteriores,</p>
--	--	--

		<p>sendo incentivada tosse dirigida que o Sr. J.R. realizou corretamente. Proposta realização de shaker, executando corretamente 3 ciclos de 5 repetições.</p> <p><b>13/01:</b> À auscultação pulmonar mantêm murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases, com presença de escassos roncospresentes bilateralmente. Incentivada tosse dirigida e ensino da tosse dirigida modificada (Huffing) e realização de shaker (4 ciclos de 5 repetições) com mobilização de secreções mucosas em moderada quantidade. Incentivada a sua realização no período da tarde, previamente ao jantar. Validada alternância de decúbitos que o Sr. refere cumprir. No final da sessão com ausência de roncospresentes à auscultação.</p> <p><b>14/01:</b> À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular ligeiramente diminuído na base esquerda. O Sr. J.R. refere realização de</p>
--	--	--

			shaker durante a tarde do dia anterior. Refere melhoria na sensação de expetoração, eliminando expetoração mucosa em pequena quantidade apenas durante a Reabilitação respiratória. Executa os exercícios propostos de forma correta.
<b>Ventilação comprometida</b>	Ventilação eficaz (promover expansão torácica, melhorar tolerância ao esforço, reduzir cansaço)	<ul style="list-style-type: none"><li>● Consultar processo clínico</li><li>● Monitorizar sinais vitais</li><li>● Vigiar respiração</li><li>● Avaliar ventilação</li><li>● Executar técnica de auscultação ao indivíduo (antes e após realização da sessão)</li><li>● Monitorizar dispneia antes, durante e após sessão, através da escala de Borg</li><li>● Gerir oxigenoterapia</li><li>● Assistir o indivíduo na reeducação funcional respiratória:<ul style="list-style-type: none"><li>- Ensino de posições de descanso e relaxamento;</li></ul></li></ul>	<b>07/01:</b> Segundo processo clínico refere incómodo relacionado com a pressão e fuga, contudo, sem compromisso da adesão à VNI nos períodos prescritos (2h na manhã, 4h na tarde e período noturno), com parâmetros: IPAP 20, EPAP 6, FR 18. Deste modo, foram ajustados parâmetros para maior conforto: IPAP 19, EPAP 6, FR 16. <b>08/01:</b> Planeada redução dos períodos de BiPAP, com indicação para realização de 2h na tarde e período noturno. Contudo, no período da tarde com aumento do cansaço, acessos de tosse e ortopneia, referindo aumento e sensação de impactação das

		<p>- Conscientização e controle da respiração, promovendo expiração com lábios semi-cerrados;</p> <p>- Reeducação abdominodiafragmática global ou posterior, sem resistência;</p> <p>- Reeducação costal global com bastão;</p> <p>- Abertura costal seletiva bilateral, sem resistência;</p> <p>- Abertura costal seletiva, em posição de sentado com recurso a bola suíça</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Monitorizar volume inspiratório do indivíduo (espirometria de incentivo) e incentivar a sua utilização durante o dia</li><li>● Assistir indivíduo na atividade executada pelo próprio — treino de marcha</li></ul> <p>- Estimular a atividade física e a mover-se com recurso a técnicas de conservação de energia como controlo da respiração, gestão do oxigénio, do tempo de atividade e tempo de repouso e gestão do ambiente.</p>	<p>secreções e, consequentemente, dificuldade em realizar BiPAP. Por indicação médica suspensa VNI esta noite, permanecendo com aporte suplementar de oxigénio por óculos nasais a 3L/min com Saturações de oxigénio de 92-93%. Manteve indicação para retomar no dia seguinte, nos períodos prescritos e com os parâmetros previamente estabelecidos.</p> <p><b>11/01:</b> O Sr. J.R. encontra-se em ventilação espontânea com respiração mista, regular, superficial e simétrica. Auscultação pulmonar de acordo com o descrito anteriormente. Escala de Borg Modificada previamente à realização da sessão: 1 – Muito Pouca. Hemodinamicamente estável, com TA: 136/71mmHg, FC: 99bpm. Realizou levante para cadeirão.</p> <p>Iniciou RFR com aporte suplementar de oxigénio a 3L/min, inicialmente com</p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar o indivíduo no andar</li> <li>• Assistir o indivíduo no treino de exercício (exercícios de aquecimento e fortalecimento muscular): marcha, introdução de resistências para treino dos membros superiores, tórax e inferiores (halteres 0.5kg e faixas elásticas) – flexão e extensão do ombro/cotovelo/mão/coxo-femural/joelho</li> <li>• Ensinar e treinar técnicas de conservação de energia (controle da respiração, gestão de oxigênio, gestão do tempo de atividade, gestão do tempo de repouso, gestão do ambiente)</li> <li>• Executar terapêutica inalatória</li> <li>• Adaptar indivíduo ao ventilador (de acordo com os parâmetros estabelecidos)</li> <li>• Adequar interfaces da VNI</li> </ul>	<p>saturações periféricas de oxigênio de 92%.</p> <p>Explicadas técnicas de descanso e relaxamento, com adoção de posição de coqueiro sentado como posição preferencial. Realizou conscientização e dissociação dos tempos respiratórios, com necessidade de assistência na correção da técnica dada a existência de alguma dificuldade inicial de concentração pelas influências do ambiente, sendo enfatizada a expiração com lábios semi-cerrados.</p> <p>Realizada reeducação abdominodiafragmática global na posição de sentado sem resistência. Efetuada reeducação costal global com bastão e seletiva com abertura costal bilateral sem resistência (10 repetições cada).</p> <p>Aplicação da Escala de Borg modificada após a sessão: 2 – Pouca. Saturações periféricas de oxigênio no final da sessão –</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicar protetor cutâneo para prevenção de lesões cutâneas</li> <li>● Vigiar sincronização cliente-ventilador</li> <li>● Explicar procedimento e importância de realização de VNI;</li> <li>● Verificar montagem do circuito e funcionamento do aparelho</li> <li>● Verificar fugas (interface e ventilador) e corrigi-las</li> <li>● Prevenir e detetar precocemente, resolvendo possíveis complicações decorrentes da VNI (vigiar pele e mucosas, hidratação, distensão abdominal, fugas)</li> </ul>	<p>94%. Ficou com indicação médica para realização de BiPAP apenas durante o período noturno mantendo aporte suplementar de oxigénio a 3L/min.</p> <p><b>12/01:</b></p> <p>O Sr. J.R. cumpriu realização de VNI noturna. Mantém padrão respiratório e auscultação pulmonar sobreponível. Escala de Borg Modificada previamente à realização da sessão: 2 – Pouca. Hemodinamicamente estável, com TA: 130/74 mmHg, FC: 91bpm. Manteve mesmo aporte suplementar de oxigénio e saturações periféricas iniciais de 92%. Mantidos exercícios anteriores, com otimização do ambiente físico com diminuição dos estímulos e ruídos exteriores para maior concentração do senhor, que executou mais facilmente a consciencialização e controlo da respiração.</p>
--	---	---

	<p>Introdução de espirómetro de incentivo, com um volume inspiratório máximo obtido de 1200cc, sendo incentivada a sua utilização durante o período da tarde, previamente ao jantar.</p> <p>Aplicação da Escala de Borg modificada após a sessão: 3 – Média. Saturações periféricas de oxigénio no final da sessão – 94%.</p> <p>Quando questionado acerca de dificuldades na adaptação à VNI, mantém queixas de algum desconforto essencialmente relativo ao ruído, mesmo após ajuste de parâmetros, contudo, refere confiança no tratamento, estando motivado para a sua realização, com expectativa de melhoria e resolução do cansaço. Reforçada a importância e benefício da realização da VNI, bem como as principais complicações associadas e formas para as corrigir.</p>

	<p>Enfatizada assim a importância de manter exercícios de reabilitação respiratória, também como forma de evitar acumulação de secreções. Realçada ainda a importância de manutenção de hábitos de exercício físico, de uma dieta equilibrada e ingestão hídrica sobretudo durante os períodos sem VNI.</p> <p>Incentivado a solicitar terapêutica farmacológica prescrita para controlo do sono em caso de insónia.</p> <p><b>13/01:</b></p> <p>Em desmame de VNI, tendo cumprido BiPAP noturno, com necessidade de oxigénio suplementar a 3L/min, para SpO<sub>2</sub> na ordem dos 92%, com reajuste de parâmetros (IPAP 17, EPAP 6, FR 14), referindo maior conforto bem como melhoria na qualidade do sono.</p>

	<p>Padrão respiratório sobreponível e auscultação pulmonar sobreponível. Escala de Borg Modificada previamente à realização da sessão: 1 – Muito pouca. Hemodinamicamente estável, com TA: 130/74 mmHg, FC: 91bpm. Mantidos exercícios anteriores, sendo capaz de realizar 12 repetições de cada exercício. Introduzida bola suíça para realização de abertura costal seletiva em posição de sentado, tendo realizado 7 repetições para cada um dos lados. Obtido volume inspiratório máximo de 900cc.</p> <p>Realizado treino de marcha que, pelas circunstâncias de pandemia e limitações do ambiente físico, foi realizado no quarto do Sr. J.R. Realizou 16 voltas (cerca 3m cada) sem interrupções, com aporte suplementar de oxigênio a 1L/min mantendo saturações periféricas de oxigênio de 91-92% e mais 8</p>	
--	---	--

		<p>voltas sem aporte suplementar de oxigénio mantendo saturações periféricas de 91%, contudo, com aumento da frequência cardíaca no esforço, entre 102-107 bpm. Com vista a promover maior autonomia na mobilidade, disponibilizada garrafa de oxigénio no quarto, junto à cama, com aumento do prolongamento dos óculos nasais, de modo a facilitar a deslocação e autonomia na marcha. Aplicação da Escala de Borg Modificada após a sessão: 4 – um pouco forte.</p> <p>Explicadas e incentivadas algumas técnicas de conservação de energia, aplicáveis quer no internamento, quer no domicílio. No final da sessão, com melhoria da auscultação pulmonar e saturações periféricas de oxigénio de 96%. De acordo com registos de enfermagem, durante o turno da tarde, reduzido aporte de oxigénio para 0,5L/min</p>

	<p>para SpO<sub>2</sub> de 91-93%, ficando com indicação médica para não realizar BiPAP durante o período noturno, aguardando repetição de gasimetria para decisão relativamente à continuação da mesma.</p> <p><b>14/01:</b></p> <p>Á auscultação pulmonar murmúrio vesicular ligeiramente diminuído na base esquerda. O Sr. refere melhoria progressiva da dispneia, cansaço e tosse. Escala de Borg Modificada previamente à realização da sessão: 0 – Nada. Hemodinamicamente estável, com TA: 138/68mmHg, FC: 92bpm, e aporte suplementar de oxigénio a 1L/min para SpO<sub>2</sub> de 92%. Mantidos exercícios realizados anteriormente, o quais o Sr. J.R. executa corretamente, apenas com necessidade de orientação e supervisão, realizando 12 repetições de cada exercício. Mantida bola suíça para realização de</p>	
--	--	--

		<p>abertura costal seletiva em posição de sentado, tendo realizado 8 repetições para cada um dos lados. Obtido volume inspiratório máximo de 1100cc. Realizou treino de marcha sem interrupções, com aumento progressivo da tolerância ao esforço, realizando 18 voltas (cerca 3m cada), sem necessidade de aporte suplementar de oxigênio mantendo saturações periféricas de oxigênio superiores a 90% e perfil taquicárdico, com FC acima de 92bpm. Aplicação da Escala de Borg Modificada após a sessão: 2 – Pouca. Após gasimetria, fica com oxigênio suplementar a 1L/min com provável indicação para OLD. Por indicação médica mantém-se sem BiPAP para avaliação da necessidade de cuidados respiratórios domiciliários.</p>

			<p><b>15/01:</b> Segundo registros no processo do Sr. J.R., após realização de gasimetria, fica com aporte de oxigênio a 2L por óculos nasais com indicação provável para OLD. Mantida indicação para não realização de VNI.</p> <p><b>16/01:</b> Transferido para serviço de Gastroenterologia (COVID), por teste SARS-CoV2 positivo.</p>
<p><b>Conhecimento para a saúde diminuído relacionado com limpeza das vias aéreas</b></p>	<p>Conhecimento para a saúde melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar os benefícios do programa de reabilitação e benefícios da higiene brônquica e tosse</li> <li>● Avaliar capacidade para utilização de dispositivo auxiliar de eliminação de secreções e técnica de tosse</li> <li>● Avaliar conhecimento acerca da tosse e dispositivo de eliminação de secreções.</li> </ul>	<p><b>11/01:</b> explicada importância da realização de reabilitação, como forma de prevenir progressão da doença, melhorar os sintomas e a tolerância ao esforço, prevenindo e tratando complicações, promovendo a autonomia e qualidade de vida. O Sr. J.R. mostrou-se muito motivado para a realização das sessões.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar, instruir e treinar técnicas de tosse: tosse dirigida e Modificada (Huffing)</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar acerca da utilização de dispositivos auxiliares de eliminação de secreções: Shaker</li> <li>• Incentivar e prescrever a realização das técnicas ao longo do dia</li> </ul>	<p><b>12/01-14/01:</b> Explicada, demonstrada e validada técnica de tosse dirigida e modificada (Huffing), com repetições das várias etapas alcançando progressivamente maior capacidade e independência na realização das mesmas. Introdução de Shaker como dispositivo acessório, sendo o Sr. J.R. capaz de integrar todos os passos da correta utilização, e verificando-se o seu uso nos períodos da tarde conforme prescrito. Explicadas complicações resultantes da acumulação de secreções na árvore traqueobrônquica. O Sr. J.R. conseguiu expetorar expetoração mucosa em moderada quantidade durante as sessões, com efeito na melhoria da auscultação pulmonar.</p>
<p><b>Conhecimento para a saúde diminuído</b></p>	<p>Conhecimento para a saúde melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar os benefícios da atividade física e recurso a estratégias de conservação de</li> </ul>	<p><b>13/01:</b> Iniciou treino de marcha sendo explicadas algumas técnicas de conservação de energia. Incentivado a</p>

<p><b>relacionado com Ventilação</b></p>	<p>energia e exercícios de fortalecimento muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar, instruir e treinar acerca de técnicas de autocontrole do padrão respiratório e conservação de energia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- controle e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática com lábios semi-cerrados, posição de relaxamento (posição de cocheiro)</li> </ul> </li> <li>• Ensinar e treinar técnicas de conservação de energia – explicar à pessoa que deve expirar quando realiza o movimento de maior carga/esforço, e inspirar quando realiza o movimento menos cansativo; incentivar a programar atividades devendo iniciar pelas que implicam maior gasto de energia, e no período do dia que se sente com mais energia, com períodos de descanso se necessário, orientar para a importância do controle da respiração e técnicas de relaxamento, sugerir tomar banho sentado, se necessário usando escova de cabo longo e fazer a higiene matinal sentado em frente ao espelho,</li> </ul>	<p>caminhar calmamente, e realizando pausas, se necessário. Executa corretamente controle respiratório e adota posições de relaxamento adequadas – posição de cocheiro. O Sr. J.R. compreende a importância da atividade física e o seu efeito na melhoria dos seus sintomas, autonomia e melhoria da tolerância ao esforço.</p> <p>Dada a transferência do Sr. J.R. para outro serviço, não foi possível aferir a necessidade de OLD.</p>
--	---	--

	<p>calçar e descalçar sentado, dispor a roupa pela ordem que vai vestir e começar pela metade inferior do corpo e só depois a metade superior, arrumar produtos de utilização mais frequente em locais de fácil acesso (a nível do tronco), dividir o tempo para realizar tarefas em casa, manter boa postura corporal evitando também movimentos que necessitem de grandes amplitudes articulares, subir escadas de grau a de grau e não ter pressa na realização das tarefas, fazer dieta polifracionada evitando fadiga relacionado com refeições longas e alimentos que facilitem o trânsito intestinal, incentivar higiene brônquica antes das refeições e higiene oral de modo a garantir maior tolerância ao esforço e proteger do paladar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Ensinar e treinar exercícios de fortalecimento muscular.</b></li><li>● <b>Avaliar conhecimento acerca de dispositivo auxiliar de ventilação e técnicas de autocontrole do padrão respiratório e otimização da ventilação</b></li></ul>	
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• (Dado provável alta com necessidade de oxigénio domiciliário, ajudar na preparação do regresso a casa) Ensinar, instruir e treinar a pessoa a adaptar o dispositivo, seleccionar o débito de oxigénio - em repouso e em esforço - ligar e desligar o equipamento;</li><li>• Informar dos riscos da colocação da fonte de oxigénio próximo de fontes de calor (fogão, lareira, aquecedor), riscos de hábitos tabágicos junto da fonte de oxigénio;</li><li>• Explicar como encher o dispositivo de oxigénio portátil</li><li>• Contactar a empresa de cuidados respiratórios domiciliários</li></ul>	
--	--	---	--

## **Apêndice 4 – Estudo de Caso n.º 3**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Estudo de Caso III – A intervenção do Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Reabilitação na  
Pessoa com amputação Transtibial**

**Tatiana Alexandra Soares Amorim da Glória, 811**

Docente Orientador: Professor Doutor José Carlos Magalhães  
Orientador Clínico: Enfermeira Sandra Ferrador

---

**Lisboa  
2021**

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	3
1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA .....	5
1. 1. Dados pessoais.....	5
1. 2. História da Doença Atual .....	6
1. 3. História da doença pregressa .....	7
2. AVALIAÇÃO DA PESSOA.....	10
2.1 Avaliação Física .....	10
2.2 Avaliação do Estado Mental.....	10
2.3 Avaliação Motora .....	10
2.4 Avaliação da Função Respiratória .....	12
2.5 Avaliação Funcional .....	13
2.6 Avaliação do Risco de Queda .....	13
2.7 Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão .....	13
3. PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO .....	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
APÊNDICES .....	62

## **SIGLAS**

<b>AVD</b>	Atividades de Vida Diária
<b>ECCI</b>	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
<b>EEER</b>	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
<b>UCC</b>	Unidade de Cuidados Continuados
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, e constitui um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação a uma pessoa submetida a amputação transtibial, em seguimento no presente contexto de estágio. Mais do que um elemento de avaliação, este trabalho consiste num momento de aprendizagem numa área que se distingue do tema do Projeto de Estágio, de forma a alcançar novos conhecimentos e desenvolver um vasto leque de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O presente estágio decorre em contexto comunitário, inserido numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do concelho de Loures, em contexto domiciliário. No seio desta equipa, assiste-se a uma grande diversidade de situações e experiências, que se regozija pela sua intervenção centrada na pessoa, encarando a família/cuidador como um parceiro e elemento fulcral para o sucesso do plano de reabilitação.

Este estudo de caso aborda a situação do Sr. V.L., um senhor de 67 anos, admitido na equipa na sequência de uma recente amputação transítibial do membro inferior direito. Os objetivos da intervenção visam a sua readaptação funcional, com enfoque no retorno às suas Atividades de Vida Diária (AVD), na reconstrução da sua identidade e reintegração na sociedade, através da implementação de programas de reeducação funcional que permitam de um modo geral, uma melhoria da força muscular, equilíbrio corporal, amplitude articular e vivência da sexualidade. Importa ainda referir que, ao longo de todo o plano de reabilitação foi trabalhada a motivação com o utente e família.

Os dados apresentados foram obtidos através da consulta do processo clínico do utente, com informações desde a admissão hospitalar até à admissão na equipa de ECCI. Este plano iniciou-se no dia 9 de março de 2021, dia em que foi admitido na equipa e o qual tive oportunidade de acompanhar desde o seu início. A escolha desta situação para a realização deste estudo de caso, tem por base, não apenas o meu interesse pessoal, como também a sua complexidade e diversidade de problemas, que, pela sua riqueza de intervenção, permitiram responder e desenvolver um elevado número de competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

De entre as mais frequentes causas de amputação, destacam-se as amputações subjacentes a outras doenças, nomeadamente doenças vasculares. As amputações dos membros inferiores são as que provocam mais limitações funcionais à pessoa, e onde os cuidados de enfermagem assumem especial relevância na prevenção de complicações e na recuperação física e psíquica da pessoa (Rodrigues, 2009). O nível de amputação depende da causa, devendo preservar o máximo de comprimento do membro residual e facilitar a eventual adaptação futura a uma prótese.

Este estudo de caso encontra-se organizado em X capítulos, iniciando-se com a apresentação do utente (1), seguindo-se da sua avaliação (2), apresentação do Plano individual de intervenção de Enfermagem de Reabilitação (3) com intervenções individualizadas, e por fim as considerações finais (4) e Referências Bibliográficas (5).

# 1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA

As informações constantes neste capítulo, foram obtidas através da consulta do processo clínico do utente e, completadas com informação obtida junto do utente e cuidador aquando das primeiras visitas domiciliárias.

## 1. 1. Dados pessoais

**Nome:** V.L.

**Nome pelo qual gosta de ser tratado:** V.

**Idade:** 67 Anos

**Peso:** 64 Kg **Altura:** 166cm **IMC:** 23,2

**Sexo:** Masculino

**Raça:** Caucasiana

**Estado Civil:** Casado

**Naturalidade:** Leiria

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Residência:** Moscavide

**Profissão:** Marceneiro

**Situação Laboral:** Reformado

**Escolaridade:** 1º Ciclo do Ensino Básico

**Agregado Familiar:** Reside com a esposa

**Cuidador Informal:** Esposa (I.L.)

**Data de Admissão na ECCL:** 09/03/2021

## 1. 2. História da Doença Atual

**Últimos internamentos:** Internamento de 16/02 a 02/03 no serviço de Cirurgia Vasculiar do Hospital de Santa Marta

**Motivo de internamento:** Encaminhado pelo médico de família por isquémia crítica do membro inferior direito grau III. Queixas de dor gemelar à direita para distâncias curtas em repouso e queixas de dores nos dedos do pé direito, dormindo sentado. Dores com alívio com pé pendente. (set-2020)

**Diagnóstico:** Isquémia crítica do Membro inferior direito

### **Evolução durante o internamento:**

Submetido a 17/02/2021 sob anestesia geral, a angioplastia da artéria ilíaca esquerda com colocação de stent, angioplastia da artéria femoral popliteia e amputação da totalidade do 5º dedo da perna direita.

No dia 22/02 apresentava cianose do coto de amputação, bem como placas de necrose no 1/3 inferior da perna direita e placa de necrose seca no bordo interno do 1º dedo. Exames microbiológicos intra-operatórios positivos a *Klebsiella oxytoca*, MRSA, *Enterococcus faecalis*. Solicitada Medicina Física e Reabilitação por limitação na extensão da perna por provável encurtamento dos tendões isquiotibiais e mobilidade da articulação tibiotársica prévia. Por má evolução do coto de amputação, proposta nova ida ao bloco para amputação transtibial que aceitou. Regressou então bloco no dia 24/02 para tendo a cirurgia decorrido sem intercorrências significativas. Mantida tala gessada durante até dia 26/02. Cumpriu reabilitação no internamento. Realizou Ferro EV e PO por decréscimo da Hg de 13g/dL para 9,3g/dL. No internamento com melhoria progressiva dos parâmetros inflamatórios com a antibioterapia instituída, apresentando o coto de amputação muito boa evolução cicatricial, boa coaptação dos bordos e sem sinais inflamatórios. Teve alta no dia 02/03 com indicação para realização de tratamento a ferida em dias alternados, para remoção de material de sutura a partir do dia 10/02/2021, para manter programa de reabilitação e com referenciação para consulta externa de amputados no Hospital Curry Cabral (a aguardar convocatória).

**Data de alta:** 02/03/2021

**Tipo de encaminhamento:** Domicílio, ECCL

**Referenciação para ECCL:** Manutenção de vigilância e tratamento a ferida em dias alternados, manutenção de programa de reabilitação.

### 1. 3. História da doença progressa

#### Antecedentes pessoais:

- Doença Arterial Obliterativa Periférica;
- Hipertensão Arterial;
- Dislipidémia;
- Tabagismo ativo;
- Gastrite crónica;
- Diabetes *Mellitus* tipo 2 não insulino-tratado, diagnosticada há mais de 10 anos em consulta de rotina, com mau controlo metabólico nos últimos 5 anos;
- Acidente Vascular Cerebral isquémico em 2015 com parésia;
- Acidente Vascular Cerebral isquémico capsular esquerdo em 2014 com hemiparesia direita;
- Hospitalização urgente em França por isquémia aguda do Membro inferior direito com necrose do 5º dedo, com amputação do mesmo.
- Flebite e tromboflebite em 2012;
- Sem alergias conhecidas

#### Medicação Habitual:

- Pregabalina 75mg – 1 cp ao jantar
- Tramadol + paracetamol 37,5mg + 325mg 1cp 12/12h SOS
- Metformina + Vidalglicina (Eucreas) 1000mg +50mg – 1cp ao pequeno-almoço e outro ao jantar
- Atorvastatina 40mg 1x dia
- Enalapril 5mg – 1x dia
- Clopidogrel 75mg – 1x dia
- Ferro Oral 329,7mg – 1x dia

### **Terapêutica Atual Proposta:**

- Pregabalina 150mg ao jantar (passa a 1+0+1 a 09/03) passou a 3 x dia a 15/03
- Tramadol + paracetamol 37,5mg + 325mg 1cp 12/12h SOS
- Metformina + Vidalgriptina (Eucreas) 1000mg +50mg – ½ Pequeno-almoço + 1 almoço + ½ comprimido ao jantar
- Atorvastatina 40mg – 1x dia
- Enalapril 5mg – 1x dia
- Clopidogrel 75mg – 1x dia

**Hábitos / Estilos de Vida:** Previamente à amputação, o Sr. V.L. tinha por hábito sair à rua frequentemente, frequentando os cafés da localidade e ocupava-se com pequenas bricolages. Gosta muito de conduzir e de fazer viagens no seu carro, pelo qual tem uma enorme estima. É fanático pelo Benfica e gostava de assistir aos jogos de futebol e de ir ao estádio do Benfica conviver. É fumador desde jovem, com hábitos tabágicos de cerca de 20 cigarros por dia.

## **1. 4. Condição Sociofamiliar e Económica**

### **História Social:**

Casado, reside com a esposa (sua cuidadora) e tem 2 filhos (um filho e uma filha), com os quais mantém uma boa relação. Está reformado assim como a sua esposa. Durante o dia a esposa toma conta de 5 crianças (de onde provém grande parte dos rendimentos que garantem o sustento do casal), sendo que, quando esta necessita de se ausentar para ida à farmácia, supermercado, consultas ou outro motivo, é o Sr. V.L. que se ocupa das crianças. Previamente autónomo antes do internamento, embora já deambulasse com apoio de canadianas. A esposa encontra-se preocupada com a situação do marido, mas salienta que entre ela e os filhos se irão organizar para apoiar o Sr. V.L. nas Atividades de Vida Diária (AVD) após alta hospitalar. A esposa considera que para já não necessita de recorrer a Serviço de apoio domiciliário. Sem complemento por dependência nem atestado multiusos, mas que a esposa vai tratar.

**Situação Habitacional:**

Residem num apartamento T1 arrendado há 6 anos em Moscavide, num 3º andar sem elevador (total de 10 lances de escadas). Prédio em bom estado de conservação. Do ponto de vista da existência de barreiras arquitetónicas, a habitação possui pequenas áreas, com pouco espaço para circulação de cadeira de rodas, mas encontra-se bem conservada. Não existem tapetes no interior da habitação, à exceção do quarto. A casa de banho possui uma banheira, e pelas pequenas áreas também não dispõe de espaço para circulação de cadeira de rodas. Pela aplicação da Escala de Graffar, o Sr. V.L. insere-se numa família de Classe Média (Apêndice 1).

**Recursos da Comunidade:**

O Sr. V.L. é utente de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), sendo acompanhado por enfermeiro e médico de família. Seguido também no CHULC – Hospital de Santa Marta, em consulta de Cirurgia Vasculuar. Atualmente acompanhado pela ECCI da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Sacavém com intervenção de EEER, assistente social, psicóloga e médico. Dispõe de alguns produtos de apoio e auxiliares de marcha, nomeadamente cadeira de rodas, canadianas e tábua para banheira.

## 2. AVALIAÇÃO DA PESSOA

O primeiro contacto com este utente ocorreu no dia 09/03/2021, em entrevista de admissão na ECCI. A avaliação realizada inclui uma avaliação física

### 2.1 Avaliação Física

#### Exame Físico Geral:

Pele ligeiramente descorada. Emagrecido. Aparenta a idade real. Aparentemente desmotivado relativamente à sua situação, e baixa autoestima. Sem défices auditivos. Refere ligeira diminuição da acuidade visual, compensada com óculos, que utiliza às vezes. Não possui peças dentárias e nem sempre utiliza a prótese dentária. Apresenta penso do coto de amputação com ligadura externamente limpa e seca, com limitação articular na extensão do membro amputado. Membro contralateral com pele seca e com alterações da coloração e discreto edema.

### 2.2 Avaliação do Estado Mental

Vígil, orientado no tempo, espaço e pessoa. Sem alterações da memória, atenção, comunicação, linguagem ou humor.

### 2.3 Avaliação Motora

**Força muscular:** Segundo a Escala de MRC (apêndice 3), o Sr. V.L. apresenta força mantida a nível dos membros superiores, e membro inferior esquerdo. A nível do membro amputado, apresenta força 3/5 e limitação articular na sua extensão por encurtamento dos tendões isquiotibiais, diminuição da força muscular e dor.

**Tónus muscular:** sem alterações do tónus muscular.

**Coordenação motora:** sem alterações da coordenação motora;

**Sensibilidade:** Hipoestesia e hiperalgesia a nível do membro amputado, sendo capaz de reconhecer toque com compressa nos restantes segmentos corporais. Sem outras alterações da sensibilidade superficial ou profunda.

**Coordenação motora:** sem aparentes alterações da coordenação motora.

**Equilíbrio:** Apresenta equilíbrio estático e dinâmico mantidos em posição de sentado. Sem equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo.

**Marcha:** Desloca-se pela habitação em cadeira de rodas a qual manobra utilizando os membros superiores. Pela aplicação das categorias funcionais da marcha (apêndice 2), marcha, score 1/5 com canadianas.

**Parâmetros Vitais:**

<b>Sinais Vitais</b>	Datas	<b>09/03</b>
	<b>Tensão Arterial</b> (mmHg)	140/70
	<b>Frequência Cardíaca</b> (bpm)	94
	<b>SpO<sub>2</sub></b> (%)	
	<b>Frequência Respiratória</b> (cpm)	18
	<b>Dor</b> (Escala numérica)	4
	<b>Temperatura</b> (°C)	36

## 2.4 Avaliação da Função Respiratória

<b>Avaliação da Função Respiratória</b>	<b>Datas</b> <b>09/03</b>		
	<b>Características da Respiração</b>	<b>Ventilação</b> (Espontânea / Mecânica)	Espontânea
		<b>Padrão Respiratório</b> (Torácico, Misto, Abdominal)	Abdominal
		<b>Ritmo</b> (Regular / Irregular)	Regular
		<b>Amplitude</b> (normal, diminuída, aumentada)	Normal
		<b>Simetria Torácica</b>	Simétrica
	<b>Datas</b> <b>09/03</b>		
	<b>Sintomas Respiratórios</b>	<b>Tosse</b>	não
		<b>Expetoração</b> (características e quantidade)	não
		<b>Dor (toracalgia)</b> (localização / intensidade)	não
	<b>Avaliação objetiva</b>	<b>Dispneia</b> (Escala de Borg Modificada)	0
		<b>Inspeção</b> (Cianose / Hipocratismo Digital)	-
		<b>Tórax</b> (Normal / Chato / Tonel / Escavatum / carinatum / cônico)	Normal
		<b>Palpação</b> (Traqueia / expansibilidade tórax)	-
		<b>Percussão</b> (Macicez / timpanismo)	-

## 2.5 Avaliação Funcional

**Escala de Barthel:** Para a avaliação da funcionalidade, foi aplicada a Escala de Barthel, cujos resultados se situam entre a Dependência Total e a Independência. Com a aplicação desta escala, obtido score de 60, traduzindo uma dependência Severa (apêndice 4).

## 2.6 Avaliação do Risco de Queda

**Escala de Morse:** Score 15 – Sem Risco de Queda (Apêndice 5).

## 2.7 Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão

**Escala de Braden:** Score 18 – Baixo Risco de Úlcera por Pressão (Apêndice 6).

### 3. PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

Considerando a avaliação realizada anteriormente ao Sr. V.L., verificaram-se diversas necessidades de intervenção e reeducação funcional, na área da Enfermagem de Reabilitação, mas perspetivando desde início, uma intervenção multidisciplinar.

De um modo geral, estas ações perspetivam o restauro da funcionalidade, a reintegração da pessoa nas AVD e na sociedade, através de um processo criativo, dinâmico e educativo ao utente e família. Especificamente, as intervenções definidas têm como finalidade: a promoção do desenvolvimento do equilíbrio na marcha com canadianas; o fortalecimento muscular dos membros superiores, abdómen e tronco; fortalecimento do membro amputado e membro contralateral; prevenção e correção de atitudes viciosas; prevenção de contraturas; prevenção de edema e outros problemas circulatórios ou outras complicações; promoção de uma boa cicatrização do coto de amputação; preparação psicológica do utente e cuidador(es); melhoria da autoimagem e autoestima; capacitação do utente/cuidador para os autocuidados nomeadamente com o membro amputado. O apoio emocional assume-se de extrema importância, possuindo o EEER um importante papel no que concerne ao combate à ansiedade e stress, ensinando a desenvolver estratégias que evitem a sobrecarga física e emocional, quer do utente, quer da família. Assim, no âmbito desta família, tornou-se imperioso o reforço de comportamentos de adaptação positiva, com base nos problemas reais e potenciais da pessoa, adotando ações que visem uma melhoria funcional e, conseqüentemente, a sua reintegração na família e comunidade, assegurando o direito à dignidade e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

As intervenções planeadas perspetivaram uma reabilitação precoce, prevendo, desde o início, uma futura prescrição de prótese e, posteriormente, uma melhoria do sucesso na protetização e regresso célere às atividades.

O plano de cuidados delineado, encontra-se definido tendo por base a linguagem CIPE, com contributos do sistema SClínico e Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Diagnósticos / Problemas	Objetivos	Atividades / Intervenções	Avaliação
<p>Risco de Queda, Baixo Risco (07/04)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente /cuidador seja capaz de identificar fatores de risco de queda</li> <li>• Otimizar ambiente físico.</li> <li>• Prevenir ocorrência de queda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar risco de queda (através da Escala de Morse)</li> <li>- Assistir no andar com auxiliar de marcha</li> <li>- Executar e gerir medidas de segurança</li> <li>- Gerir regime medicamentoso</li> <li>- Identificar e prevenir riscos ambientais</li> <li>- Otimizar ambiente físico</li> <li>- Aconselhar sobre modificações ambientais para diminuir obstáculos e aumentar a mobilidade e segurança:</li> <li>· Travar a cadeira de rodas, retirar tapetes soltos, avaliar pés e calçado (fechado, antiderrapante), diminuir obstáculos, afastar mobiliário, retirar fios soltos, garantir iluminação adequada dos espaços, colocação de</li> </ul>	<p><b>09/03:</b> Aplicada Escala de Morse – <b>Sem Risco</b> - Desloca-se em cadeira de rodas</p> <p><b>10/03:</b> Realizados exercícios no leito. Alertado para o aumento do risco de queda relacionado com tapete solto no interior do quarto, o qual foi removido. Ensinos relativamente a calçado adequado e atuação face a ocorrência de queda. Restante habitação sem presença de tapetes. Iniciados exercícios para treino de equilíbrio</p> <p><b>15/03:</b> Sem tapete no interior do quarto. O Sr. V.L. apresenta-se com calçado adequado. Iniciou treino de marcha com canadianas. Reforçada importância de manter ambiente bem iluminado e livre de obstáculos.</p> <p>Nas sessões subsequentes, o utente manteve calçado adequado. Apesar das pequenas áreas, habitação manteve-se sem obstáculos à deambulação.</p> <p><b>18/03:</b> Iniciou treino de escadas com canadianas.</p> <p><b>29/03:</b> Avaliado WC após obras de adaptação para cabine de duche. Sugerida colocação de barra de apoio no interior da cabine.</p>

		<p>barras de apoio para facilitar o autocuidado, colocação de corrimãos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a motivação do utente para adequar a segurança da casa às suas necessidades;</li> <li>- Ensinar sobre treino de equilíbrio, treino de marcha com canadianas, técnicas de exercício muscular;</li> <li>- Ensinar como atuar perante uma queda.</li> </ul>	<p><b>05/04:</b> WC já adaptado com barra de apoio.</p> <p><b>07/04:</b> Aplicada Escala de Morse – <b>Baixo Risco</b> - Adaptação à marcha com canadianas</p> <p><b>16/04:</b> Entregue receita de Clonazepam.</p> <p><b>21/04:</b> Refere já ter iniciado Clonazepam antes de deitar. À chegada, encontrava-se muito sonolento, a condicionar algum desequilíbrio, pelo que não foi realizado treino de escadas e marcha no exterior. Efetuada gestão e otimização da terapêutica, com indicação para toma de clonazepam mais cedo, e apenas metade do comprimido.</p> <p><b>23/04:</b> Mantém hipersonôncia e desequilíbrio. Indicação para toma de apenas ¼ do comprimido de clonazepam. Questionado acerca da possibilidade de colocação de corrimão nas escadas</p>
<p><b>Gestão do Regime Terapêutico comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a adesão ao regime terapêutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar na tomada de decisão</li> <li>- Avaliar gestão do regime terapêutico</li> <li>- Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico</li> </ul>	<p>A cada sessão, questionado acerca dos valores de glicémia capilar em jejum. Na admissão, entregue folha para registo diário dos valores tensionais e de glicémia capilar.</p> <p><b>10/03:</b> Ensinos relativamente a complicações micro e macrovasculares do tabaco e diabetes, enfatizando a importância do controlo glicémico e cessação tabágica</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico</li> <li>- Assistir na gestão do regime terapêutico</li> <li>- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico</li> <li>- Encorajar tomada de decisão</li> <li>- Ensinar e incentivar sobre autovigilância (glicémia capilar, tensão arterial, coto de amputação)</li> <li>- Ensinar sobre complicações (diabetes, hipertensão arterial, amputação)</li> <li>- Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz</li> <li>- Ensinar sobre hábitos de saúde: interação sexual</li> <li>- Ensinar sobre padrão alimentar, padrão de repouso, regime</li> </ul>	<p>para o processo de recuperação e reabilitação.</p> <p><b>15/03:</b> Por aumento da dor, com intolerância para a atividade, contactado Dr. C.C. que deu indicação para aumento de pregabalina para 150mg 3x dia</p> <p><b>18/03:</b> últimos registos de glicémia capilar acima dos 120-130mg/dl. Questionado quanto a hábitos alimentares, referindo ingerir uma torrada à ceia. De acordo com as suas preferências alimentares previamente validadas, incentivado a manter dieta polifraccionada durante o dia e a retirar a torrada da noite, substituindo-a por um iogurte ou pequena tosta integral.</p> <p><b>22/03:</b> Glicémia de 160mg/dl em jejum. Normotenso. Reforçados ensinios relativamente a hábitos alimentares para controlo glicémico. O utente referiu manter dieta polifraccionada e ingerir à noite duas tostas com doce. Sugeriu-se remoção do doce ou a sua diminuição e substituição por iogurte. Explicada a importância da sexualidade e os seus contributos para o controlo da dor.</p> <p><b>24/03:</b> Glicémias capilares a rondar 130mg/dl.</p> <p><b>01/04:</b> O Sr. V.L. referiu fumar cerca de 10 cigarros por</p>
--	--	--	---

		<p>medicamentoso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar adesão ao regime medicamentoso e terapêutico</li> <li>- Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico</li> <li>- Incentivar atividade física</li> <li>- Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico</li> <li>- Incentivar hábitos alimentares saudáveis, ingestão de líquidos</li> <li>- Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime de exercício e do regime terapêutico</li> <li>- Incentivar progressos</li> <li>- Incentivar tomada de decisão</li> <li>- Instruir a autovigilância da glicemia capilar, autovigilância do pé (pé esquerdo e coto), monitorização da tensão arterial e gestão da analgesia</li> </ul>	<p>dia. Realizados ensinios de estratégias de evicção tabágica. Fornecido ao casal esquema para ajuda no desmame do tabaco (reduzir 2 cigarros a cada 3 dias) até perfazer 3 cigarros por dia, um a cada refeição, por lhe ser o momento mais prazeroso para fumar. Incentivada adesão da esposa ao esquema de desmame, sendo orientada a que, sempre que quisesse fumar, o deveria fazer fora da habitação. Explicada existência de pastilhas ou rebuçados de nicotina que o casal poderia adquirir para auxiliar neste processo.</p> <p><b>07/04:</b> refere consumos de cerca de 7/8 cigarros por dia. A utilizar as pastilhas de nicotina aconselhadas.</p> <p><b>10/04:</b> Utente refere não ter realizado avaliação de glicémia capilar de manhã por não ter agulhas para lancetas e já ser ultrapassado data de mudança da agulha da lanceta. Solicitado ao médico da equipa prescrição de lancetas. Contudo, orientado para a sua importância, ainda que com a mesma agulha, até proceder à substituição pelas novas.</p> <p><b>13/04:</b> Reforçado junto do casal a importância da cessação tabágica e prováveis complicações associadas ao seu consumo. O utente mantém consumo</p>
--	--	---	---

		<p>de 6 cigarros por dia, não se conseguindo até à data o desmame para 3 cigarros/dia conforme planeado.</p> <p><b>14/04:</b> Reforçado junto do casal a importância da cessação tabágica e prováveis complicações associadas ao seu consumo.</p> <p><b>16/04:</b> entregues receitas de agulhas para lancetas e clonazepam que deverá iniciar, de acordo com indicação do médico da equipa, todos os dias à noite. Utente indisposto, referindo queixas inespecíficas. Avaliada glicémia capilar (202mg/dl) e Tensão arterial (133/77 mmHg) e incentivado a alimentar-se.</p> <p><b>21/04:</b> Encontrava-se ainda em jejum e sem avaliação de glicémia capilar. Reforçada novamente a sua importância. Glicémia capilar: 138mg/dl. Mantém consumo de cerca de 6 cigarros por dia.</p> <p><b>23/04:</b> Ensinos relativamente às complicações da diabetes e importância autovigilância do membro inferior esquerdo, envolvendo a esposa neste processo. Explicada importância dos cuidados às unhas, e algumas estratégias facilitadoras, nomeadamente a utilização de meias brancas. Mantém o mesmo consumo de tabaco.</p>
--	--	--

			<p>Até à data não se iniciaram ensinos práticos relativamente à autovigilância do coto, pelas complicações infecciosas a nível do coto. Contudo, entregue a 07/04 folheto informativo com informações relativamente aos cuidados com o coto de amputação, os quais foram levemente abordados.</p> <p>Ao longo de todas as sessões foi enfatizada a importância de manter a realização de esquema de exercícios prescritos. Todavia, e apesar dos incentivos, verificou-se uma fraca adesão ao regime de exercício, sendo realizados esporadicamente. No entanto, sempre que se verificou maior envolvimento do utente este foi elogiado, bem como elogiados os seus progressos ao longo das sessões. Esposa muito envolvida na gestão do regime medicamentoso bem como no regime de exercício, apesar da pouca adesão do utente. No folheto entregue a 07/04, reunidos ainda alguns exemplos com imagens dos exercícios de alongamento e fortalecimento muscular prescritos, de forma a orientar visualmente, em caso de dúvida na sua realização.</p>
<p><b>Dor presente em grau:</b></p>	<p>• Controlar quadro álgico, utilizando</p>	<p>- Aliviar dor através de embalagem fria</p>	<p><b>09/03 a 12/03:</b> dor presente grau 4, em aperto e pontada, com agravamento ao posicionamento e</p>

<p>- Moderado (3-5) - Elevado (6-8) 30/3</p>	<p>estratégias farmacológicas e não farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o utente / cuidador sejam capazes de gerir e controlar a dor, otimizando o regime terapêutico,</li> <li>• Prevenir e tratar a dor fantasma</li> <li>• Melhorar sono e repouso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar envolvimento frio</li> <li>- Aplicar envolvimento quente</li> <li>- Assistir a identificar estratégias de alívio da dor (posicionamento: sentado)</li> <li>- Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento</li> <li>- Executar técnica de distração</li> <li>- Executar técnica de massagem</li> <li>- Executar técnica de relaxamento</li> <li>- Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas</li> <li>- Gerir analgésicos</li> <li>- Instruir a gerir analgesia</li> <li>- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas</li> <li>- Monitorizar dor (através de escala numérica)</li> <li>- Vigiar dor</li> </ul>	<p>realização de penso, intermitente (às vezes) a nível do coto de amputação. Otimização da terapêutica em SOS e incentivo à realização de SOS previamente à sessão. Refere dor fantasma.</p> <p><b>15/03:</b> dor presente em grau elevado (grau 6), frequentemente, em aperto e pontada com intolerância à atividade o que motivou contacto com médico da equipa, e ajuste da terapêutica analgésica (aumento de pregabalina para 150mg 3x dia). Queixas mais esporádicas de dor fantasma. Contacto com MGF que prescreve antibioterapia por aumento do exsudado no coto de amputação.</p> <p><b>17/03:</b> Dor intensidade 3, com melhoria em relação ao dia anterior, características tipo choque, com agravamento ao posicionamento e manipulação do coto de amputação, com flexão da perna como fator de alívio + dor fantasma. Validada toma prévia de terapêutica analgésica em SOS.</p> <p><b>19/03 a 24/03:</b> dor ligeira (entre 2 e 4), em moedeira, controlada com analgesia instituída em esquema terapêutico. No dia 22/03, dado o agravamento da dor com a realização do penso, realizou-se tratamento</p>
--	--	--	---

		<p>apenas no final da sessão, com sucesso e melhoria da tolerância da sessão. A 24/03 manteve-se a mesma estratégia, referindo o utente aumento da dor após realização do penso na sessão anterior, mas com alívio no dia seguinte. Contudo, referiu aumento da dor tipo choque elétrico.</p> <p><b>25/03:</b> dor ausente, apresentando uma melhor tolerância à atividade. Incentivado a tentar regressar ao leito para dormir, com o qual o utente concordou.</p> <p><b>26/03:</b> O utente referiu aumento da dor em movimento e repouso. Dor moderada (grau 5) durante a realização do penso, e relacionada com aumento do exsudado na ferida operatória, sendo validada a toma de analgesia em SOS previamente à realização do penso.</p> <p><b>29/03:</b> Mantém dor em repouso, pelo que ainda não retornou ao leito, tolerando escassos minutos deitado.</p> <p><b>29/03 e 31/03:</b> dor moderada (entre 3 e 4), presente no coto, em moedeira.</p> <p><b>01/04 a 05/04:</b> dor ligeira a nível do coto (entre 1 e 2) apenas com agravamento ao posicionamento e realização de penso. A 05/04 tolerou facilmente expressão da ferida.</p>
--	--	---

		<p><b>07/04:</b> dor ausente o que permitiu o regresso ao leito para dormir no dia 05/04 de noite, referindo sono reparador durante toda a noite.</p> <p><b>08/04 e 09/04:</b> Dor controlada em repouso, agravando ligeiramente durante a sessão com a realização dos exercícios. Dor aguda a nível do membro inferior esquerdo, tipo mialgia. Dor ausente a nível do coto de amputação.</p> <p><b>12/04:</b> Refere alívio da dor no membro inferior esquerdo (dor grau 1), agravando ligeiramente com a deambulação (mialgia de esforço).</p> <p><b>13/04:</b> Em repouso sem dor (grau 0). Refere, no entanto, queixas de prurido intenso a nível da perna esquerda, sem alterações tróficas cutâneas de novo, mantendo-se, contudo, a dormir no leito. Aplicada pomada com corticóide para alívio do prurido.</p> <p><b>14/04:</b> Continua sem dor, mas mantém prurido a nível da perna esquerda mesmo com aplicação da pomada, sendo dado conhecimento ao médico da equipa.</p> <p><b>16/04:</b> Sem queixas álgicas, refere ter descansado melhor, referindo alívio do prurido.</p> <p><b>19/04:</b> Sem queixas álgicas ou de prurido, mantendo-se</p>
--	--	---

			<p>a dormir na cama, referindo sono reparador.</p> <p><b>21/04:</b> Dor grau 1 em escala de dor, referindo sensação de pontada pontualmente a nível do coto de amputação.</p> <p><b>23/04:</b> Dor ausente. Refere apenas mialgias de esforço no membro inferior esquerdo durante a sessão de treino, com alívio com repouso. Incentivada a realização de massagem com pomada anti-inflamatória.</p>
<p><b>Autocuidado dependente em grau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência <b>severa</b> (21-60) – Avaliado a 10/03</li> <li>- Dependência <b>moderada</b> (61-90) – Avaliado a 09/04</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitar o utente para a autonomia na:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene</li> <li>- Banho</li> <li>- Uso do sanitário</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar autocuidado (através de escala de Barthel)</li> <li>- Avaliar autocuidado: higiene</li> <li>- Assistir no autocuidado: Higiene <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</li> </ul> </li> <li>- Providenciar dispositivos para o autocuidado: higiene (banco de banho, barra de apoio e espelho portátil)</li> <li>- Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado: higiene</li> <li>- Instruir e incentivar o autocuidado:</li> </ul>	<p><b>10/03: Avaliação funcional com escala de Barthel</b> com grau de <u>dependência severa</u> (Pontuação 60)</p> <p>O utente em cada sessão apresentava-se de pijama, aspecto descuidado, sem próteses dentárias e barba por desfazer.</p> <p><b>22/03:</b> incentivado a tirar pijama, colocar próteses dentárias e vestir roupa de rua. Mantinha barba por desfazer.</p> <p><b>24/03:</b> O utente referiu não conseguir desfazer barba sem ajuda, por não conseguir manter-se de pé em frente ao espelho do WC. Incentivado a adquirir pequeno espelho portátil para este autocuidado. Manifestou vontade de na próxima semana deixar a cadeira de rodas.</p> <p><b>25/03:</b> Melhoria do aspeto geral, colocando próteses</p>

<p><b>Autocuidado</b> <b>higiene:</b> <b>dependente em</b> <b>grau reduzido</b></p>		<p>higiene com dispositivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar o autocuidado: higiene usando dispositivos</li> <li>- Incentivar a pessoa para o autocuidado</li> <li>- Incentivar e assistir: uso do sanitário com dispositivos</li> <li>- Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o arranjar-se (espelho portátil)</li> <li>- Instruir sobre dispositivos para o autocuidado: arranjo pessoal</li> <li>- Providenciar dispositivos para o arranjo pessoal</li> </ul>	<p>dentárias para a sessão, sendo fortemente elogiado.</p> <p><b>29/03:</b> Banheira já substituída por cabine de duche que, embora de pequenas dimensões, se encontrava bem instalada. Na cabine encontrava-se cadeira de banho demasiado grande, não permitindo a sua utilização de forma confortável ao sr. V.L., e de cabine fechada. Prestada assessoria ao casal quanto à escolha de dispositivos adequados de apoio ao duche: banco de banho e barra de apoio.</p> <p><b>31/03:</b> Utente apresentava-se vestido com roupa de rua, barba desfeita e com próteses dentárias. Elogiado.</p> <p><b>05/04:</b> WC adaptado com banco de duche e barra de apoio. Sr. V.L. independente no duche. Por melhoria da dor, colocada tábua de cadeira de rodas para promoção da extensão do coto e incentivada a sua utilização progressiva de acordo com a sua tolerância.</p> <p><b>09/04: Avaliação funcional com escala de Barthel</b> com <u>dependência moderada</u> (Pontuação 90)</p> <p><b>13/04:</b> Providenciado espelho portátil para conseguir desfazer a barba em posição de sentado de forma independente. Explicada também a importância da futura utilização do espelho nos cuidados ao coto e</p>
---	--	--	---

				<p>auto-vigilância.</p> <p><b>14/04:</b> Mantinha barba por desfazer, ainda não tendo utilizado o espelho fornecido. Encontrava-se se pijama.</p> <p><b>16/04 e 22/04:</b> Utente mantinha-se com barba por desfazer.</p>
<p><b>Stress do prestador de cuidados presente em grau:</b></p> <p>- Elevado (»57)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimizar as consequências negativas associadas à relação de prestação de cuidados</li> <li>• Capacitar o prestador de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar stress do prestador de cuidados (através de Escala de sobrecarga do cuidador)</li> <li>- Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções</li> <li>- Incentivar envolvimento do prestador de cuidados</li> <li>- Incentivar o envolvimento da família</li> <li>- Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta</li> <li>- Orientar prestador de cuidados para o serviço social</li> <li>- Orientar prestador de cuidados para</li> </ul>	<p><b>12/03:</b> realizada referência para psicologia, por referência a ideias suicidas segundo a filha e esposa.</p> <p><b>18/03:</b> Entregue escala de sobrecarga do cuidador evidenciando stress do prestador de cuidados em elevado grau.</p> <p><b>05/04:</b> o casal referiu dificuldades económicas pelo que se articulou com Assistente Social para pedido de apoio.</p> <p><b>08/04:</b> visita domiciliária em conjunto com Assistente Social para agilização do pedido de CPD.</p> <p><b>19/04:</b> Incentivada a articulação da esposa com a filha para que esta possa vigiar as crianças a quem presta cuidados para, em breve, se iniciar o treino de escadas com utente e esposa. Fornecidas algumas orientações relativamente ao procedimento para adaptação do automóvel</p> <p><b>21/04:</b> Entregue legislação e orientações relativamente ao pedido de dístico, lugar de estacionamento,</p>	

		recursos da comunidade	<p>adaptação ao veículo e outras ajudas técnicas. Incentivado o envolvimento da filha relativamente ao início de pedidos de três orçamentos para adaptação do veículo.</p> <p><b>23/04:</b> Face às dificuldades financeiras, orientada para recursos na comunidade para ajuda em termos de alimentação e terapêutica. Articulado com assistente social o estado do pedido de CPD.</p>
<p><b>Movimento muscular comprometido (identificar local do corpo) manifestado por:</b></p> <p>- Amputação traumática cirúrgica (perna direita)</p>	<p>•Prevenir o encurtamento muscular e tratar contraturas</p> <p>•Aumentar a força muscular, a mobilidade e a amplitude articular do membro amputado promovendo a extensão do membro amputado</p> <p>•Promover o</p>	<p>- Avaliar força muscular através da Escala MRC;</p> <p>- Executar exercícios musculares (alongamento e fortalecimento muscular)</p> <p>- Realizar mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas dos movimentos dos membros inferiores e restantes segmentos corporais;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar exercícios isométricos</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar exercícios isotónicos (agachamentos, <i>push up</i></p>	<p><b>10/03:</b> Utente com coto em flexão, encontrando-se quase permanentemente sentado em cadeira de rodas, com coto pendente. Realizados ensinios acerca do correto posicionamento do coto para promoção da sua extensão, exercícios de alongamento e de fortalecimento muscular no leito dos membros inferiores e abdominal (ponte, abdução/adução, flexão e extensão, <i>push ups</i> no leito, exercícios de rolamento, treino de equilíbrio de pé, com apoio em cadeira e agachamentos. Utente independente nas transferências da cadeira de rodas para o leito. Ensinados ainda alguns exercícios de membros superiores, sendo questionado relativamente à possibilidade de empréstimo de halteres junto de familiares ou amigos, para a sua utilização para</p>

	<p>aparecimento da sensibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumentar a força muscular dos MS e MIE de forma a ter uma marcha eficaz com auxiliar de marcha (canadianas)</li> </ul>	<p>na cadeira de rodas, exercícios de fortalecimento dos membros superiores, saltos com apoio em cadeira ou canadianas, apoio em bicos de pés, exercícios no leito – rolamento, ponte, flexão e extensão, adução e abdução, abdominais)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar exercícios musculares (2 a 3 vezes por dia)</li> <li>- Executar técnica de massagem para relaxamento dos músculos respiratórios acessórios bem como dos membros inferiores para melhoria da circulatória, alívio da dor e edema</li> <li>- Uso de ajudas técnicas/equipamentos (canadianas, cadeira, cadeira de rodas, halteres, tábua para cadeira de rodas para extensão do membro amputado,</li> </ul>	<p>fortalecimento dos membros superiores.</p> <p><b>12/03:</b> Avaliação da força muscular com escala de MRC (5/5) movimento normal contra a gravidade e resistência.</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores na cadeira de rodas e no leito: <i>push up</i>, ponte, abdominais, abdução/adução, flexão/extensão dos membros inferiores, agachamentos, rolamentos na cama, com a colaboração do utente.</p> <p>Ligeira melhoria da capacidade de extensão do coto de amputação. Reforçada importância do cumprimento do plano de exercícios em casa.</p> <p><b>15/03:</b> Realizados exercícios de fortalecimento muscular e alongamento. Iniciou também marcha com canadianas.</p> <p><b>17/03:</b> Utente sentado na cadeira de rodas, com o coto pendente na cadeira. Realizados exercícios de alongamento e treino de equilíbrio e força a nível dos membros superiores – 30 séries de 20 de bicos de pés com apoio em cadeira. Nos períodos de repouso com necessidade de correção postural na cadeira de rodas. Feito ensino do controlo e dissociação dos tempos</p>
--	---	---	---

		<p>guarda-chuva)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar e executar técnica de excitação músculo articular através de dispositivos</li> <li>- Ensinar e executar técnica de excitação musculo-articular com alongamento</li> <li>- Ensinar e corrigir postura corporal</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar acerca do correto posicionamento do membro amputado</li> </ul>	<p>respiratórios e massagem de relaxamento. Efetuou 100 <i>push up</i> na cadeira de rodas. Realizado alongamento do coto de amputação de acordo com a tolerância do utente. Ensino e reforço de outros exercícios: agachamento com apoio em cadeira e uso de halteres para fortalecimento dos membros superiores. Incentivado envolvimento da esposa na realização de e alguns exercícios e massagem de relaxamento.</p> <p><b>18/03:</b> Após início do treino de escadas, o utente pareceu compreender verdadeiramente a importância e necessidade do fortalecimento muscular dos membros superiores e perna esquerda, comprometendo-se a investir mais na realização dos exercícios nos próximos dias. Revisto conhecimento acerca dos exercícios. Incentivado à realização dos exercícios durante o fim-de-semana bem como à deambulação com canadianas em casa.</p> <p><b>22/03:</b> questionado relativamente à realização de exercícios durante o fim-de-semana, referindo que apenas se colocou de pé à janela tentando estender o coto. Explicado que o sucesso da nossa intervenção dependia também do seu empenho no plano de</p>
--	--	---	---

			<p>reabilitação, sendo uma relação de parceria entre a equipa, o doente e a família. Realizados exercícios de fortalecimento muscular e alongamento dinâmico – (manteve bicos de pés com aumento progressivo do número de repetições - 4 x 30 - bem como saltos a pé coxinho - 2 x 20 + 2 séries com apoio em canadianas).</p> <p><b>24/03:</b> Exercícios de alongamento e fortalecimento muscular (bicos de pés – 4 x 40 - saltos de pé com apoio em canadianas – 4 x 30), apresentando melhoria da força e postura. Introduzido exercício com recurso a 4 guarda-chuvas (colocados no chão, com distância de cerca de 1metro entre si), solicitando ao Sr. V.L. que, com apoio em canadianas, saltasse por cima dos mesmos, sem pisar. Manteve-se reforço da importância da realização de exercícios em casa, sendo prescrita a realização de exercícios de fortalecimento dos membros superiores: com recurso a halteres, <i>push up</i> na cadeira de rodas, exercícios de bicos de pés, deambulação com canadianas, e treino de levante (levantar e sentar).</p> <p><b>25/03:</b> Mantidos exercícios anteriores (bicos de pés e saltos de pé com apoio em canadianas), com aumento do número de repetições e feito treino de marcha desde</p>
--	--	--	--

		<p>o quarto até à sala, prosseguindo-se para o treino de escadas com canadianas. Incentivado a manter exercícios de membros superiores com halteres, explicando e reforçando o seu benefício no treino de escadas com canadianas.</p> <p><b>29/03:</b> Mantidos exercícios anteriores (bicos de pés, saltos de pé com apoio em canadianas) com aumento do número de repetições. Realizou agachamentos com alguma dificuldade. Realizado exercício com recurso aos guarda-chuvas, verificando-se uma melhoria no equilíbrio, mas ainda alguma insegurança.</p> <p><b>31/03:</b> Mantidos exercícios para aquecimento e fortalecimento muscular (bicos de pés, saltos entre guarda-chuva, agachamento com salto, marcha pela habitação).</p> <p><b>01/04:</b> Realizados exercícios para aquecimento e fortalecimento muscular (bicos de pés e agachamentos com apoio em cadeira) prosseguindo-se para treino de escadas. Incentivado à manutenção dos exercícios de fortalecimento muscular e deambulação em casa com canadianas.</p> <p><b>05/04:</b> Realizado exercício de bicos de pés para</p>
--	--	--

		<p>aquecimento, privilegiando-se treino de escadas. Por melhoria da dor, colocada tábua para cadeira de rodas para promoção da extensão do coto, sendo igualmente incentivado a regressar ao leito e cumprir marcha pela habitação. Utilizados dois halteres de 1kg para promoção da extensão do coto.</p> <p><b>07/04:</b> O utente referiu não ter colocado a tábua para cadeira de rodas, mas referiu ter estado sentado no sofá com o coto em extensão com ajuda de uma cadeira. Referiu também já ter deambulado pela casa, tendo apresentado episódio escorregamento da cadeira de rodas sem qualquer consequência. Entregue folheto elaborado (apêndice 7) que reúne diversa informação relativamente aos cuidados com o coto, aplicação de ligadura e exemplos de exercícios para fortalecimento muscular e alongamento.</p> <p><b>08/04:</b> Utente mantém-se a dormir na sua cama durante toda a noite. Realizados exercícios de extensão do membro amputado, com melhoria no final da sessão. No final da sessão colocada e incentivada a colocação de tábua para cadeira de rodas, com aplicação de pesos (halteres) para promoção da extensão do coto.</p>
--	--	---

		<p><b>09/04:</b> Inicialmente renitente a treino de marcha no exterior, por mialgia na perna esquerda, acabando posteriormente por aceitar.</p> <p><b>12/04:</b> realizou treino de escadas e deambulação no exterior com apoio de canadianas. Realizados exercícios de alongamento e massagem do coto de amputação. Permaneceu com tábua para cadeira de rodas, com indicação para manter até aguentar (validado posteriormente, cerca de 20min).</p> <p><b>13/04:</b> Realizado alongamento do coto com aumento da amplitude da articulação do joelho. Colocada tábua para cadeira de rodas sendo incentivado ao aumento progressivo do tempo de permanência da mesma. Incentivado ao posicionamento em decúbito ventral no leito para promoção da extensão do coto, bem como à realização dos habituais exercícios. Treino de marcha com canadianas com força nos membros superiores.</p> <p><b>14/04:</b> Incentivado a cumprir períodos de elevação do membro inferior esquerdo para promoção da extensão do membro amputado. Treino de escadas e marcha no exterior.</p> <p><b>16/04:</b> Realizados exercícios de alongamento do coto de</p>
--	--	---

		<p>amputação e fortalecimento muscular ativos-resistidos no membro inferior esquerdo com recurso a 1kg de peso (halteres). Colocada tábua para cadeira de rodas (indicação para mínimo de 25min). No final da sessão por se manter indisposto e com algumas queixas inespecíficas, incentivado a cumprir períodos de repouso.</p> <p><b>19/04:</b> Validados exercícios realizados durante o fim-de-semana, referindo, o utente e esposa, apenas a realização de exercícios de alongamento do coto de amputação e períodos de cerca de 30min com tábua para cadeira de rodas, bem como marcha com canadianas na habitação.</p> <p><b>21/04:</b> realizados exercícios de fortalecimento muscular e reforço de ensinos. Executou saltos de pé com apoio em canadianas, exercícios de flexão e extensão do membro inferior esquerdo com 1kg de peso. Incentivado a colocar a tábua para cadeira de rodas durante 30 minutos.</p> <p><b>23/04:</b> realizados exercícios de fortalecimento muscular (colocação em bicos de pé e agachamentos). Mantido treino de escadas e marcha no exterior. Melhoria da</p>
--	--	---

			<p>tolerância ao esforço, verificando-se necessidade de 3 paragens para descanso na descida, não tendo efetuado nenhuma paragem na subida. Incentivado à colocação da tábua para cadeira de rodas e à sua utilização também no sofá. Reforço da importância do seu envolvimento e cumprimento do treino de exercício.</p>
<p><b>Equilíbrio Corporal comprometido manifestado por:</b> Ausência / diminuição de equilíbrio ortostático dinâmico/estático relacionado com alteração do centro de gravidade por</p>	<p>• Que o utente consiga melhorar o equilíbrio dinâmico e estático em posição ortostática</p>	<p>- Avaliar equilíbrio corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar medidas de segurança e ensinar utente a verificar medidas de segurança previamente à colocação de pé (travões da cadeira de rodas, tapetes, piso molhado e escorregadio, objetos no chão)</li> <li>- Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal</li> <li>- Instruir sobre equilíbrio corporal, treinando uma base de sustentação adequada para manutenção do equilíbrio</li> <li>- Assistir a pessoa a promover o</li> </ul>	<p><b>10/03:</b> Apresenta equilíbrio estático e dinâmico mantidos em posição de sentado. Sem equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo.</p> <p><b>18/03:</b> Treino de equilíbrio com apoio em cadeira (saltos de pé) 3 séries de 20. Treino de equilíbrio unipodal, conseguindo permanecer em posição ortostática sem apoio cerca de 7seg, mantendo base de sustentação adequada. Incentivado à realização destes exercícios durante o fim-de-semana. Capaz de manter um ambiente seguro, sabendo reconhecer sinais de perigo.</p> <p><b>22/03:</b> Ensinos relativamente ao equilíbrio, e estratégias para melhoria do mesmo, seguindo-se de treino de equilíbrio unipodal, com melhoria relativamente à sessão anterior (10seg). Capaz de mobilizar o coto para aumento da base de sustentação, garantindo melhor equilíbrio.</p>

<p>amputação transibial</p>		<p>equilíbrio através de técnica de posicionamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a treinar o equilíbrio corporal</li> <li>- Planear treino do equilíbrio corporal</li> </ul>	<p><b>24/03:</b> Realizados exercícios para fortalecimento muscular e treino de equilíbrio (bicos de pés – 4 x 40 - saltos de pé com apoio em canadianas – 4 x 30). Manteve-se treino de equilíbrio unipodal, apresentando uma melhoria da força, postura e equilíbrio. No exercício com saltos entre os 4 guarda-chuvas, apresentou algum desequilíbrio sobretudo nos momentos de rotação para mudança de sentido, sendo instruído a fazê-lo mais devagar, e a deambular também mais devagar, privilegiando a execução correta do exercício. Realizou 3 séries de 2 idas e voltas e uma última série em que apenas conseguiu uma ida e volta.</p> <p><b>25/03:</b> Mantidos exercícios anteriores que executou com maior confiança. No treino de escadas, com maior desequilíbrio nos primeiros dois degraus do primeiro lance de escadas, mas com melhoria gradual do equilíbrio e confiança.</p> <p><b>29/03:</b> Mantidos exercícios de bicos de pés, saltos de pé com apoio em canadianas, e saltos entre guarda-chuvas.</p> <p><b>31/03:</b> Mantidos exercícios anteriores acrescentando agachamento com salto.</p>
-----------------------------	--	--	--

		<p><b>01/04:</b> Realizados exercícios de bicos de pés e agachamento com apoio em cadeira. Melhoria do equilíbrio durante o treino de escadas e restantes exercícios.</p> <p><b>07/04:</b> No treino de marcha no exterior reforçada importância da mobilização da perna amputada para aumento da base de sustentação e melhoria do equilíbrio, que o utente foi capaz de executar.</p> <p><b>13/04:</b> Apresenta melhoria do equilíbrio, sendo capaz de se sentar nas escadas (para descanso) e erguer-se sozinho com equilíbrio.</p> <p><b>14/04:</b> treino de marcha e escadas com equilíbrio mantido.</p> <p><b>16/04:</b> Não realizou treino de marcha por desequilíbrio na passagem da posição de sentado para posição ortostática, bem como de pé apoiado em canadianas.</p> <p><b>19/04:</b> Apresentou algum desequilíbrio inicial no treino de marcha e de escadas com canadianas, com melhoria posterior.</p> <p><b>21/04:</b> Realizou exercícios de treino de equilíbrio com maior dificuldade, devido a hipersonolência relacionada com ajuste da terapêutica.</p>
--	--	---

			<p><b>23/04:</b> treino de equilíbrio com exercícios em bicos de pé e treino de escadas e marcha no exterior, com menos episódios de desequilíbrio em relação à sessão anterior. Reforçada a importância de mobilização do coto de amputação para melhoria da base de sustentação corporal.</p>
<p><b>Andar com Auxiliador de Marcha comprometido manifestado por:</b> - Marcha ineficaz com Canadianas</p>	<p>•Que o Sr. V.L. apresente melhoria no andar com auxilios de marcha a curtas e médias distâncias e subir e descer escadas</p>	<p>- Avaliar o andar com auxilios de marcha (canadianas) – categorias Funcionais de marcha - Avaliar capacidade para andar com auxilios de marcha (canadianas) - Instruir, assistir e treinar a andar com auxilios de marcha (canadianas) – treino de escadas no prédio e marcha no exterior, em superfícies planas e alguns obstáculos. - Supervisionar e incentivar o andar com auxilios de marcha (canadianas) - Incentivar treino de marcha com aumento progressivo das distâncias,</p>	<p><b>09/03:</b> deambula pela habitação com recurso a cadeira de rodas, sendo autónomo nas transferências da cama e sofá para a cadeira de rodas, com Score 1/5 nas Categorias Funcionais de Marcha (com canadianas). <b>18/03:</b> Iniciado treino com canadianas no primeiro lance de escadas. Ensinada técnica para descer, que executou corretamente nos 3 últimos degraus. Maior dificuldade na subida, com necessidade de apoio de duas pessoas. (total de degraus 6). Incentivado à deambulação com canadianas em casa, referindo não se sentir seguro para tal com a esposa, pelo medo de cair, explicando que iria fazê-lo quando a filha estivesse em sua casa. <b>22/03:</b> Realizado treino de marcha com canadianas desde a sala até ao quarto, ida e volta 6 vezes, com desequilíbrio mantido.</p>

		<p>de acordo com a tolerância do utente.</p> <p>- Ensinar sobre marcha com prótese (utilização da prótese e cuidados com zonas de pressão).</p>	<p><b>24/03:</b> O utente manifestou vontade de na semana seguinte deixar a cadeira de rodas, por se sentir progressivamente mais confiante com os exercícios realizados.</p> <p><b>25/03:</b> Realizado treino de escadas com canadianas. Feita revisão da técnica com o utente. Desceu os dois primeiros degraus do primeiro lance de escadas com maior dificuldade no equilíbrio, apresentando melhoria gradual nos restantes. Verificou-se maior dificuldade na subida, mas com melhoria franca da força e movimento de alavanca relativamente à sessão anterior. Com necessidade de descanso em cadeira, após descer e subir o primeiro lance de escadas. Realizou mais 2 séries de descida e subida do primeiro lance de escadas, gradualmente com melhoria da postura, técnica, equilíbrio e confiança. Validados com o utente os objetivos do plano de reabilitação para a próxima semana: aumento do número de lances de escadas, e descer até ao 2º andar e progressivamente até ao 1º.</p> <p><b>31/03:</b> Treino de escadas com canadianas, com melhoria da técnica, equilíbrio e força, tolerando subida e descida de 17 degraus com necessidade de períodos</p>
--	--	---	--

		<p>de descanso.</p> <p><b>01/04:</b> Treino de escadas com canadianas (descida e subida) até ao 1º andar, com tolerância do utente, embora com necessidade de várias paragens para descanso em cadeira. Melhoria da técnica, força e equilíbrio.</p> <p><b>05/04:</b> Antes de prosseguir para treino de escadas, esclarecido com doente objetivo de descida até ao r/C. Uma vez que iria descer as escadas na totalidade, o Sr. V.L. sugeriu ida até ao café em frente ao seu prédio. Descida até ao r/C com necessidade de algumas paragens (1 paragem por piso) para descanso e recuperação sentado em cadeira. Necessárias algumas correções da técnica, mas com melhor execução e melhor força e equilíbrio relativamente a sessões anteriores. Realizado primeiro treino de marcha com canadianas no exterior, até ao referido café. Necessária correção postural por tendência a anteriorização do tronco. Subida de escadas com necessidade de apenas uma paragem a meio, referindo o utente maior facilidade na técnica de subida. No último lance de escadas, apresentou perda da força a nível dos membros</p>
--	--	---

		<p>inferiores, com necessidade de pequena paragem com apoio em enfermeira. No final apresentava muito cansaço, mas com boas oximetrias e frequências cardíacas inferiores a 100bpm, e com recuperação espontânea após período de repouso.</p> <p><b>07/04:</b> No treino de escadas, necessidade de apenas uma paragem para descanso em cada patamar (3 paragens total). Deambulou com canadianas até duas ruas acima da sua, com pausa para café. Durante este percurso, necessárias duas paragens para descanso sentado em cadeira. Melhoria da força e tolerância ao esforço. Após pausa para café, caminho de retorno para o seu prédio, com pausa para descanso de pé, apoiado em canadianas, verificando-se melhoria da técnica de marcha com maior confiança, a bom ritmo e boa postura. Repouso em cadeira à entrada do prédio. Subiu escadas do prédio com boa tolerância, cumprindo apenas períodos de descanso de pé, sendo mais veloz comparativamente à descida.</p> <p><b>09/04:</b> Realizou descida e subida de escadas com canadianas, com necessidade de 3 paragens em descida e 3 paragens em subida pela dor associada,</p>
--	--	---

		<p>mas com boa tolerância ao esforço. No exterior, realizou treino de marcha, num total de cerca de 800 metros em terreno plano e em bom estado, igualmente com necessidade do aumento do número de pausas para descanso. Pela aplicação das categorias funcionais da marcha (apêndice 2), marcha, score 3/5 com canadianas.</p> <p><b>12/04:</b> realizou descida e subida de 3 andares de escadas e deambulação no exterior, com apoio de canadianas. Necessidade de correção postural.</p> <p><b>13/04:</b> Treino de escadas com canadianas com necessidade de três paragens para repouso na descida e duas na subida (repouso sentado na escada) mantendo boa técnica.</p> <p><b>14/04:</b> realizou treino de escadas com apoio em canadianas, ainda com necessidade de algumas paragens para descanso. Treino de marcha no exterior até ao café em frente ao prédio. Maior necessidade de correção postural na descida de escadas.</p> <p><b>16/04:</b> Não realizou treino de marcha e escadas por indisposição, queixas inespecíficas, e por desequilíbrio.</p> <p><b>19/04:</b> Treino de marcha com canadianas e treino de</p>
--	--	---

			<p>escadas, com necessidade de algumas pausas por esforço sentado nos degraus da escada. Execução correta da técnica. Reforço de correta postura corporal.</p> <p><b>21/04:</b> por hipersonolência não foi realizado treino de escadas e marcha no exterior.</p> <p><b>23/04:</b> realizou treino de escadas e marcha no exterior com boa técnica. Necessidade de 3 períodos de descanso na descida.</p>
<p><b>Ferida Cirúrgica presente (coto de amputação – perna lado direito)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atingir integridade cutânea</li> <li>● Prevenir infecção da ferida operatória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar ferida cirúrgica</li> <li>- Executar tratamento da ferida cirúrgica</li> <li>- Remover material de sutura</li> <li>- Vigiar penso da ferida cirúrgica</li> </ul>	<p><b>15/03:</b> O Sr. V.L. refere aumento da dor durante o fim-de-semana. O penso do coto encontrava-se repassado e a sutura apresentava sinais inflamatórios e saída de exsudado purulento em abundante quantidade à expressão. A esposa encontrava-se em consulta com médico de família, tendo-lhe sido comunicada a situação, sendo prescrita antibioterapia (Amoxicilina + ácido clavulânico). Por aumento da dor, aumentada pregabalina 150mg 3x dia</p> <p><b>17/03:</b> ferida do coto de amputação mantém alguns sinais inflamatórios no centro, e saída de exsudado esbranquiçado à expressão, mas igualmente em muito menor quantidade relativamente à visita anterior.</p>

		<p><b>18/03:</b> Penso com expressão e saída de conteúdo esbranquiçado em moderada quantidade. Pontos a querer encerrar, mas presença de alguma quantidade de fibrina. Manteve-se tratamento com Aquacel Ag e fixação com ligadura.</p> <p><b>22/03:</b> Penso com ligeiro repasse de conteúdo purulento. Removidos mais 5 pontos, mantendo-se apenas dois pontos da região mediana da sutura, que apresenta alguma fibrina. Exsudado praticamente ausente à expressão. Com estilete, colocada tira de Aquacel Ag no interior dos pontos, de forma a facilitar a saída de exsudado. Restante cicatriz com boa evolução. Aplicada ligadura de modelação do coto. Proporcionado momento de repouso após realização de tratamento à ferida operatória.</p> <p><b>24/03:</b> penso externamente repassado de exsudado purulento. A sutura apresentava as mesmas características. À expressão, com saída de exsudado amarelado, mas mais fluido, e em moderada quantidade, tendo-se mantido tratamento com Aquacel Ag. Por má evolução cicatricial, já com alguns dias de evolução, aconselhou-se o contacto com hospital para</p>
--	--	---

		<p>agendamento de consulta urgente com cirurgião. Ficou com consulta agendada para dia 26/03 às 9h, coincidente com agendamento de visita para reabilitação. Por este motivo, agendou-se sessão de reabilitação para amanhã.</p> <p><b>26/03:</b> Visita extra para realização de penso, dada a desmarcação da consulta no hospital. Ligadura repassada. O utente referiu aumento da dor em movimento e em repouso. A sutura mantinha as mesmas características anteriores. Porém, o coto apresentava-se mais duro à palpação, pelo que foi realizada expressão manual vigorosa de acordo com a tolerância do utente, com saída de exsudado em jacto, em abundante quantidade. Mantido o mesmo tratamento.</p> <p><b>29/03:</b> Realizado penso da ferida operatória, mantendo saída de exsudado à expressão, em pequena quantidade. Removido restante material de sutura (2 pontos).</p> <p><b>01/04:</b> Exsudado seroso em pequena quantidade. Utente refere menos dor em repouso e à expressão. Restante sutura com boa evolução cicatricial.</p>
--	--	---

		<p><b>05/04:</b> Penso com ligeiro repasse purulento, mas sem saída de exsudado à expressão. Sutura operatória com boa evolução cicatricial. Apresenta pequeno ponto de fibrina no local de deiscência, mantendo-se o mesmo tratamento.</p> <p><b>07/04:</b> Obtido feedback do cirurgião vascular em relação à consulta do dia anterior, considerando que, embora a ferida estivesse a evoluir favoravelmente, não se descartava hipótese de amputação a um nível superior. Iniciou Sulfametoxazol + Trimetopim 960mg, com indicação para 2 comprimidos por dia, durante 10 dias, até nova reavaliação em consulta. Penso externamente limpo e seco.</p> <p><b>09/04:</b> Ferida com algum tecido de fibrina, mas presença de menor exsudado no penso. Á expressão sem saída de exsudado, tolerando a realização do penso, com dor controlada.</p> <p><b>14/04:</b> tratamento com hidrogel + colagenase para desbridamento autolítico + enzimático dos pontos de fibrina mantendo-se aplicação de Aquacel.</p> <p><b>16/04:</b> mantido tratamento a ferida operatória. Saída de escassa quantidade de conteúdo seroso.</p>
--	--	---

			<p><b>19/04:</b> Penso com menor repasse. Ferida com boa evolução cicatricial. Á expressão com saída de conteúdo seroso em muito escassa quantidade, sem sinais infecciosos. Realizada massagem a nível da sutura.</p> <p><b>21/04:</b> apresentava terapia por pressão negativa portátil a nível do coto de amputação, colocada a 20/04 em consulta. Ligadura externamente limpa e seca.</p>
<p><b>Edema, presente (nos membros inferiores)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir edema dos membros inferiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar as pernas e incentivar à sua elevação</li> <li>- Vigiar extensão do edema</li> <li>- Executar massagem</li> <li>- Ensinar utente e cuidador acerca de medidas de prevenção de edema, nomeadamente a colocação de ligaduras elásticas</li> </ul>	<p><b>Até 05/04:</b> ligeiro edema a nível do coto de amputação. Colocada ligadura mediante tolerância do utente e realizada massagem. Incentivo diário para a extensão do coto.</p> <p><b>07/04:</b> referiu mialgias a nível da perna esquerda após realização da sessão. Realizada massagem para drenagem de edema e aplicado creme hidratante no pé, que apresentava pele seca e descamativa. Ensinada e incentivada a realização de massagem por parte da esposa. Entregue folheto informativo com informações relativas a técnica de colocação de ligaduras elásticas para prevenção de edema (Apêndice 7).</p> <p><b>13/04:</b> refere insónia devido a prurido intenso na perna esquerda. Apresenta ligeiro edema e algumas alterações tróficas a nível da pele. Incentivado a</p>

			<p>elevação do membro, realização de massagem e aplicação de pomada corticóide.</p> <p><b>14/04:</b> Mantém as mesmas queixas. Incentivado a cumprir períodos de elevação do membro inferior esquerdo para prevenção de edema e melhora da circulação bem como da extensão do membro amputado, alternando com períodos de deambulação com canadias e realização de exercícios a nível do membro inferior.</p> <p><b>19/04:</b> Sem queixas de prurido. Melhora do edema. Mantidas as mesmas recomendações.</p> <p><b>23/04:</b> Edemas discretos. Estimulado para a atividade física e a sua importância na prevenção de edemas, bem como ao cumprimento de períodos de elevação de ambos os membros inferiores quando em repouso.</p>
<p><b>Papel Sexual comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a vivência da sexualidade entre o casal</li> <li>• Melhorar a expressão de sentimentos e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre interação sexual</li> <li>- Ensinar hábitos de saúde:</li> <li>- Ensinar sobre interação sexual</li> <li>- Ensinar sobre impotência sexual</li> </ul>	<p><b>12/03:</b> Durante a sessão, tiro de alerta por parte da esposa, que referiu precisar da perna amputada para a intimidade.</p> <p><b>17/03:</b> Dada a empatia e confiança já estabelecidas com o casal, exploradas questões relacionadas com a vivência da sexualidade no casal: como a vivem e a</p>

	<p>emoções, facilitando a readaptação sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre papel sexual</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções</li> <li>- Aconselhar acerca de estratégias para melhoria da vivência da sexualidade entre o casal</li> </ul>	<p>importância atribuída. Através de escuta ativa, criado espaço para exposição de receios, ansiedades, preocupações, e enfatizada a importância da abordagem deste assunto, mostrando disponibilidade. Esposa mais aberta na expressão das suas preocupações e dificuldades, referindo ser o elemento no casal mais aberto e que mais procura inovar. O utente encontrava-se mais embaraçado e fechado, postura retraída, e com maior dificuldade na expressão das suas emoções, mas concordou com o expressado pela esposa. Segundo a esposa, desde há 5 anos, e após já ter sofrido 2 AVC, que o utente não tem capacidade de ereção e que não tem existido atividade sexual entre os dois. O utente refere manter-se a dormir no sofá, não tolerando estar deitado na cama por dores. Explicado ao casal a importância de falar sobre este assunto, que constitui uma necessidade natural humana e um aspeto importante para a saúde. Explicados benefícios da atividade sexual no controlo da dor, enfatizando-se, contudo que, a alteração da imagem corporal, a dor e a desmotivação são dificultadores deste envolvimento, e que, primeiramente, seria</p>
--	--	--	--

	<p>importante um melhor controle da dor. Estimulados para a importância de uma boa comunicação, com base no respeito e compreensão mútua, abrindo espaço para explorar novas ideias. Elucidados quanto à atual existência de uma panóplia de instrumentos que permitem explorar a sexualidade entre o casal de novas formas, incentivando a participação equitativa no processo de readaptação sexual. Dados os antecedentes de saúde do utente, mostrada disponibilidade para solicitar ao médico da equipa, encaminhamento de ambos para consulta de especialidade, e eventual prescrição de terapêutica farmacológica, que o casal aceitou. Valorizada a partilha e abertura por parte do casal para exposição deste problema.</p> <p><b>22/03:</b> Proporcionado momento de repouso, partilha e expressão de sentimentos. Explicado que o médico da equipa iria prescrever terapêutica para auxiliar, encontrando-se o casal motivado para tal, sendo, contudo, incentivados a experimentar novas formas de vivência da sexualidade, sobretudo após controlo total da dor. Esclarecidos que a reabilitação sexual é tão</p>	
--	---	--

		<p>importante quanto a reabilitação física, e que toda e qualquer musculatura necessita de treino para ser fortalecida.</p> <p><b>24/03:</b> Entregue prescrição de tadalafil para o casal adquirir quando achar que o deve fazer, sobretudo, após melhora da dor do utente. Abordadas algumas estratégias para melhora da vivência da sexualidade entre o casal: visualização de alguns filmes eróticos, a aquisição de alguns produtos sexuais que ajudem no fortalecimento muscular do utente, realização de massagens, estimulação, etc. O casal mostrou-se muito agrado e motivado e o Sr. VL apresentou-se menos retraído. A esposa referiu ir pesquisar alguns produtos na internet. O utente referiu ter sido contactado no dia anterior pela psicóloga da equipa, mostrando-se motivado e agrado com a conversa, referindo ter desabafado algumas questões.</p> <p><b>26/03:</b> Discussão da situação com a psicóloga, que ficou desperta para o problema e referiu na próxima consulta, abordar esta temática com o utente, promovendo a expressão de emoções.</p> <p><b>05/04:</b> Refere melhora da dor, sendo novamente</p>
--	--	---

		<p>estimulado a aproveitar o facto, para explorar estratégias de vivência sexual.</p> <p><b>07/04:</b> Referiu novo contacto com psicóloga mostrando-se agradado e referindo estar a ser algo importante para si. Referiu ser a segunda noite a dormir no leito, com tolerância. Realizada massagem para drenagem de edema, e realizado ensino à esposa, sendo incentivada a realizar massagem diversas vezes ao dia, de forma a contribuir também para a melhoria da intimidade e sexualidade entre ambos.</p> <p><b>09/04 a 14/04:</b> referência a progressos na melhoria da vivência da sexualidade entre o casal.</p> <p><b>23/04:</b> quando questionados acerca da evolução da “reabilitação sexual”, a esposa manifestou alguns progressos, mostrando, contudo, alguma insatisfação. Explicado à esposa que o tempo é um fator importante em qualquer processo de reabilitação, e que seria importante não exercer pressão sobre o Sr. VL sob pena de diminuir a estima sexual e aumentar os níveis de depressão. Estimulada a valorizar os ganhos obtidos até então, a reforçar positivamente o companheiro e a consciencializar-se de todas as mudanças e</p>
--	--	---

			<p>necessidades de readaptação a que este está sujeito, pela alteração da sua imagem corporal e sentir-se, provavelmente, vulnerável e diminuído enquanto homem. Questionados acerca da compra e utilização do tadalafil, que ainda não iniciaram.</p>
<p><b>Imagem corporal comprometida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar a reconstrução positiva da imagem corporal</li> <li>• Melhorar a autoestima e autoconceito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar imagem corporal</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre imagem corporal</li> <li>- Assistir a pessoa a restaurar imagem corporal</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional</li> <li>- Incentivar aceitação da imagem corporal</li> <li>- Ensinar sobre estratégias adaptativas</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções</li> <li>- Incentivar o envolvimento da família</li> </ul>	<p>Ao longo das primeiras sessões, o utente apresentava um ar descuriado, encontrando-se de pijama e sem próteses dentárias.</p> <p><b>18/03:</b> Pela primeira vez, o Sr. VL encontrava-se com as próteses dentárias colocadas para a sessão.</p> <p><b>22/03:</b> Apresentou-se novamente sem as próteses dentárias, com a barba por desfazer há vários dias, e em pijama. Incentivado a colocação de um fato-de-treino na sessão seguinte, ao invés do pijama.</p> <p><b>24/03:</b> O utente manteve-se de pijama e robe vestido, referindo não ter fatos-de-treino, sentindo-se mais confortável de pijama para a realização dos exercícios. Reforçados os objetivos da nossa intervenção, nomeadamente a reintegração na sociedade e retorno à sua vida e atividades habituais e, portanto, ao treino de atividades igualmente com roupa de saída à rua.</p>

		<p>Reforço positivo relativamente à colocação de prótese dentária na semana anterior, ficando com melhor aparência e mais jovem. O utente referiu que a prótese era provisória e lhe magoava um pouco, e que necessitava de ir ao dentista levantar a nova. Referiu ainda não conseguir desfazer a barba sem ajuda. Questionado relativamente ao motivo para não desfazer a barba sozinho, referindo incapacidade para permanecer de pé em frente ao espelho do WC durante tanto tempo. Sugerida utilização de um espelho portátil, que seria igualmente útil posteriormente, após cicatrização da ferida, para observação e realização de cuidados ao coto de amputação.</p> <p>Manifestou vontade de na próxima semana deixar a cadeira de rodas.</p> <p><b>25/03:</b> Melhoria geral da autoimagem, sendo elogiado pela colocação da prótese dentária.</p> <p><b>29/03:</b> refere ter descansado pouco durante a noite, encontrando-se sonolento e ainda de robe e pijama no sofá. Pouco motivado para a sessão. Ainda não conseguiu regressar ao leito.</p> <p><b>31/03:</b> Bem-disposto, com melhoria da autoimagem,</p>
--	--	---

		<p>encontrando-se com barba desfeita, prótese dentária colocada, vestido de calças, polo e camisa. Elogiado.</p> <p><b>01/04 a 07/04:</b> Bem-disposto e sorridente. Mantinha boa aparência, apresentando-se de calções de ganga, camisa e polo, mantendo as próteses dentárias colocadas.</p> <p><b>09/04:</b> Bem apresentável, embora com barba por desfazer.</p> <p><b>13/04:</b> Providenciado espelho portátil para conseguir desfazer a barba em posição de sentado de forma independente. Explicada também a importância da futura utilização do espelho nos cuidados ao coto e autovigilância do mesmo.</p> <p><b>14/04:</b> Mantinha barba por desfazer, ainda não tendo utilizado o espelho fornecido. Encontrava-se se pijama por ter acordado há instantes. Colocou prótese dentária antes da realização de treino de marcha no exterior.</p> <p><b>16/04:</b> Utente ainda com barba por desfazer, no entanto encontrava-se com próteses dentárias e roupa e calçado de exterior, não sendo, porém, realizado treino de marcha no exterior por indisposição do utente.</p> <p><b>19/04:</b> incentivado à reconstrução da imagem corporal,</p>
--	--	--

			<p>encontrando-se sem próteses dentárias.</p> <p><b>21/04:</b> Utente mais sonolento, referindo insónia a partir das 5h. Encontrava-se a dormir no sofá, ainda de pijama, sem próteses dentárias, e barba por desfazer, com imagem corporal mais descuidada, sendo incentivado ao restauro da autoimagem.</p> <p><b>23/04:</b> Doente ainda a dormir no sofá, em pijama, sem próteses dentárias. Por iniciativa própria, ao receber a nossa visita, colocou próteses dentárias para a realização da sessão. Prescrita para a sessão seguinte a colocação de roupa de rua, sapatilha, próteses dentárias e barba desfeita. Utilizadas estratégias motivacionais e de identificação, sendo partilhadas situações de e fotografias de casos reais de superação de outros utentes amputados ou tetraplégicos.</p>
--	--	--	---

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o desenvolvimento do plano de cuidados apresentado, foi crucial o estabelecimento de uma relação empática e de confiança com o casal que, progressivamente, permitiu e facilitou a expressão de sentimentos e emoções por partes de ambos e, deste modo, permitiu o planeamento intervenções direcionadas às suas reais necessidades e problemas. Desta forma, o plano de cuidados estabelecido, atende aos objetivos individuais do utente e família e ao seu projeto de vida, preconizando o seu retorno às AVD e reintegração social. Porém, existem outras áreas a desenvolver junto do utente e cuidador, que não se encontram espelhadas neste plano de cuidados sob forma de diagnóstico, mas sobre as quais é importante intervir, nomeadamente no que concerne à adaptação do automóvel.

A amputação coloca diversos obstáculos que necessitam de ser encarados neste processo, tais como a dificuldade em retornar às suas AVD. A pessoa modifica alguns aspetos da sua identidade, tornando-se dependente na realização das suas tarefas, verificando-se uma dificuldade na assunção de responsabilidades e questões sociofamiliares (Santos et al, 2018). Neste sentido, a pessoa necessita de encontrar formas de satisfazer as suas necessidades e exigências e de viver de acordo com a sua condição física. Existem certos aspetos e limitações que devem ser aceites pela pessoa e encaradas de forma realista, permitindo que a pessoa encontre novas estratégias para se adaptar à realidade de forma a anular a falta do membro amputado (Santos et al, 2018). Os EEER assumem especial importância no que diz respeito a auxiliar a pessoa a encontrar as melhores estratégias para ultrapassar estes processos de transição que alterem a definição do *self*, promovendo uma adaptação aos novos desafios de saúde, ajudando a pessoa a encontrar estabilidade e bem-estar de acordo com o seu projeto de vida e de saúde (Petronilho, 2007). A adaptação consiste assim, numa importante etapa para a aceitação do seu novo corpo e necessidade de ajuda e, portanto, constitui um obstáculo a ser vencido com a ajuda do EEER.

Ao longo do contacto com o Sr. V.L. foi perceptível a importância que voltar a conseguir conduzir tinha para si. Numa fase inicial da intervenção,

numa das primeiras visitas domiciliárias, percebi através de um telefonema, que o Sr. V.L. teria colocado o seu carro à venda por motivo de doença. Questionado acerca do assunto, confessou que, com um membro amputado, estava impedido de voltar a conduzir. Explicou-se, ainda nesta fase, que o facto de ser amputado não era impeditivo de poder conduzir, sendo possível proceder a adaptação do carro, participada pelo estado. Contudo, a descrença na sua recuperação prevaleceu, pelo que manteve o carro à venda. Ao longo das sessões, e com a progressiva recuperação, foi possível trazer o utente até ao exterior, junto do seu veículo e realizar, inclusivamente, treino de entrada e saída do carro, apoiado nas canadianas. Este momento foi crucial para aumentar a motivação do utente e, a partir daí, confiar na sua capacidade de retorno à vida habitual. Foi então iniciado um conjunto de ações com contributos importantes para o regresso do Sr. V.L à condução e as quais deverão ser mantidas, nomeadamente no que concerne à assessoria e aconselhamento relativamente à adaptação do veículo, ao pedido de dístico e lugar de estacionamento à porta de casa, ficando o utente mais motivado para a manutenção do veículo, prevendo um regresso à condução. Foi também entregue alguma legislação e fornecidas orientações à família, para que pudessem iniciar tranquilamente todo o processo para adaptação do veículo à sua condição física. Foi também importante o confronto do utente com algumas situações reais de sucesso e readaptação de outros utentes amputados e paraplégicos, com imagens dos mesmos a realizar diversas atividades: conduzir, passear, viajar, pintar casas no cimo de andaimes, etc.

Este conjunto de intervenções teve assim como objetivo principal, a reintegração da pessoa na sociedade, na família e na comunidade. Simultaneamente, promoveu-se uma reconstrução positiva da imagem corporal e participação ativa na sua vida, ultrapassando sentimentos estigmatizantes, de incapacidade e de inferioridade, aumentando a realização pessoal e autoconfiança e, portanto, uma transição saudável.

A realização deste estudo de caso constituiu um importante elemento de aprendizagem, permitindo a sistematização da avaliação da pessoa submetida a amputação transtibial e a seleção das melhores estratégias de intervenção com os melhores subsídios da evidência científica. Além do mais, permitiu

também o desenvolvimento de vários objetivos delineados, bem como das várias competências específicas de Enfermagem de Reabilitação, com maior enfoque na competência J1 – “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” - e J2 – “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”. A riqueza desta situação permitiu também:

- Promover práticas com base na evidência científica, participando e colaborando na implementação de protocolos com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação;
- Desenvolver competências de gestão e liderança, otimizando a resposta e articulação na equipa de saúde;
- Promover um ambiente seguro e terapêutico à pessoa e família;
- Desenvolver autoconhecimento, assertividade, capacidade de tomada de decisão, com base numa prática segura, profissional e ética;
- Desenvolver programas de reabilitação na pessoa com alteração da função sensório-motora e sexualidade;
- Capacitar a pessoa para a realização de AVD e autocuidado, nomeadamente na gestão dos processos terapêuticos com vista à maximização da autonomia e qualidade de vida;
- Desenvolver e executar programas de treino cardiorrespiratório e motor.

De acordo com o modelo conceptual de Meleis, existem fatores facilitadores e inibidores do processo de transição. Os cuidados domiciliários constituem um contexto de eleição para compreender as condições e implicações que afetam o processo de transição e conseqüente adaptação do indivíduo. Pela proximidade que estabelecem com a pessoa e sua família, os cuidados domiciliários produzem efeitos consideráveis na qualidade de vida, favorecendo um trabalho em parceria e colaboração tanto com a pessoa como com a família. Além disso, permitem ao EEER detetar e antecipar eventuais situações geradoras de crise e atuar sobre elas prevenindo-as, bem como

garantir um maior apoio físico e emocional. O domicílio consiste, assim, num meio propício e facilitador de uma transição saudável, alicerçado numa relação de empatia e proximidade entre o EEER, utente, cuidador/família e comunidade, estando o EEER orientado para o desenvolvimento e maximização do potencial da pessoa, de forma a restituir o seu bem-estar. Esta relação garante o fortalecimento de laços e possibilita o cumprimento dos objetivos delineados para todos os intervenientes.

O contacto direto com este utente e família e a afinidade estabelecida, permitiram assim uma avaliação e levantamento de alguns inibidores ao processo de transição. De entre eles destacam-se as crenças, status socioeconómico, conhecimento acerca do processo de transição, motivação, falta de suporte familiar e comunitário, sentimentos de frustração e ansiedade e informação insuficiente. Foram assim delineadas e implementadas intervenções em torno do suprimento dos aspetos supracitados, focadas na mudança, melhoria do potencial, aprendizagem e obtenção de conhecimento, preconizando a inserção da pessoa na sociedade pela mobilização dos seus recursos internos e externos, o que constitui um desafio da adaptação.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR 2a Série (No85, 3 de maio de 2019), 13565–13568. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Petronilho, Fernando Alberto Soares – *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-91-7.

Santos, C. P. dos; Escobal, A. P. L.; Strefling, I. S. S.; Vargas, E.; Vaz, C. H. G. J.; Vargas, B. C. (2018). Reconstrução da Identidade da Pessoa Amputada. *Revista da Jornada da Pós-Graduação e Pesquisa – Congrega*, 523-534. ISSN 2526-4397

## APÊNDICES

## Apêndice 1 – Escala de Graffar

Pontuação	1. Profissão
1	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
2	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
3	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.
<b>4</b>	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).
5	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).
Pontuação	2. Nível de Instrução
1	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por ex., catedráticos, doutores ou licenciados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.
2	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.
3	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.
<b>4</b>	Ensino primário completo (6 anos de estudo).
5	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).
Pontuação	3. Rendimento Familiar
1	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex.: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).
2	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex.: encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).
<b>3</b>	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex.: empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, cargos de responsabilidade em grandes empresas).
4	Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por horas ou à tarefa.
5	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada

	(ex.: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.
<b>Pontuação</b>	<b>4. Conforto da Habitação</b>
1	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto
2	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis
<b>3</b>	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.
4	Categoria intermédia entre 3 e 5.
5	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.
<b>Pontuação</b>	<b>5. Aspeto do Bairro Habitado</b>
1	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
2	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
<b>3</b>	Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável
4	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.
5	Bairros de lata.
<b>TOTAL</b>	
<b>17</b>	

<b>Classe I</b> – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9	<b>Alta</b>
<b>Classe II</b> – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13	<b>Média Alta</b>
<b>Classe III</b> – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17	<b>Média</b>
<b>Classe IV</b> – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21	<b>Média Baixa</b>
<b>Classe V</b> – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25	<b>Baixa (pobre)</b>

Adaptado de <http://www.eas.pt/wp-content/uploads/2014/01/TESTE-GRAFFAR.pdf>

## Apêndice 2 – Avaliação da Marcha (Categorias Funcionais da Marcha)

Datas	09/03	09/04
0 - Não realizar marcha, incapacidade absoluta para deambulação, mesmo com auxiliar externo.		
1 - Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.	X (canadianas)	
2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, num ambiente conhecido e controlado, como em casa.		
3 - Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita.		X (canadianas)
4 - Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita.		
5 - Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência.		

### Apêndice 3 – Escala de MRC

Escala MRC									
5	Movimento normal contra a gravidade e resistência								
4	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força								
3	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência								
2	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.								
1	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento								
0	Sem contração muscular e sem movimento								
<b>Data</b>	<b>Avaliação</b>								
09/03	M. Superior Esq°	5	M. Superior Dt°	5	M. Inferior Esq°	5	M. Inferior Dt°	3	

## Apêndice 4 – Escala de Barthel

Atividades	Pontuação 10/03	Pontuação 09/04
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0 = Dependente	10	10
<b>TRANSFERÊNCIAS</b> 15 = Independente 10 = Precisa de alguma ajuda 5 = Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 0 = Dependente, não tem equilíbrio sentado	10	10
<b>TOALETE</b> 5 = Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	5	5
<b>UTILIZAÇÃO DO WC</b> 10 = Independente 5 = Precisa de alguma ajuda 0 = Dependente	5	10
<b>BANHO</b> 5 = Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) 0 = Dependente, necessita de alguma ajuda	0	5
<b>MOBILIDADE</b> 15 = Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) 10 = Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 5 = Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 0 = Imóvel	5	15
<b>SUBIR E DESCER ESCADAS</b> 10 = Independente, com ou sem ajudas técnicas 5 = Precisa de Ajuda 0 = Dependente	0	5
<b>VESTIR/DESPIR</b> 10 = Independente 5 = Com ajuda 0 = Impossível	5	10
<b>CONTROLO INTESTINAL</b> 10 = Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente ou precisa de uso de clisteres	10	10
<b>CONTROLO URINÁRIO</b> 10 = Controla perfeitamente, mesmo algaliado, mesmo que seja capaz de manejar a algália sozinho 5 = Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 0 = Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	10	10
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

Adaptado de: Norma da Direção Geral da Saúde Nº 054/2011, de 27/12/2011, ASSUNTO: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, página 13. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

<b>0 a 20</b> - Dependência total
<b>21 a 60</b> - Dependência severa
61 a 90 - Dependência moderada
<b>91 a 99</b> - Dependência muito leve
<b>100</b> - Independência

## Apêndice 5 – Escala de Morse

ESCALA DE MORSE		
Item	Pontuação 09/03	Pontuação 07/04
<b>1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses</b> Não Sim	<b>0</b> 25	<b>0</b> 25
<b>2. Diagnóstico(s) secundário(s)</b> Não Sim	0 <b>15</b>	0 <b>15</b>
<b>3. Ajuda para caminhar</b> Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	<b>0</b> 15 30	0 <b>15</b> 30
<b>4. Terapia intravenosa</b> Não Sim	<b>0</b> 20	<b>0</b> 20
<b>5. Postura no andar e na transferência</b> Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	<b>0</b> 10 20	<b>0</b> 10 20
<b>6. Estado mental</b> Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	<b>0</b> 15	<b>0</b> 15
<b>SCORE</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

Adaptado de: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

**0 e ≤ 24 pontos – Sem Risco**

**≥ 25 e ≤ 50 pontos – Baixo Risco**

**≥ 51 pontos – Alto Risco**

## Apêndice 6 – Escala de Braden

					09/03	07/04
<b>Percepção Sensorial</b>	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	4	4
<b>Humidade</b>	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	4	4
<b>Atividade</b>	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	2	3
<b>Mobilidade</b>	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação	3	3
<b>Nutrição</b>	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	3	3
<b>Forças de Deslizamento</b>	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		2	2
<b>SCORE</b>					<b>18</b>	<b>19</b>

Adaptado de Orientação da Direção Geral da Saúde N° 017/2011, de 19/05/2011. Disponível em:

[https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)

≤ 16 pontos – Alto Risco

≥ 17 – Baixo Risco

## **Apêndice 5 – Folheto sobre VNI**

## Não se esqueça que deve:

- Realizar exercício físico, tais como caminhadas diárias, exercícios de fortalecimento muscular e alongamentos;
- Fazer uma alimentação saudável e ingestão de bastantes líquidos;
- Realizar exercícios respiratórios 2 a 3 vezes por dia em séries de 10:
  - Inspirar pelo nariz como se cheirasse uma flor e dirigir o ar para a barriga
  - Expirar lentamente como se soprasse uma vela;
- Tossir vigorosamente com a boca aberta para facilitar expulsão de secreções;
- Descansar sempre que for necessário;
- Manter as suas atividades e rotinas habituais, adotando estratégias de conservação de energia:
  - na realização de atividades, inspirar quando faz o movimento menos cansativo e expirar quando faz o de maior esforço;
  - colocar os objetos que mais utiliza, em locais de acesso mais fácil;
  - realizar as atividades mais cansativas no período do dia em que sentir mais energia;
  - Executar algumas atividades sentado (Fazer a barba, lavar os dentes, pentear-se, preparar alimentos, etc.)

Em caso de dúvida, contacte a equipa para esclarecimento adicional:

---

### UCC SACAVÉM:

Rua Maria Conceição Costa — Bairro Operário - São João da Talha  
Tel: 219959963 Fax: 219959955  
E-mail: ucc.sacavem@arslvt.min-saude.pt  
Das 8h às 18h de segunda a sexta-feira e aos sábados das 8h às 12h

---

## Ventilação Não Invasiva (VNI) no Domicílio

---

### Orientações para o utente sob Ventilação não invasiva do domicílio e seu cuidador

---



Neste folheto encontrará orientações que irão ajudá-lo a adaptar-se à VNI em sua casa. Este reúne informações acerca da função da VNI, dos principais problemas associados e soluções para os resolver, instruções relativamente à utilização deste equipamento, bem como os principais cuidados a ter.

---

Realizado pela Enfª Tatiana Glória, Aluna do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Enfª orientadora: Sandra Ferrador



## Ventilação Não invasiva domiciliária

### O QUE É?

É uma forma de apoio à respiração sem necessidade meios invasivos. É aplicada através de uma máscara na face, no nariz ou através de uma peça na boca, ligada a um ventilador que gera ar.



### VANTAGENS:

- Aliviar a falta de ar e diminuir o cansaço;
- Aguentar mais esforços;
- Dormir melhor e respirar melhor;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Diminuir ansiedade e depressão;
- Evitar o agravamento da sua doença respiratória;
- Diminuir mortalidade e número de internamentos no hospital;
- Estabilização da hipertensão arterial, arritmias e insuficiência cardíaca.

## Principais problemas e soluções

- **Feridas:** Provocadas pela pressão da máscara no rosto. Deve aliviar a máscara, colocar penso para proteger a pele (solicitar ao enfermeiro) e ponderar mudar o modelo de máscara.
- **Boca e nariz seco, obstrução do nariz, acumulação de secreções:** Ingerir 2L de água por dia; fazer higiene oral e nasal várias vezes por dia; tossir para expetorar; fazer todos dias os exercícios respiratórios ensinados pelo seu enfermeiro de reabilitação; se possível utilizar humidificador no aparelho ventilador, aplicar soro fisiológico nas narinas.
- **Distensão do estômago:** Deve respirar com a boca fechada, coordenar a sua respiração com o ar gerado pelo ventilador, e tomar medicação para a flatulência.
- **Irritação ocular:** limpar os olhos com soro fisiológico, colocar colírio, reajustar a máscara e as fitas de fixação de forma a evitar fugas de ar.
- **Hemorragia nasal:** Parar a ventilação e contactar a equipa.

## Colocação da máscara

O rosto deve estar limpo e seco antes de colocar a máscara. Se for necessário, colocar penso de proteção nas zonas onde a máscara exerce maior pressão.



### MÁSCARA NASAL / ALMOFADAS NASAIS

- Envolvem todo o nariz a partir do bordo superior do lábio de cima. Ao usar esta máscara, mantenha a boca fechada. Pode comer e comunicar, mas deve evitar estar à conversa de máscara. Para colocar deve apoiar primeiro a parte inferior da máscara acima do lábio superior e regular as fitas à cabeça, de forma simétrica, sem apertar demais. Para retirar, libertar apenas as tiras inferiores, mantendo as de cima no apoio de testa.
  - As almofadas nasais inserem-se diretamente à entrada das narinas e também devem usar-se de boca fechada.



### MÁSCARA FACIAL:

- Pode respirar através da boca. Retirar a máscara para comer ou falar. Para colocar, primeiro deve apoiar a zona inferior da máscara abaixo do lábio inferior e ajustar depois as fitas à cabeça, de modo simétrico, sem apertar demasiado. Verificar a existência de fugas entre a máscara e o rosto. Não tapar a válvula no exterior da máscara. Para retirar deve soltar apenas as tiras inferiores.



## Cuidados com o equipamento

- **Ventilador:** colocar em local seco e arejado junto à cama, em superfície plana (não tapar nem colocar no chão). Limpar com pano húmido, sem produtos, e deixar secar antes de usar.
- **Filtro:** lavar 1 vez por mês com água morna e sabão. Secar bem antes de voltar a usar. Substituir de 6 em 6 meses.
- **Máscara e acessórios:** desmontar tudo e lavar semanalmente todas as peças, com água morna e sabão. Limpar com pano seco. Não secar ao sol.
- **Circuito/Tubo:** limpar por fora com pano húmido. Não deixar entrar água no seu interior. Se entrar água, pendurar até secar.

## **Apêndice 6 – Folheto Amputação**

# Exercícios de alongamento e fortalecimento muscular

Estes exercícios são essenciais para tratar e prevenir o enfraquecimento, o encurtamento muscular e aumentar a força/mobildade, que contribuem para que volte a caminhar. Os exercícios devem ser realizados diariamente nos 2 membros e repetidos 10x em séries de 3.

## Exercícios de alongamento:



Levar a coxa em direção ao peito.  
Mantenha a posição e conte até 10.

## Exercícios de fortalecimento muscular:



De barriga para baixo, levantar o membro



Deitado de lado, levantar o membro



Elevar o tronco procurando manter o coto alinhado com outro membro



De lado ou de barriga para cima, apertar toalha entre as pernas



Com ou sem bola, levantar a cintura do colchão com apoio nos braços



Sentado ou deitado, levantar e baixar a perna/coto



Abrir os braços e levantar o peso à largura dos ombros.



Apoiar na cadeira e elevar o corpo expirando. Voltar à posição inicial inspirando

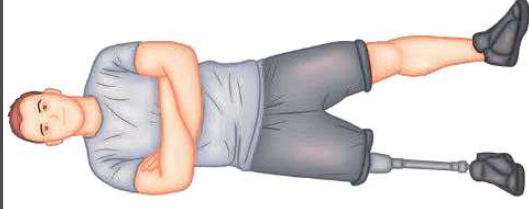
Dobrar os cotovelos e levar o peso ao ombro.



## Cuidados após Amputação do membro inferior

### Orientações para o utente com amputação do membro inferior e familiares / cuidadores

Após uma cirurgia de amputação, é importante que tenha um papel ativo no seu processo de reabilitação. Este deve ser iniciado precocemente, de forma a evitar complicações e torná-lo o mais independente possível, permitindo voltar às suas atividades habituais.

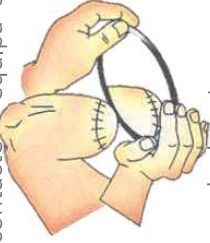


Estas orientações irão ajudá-lo neste processo. Irá aprender a cuidar do coto, evitar complicações, bem como algumas posições e exercícios para fortalecimento muscular, de forma a reunir condições para colocar uma prótese que o ajude a ser autónomo, como anteriormente.

# Cuidados com o coto

## INSPEÇÃO DIÁRIA DO COTO

Com a ajuda de um espelho, deve observar o seu coto frequentemente e verificar se existem feridas ou alterações da cor da pele. Se notar alterações (tais como ferida, vermelhidão, dor, bolhas) não calce a prótese e contacte a equipa de saúde.



## HIGIENE DO COTO

- ✓ Depois de cicatrizado, lave diariamente o coto com água e sabão neutro e seque com uma toalha macia
- ✓ Fazer massagem com creme hidratante sem perfume, antes de dormir
- ✗ Não usar produtos que sequem a pele como o pó de talco ou álcool

## DESSENSIBILIZAÇÃO DO COTO

Exercícios que podem ser iniciados nas primeiras semanas após a cirurgia. Ajudam a reduzir a dor e a reconhecer diferentes sensações e texturas.

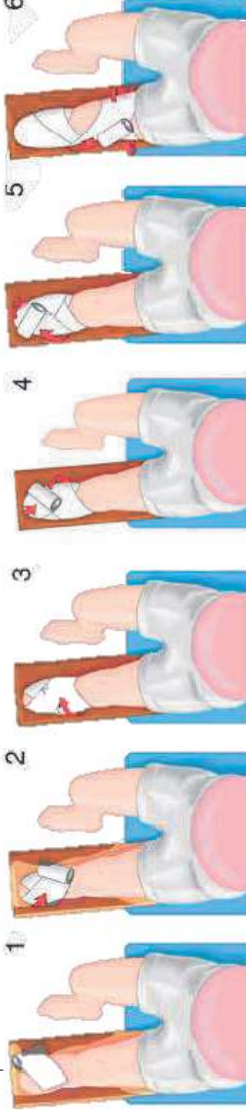
Usar um material de cada vez, com massagens suaves à volta da cicatriz, aumentando lentamente a frequência e duração do movimento, conforme tolerância. Ex.: algodão, toalha, escova, cubos de gelo.



## Prevenir complicações

### CONTROLAR O EDEMA / INCHAÇO

O edema/inchaço é um dos principais problemas após a cirurgia e pode ser diminuído com a colocação de ligaduras elásticas. Esta permite ainda moldar gradualmente o coto para melhor encaixe na prótese. Deve ser iniciado por um profissional.



Fonte: <https://www.fairview.org/patient-education/86559>

- ✓ Colocar as ligaduras na diagonal ou desenhando “oitos”, começando pela ponta do coto
- ✓ Exercer mais pressão na ponta e diminuir à medida que se sobe em direção à coxa
- ✓ Uso diário. Retirar e ajustar (se possível) 3x dia, inspecionar e massajar por 10min. Retirar para dormir
- ✓ Lavar as ligaduras à mão com água e sabão. Não secar ao sol.
- ✗ Não deixar rugas ou pregas na ligadura
- ⚠ Retirar se sentir dormência, picadas, dor ou comichão e informar a equipa de saúde

## Posicionamento

O correto posicionamento é importante para a prevenção de deformidades e contraturas. Um correto posicionamento previne encurtamento dos músculos e a perda do movimento das articulações.

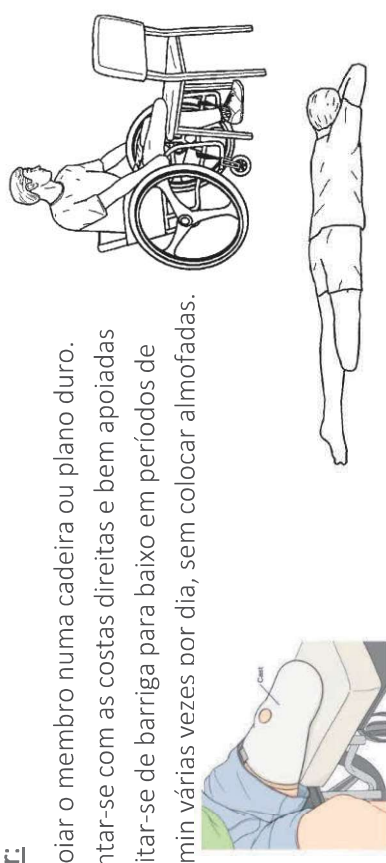
### O que não fazer:

- ✗ Não deve colocar almofadas entre as pernas, debaixo do membro amputado
- ✗ Não deixar o coto pendurado fora da cama/cadeira ou cruzado sob a outra perna nem ficar muitas horas sentado com o membro dobrado
- ✗ Não apoiar o coto na canadiana



### O que fazer:

- ✓ Apoiar o membro numa cadeira ou plano duro.
- ✓ Sentar-se com as costas direitas e bem apoiadas
- ✓ Deitar-se de barriga para baixo em períodos de 15-20min várias vezes por dia, sem colocar almofadas.



**ANEXOS**

## **Anexo 1 - Escala de Borg Modificada**

# Escala de Borg Modificada

0	Absolutamente nada
0,5	Pouquíssima, quase nada
1	Muito pouca
2	Pouca
3	Média, regular
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

Modified Borg scale

Adaptado de : Borg G. (1998). Borg's Perceived Exertion and Pain Scales. Champaign (IL): Human Kinetics.



GRUPO DE INTERESSE EM  
FISIOTERAPIA CARDIO-RESPIRATÓRIA

Visite-nos em:



Grupo de interesse em  
Fisioterapia Cardio-Respiratória



[gifcr@apfio.pt](mailto:gifcr@apfio.pt)



<http://www.apfio.pt/gifcr>



## **Anexo 2 - COPD Assessment Test**

O seu nome : \_\_\_\_\_

Data de hoje : \_\_\_\_\_

**Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)**

Este questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

**Por exemplo:** Estou muito feliz 

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Estou muito triste

		PONTUAÇÃO							
Nunca tenho tosse	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tenho tosse o tempo todo	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Não sinto nenhuma pressão no peito	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Sinto uma grande pressão no peito	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Durmo profundamente	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Tenho muita energia (disposição)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				

**PONTUAÇÃO TOTAL**

--	--

### **Anexo 3 - Escala de Sobrecarga do Cuidador (Escala de Zarit)**

### Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Cotação dos itens: (1 a 5)

Nunca=1

Quase nunca=2

Às vezes=3

Muitas vezes=4

Quase sempre=5

Resultado:

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o					

	resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Total:

## **Anexo 4 - Escala de GUSS**

## GUSS *Gugging Swallowing Test*

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

### Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	_____ (20)		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
<sup>1</sup>	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso  Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira  Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta passada</li> <li>• Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul>
10–14	Semi-sólido com sucesso  Líquido sem sucesso	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta semi-líquida</li> <li>• Líquidos espessados</li> <li>• Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>• Não administrar medicação líquida</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave  Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>