



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

**Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de
Hospitalização Domiciliária - A Intervenção Do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Marisa Isabel Da Silva Monteiro

—

**Lisboa
2020**



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

**Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de
Hospitalização Domiciliária - A Intervenção Do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Marisa Isabel Da Silva Monteiro

Orientador: Professor Doutor Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Depois de tudo ficaram três coisas
A certeza de que estamos sempre a começar ...
A certeza de que é preciso continuar
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar
Por isso devemos
Fazer da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada ...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro.”*

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

Ao Cláudio...E desde então sou porque somos, e por amor... sou, serei, seremos... pelo apoio incondicional, a paz que conquistámos. Sem ti este projeto não seria possível... as palavras são insuficientes para o que somos e construímos juntos.

Às minhas estrelas João Afonso e Mariana... quando sorriem, o meu coração dança... não há distâncias que o amor não apague, como tão precocemente sabem os filhos dos enfermeiros.... Irei pedir ao tempo que me dê mais tempo para olhar por vós...

À Senhora minha Mãe com M maiúsculo, por ser a Maior, a Melhor pessoa que me acolhe de todas as vezes, no seu regaço e a quem devo tudo o que sou.

Ao Senhor meu pai que, sem saber, me trouxe à Reabilitação.

Ao meu irmão, fonte de inspiração, de verdade e de superação, âncora em todos os momentos, desde sempre e para sempre.

À madrinha Catarina aquele carinho, aquela pessoa-abraço-sempre-presente, por todas as partilhas, pela força-sorriso que me transmites, por fazeres as minhas estrelas brilharem mais...#somosfamília

Aos faróis que me acompanham desde sempre, Andreia, Nelson e Marta, por nos apoiarmos e por voltarmos sempre a esta amizade-casa, à família que escolhemos, percorrendo e iluminando juntos, os caminhos da vida.

Ao Senhor Professor Joaquim Paulo pela gentileza, acompanhamento e suporte, mostrando sempre muita compreensão neste caminho que se revelou mais longo.

À minha equipa UCIC que se amparou em tempos difíceis, superando-se e revelando a coesão e o espírito de equipa que nos eleva.

Às #sunshinegirls por me esperarem, na minha indisponibilidade... e serem as minhas-amigas-sol, em todas as partilhas.

Ao #gomasparatodos pelo incentivo e partilha e pelas gargalhadas que nos facilitam momentos.

Ao meu grupo da reabilitação: Carolina, Henrique e Liliana, pelo perfeccionismo, rigor com que pautámos o nosso trabalho, baseado na interajuda e positividade inspirando-nos mutuamente.

Ao EEER F.P. por todo o acompanhamento, pela dedicação, todos os ensinamentos e reforço positivo com que me presenteou, conduzindo-me a uma visão mais concreta (os outros óculos) da enfermagem de reabilitação.

À EEER M.J. pelo acompanhamento, pela resiliência que revela a cada dia na sua prestação de cuidados.

Às ausentes..., mas presentes...minhas avós, num poema...

Em todas as ruas te encontro

Em todas as ruas te perco

Conheço tão bem o teu corpo

Sonhei tanto a tua figura

Que é de olhos fechados que ando

A limitar a tua altura

E bebo a água e sorvo o ar

Que te atravessou a cintura

Tanto tão perto tão real

Que o meu corpo se transfigura

E toca seu próprio elemento

Num corpo que já não é seu

Num rio que desapareceu

Onde um braço teu me procura

Em todas ruas te encontro

Em todas as ruas te perco

Mário Cesariny

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACP- Auscultação cardiopulmonar

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

AVC- Acidente vascular cerebral

AVD- Atividades de Vida Diárias

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMER – Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CP- Cuidados Paliativos

CS- Conspiração de Silêncio

DA- Drenagem Autogénica

DALY- Disability Adjusted Life Years

DGS – Direção Geral de Saúde

DO – Docente Orientador

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAD- Exame Auxiliar de Diagnóstico

EC – Ensino Clínico

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EDIC – Exercício de Débito Inspiratório Controlado

EE- Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

EO – Enfermeiro Orientador

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ETGOL – Expiração Lenta com a Glote Aberta

HD – Hospitalização Domiciliária

HEF- Técnica de Aceleração do Fluxo Expiratório

INESCTEC- Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MI – Membro Inferior

MID – Membro Inferior Direito
MIE- Membro Inferior Esquerdo
MIF - Medida de Independência Funcional
MIF – Medida de Independência Funcional
MMSE – Minimental State Examination
MRCMS – Medical Research Council Muscle Scale
MS- Membro Superior
MSD - Membro Superior Direito
MSE - Membro Superior Esquerdo
NIHSS – National Institute Health Stroke Scale
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE- Ordem dos Enfermeiros
ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
PAC- Pneumonia Adquirida na Comunidade
PEP- Pressão Positiva Expiratória
RFR – Reabilitação Funcional Respiratória
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNL – Revisão Narrativa da Literatura
RSE – Registo de Saúde Eletrónico
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SNS- Serviço Nacional de Saúde
TAC CE - Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica
TEF – Técnica Expiração Forçada
UC – Unidade Curricular
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
URAP- Unidade de Recursos Assistenciais na Comunidade
VC – Volume Corrente
WHO – World Health Organization

RESUMO

Os cuidados especializados de ER, enquanto área de intervenção reconhecida, têm como alvo a pessoa com necessidades especiais, em diferentes contextos. A hospitalização domiciliária, destaca-se como um dos possíveis contextos, para a prática do EEER, onde este, terá oportunidade de desenvolver competências, implementando o seu vasto leque de intervenções especializadas, junto das pessoas e suas famílias, e demonstrando, através da sua ação, evidentes ganhos em saúde.

A HD surge como conceito inovador, no qual podemos constatar uma mudança na abordagem e no paradigma, relativamente aos cuidados de saúde – nomeadamente, cuidados de ER que acompanham a designada modernização dos serviços prestados aos seus utentes, adaptando-se às suas novas necessidades.

Emerge da intervenção especializada do EEER- a Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) à Pessoa portadora de Doença Respiratória, - pelo impacto que as doenças respiratórias assumem na nossa sociedade atual, a níveis nacionais e globais, sugerindo espaços para a intervenção do EEER, quer nas doenças respiratórias potencialmente curáveis, quer nas doenças respiratórias crónicas.

A atuação do EEER junto da pessoa com doença respiratória, nas UHD, assume-se como uma mais valia, fomentando, com a sua intervenção especializada, ganhos em saúde, tais como - a diminuição da demora no internamento, a redução do número de internamentos e reinternamentos, a diminuição dos níveis de dependência nos autocuidados e o aumento da satisfação dos utentes e suas famílias. Urge então, neste contexto inovador, o desenvolvimento de competências e conhecimentos do EEER, para a prestação de cuidados especializados, em qualidade e segurança, fora das *paredes hospitalares*.

Palavras chave: Hospitalização Domiciliária, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Doenças Respiratórias, Reabilitação Funcional Respiratória.

ABSTRACT

Rehabilitation Nursing Care (RNC) is recognized as a specialised area in nursing practice, for people with special needs, in different settings. Hospitalization at Home (HaH) is one of these possible settings for rehabilitation nurses, where they have the opportunity to develop skills and implement a wide range of specialised interventions for patients and their families. Their specialized interventions express evident health gains.

HaH emerged as an innovating definition, that originated a change of approach regarding healthcare and rehabilitation nurses, in particular, who embraced the modernization of health services and adapted to the new circumstances.

Among nursing rehabilitation practice fields, respiratory rehabilitation (RR) intervention for patients with respiratory disease is particularly important these days due to the impact of these diseases in our society, whether in potentially treatable respiratory conditions, whether in chronic respiratory diseases.

The performance of specialized interventions from rehabilitation nurses with people who have respiratory disease, through home hospitalization improves health gains such as the reduction of prolonged hospitalization, the decrease of hospital admissions and readmissions, a decline of self-care dependency levels and an increase in patients and their families satisfaction.

Therefore, the development of skills and knowledge of rehabilitation nurses in this pioneering context, demonstrate that is possible to provide specialized, quality, and safe nursing care, outside *hospital boundaries*.

Keywords: *Hospital at Home (HaH), Rehabilitation Nurses, Rehabilitation Nursing Care (RNC), Respiratory Diseases, Respiratory Rehabilitation.*

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	11
<u>1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS DELINEADOS NO PROJETO</u>	21
<u>2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</u>	52
2.1. CUIDA DAS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS (J1)	52
2.2. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DE CIDADANIA (J2)	66
2.3. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE, DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA (J3)	72
<u>3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS</u>	78
<u>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	83
<u>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	86

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO DE FORMAÇÃO

APÊNDICE II – COMPETÊNCIAS E OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEFINIDOS NO PROJETO DE FORMAÇÃO

APÊNDICE III – ESTUDO DE CASO DE UTENTE, UHD

APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO DE UTENTE, UCC

APÊNDICE V – JORNAIS DE APRENDIZAGEM

APÊNDICE VI- INSTRUMENTO DE REGISTO PARA PROGRAMA EXERCÍCIOS NO ÂMBITO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

APÊNDICE VII- INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS, ECCI

APÊNDICE VIII- APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO, UHD

APÊNDICE IX - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO, UCC

APÊNDICE X – APLICAÇÃO DA MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA, UHD

ANEXO II– INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO MOTORA, UHD

ANEXO III – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM, UCC

INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na unidade curricular de Estágio com Relatório, foi-me proposta a elaboração de um relatório de estágio, tendo como finalidade a descrição e a análise das atividades desenvolvidas ao longo do percurso por mim realizado, bem como as competências por mim desenvolvidas preconizadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Este documento visa aclarar transversalmente as competências desenvolvidas no âmbito da Especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER) e as que estão previstas para o 2º ciclo de estudos – Mestrado -, em concordância com as habilitações previstas nos Descritores de Dublin: desenvolver conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão dos mesmos; realização de julgamentos e tomadas de decisão; comunicação e competências relacionadas com a aquisição de autoaprendizagens.

Pretende-se, com a elaboração deste relatório, que o discente demonstre uma capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de cuidados, dominando a linguagem da comunidade científica e tendo a capacidade de evidenciar as suas conclusões, bem como os processos de pensamento subjacentes, com clareza. Pretende-se, igualmente, que demonstre uma compreensão dos discursos contemporâneos sobre saúde, doença e cuidar/ tratar e a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Ainda indo ao encontro dos objetivos propostos para o discente na elaboração deste relatório, procura-se demonstrar uma capacidade de análise das dimensões éticas, políticas, históricas, sociais e económicas da prática de enfermagem e, por último, aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas da área do conhecimento, nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo atividades e projetos que reflitam e discutam práticas e paradigmas da enfermagem, traduzindo processos de inovação ao nível das práticas, (ESEL, 2020)¹.

¹ Unidade Curricular estágio com Relatório (Documento da UC- Estrutura do relatório de estágio 2019-2020. Prof. Céu Sá et al., 2020)

Interessa, deste modo, revelar o percurso formativo prévio à realização dos ensinamentos clínicos e o motivo pelos quais estes foram devidamente escolhidos e fundamentados. Durante o percurso letivo do curso de mestrado de especialização em enfermagem de reabilitação, na unidade curricular de Opção II, foi proposta a elaboração de um projeto de formação, presente no Apêndice I, determinante na escolha e na fundamentação dos locais onde iriam decorrer os ensinamentos clínicos, e consequentemente, a implementação do projeto de formação delineado e devidamente aprovado pelo conselho científico da comunidade escolar.

O tema por mim escolhido para desenvolver como projeto de formação e subsequente implementação em contexto dos ensinamentos clínicos intitula-se: “A Reabilitação Funcional Respiratória em contexto de Hospitalização Domiciliária – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, destacando como conceitos adjacentes: A Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), a Pessoa portadora de Doença Respiratória, assim como o conceito inovador de Hospitalização Domiciliária (HD).

Parece conveniente descrever o modo como esta temática se revelou de particular interesse para mim, na qualidade de aluna do curso de mestrado, na área de especialização de reabilitação em enfermagem. Entre os motivos que concorreram para a escolha desta temática, destaco o meu interesse pessoal, uma vez que a minha prática profissional foi desenvolvida em contexto hospitalar, numa unidade de cuidados intensivos, revelando-se motivador o estabelecimento de um percurso formativo que desafiasse a minha realidade de prestação de cuidados como enfermeira generalista, tendo-me proposto a atingir um nível diferenciado de prestação de cuidados que fosse, simultaneamente, desafiador, em função de novos contextos de prestação de cuidados.

A especificidade da escolha do contexto de Hospitalização Domiciliária (HD) deve-se ao facto de se tratar de uma área inovadora, na qual podemos constatar uma mudança na abordagem e no paradigma, relativamente aos cuidados de saúde – nomeadamente, cuidados de enfermagem que acompanham a designada modernização dos serviços prestados aos seus utentes, adaptando-se às suas novas necessidades.

A HD é definida, em Diário da República, como uma alternativa ao internamento convencional de prestação de cuidados de assistência contínua e coordenada em casa, que requer admissão hospitalar para internamento, assim como o cumprimento de determinados critérios clínicos, sociais e geográficos, bem como a concordância

do cliente e família para que este se efetive. A responsabilidade, relativa ao internamento domiciliário do utente fica a cargo dos profissionais de saúde que constituam a unidade de hospitalização domiciliária (UHD), o que o distingue de outros modelos ou respostas já existentes na comunidade, (Despacho n.º 9323-A/2018).

Este modelo vai ao encontro de uma procura da modernização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Tal demanda é prevista no programa de saúde do XXI Governo Constitucional, que reflete um compromisso, ao colocar, no centro das prioridades das Políticas Públicas de Saúde, as pessoas e os seus percursos de vida, destacando a importância da melhoria da articulação e integração de cuidados (Despacho n.º 9323-A/2018). No estabelecimento de medidas prioritárias, pretendeu rentabilizar os recursos existentes, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Nesta ótica, propôs uma mudança de paradigma para a oferta de cuidados centrados na pessoa, sugerindo a deslocalização dos cuidados das instituições para o domicílio, com uma redefinição dos processos dos mesmos e a colaboração das várias estruturas e das suas equipas multidisciplinares, (Despacho nº 8807/2018).

Deste modo, a implementação de UHD surge como uma aposta inovadora das novas políticas de saúde implementadas em território nacional. Nesse sentido, o ministério da saúde promoveu a consubstanciação de UHD, nas instituições hospitalares do SNS, com a finalidade de alargar este modelo de prestação de cuidados de saúde a todos os estabelecimentos hospitalares a nível nacional, (Despacho nº12333/2019).

O compromisso subjacente a esta recente medida caminha para o alcance de um sistema de saúde que dê uma resposta de forma justa e atenta às necessidades da população. O mesmo despacho legal revela que as UHD têm apresentado resultados bastante positivos, ao nível da modernização e inovação do SNS, podendo ser considerado um modelo potenciador de ... *uma melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, da redução das complicações inerentes ao internamento convencional e da envolvimento psicossocial do doente durante o período de internamento, permitindo uma maior humanização dos cuidados, através da participação ativa da família e dos cuidadores, com ganhos em eficiência e em qualidade.* (Despacho nº12333/2019, p. 76).

Os conceitos supramencionados que se destacam com este novo modelo de prestação de cuidados são ressalvados na atual lei de bases da saúde, nomeadamente o facto de considerar ... *as pessoas como elemento central na*

conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde, descrito na base 4 alínea c (lei nº 95/2019, p.57), na medida em que, ao transferir os cuidados de saúde do hospital para o domicílio das pessoas, estamos a considerá-las como, efetivamente, o elemento central no planeamento dos cuidados. Garante-se, igualmente, o direito da pessoa em ... *decidir livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (...)* - base 2 alínea f, (lei nº95/2019 p.56) -, pois a pessoa que é internada em HD decide livremente o seu internamento neste modelo, assinando um consentimento informado, que lhe é fornecido pelos profissionais de saúde. Note-se que o internado pode, a qualquer momento, desistir desta modalidade, voltando ao internamento convencional. Por fim, agrega-se o conceito de inclusão previsto no despacho legal de constituição das UHD à lei de bases da saúde, no qual temos que... *todas as pessoas têm direito (...) a aceder aos cuidados de saúde adequados á sua situação, (...), de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.* (alínea b da base 2), lei nº 95/2019 p. 56).

Surge a importância de referir que a literatura evidencia vantagens ao nível da HD, tal como são enunciadas no documento de Delerue & Correia (2018). Estas correspondem a uma diminuição do número de complicações, uma diminuição da incidência de infeções nosocomiais, uma diminuição da taxa de mortalidade, um custo do internamento inferior ao internamento convencional em ambiente hospitalar, uma demora média de internamento inferior e, por último, uma maior satisfação dos utentes e famílias.

Na sequência desta breve descrição e enquadramento legal das UHD, importa-nos relacionar estas premissas com os cuidados prestados pelo EEER, bem como com o supracitado anteriormente no que diz respeito aos cuidados de saúde que visam a melhor evidência disponível, garantindo as boas práticas de qualidade e segurança. Esta condição está prevista ao nível dos cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente nas competências de domínio da melhoria contínua da qualidade antevistas no padrão das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos enfermeiros, 2019^a).

Os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, enquanto área de intervenção reconhecida, têm como alvo a pessoa com necessidades especiais, no contexto onde esta se encontra, estando explícito que os contextos da prestação de cuidados poderão ser os mais variados, tal como prevê o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, (Ordem

dos enfermeiros, 2018). Assim, assume-se o contexto inovador da hospitalização domiciliária como um dos possíveis para a prática do EEER.

O mesmo documento orientador da prática da qualidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação reconhece a prática do EEER como uma intervenção de excelência e de referência, atuando em áreas como a prevenção e a recuperação. Deste modo, habilitam-se, novamente, as pessoas... *vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade*, (Ordem dos enfermeiros, 2018, p. 5), otimizando a condição da pessoa, de acordo com os objetivos da mesma, e superando e/ou ajustando-se perante os seus défices.

O EEER deverá intervir junto da pessoa portadora destas necessidades especiais. Desta forma, no que respeita ao tema do meu projeto de formação, optei por me debruçar sobre a pessoa portadora de doença respiratória, com o fundamento de ser uma área de relevo para a enfermagem de reabilitação, ao qual junto a minha motivação pessoal na área, uma vez que as pessoas com este tipo de afeções foram, desde sempre, alvo de intervenção na minha prática como enfermeira generalista. Salienta-se, ainda, o impacto que as doenças respiratórias assumem na nossa sociedade atual, a níveis nacionais e globais.

No que remete para os anos de vida ativos perdidos por parte da população mundial, as doenças respiratórias representam mais de 10%. Este indicador é-nos fornecido pela unidade de medida DALY – *Disability Adjusted Life Year* -, que nos indica os anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade, estimando a quantidade de perda de vida ativa e produtiva devido a uma doença. Estes anos de vida perdidos devido às doenças respiratórias são superados apenas pelas doenças cardiovasculares, onde se inclui o acidente vascular cerebral (AVC). Em suma, um DALY é considerado um ano de vida saudável perdido e a soma de todos os DALY refletem a carga que uma doença tem na população ativa de uma sociedade, (WHO, 2017).

À semelhança do cenário mundial relativo às doenças respiratórias, a nível nacional, os resultados são igualmente preocupantes – uma realidade confirmada pelos dados epidemiológicos do Observatório Nacional para as Doenças Respiratórias (ONDR), em 2018, que avança que estas doenças são responsáveis pela terceira causa de morte em Portugal, logo após o cancro e as doenças cardiovasculares. Estes dados representam 19% dos óbitos e constituem a principal causa de internamento

hospitalar. Foram identificados 14963 anos perdidos por doença respiratória em Portugal, nos quais se excluem as mortes por doenças neoplásicas do foro respiratório. Dá-se especial ênfase para a situação concreta dos óbitos por pneumonia – 6006 num total de 13 474 de óbitos provocados por doenças respiratórias, (ONDR, 2018). Este facto constitui particular interesse para o Observatório, na medida em que se trata de uma doença potencialmente curável, tornando-se num dos alvos da minha intervenção como futura EEER, no desenho do projeto de formação, e posterior implementação nos campos de estágio.

Realçando estes factos, abrem-se espaços para a intervenção do EEER quer nas doenças respiratórias potencialmente curáveis (como é o caso da pneumonia), quer nas doenças respiratórias crónicas relativamente aos períodos de agudização e capacitação para a autogestão do manancial crónico. Alicerçando ainda mais a escolha do tema do projeto de formação – “*Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de Hospitalização Domiciliária- A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*” – a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, no seu documento que nomeia as Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Reabilitação, elege as Intervenções autónomas do enfermeiro de Reabilitação na Função Respiratória como uma das áreas consideradas emergentes, ou seja, muito prioritárias, para ser alvo de investigação no domínio da disciplina do conhecimento de Enfermagem de Reabilitação, (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A reabilitação funcional respiratória (RFR) é descrita como a terapêutica que usa o movimento na sua intervenção – Cordeiro & Menoita (2012) citando Heitor (2008) – e o seu objetivo primordial é o restabelecimento do padrão funcional respiratório da pessoa com alterações da função respiratória – Cordeiro & Menoita (2012) citando Olazabel, (2003). As manobras externas utilizadas na ventilação externa vão permitir uma melhoria da respiração alveolar, já que os exercícios de RFR consistem em técnicas manuais posturais e cinéticas, dos componentes toraco-abdominais, utilizadas isoladamente ou associadas a outras técnicas. Estas técnicas de movimento descritas como intervenções do EEER são concebidas como um dos tratamentos não farmacológicos das doenças respiratórias, nomeadamente da pneumonia (Branco et al., 2012).

Após a abordagem dos principais conceitos presentes no projeto de formação, importa então referir os contextos de implementação do projeto de formação: os ensinamentos clínicos decorreram de 24 de Setembro de 2019 a 22 de Novembro de 2019,

em contexto hospitalar, numa UHD de um Hospital Central, pioneiro na aplicação deste inovador modelo de cuidados, e em contexto comunitário numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que teve lugar de 25 de Novembro de 2019 a 7 de Fevereiro de 2020, perfazendo um total de 500h, em ambos os ensinamentos clínicos.

Os objetivos delineados para a realização dos ensinamentos clínicos vão ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas para o enfermeiro especialista de reabilitação e aos descritores de Dublin visando, igualmente, alcançar o perfil preconizado para o grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação. Foram, deste modo definidos os seguintes:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação, às pessoas em situação de doença respiratória, em contexto de hospitalização domiciliária, com vista ao restabelecimento do autocuidado.
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de enfermagem de reabilitação, às pessoas e às suas famílias, com alterações ao nível das funções cognitivas, sensoriais, motoras da alimentação e da eliminação, com vista ao restabelecimento ou manutenção do autocuidado.

As competências e objetivos específicos definidos no projeto de formação estão descritos no apêndice II, sendo que serão objeto de análise no segundo capítulo do presente relatório. Tal como é possível constatar na formulação dos objetivos, está presente uma corrente norteadora das intervenções de enfermagem delineadas, pois, quando nos referimos ao conceito de autocuidado, está subjacente o modelo teórico de enfermagem de Orem.

No seu enquadramento concetual, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, (Ordem dos Enfermeiros, 2018) fazem emergir a necessidade de particularizar o quadro de referência teórico para os cuidados de enfermagem de reabilitação, de acordo com os seus enunciados descritivos, destacando-se os modelos de autocuidado e das transições como... *estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional*, (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 6).

De acordo com este padrão de sustentação, foi definido, para nortear a implementação deste projeto de formação e para a minha intervenção enquanto futura EEER, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, cujos principais constructos teóricos subjacentes são os de autocuidado, o défice de autocuidado e a teoria dos

sistemas, (Orem, 2001). Esta teoria fundamenta um modelo que é usualmente aplicado na ER, sendo reconhecida pelos EEER a utilidade dos múltiplos níveis de capacidade para o autocuidado (Hoeman, 2011).

Para que melhor se compreenda o motivo pelo qual foi escolhido este quadro de referência teórico de enfermagem na elaboração e implementação do projeto de formação, torna-se fundamental definir alguns dos conceitos que sustentam esta base teórica – nomeadamente, caracterizar o que a teoria define como autocuidado: (...) *as atividades que a pessoa realiza por si mesma para manter a vida, saúde e bem-estar, prolongando-se ao conceito de cuidado de cuidado dependente, quando a pessoa não consegue por si só satisfazer as suas necessidades e necessita que outra desempenhe as funções de autocuidado*, (Orem, 2001, p.43). Nas premissas que estão subjacentes aos conceitos de autocuidado, intervém o EEER, uma vez que, para Orem, o autocuidado é percecionado como atividade, como comportamento, e também como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem. A pessoa é o elemento central e fundamental nesta teoria, (Orem, 2001), sendo considerado o agente do autocuidado, visto que faz parte da ação e detém o poder para agir. Indo ao encontro das políticas de saúde que sustentam o novo modelo de cuidados de saúde, nomeadamente nas UHD, encontram-se estes mesmos conceitos: a pessoa como elemento central sobre a qual a organização e a implementação dos cuidados de saúde devem servir para dar resposta, contrariando a visão de outrora, onde os cuidados de saúde se definiam em função das organizações e a pessoa se adaptava aos modelos de organização das instituições.

O autocuidado pode ser começado pela pessoa de modo independente, ou poderá esta necessitar de ajuda do EEER, da sua família ou de outros quaisquer cuidadores informais. Os sistemas de ação do EEER, pelos quais este intervém de forma a satisfazer o autocuidado da pessoa, poderão ser: o sistema totalmente compensatório, no qual o EEER substitui por completo a pessoa na sua atividade do autocuidado; parcialmente compensatório, no qual o especialista procura guiar e orientar a pessoa para a satisfação do autocuidado, e o sistema de apoio-educação, no qual o enfermeiro dá o suporte psicoemocional, num ambiente controlado e propício aos ensinamentos do EEER, para que a pessoa seja autossuficiente na busca do comportamento de autocuidado, (Orem, 2001). Assim, a teoria dos sistemas de enfermagem torna-se bastante útil na minha prática como futura EEER, na medida em que esta descreve e explicita o modo como as relações devem ser criadas e mantidas, suportando os cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Queirós, Vidinha & Filho (2014), no seu ensaio teórico acerca da contribuição de Orem para a profissão de enfermagem, integrando outros autores, descrevem os três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, que constituem, em si, os objetivos que devem ser alcançados, mediante a realização dos comportamentos de autocuidado. Deste modo, estes requisitos correspondem aos grupos de necessidades reconhecidos pela teoria. São exemplos dos Requisitos Universais: a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; a preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso; a preservação do equilíbrio entre a solidão e a interação social; a prevenção de riscos para a vida e bem-estar; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos em grupos sociais de acordo com o potencial, limitações e desejos humanos; a prestação de cuidados relacionados com os processos de eliminação. Concentrando-nos nestes requisitos, foram elaborados os processos de enfermagem dos utentes, sobre os quais elaborei os estudos de caso, presentes nos apêndices III e IV.

O presente relatório visa evidenciar, adotando uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, a forma como os meus percursos, nos ensinos clínicos, me permitiram atingir as competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, tendo por base as competências comuns atribuídas aos enfermeiros especialistas. Apresenta como principal objetivo a evidência do desenvolvimento das competências específicas, atribuídas aos enfermeiros especialistas, em enfermagem de reabilitação.

Para dar resposta a tais compromissos, o presente relatório foi estruturado em várias partes.

Numa primeira parte, descreverei as atividades desenvolvidas em ambos os campos de estágio, que me permitiram atingir os objetivos propostos supracitados, bem como as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Numa segunda parte, procederei à análise e reflexão das aprendizagens desenvolvidas, indo ao encontro do domínio das competências do EEER e dos descritores de Dublin, com vista à obtenção do grau de mestre e especialista em enfermagem de reabilitação. Integrar-se-ão os resultados obtidos na revisão narrativa da literatura, procurando-se, também, que esta reflexão e análise das atividades desenvolvidas possam dar contributos para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem de reabilitação. Apresentarei os trabalhos desenvolvidos ao longo dos ensinos clínicos, dando como exemplos os jornais de aprendizagens e estudos de casos, que serão remetidos para apêndices, para que possam ser consultados.

Numa terceira parte, procederei à avaliação das atividades efetuadas, onde darei destaque aos pontos fortes e fracos com que me deparei durante este percurso formativo, sugerindo novas perspectivas que surgiram da implementação do projeto de formação.

Para concluir este relatório de atividades, deixarei as minhas considerações finais, na esperança que traga algo de útil e proveitoso à disciplina de enfermagem de reabilitação, que pretendo, desde já, aprofundar.

1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS DELINEADOS NO PROJETO

O presente relatório de estágio tem como principal objetivo dar a conhecer todo o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, assim como demonstrar as atividades por mim realizadas, que me permitiram desenvolver competências, no âmbito da enfermagem de reabilitação (ER), de acordo com o documento que regula as competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Importa relembrar os objetivos gerais, para que, a partir destes, se possam descrever os objetivos específicos e a forma como as atividades desenvolvidas foram ao encontro do desenho dos mesmos, assim como objetivos gerais:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem, especializados na área de enfermagem de reabilitação, às pessoas em situação de doença respiratória, em contexto de hospitalização domiciliária, com vista ao restabelecimento do autocuidado.
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem, especializados na área da enfermagem de reabilitação, às pessoas respetivas famílias com alterações ao nível das funções cognitivas, sensoriais, motoras, da alimentação e da eliminação, com vista ao restabelecimento ou manutenção do autocuidado.

Destaco, destes dois objetivos gerais, a linha de pensamento que levou a delinearlos – nomeadamente, o facto de estarem alinhados com as competências específicas do EEER, com as comuns do EE, e com os objetivos preconizados no projeto de formação, remetido para o apêndice I, com a temática “*Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de Hospitalização Domiciliária- A intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*”, à qual este relatório se compromete a dar resposta. Em alinhamento com a definição dos objetivos gerais surgiu, então, a necessidade da criação de objetivos específicos, que se pudessem concretizar mais a nível prático, através de intervenções específicas que passo a descrever.

As doravante designadas intervenções de ER regem-se pelos princípios e competências transversais ao EE, tais como as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2019^a).

Importa, então, descrever os objetivos específicos, para que, após uma explanação geral, nos ocupemos da descrição das atividades, capítulo ao qual

estamos dedicados. Os objetivos específicos traçados para os ensinios clínicos, durante a elaboração do projeto de formação, foram:

- I) Aprofundar conhecimentos teóricos e científicos, na área de especialização de ER, na prestação de cuidados à pessoa e à sua família com doença respiratória, com necessidade de RFR.
- II) Compreender a função do EEER, nas dinâmicas organizacionais, nos locais onde decorrerá o ensino clínico (EC).
- III) Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar, bem como a sua dinâmica funcional na articulação com a equipa.
- IV) Aplicar os princípios éticos e deontológicos da profissão na prestação de cuidados de ER, de modo a assegurar a proteção e privacidade da pessoa e da sua família, bem como a qualidade dos cuidados.
- V) Prestar cuidados especializados de ER à pessoa em situação de doença respiratória, com necessidade de RFR, em contexto de HD, baseada na recomendação das boas práticas mais atuais, com recurso à evidência científica mais recente e utilizando a metodologia do processo de enfermagem.
- VI) Prestar cuidados especializados de ER à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório motor, da alimentação e da eliminação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem, com vista ao restabelecimento ou manutenção do autocuidado.
- VII) Produzir o relatório final de atividades dos respetivos ensinios clínicos.

De maneira a atingir os objetivos específicos supracitados, foi prevista a realização de atividades, tendo surgido outras, na prática clínica, igualmente enriquecedoras e que também permitiram o desenvolvimento de competências na área da ER. Destaco, igualmente, que ainda que o projeto de formação se encontre em anexo, alguns melhoramentos surgiram de acordo não só com a realidade clínica encontrada, mas também com as sugestões do docente orientador e dos docentes presentes, durante as discussões dos projetos de formação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), transformando o projeto e a sua posterior implementação numa experiência ainda mais enriquecedora, ao nível das aprendizagens efetuadas.

À data da elaboração do relatório, foi efetuada uma nova revisão da literatura, de modo a encontrar a melhor e mais recente evidência científica disponível. Para que a apresentação das intervenções de EEER se torne aprazível e mais diretiva, criei os diferentes subcapítulos referentes a cada um dos objetivos, ainda que estes não

existam isoladamente, mas num todo que permite integrar todas as competências previstas para o EEER.

1) Aprofundar conhecimentos teóricos e científicos, na área da especialização de Enfermagem de Reabilitação, na prestação de cuidados à pessoa e à sua família com doença respiratória, com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória.

Para a concretização deste objetivo, foi elaborada uma revisão narrativa da literatura (RNL), cujos procedimentos metodológicos e respetivos resultados podem ser consultados, no Apêndice I. A pesquisa científica na base de dados EBSCO, utilizando as fontes CINAHL Complete, MEDLINE Complete e COCHRANE, mediante a utilização de pesquisadores booleanos sobre a temática em estudo, onde foram formuladas as seguintes perguntas de investigação:

- Quais os benefícios obtidos na implementação do modelo de prestação de cuidados de HD?

- Que benefícios podemos obter, ao integrar os EEER nas equipas de saúde das UHD?

Os resultados desta pesquisa procuraram responder às questões supracitadas, evidenciando que o internamento em contexto domiciliário permite diminuir, em média, seis dias de internamento por cada doente internado. Este aspeto demonstra ganhos em saúde e um potencial de sinergias com os cuidados integrados na comunidade (Hernández et al., 2018), (Gonçalves- Bradley et al., 2017).

Ainda considerando os indicadores em saúde, o número de internamentos e reinternamentos é reduzido no doente com afeções respiratórias, com maior evidência no doente crónico, quando estamos perante um modelo de prestação de cuidados de HD, o que se torna mais visível se alocarmos, a estes projetos, profissionais de saúde especialistas na área respiratória, de acordo com Dowell et al., 2018, que deixam o desafio da mudança de visão de um modelo prestador de cuidados de saúde hospitalar, em que os cuidados de saúde se organizam em função da instituição, para um modelo de cuidados de saúde centrados na pessoa. Estes autores apontam as UHD como o foco deste novo modelo de cuidados de saúde.

Corroborando esta teoria, surge Myers (2013) que reforça que o EEER fornece um conjunto de competências e de conhecimentos, à prestação de cuidados de saúde, que podem ser otimizados e prestados em condições de segurança e qualidade, fora

das “paredes hospitalares”. Cox et al., 2017 reforça que existem mais valias no planeamento de cuidados de ER, no âmbito das UHD com diminuição de taxas de reinternamento, com foco não só na intervenção na crise, mas, de igual modo, na continuidade da intervenção, ao nível da prevenção e da otimização terapêutica.

Estes achados internacionais apontam para a importância do planeamento de cuidados de saúde, elaborado por profissionais de saúde na área de especialização de reabilitação, onde se incluem especialistas com competências teóricas, científicas e técnicas, das quais o EEER, em Portugal, se apropria no seu corpo próprio de conhecimentos, devidamente regulado e definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no documento que determina as competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Em suma, os resultados da pesquisa científica na base de dados EBSCO, utilizando as fontes supracitadas e mediante a utilização de pesquisadores booleanos, revelaram benefícios na implementação de UHD e na integração de especialistas em reabilitação respiratória, EEER, nestas equipas multiprofissionais de prestação de cuidados de saúde, em contexto domiciliário.

O projeto de formação, por mim elaborado, sobre a orientação do Docente Orientador, encontra-se no apêndice I. A sua conceção permitiu fundamentar-me com a mais recente evidência, exposta nos apêndices II e III, referentes ao fluxograma e resultados da revisão, do projeto de formação, para a realização dos ensinios clínicos. Ainda no contexto deste objetivo específico, procedi ao estudo do conteúdo fornecido nas unidades curriculares (UC) do curso de mestrado de especialização em enfermagem de reabilitação (CMER), cujo conteúdo foi fornecido pelos docentes e disponibilizado pelos mesmos em plataforma informática, na Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação I, na qual foram abordadas temáticas como a fisiopatologia das diversas doenças respiratórias, as intervenções do EEER na RFR, entre outras.

Após a realização do projeto e do estudo aprofundado sobre a temática das doenças respiratórias e da RFR, tornou-se importante contextualizar quais seriam as intervenções que mais se adequavam, em contexto, quer de UHD, quer de unidade de cuidados continuados (UCC) integrado numa ECCI. Para tal, contribuíram bastante as entrevistas efetuadas com os EEER do ensino clínico, na fase de elaboração do projeto, assim como a minha participação num simpósio, sobre HD, que teve lugar na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Nessa apresentação, explanou-se a importância de integrarem EEER na equipa de UHD, dando exemplos de algumas das

atividades de RFR, com recurso a imagens fotográficas elucidativas de alguns dos exercícios de RFR, em contexto domiciliário.

Ao longo da realização dos ensinios clínicos hospitalar e comunitário, houve uma necessidade constante de validar conhecimentos com os senhores enfermeiros orientadores (EO) e de consultar, várias vezes, as fontes da literatura, fornecidas pelos docentes orientadores, para fundamentar as intervenções no âmbito da RFR, como é o exemplo do *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* de Cordeiro & Menoita (2012), do *Guia orientador de Boa Pática: Reabilitação Respiratória* de Ferreira et al., 2018, emanado pela OE, entre outras fontes, descritas na RNL do projeto de formação.

Para que fosse possível aprofundar conhecimentos teóricos e científicos, na área de especialização de ER à pessoa com doença respiratória, com necessidade de RFR, contribuiu bastante a realização de reflexões críticas, ao longo dos estágios, validadas quer com os EO da prática clínica, quer com o docente orientador (DO) da ESEL, com quem partilhei as minhas reflexões não só na realização dos jornais de aprendizagem, mas também nos diversos momentos de avaliação que os ensinios clínicos tiveram – designadamente, as avaliações intercalares e as avaliações finais de ambos os estágios, que corresponderam a momentos de avaliação e de estadiamento, face ao aprendizado teórico científico de que me apropriei.

As intervenções de ER, que realizei em contexto de ensino clínico, foram sempre validadas pelo utente e pela sua família, para que fossem ao encontro das suas expetativas pessoais, de acordo com a sua condição de saúde, gerindo, desta forma, as minhas ambições pessoais e profissionais com as dos utentes alvos dos cuidados de ER, com vista a uma adaptação e ao evitamento de conflitos, nos interesses de ambas as partes, no processo de planeamento e execução de cuidados de ER aos utentes.

Por último, as capacidades desenvolvidas a nível pessoal, profissional e da relação com o outro, utentes, respetivas famílias e equipa pluriprofissional culminam com a produção deste relatório de estágio para a obtenção do grau de mestrado em ER, na medida em que este documento irá refletir o percurso e as aprendizagens que me permitiram aprofundar conhecimentos.

Desta forma, acredito que as atividades realizadas me permitiram desenvolver competências de EE, no (D) “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, (D1) “Desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade” e (D2) “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”, responsabilizando-

me por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (D2.1) e suportando a prática clínica em evidência científica. No desenvolvimento da competência de autoconhecimento e assertividades, destaco as minhas características pessoais e profissionais que venho a desenvolver, desde sempre, na prática da enfermagem, ainda que numa visão generalista dos cuidados, e, igualmente, a apreciação que ambos os EO fizeram acerca da minha prestação ao longo do ensino clínico e na avaliação final.

II) Compreender a função do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, nas dinâmicas organizacionais, nos locais onde decorrerá o ensino clínico.

De forma a atingir este objetivo, incrementei um contínuo de intervenções, uma vez que este acaba por ser transversal ao longo de todo o EC, embora se espelhe mais numa fase inicial dos EC, em que se torna fundamental conhecer e integrar a dinâmica organofuncional dos respetivos locais de estágio. Na fase de elaboração do projeto, realizei uma entrevista com os EEER da UCC, onde me foi dada a conhecer a estrutura física, os recursos materiais e a dinâmica organizacional dos recursos humanos desta unidade.

Contextualizando, a UCC na qual tive oportunidade de estagiar está integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), que se constitui por Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiares (USF) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Na constituição da UCC, temos as ECCI. O modelo conceptual das ECCI encontra-se alicerçado na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, de maneira a que... *esta recupere as funcionalidades afetadas pela situação de saúde baseando-se na continuidade de cuidados sem hiatos, articulando os diferentes níveis de cuidados. Identifica-se numa abordagem centrada na pessoa, operacionalizada através de um plano de intervenção, documentado e fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar* (ACSS, 2007 p.6).

De acordo com o documento supracitado, a missão destas equipas passa por contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e prestando cuidados, no âmbito domiciliário e comunitário, particularmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco de dependência física e funcional ou doença.

Atua, ainda, na educação para a saúde e na integração de redes de apoio à comunidade, incrementando unidades móveis de intervenção.

O espaço físico da UCC encontra-se num edifício no qual também se verificam duas USF em funcionamento, no rés-do-chão, numa zona não acessível ao público. Tem 6 salas divididas pelas especialidades da equipa de enfermagem. A equipa é composta por um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, um enfermeiro especialista em saúde comunitária, dois especialistas de saúde materna e obstétrica, um elemento especialista em saúde infantil e dois EEER. Conta ainda com o apoio de 3 assistentes operacionais, dois dos quais exercem, simultaneamente, a função de motoristas. Existe, além destes, uma fisioterapeuta na equipa, que, de acordo com a organização da ECCI, apenas se ocupa da reabilitação de pessoas, em situação de fratura osteoarticular, que não necessitem de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro de reabilitação desempenha o papel de Enfermeiro Gestor de Caso, executando, neste contexto, um papel de extrema importância, pois é responsável pela admissão dos utentes inseridos na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), por todo o seu acompanhamento enquanto necessitam de cuidados de enfermagem e pela respetiva alta ou encaminhamento para as unidades de rede. As unidades da rede variam quanto à sua tipologia (Unidades de longa, média e curta duração), sendo que os utentes são referenciados, de acordo com as suas necessidades de cuidados de enfermagem, dependência nas AVD, sobrecarga do cuidador (Unidades de descanso do cuidador) ou, ainda, Unidades de Cuidados Paliativos que se especializam neste tipo de cuidados específicos, para dar resposta às necessidades de cuidados paliativos dos utentes inseridos na RNCCI.

A ECCI funciona em dias úteis, constituindo-se dois turnos: 8h30 às 15h30 e 11h00 às 18h00, sendo possível prestar cuidados de ER a quatro/cinco pessoas, com necessidade de cuidados de reabilitação, por dia. Esta dotação referente aos cuidados de ER prestados por EEER encontra-se devidamente definida pela OE, com base nas dotações seguras definidas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

O número total de doentes a cargo da ECCI corresponde a 45, com um número médio de lotação de, aproximadamente, 30 com necessidade de cuidados de ER. A referenciação destes doentes pode ser efetuada, através do hospital que corresponde à área geográfica da UCC, das respetivas USF ou de outros hospitais (se o utente pertencer à área de residência da UCC).

O tempo médio de prestação de cuidados a estas pessoas varia, sendo de, aproximadamente, 3 meses. A alta dos doentes é dada através da avaliação dos objetivos estabelecidos, implicando que estes sejam atingidos. Sempre que não o são, o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação é reajustado, adaptando-se às novas necessidades da pessoa.

À semelhança da realidade nacional, os utentes são, maioritariamente, pessoas idosas, estando a média de idades por volta dos 70 anos. O rácio de doentes por enfermeiro é estabelecido de acordo com o número de doentes que necessita de cuidados de ER, sendo estes doentes divididos pelos dois EEER que compõem a equipa da ECCI. Os restantes utentes são atribuídos aos enfermeiros generalistas que compõem a equipa.

No que diz respeito à referenciação, os utentes pertencentes às respetivas unidades funcionais, ainda que, temporariamente, necessitem de cuidados de ER, voltam à sua origem, garantindo que o médico de família assegura a articulação com a comunidade. Após a alta hospitalar dos doentes referenciados à ECCI, é realizada uma visita domiciliária de avaliação até às 72 horas, que, idealmente, deveria ser em conjunto com o médico de família, enfermeiro da ECCI, enfermeiro de família e assistente social, na presença de um cuidador efetivo.

Explanando agora as dinâmicas do ensino clínico hospitalar, temos a ideia de que a HD é definida como uma alternativa ao internamento convencional, que proporciona assistência médica e de enfermagem, de modo contínuo e coordenado, aos utentes que, necessitando de admissão hospitalar, cumpram também um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos, que possibilitem a sua hospitalização no domicílio. Tal HD deverá estar sob responsabilidade das equipas de saúde das UHD, onde se integram, igualmente, EEER, sempre de acordo com a vontade expressa do utente e da sua família, tal como está previsto no Diário da República (Despacho nº 9323-A/2018).

A missão definida para a UHD, na qual tive oportunidade de estagiar, visa contribuir para o melhor nível possível de saúde e bem-estar das pessoas que necessitem de cuidados de âmbito hospitalar. Os princípios pelos quais se regem são: Igualdade de direitos e deveres do utente, Equivalência de qualidade na prestação de cuidados, Humanização de serviços, Valorização do papel da família, Voluntariado na aceitação do modelo e Rigor na admissão de doentes e seu seguimento clínico. Os cuidados de saúde são os cuidados ativos e coordenados pela UHD e prestados por unidades e equipas específicas, no domicílio, a doentes referenciados para o efeito –

livre e conscientemente, com o principal objetivo de manter o bem-estar e qualidade de vida.

Os diagnósticos mais frequentes na UHD correspondem a patologias respiratórias – nomeadamente, pneumonias e traqueobronquites agudas. Como diagnósticos secundários, surgem a insuficiência respiratória e as doenças pulmonares obstrutivas crónicas (DPOC), em fase de agudização. Os EEER do serviço vêem aqui a sua intervenção valorizada pela equipa pluridisciplinar, que os assume como uma mais-valia na prestação de cuidados de ER nas pessoas portadoras de doença respiratória.

Em termos estruturais, a UHD funciona no piso 0 de um hospital central, tendo a sua localização sido idealizada, de forma a melhorar a circulação entre a rua e o hospital, havendo 3 viaturas ao seu dispor. No que diz respeito à constituição da equipa de enfermagem, temos 10 enfermeiros, sendo que 4 deles são detentores da especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Os turnos presenciais são as manhãs e tardes – de manhã, a dotação é de 5 enfermeiros, à tarde, 1 enfermeiro, e, à noite, 1 enfermeiro de prevenção (não presencial). O turno da manhã tem o horário das 7h às 16h e o turno da tarde das 15h30 às 0h.

No que diz respeito aos critérios de admissão de utentes para este modelo de prestação de cuidados, incluem-se critérios sociais, uma vez que necessitam de ter condições de habitação que permitam a prestação de cuidados em segurança no domicílio, tais como a presença de água, luz e condições de higiene-sanitárias adequadas. Estas condições são verificadas na primeira visita domiciliária da equipa de saúde – respetivamente, médico e enfermeiro. Os critérios de admissão incluem, para além dos critérios sociais supracitados, critérios clínicos, tais como a estabilidade hemodinâmica, e critérios demográficos, visto que os utentes deverão ter residência num raio de 30 km, na periferia do hospital.

Os utentes são referenciados dos serviços de internamento ou logo na admissão no serviço de urgência, havendo alguns que, ao terem conhecimento do projeto, mencionam desde logo a sua vontade de ficarem internados em contexto domiciliário. O serviço tem 22 utentes internados em regime de UHD e tinha como objetivo alargar até aos 35 utentes, até ao final de 2019. Esta finalidade não chegou a ser alcançada, sobretudo devido à escassez de recursos humanos – nomeadamente, de enfermagem. O encaminhamento do utente aquando da alta, em caso de necessidade de continuidade de cuidados – particularmente, dos cuidados de saúde primários

(onde se inclui as equipas de ECCI) – é realizado numa reunião pluridisciplinar no domicílio do utente. Trata-se da chamada reunião conjunta partilhada.

Entender as dinâmicas do serviço onde estive inserida começou por ser primordial para uma adequada integração. Toda esta recolha de dados acerca da caracterização do serviço, da caracterização da população alvo, da explanação dos recursos humanos e das dinâmicas organofuncionais descritas foi possível, através das entrevistas aos EEER que compõem as equipas, aos Enfermeiros Chefes dos respetivos projetos e à consulta das normas, dos protocolos, da documentação presente nos serviços e dos processos clínicos que me permitiram identificar, entre outros aspetos, os percursos de internamento (desde a admissão à alta) e as características populacionais.

Em suma, estas atividades permitiram-me dar resposta não só ao objetivo específico supracitado neste subcapítulo, mas também aos domínios do EE de Gestão dos Cuidados (C) – especificamente, (C1), Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde, (C1.1), Otimiza o processo de cuidados, ao nível da tomada de decisão onde se inclui (C1.1.4), Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde e (C2.1), Otimiza o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados.

III) Analisar o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no seio da equipa multidisciplinar, bem como a sua dinâmica funcional na articulação com a equipa.

A análise do contributo do EEER é baseada em todo o percurso que se iniciou nos primeiros dias de estágio e que teve continuidade durante o decorrer dos EC. O EEER integra-se nas equipas multiprofissionais na UHD e na UCC, tendo utentes atribuídos a quem presta cuidados de ER. As dotações dos EEER são baseadas, tanto quanto possível, nas dotações seguras preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019c).

À luz do contributo dos EEER, no seio das equipas pluridisciplinares, importa lembrar que as UCC ... *devem ser dotadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação que garantam uma resposta efetiva e adequada à população com ou sem risco de adquirir deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação social. A resposta deve ser dada através de projetos*

desenhados e geridos de acordo com as necessidades da Comunidade e realidades específicas de cada UCC, (Regulamento 743/2019, p. 135). Assim, o contributo dos EEER é regulamentado e refere-se à necessidade de cuidados de ER, que podem ser de prevenção, manutenção ou recuperação das pessoas, inseridas no seu contexto comunitário. A dotação adequada de EEER na UCC é recomendável no rácio de um EEER por cada cinco doentes em ECCI, o que corresponde, tal como mencionei anteriormente, ao projeto prioritário das UCC.

No que concerne ao contributo previsto pelos EEER, nas UHD, que garantem um funcionamento durante os trezentos e sessenta e cinco dias do ano, nas vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, de acordo com o levantamento das necessidades, recomenda-se o rácio de um enfermeiro para cada cinco doentes, devendo a equipa, preferencialmente, alocar EEER entre as demais especializações de enfermagem (Regulamento 743/2019).

Em ambos os campos de estágio, as dotações seguras para a prestação de ER eram, tanto quanto possível, respeitadas pelos EEER que as compunham. No entanto, por demandas externas à sua vontade, pela sobrecarga de trabalho dos enfermeiros generalistas e pelas necessidades crescentes e cada vez mais complexas dos utentes, era, muitas vezes, necessário alargar o espectro da prestação de cuidados.

O EEER articula-se com a equipa pluridisciplinar, e tem, ao longo de todo o processo de recuperação dos utentes, um papel preponderante. Esse caminho principia com a colheita de dados numa fase inicial, que se revela da maior importância, para que o EEER possa estabelecer o plano de cuidados de ER mais apropriado à prestação de cuidados de reabilitação à pessoa e sua família. O planeamento de cuidados de ER é elaborado, de acordo com os défices de autocuidado e alterações funcionais detetadas na pessoa, com o objetivo de a restabelecer ao seu máximo de bem-estar e independência possível a nível do autocuidado. Para que este levantamento de necessidades seja pleno, a avaliação inicial é realizada através de entrevista (estruturada e não estruturada em ambos os EC) e complementada com a consulta do processo clínico dos utentes.

Importa realçar que o acesso ao processo clínico do utente é realizado *através* do processo físico do doente e do processo eletrónico que compreende a consulta do Registo de Saúde Eletrónico (RSE), disponível para o acesso dos profissionais de saúde, bem como do processo *S Clínico*® (plataforma informática de processos clínicos) e da plataforma de Registo Nacional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Deste modo, assessorar a informação recolhida

com a história de saúde anterior permite ter uma visão global e holística do utente, para, assim, poder adequar os cuidados de ER. No processo clínico, estão centradas todas as informações relativas aos cuidados de saúde, provenientes dos vários elementos da equipa multidisciplinar. Um dos exemplos de como essa consulta influencia a prática de cuidados de ER é o de um utente de quem cuidei, que tinha como diagnóstico clínico AVC, e que estava medicado com anticoagulantes orais cumarínicos, assumindo grande pertinência a consulta das análises laboratoriais do utente, presentes no processo clínico, de modo a verificar os valores de INR e, de acordo com estes, adequar os exercícios de reabilitação, em função da anticoagulação verificada. Ainda nesse mesmo utente, importou, para o estabelecimento dos objetivos do plano de cuidados de ER, a história de internamentos anteriores nas Unidades da Rede, onde o utente tinha iniciado o seu processo de reabilitação. Esta consulta é, por si só, também uma forma de articulação com os demais elementos da equipa pluriprofissional que concorrem para a reabilitação do doente.

As atividades desenvolvidas para a realização deste objetivo foram diversas. Uma delas correspondeu à análise da intervenção do EEER em contexto hospitalar e comunitário, sendo que, nos primeiros turnos, em cada EC, as experiências a nível de observação permitiram reconhecer qual a função do EEER, aquando da sua intervenção junto dos utentes e das suas famílias. Após esta perspetiva observacional, passei a desempenhar, de forma ativa, os cuidados de enfermagem de reabilitação, de acordo com o planeamento dos cuidados efetuado por mim e validado com os EO.

As reuniões em equipa multidisciplinar, que tinham lugar na UHD, aconteciam semanalmente e eram de extrema importância para aprimorar e refletir sobre os objetivos estipulados para os utentes e suas famílias. Nestas reuniões, intervinham todos os elementos da equipa multidisciplinar tais como médicos, enfermeiros generalistas, EEER, nutricionista e assistente social. Todos os intervenientes no processo de recuperação do utente, nomeadamente os EEER, intercediam, demonstrando o seu campo de intervenção e o seu corpo próprio de conhecimentos – algo que os difere de outros profissionais de saúde – e reforçando a importância do seu papel, o que se traduz em ganhos para os utentes.

Na UCC, os enfermeiros das várias especialidades, enfermeiros generalistas e fisioterapeuta reuniam-se, por norma, semanalmente. As reuniões tinham por princípio a discussão dos objetivos a atingir, através do planeamento e, muitas vezes, replaneamento de cuidados dos utentes e respetivas famílias. Os EEER intervinham

nas discussões, dando não só uma visão dos cuidados de reabilitação, mas também assumindo, na equipa, uma perspetiva de gestor de cuidados e de gestor da própria equipa, uma vez que a enfermeira coordenadora tinha como segundo elemento a EEER – a minha orientadora.

Recapitulando, as competências comuns do EE compreendem o domínio da gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, multiprofissional, e a articulação entre as mesmas, o que se verificou no quotidiano da prestação de cuidados, junto dos EO.

Desta forma, a colheita de dados e o planeamento de cuidados de ER, com vista a atingir os objetivos estabelecidos (junto do utente e família), ao nível dos focos de atenção dos EEER – Autocontrolo continência urinária; Autocontrolo continência intestinal; Autocuidados: Arranjar-se, Beber, Comer, Higiene, Ir ao Sanitário, Vestuário, Comunicação; Défice Sensorial; Deglutição; Equilíbrio Corporal; Ventilação; Transferir-se; Tecido cicatricial; Rigidez articular; Posicionar-se; Pôr-se de Pé; Pé Equino; Parésia; Movimento Muscular; Mover-se em cadeira de rodas; Limpeza das vias aéreas; Intolerância à atividade; Espasticidade; Esquecimento Unilateral; Expetorar; Interação Sexual – são o ponto de partida para o estabelecimento de atividades de ER, em todos os contextos da prática de cuidados, seja em UCC ou UHD, tendo por finalidade o restabelecimento do doente. Em função dos focos de atenção, no EEER, em ambos os contextos (hospitalar e comunitário), eram concebidos programas de reeducação funcional, treino de AVD, treino motor e treino cardiorrespiratório.

Compreender a dinâmica organofuncional dos serviços onde estagiei também representou uma mais valia na identificação e análise do papel do EEER, no seio destas equipas de prestação de cuidados, na UHD e na ECCI. Durante as reuniões das equipas multidisciplinares, outros elementos da equipa de saúde já referenciavam, de modo informal, utentes para a minha prestação de cuidados, o que nos indica que esta teve reflexo quer ao nível dos utentes, quer ao nível da equipa multidisciplinar.

Assim, todas as atividades que promoveram a integração na equipa, onde eu tive uma participação ativa na prestação de cuidados e colaborei com os restantes elementos, foram úteis para atingir o objetivo que remete para uma análise do contributo do EEER, no seio da equipa multidisciplinar, bem como a sua dinâmica funcional na articulação com a equipa. Mantive uma postura ativa na integração da equipa pluridisciplinar, relacionando-me e consultando os demais elementos para a

tomada de decisão, ao nível da prestação de cuidados. Consultei a legislação relativa aos modelos de prestação de cuidados no qual me encontrava inserida, sendo que, neste campo, também importa referir a relevância da RNL, na medida em que uma das perguntas de investigação à qual procurou dar resposta foi: Que benefícios podemos obter, ao integrar EEER nas equipas de saúde das UHD?

Ao realizar os jornais de aprendizagem – que consistem em reflexões críticas presentes no apêndice VII -, com recurso ao ciclo de Gibbs, denotou-se que também essa é uma forma de análise da intervenção do EE, em ER. Parafraseando o EEER, meu orientador aquando do estágio hospitalar... *É fácil substituir totalmente a pessoa no autocuidado afetado (exemplo: da pessoa que não quer comer e é entubada nasogastricamente para a alimentarmos) o difícil é convenceremos a pessoa a superar a sua dependência no autocuidado (com o mesmo exemplo: a pessoa que não quer comer e que o EEER a convence de todos os benefícios que essa atividade tem para si) convencendo-a a alimentar-se de forma independente*, (F.P, 2019). Creio que esta seja uma das melhores formas de terminar, neste contexto, a análise do contributo do EEER, na medida em que este planeia os seus cuidados em função do utente, procurando promover o desenvolvimento do seu autocuidado, com resultados no utente e, ao nível estratégico, na equipa onde se insere.

Importa, igualmente, referir que ambos os EO assumiam funções de segundos elementos do serviço. Ou seja, além da prestação de cuidados direta de ER, acumulavam funções de coordenação dos serviços, o que me permitiu aprofundar conhecimentos acerca das suas funções específicas na área da gestão, consultando-os nas suas práticas, reforçando o domínio da Gestão dos Cuidados © e destacando a competência (C2.1) estes enfermeiros EER, em adição ao referido anterior, também otimizam o trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Englobam-se, também nestas atividades, a consulta e o conhecimento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação – documento emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2018), que me permitiu refletir sobre as práticas de enfermagem de qualidade, de forma a poder sustentar e argumentar a prestação de cuidados de ER, e que me ajudou, de igual modo, a precisar o papel do EEER junto dos utentes de outros profissionais de saúde, objeto explícito do citado documento.

Destaco, ainda, a mais valia de reconhecer os enunciados descritivos das unidades de competência do EEER, patentes no Regulamento para as Competências

Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), o que possibilita ao especialista, utentes e pessoas significativas perceber não só quais os resultados mínimos aceitáveis, de acordo com os planos concebidos, mas também os melhores resultados que são aceitáveis esperar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Todas as intervenções supramencionadas concorreram para o desenvolvimento de competências, no domínio da melhoria Contínua da Qualidade (B), da qual saliento a unidade de competência (B1.1) – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

IV) Aplicar os princípios éticos e deontológicos da profissão na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, de modo a assegurar a proteção e privacidade da pessoa e da sua família, bem como a qualidade dos cuidados.

No que diz respeito a este objetivo, foram desenvolvidas atividades integradas no contexto da prestação de cuidados de reabilitação às pessoas no seu contexto domiciliário, em âmbito hospitalar (UHD) ou em âmbito de Unidade de Cuidados na Comunidade (ECCI). A ER tem os seus alicerces no código Ético e Deontológico da Enfermagem. Relembrar estes princípios da profissão começa por ser uma das primeiras atividades para os transpor para uma prática de cuidados de ER em segurança. A segurança e a qualidade dos cuidados são manifestadas no agente cuidador – neste caso, o Enfermeiro -, mas também, e sobretudo, na proteção daquele que é cuidado, o Utente.

Assume-se como uma mais valia, neste contexto, o conhecimento dos valores universais, para a prática de cuidados de ER, tais como a Igualdade, a Liberdade Responsável, a Verdade e a Justiça, o Altruísmo e a Solidariedade, a Competência e o Aperfeiçoamento pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Valores como a Igualdade e a Justiça são refletidos em ambos os EC, na medida em que os dois modelos, ainda que desenhados de forma diferente (UHD e UCC), procuram responder às necessidades das pessoas, indo ao encontro das mesmas. Nestes modelos, a pessoa permanece no conforto do lar e os cuidados de saúde (CS) vão ao seu encontro, dando resposta às suas necessidades de cuidados e colmatando alguma desigualdade e injustiça no acesso aos CS. O Altruísmo, a Solidariedade, a Competência e o Aperfeiçoamento pessoal espelham um caminho que começa no dia em que nos iniciamos como enfermeiros, com dedicação à profissão e aos utentes de

quem cuidamos, procurando um aperfeiçoamento constante. Este percurso na profissão evidenciou-se ainda mais em jeito de reflexão, autocrítica e aprendizagem constantes, no desafio do CMER.

Deste modo, ao longo dos estágios, prestei cuidados de ER, procurando promover a privacidade da pessoa e da sua família durante essa prestação, discutindo, com o utente e respetiva família, os procedimentos que seriam confortáveis para os mesmos. Em âmbito domiciliário, promover a privacidade do utente e dos seus familiares torna-se uma intervenção mais facilitada, pois o utente está dentro do seu próprio contexto de privacidade, contrariamente à visão do internamento hospitalar convencional, em que os limites de privacidade são, por vezes, mais difíceis de manter. Corroborando tal apreciação, Rodrigues (2019), responsável pela implementação das UHD a nível nacional, no simpósio de UHD na ENSP, refere que, a partir do momento em que somos obrigados a tocar à campainha do utente para prestar cuidados de saúde, estamos, desde logo, a garantir a sua privacidade e, simultaneamente, a pedir a sua permissão para a prestação de cuidados, como se de uma autorização se tratasse. Na realidade hospitalar, pelas contingências dos serviços e pelo molde como as organizações dos serviços se encontram definidas, tal nem sempre se verifica, ainda que a excelência do exercício do EEER, procure sempre permissão do utente para a prestação de cuidados de ER.

Por outro lado, a prestação de cuidados de ER domiciliários implica uma visão holística da pessoa, em praticamente todos os seus contextos, nomeadamente a nível familiar, social, económico e habitacional, tornando-se ainda mais impreterível a ausência de juízos de valor. O EEER, na sua prática de cuidados, deve abster-se de quaisquer diferenciações para com os utentes, com base em ideias pré-concebidas (preconceitos) ou discriminação do outro, alienando, da sua prática profissional, os chamados *...fatores aleatórios não essenciais à Humanidade (como a raça, etnia, sexo, classe social, entre outros-* Código Deontológico do Enfermeiro (2005). Considerar estas premissas na prestação de cuidados de ER é respeitar não só a Dignidade da Pessoa Humana, mas também a Dignidade do EEER, o que se traduz na Responsabilidade Profissional – princípios patentes na Deontologia profissional. Nos locais de estágio, deparei-me com utentes com condições socioeconómicas deficitárias. Contudo, posso garantir que, em momento algum, tal influenciou negativamente a minha prática de cuidados, salientando as minhas competências pessoais e garantindo uma qualidade humana e humanizadora, tal como foi

caraterizada (a minha prática) na avaliação efetuada pela Sr.^a Enfermeira MJM, EO na UCC.

Tomar consciência dessa realidade foi uma aprendizagem neste percurso de EC, assim como respeitar a proteção de dados dos utentes, como é possível constatar nos estudos de caso, presentes nos apêndices (III e IV), nos quais os utentes e as suas famílias não foram, de modo algum, identificados. Apliquei o documento do consentimento informado na UHD, num momento de acolhimento a um utente, em que lhe explicitiei as circunstâncias, vantagens e desvantagens no internamento no domicílio, para que este decidisse de forma livre, mas também consciente, a transferência para este serviço.

Considereei, na minha prática de cuidados de ER, a Pessoa, bem como as suas crenças, valores e decisões, oferecendo condições para esta as expressar. Concretizando esta ação, relembro o utente do meu estudo de caso (hospitalar), que era crente e praticante de uma religião evangélica. Através da prestação de cuidados de ER, nomeadamente a RFR, conseguimos integrar alguns dos conceitos com que o utente vivia, possibilitando a sua reintegração como membro ativo da comunidade onde o mesmo se inseria. Nesta situação, integram-se conceitos como o respeito pela Autonomia da pessoa, não descurando a vertente espiritual e cultural que caracteriza a Pessoa de quem cuido. Deste modo, o EEER deverá envolver a família e os outros, no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas (Ordem dos Enfermeiros, 2019 a).

Ao nível da comunidade (UCC), um dos casos que tive oportunidade para aprofundar cuidados de reabilitação correspondia a um Sr. Portador de neoplasia da cabeça e pescoço em situação terminal. O utente e a sua família encontravam-se na fase da negação, de acordo com as fases de aceitação da doença terminal/luto, segundo Kubler- Ross (2017). Perante esta situação, criei vários momentos que permitissem, ao utente e à sua família, demonstrar abertamente as suas emoções. Contudo, na família, havia uma Conspiração de Silêncio (CS), conceito explorado por Riscanevo, Moreno & Rojas (2019), na sua RSL, que descrevem, como características comuns à CS, a dificuldade em comunicar informações verbais e não verbais, perceções, representações ou emoções relacionadas ao processo de doença do doente em cuidados paliativos (CP) ; a omissão total ou parcial de informações sobre o processo de doença do doente em CP; o evitamento da fala sobre questões relacionadas com a doença terminal; o padrão de desenvolvimento simultâneo que envolva dois ou mais dos seguintes intervenientes: o doente, a família e a equipa

pluridisciplinar, onde se inclui a equipa de enfermagem – especificamente, o EEER. De acordo com a pesquisa literária supracitada, que fundamentou a minha ação, procurei aceitar e respeitar, perante aquela realidade específica e o *modus operandis* como a família tinha decidido lidar com a situação do utente. Estes pressupostos da ação vão ao encontro do previsto no Código Deontológico do Enfermeiro, como o Dever de Informar, respeitando a Dignidade da pessoa, a sua Inviolabilidade e Autonomia, não descurando o princípio da Vulnerabilidade, que, neste caso, se aplica ao doente terminal. Em suma, tive em conta a tomada de decisão e o livre arbítrio da pessoa e respetiva família, na prestação de cuidados de ER, e simultaneamente, criando um ambiente terapêutico, seguro para o utente e família, onde poderiam expressar, de modo livre e em confiança, os seus sentimentos e emoções – recorde-se que recorri igualmente a musicoterapia para o fazer, uma vez que o utente apreciava bastante ouvir música. Esta intervenção foi estabelecida, com base na colheita de dados, que me permitiu constatar, que muito embora todos os intervenientes (utente, familiares) tivessem conhecimento acerca do estadio terminal do utente, coexistia uma dificuldade na aceitação, bem como, na comunicação das informações, perceções, representações e emoções relacionadas com o processo de doença.

Dominar o código deontológico do enfermeiro é uma mais-valia e assume uma transversalidade que me permite, como futura enfermeira especialista na área da reabilitação em enfermagem e tendo por base o quotidiano da minha prestação de cuidados, ter respeito e aplicar os princípios éticos e deontológicos da disciplina de enfermagem. Assim, mais do que os conhecimentos teórico científicos que se adquirem e desenvolvem no CMER, é perentório associar a estas competências e qualidades humanas e humanizadoras, que têm por base princípios éticos e deontológicos, em cuidados de saúde como a beneficência, a não maleficência, a justiça, o respeito pela autonomia e a vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2005), constituindo, assim, um modelo no qual deverá assentar não só a prática de cuidados de ER, mas também um desafio no quotidiano da prática em assumir estes princípios, em todas as ações do EEER.

Os aspetos suprarreferidos que imperaram na minha prática de cuidados traduzem-se no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A) das competências do EE, desenvolvendo uma prática profissional ética e legal. Para tal, na área de especialidade, agi de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1), geri, na equipa, as práticas de cuidados e fomentei a

segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (A2.2). Na competência (B3), garanti um ambiente terapêutico e seguro, assinalando (B3.1) e promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, gerador de segurança e proteção dos indivíduos e do grupo em que se inserem.

V) *Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença respiratória, com necessidade de Reabilitação Funcional respiratória, em contexto de Hospitalização Domiciliária, baseada na recomendação das boas práticas mais atuais, com recurso à evidência científica mais recente e utilizando a metodologia do processo de enfermagem.*

Este objetivo específico reúne o grande objetivo de implementação do projeto de formação que teve lugar na UHD, local propício à concretização deste objetivo, e agrupa um manancial de domínios e competências específicas, associadas ao EEER, presentes no regulamento para as competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Importa descrever as atividades que me permitiram atingir este objetivo, no âmbito da UHD, cuja dinâmica organizacional e funcional já foi anteriormente descrita. Assim, prestei cuidados de enfermagem de reabilitação a vários utentes, sobre a supervisão do EO. Em consonância com o que descrevi, em termos de prevalência da patologia respiratória, neste tipo de internamento, importa referir que também eu me deparei com um número maior de utentes internados por este tipo de patologia, nomeadamente situações agudas, tais como pneumonias adquiridas na comunidade (PAC), e situações crónicas agudizadas, tais como DPOC em situação de exacerbação. Desta forma, representa-se a generalidade das situações com que me deparei ao longo deste EC – a pessoa em situação de doença respiratória, com necessidade de RFR, foco do meu projeto de formação.

Recordando a RNL efetuada, da qual temos o resumo das conclusões (presente em apêndice I), o tratamento não farmacológico apontado para este tipo de afeções respiratórias passa pela reabilitação respiratória, tendo como objetivos a prevenção e a correção de alterações posturais – adotando, por exemplo, posicionamentos que melhorem o quociente ventilação/perfusão -, a reeducação funcional respiratória, a permeabilização das vias aéreas e, em caso de necessidade, a otimização da ventilação mecânica (Branco et al.,2012).

A Reabilitação Funcional Respiratória assume-se como a terapêutica do movimento e pode ser usada numa variedade de situações e em todas as faixas etárias, contendo numerosas vantagens ligadas à sua implementação, assim como a diminuição do número de dias de internamento e o incremento da qualidade de vida. O EEER tem competências para participar e dar resposta aos demais problemas vivenciados pelas pessoas, em situação de doença respiratória de natureza aguda ou crónica, em contexto hospitalar, comunitário ou domiciliário. Com o fim de cumprir este propósito, prestei cuidados de reabilitação respiratória, especificamente de reabilitação funcional respiratória, utilizando técnicas respiratórias (Ferreira et al., 2018).

Diante de estes achados que a RNL nos oferece, interessa dar resposta ao requisito universal que Orem estabelece como manutenção da ingestão de ar suficiente, através de intervenções de enfermagem de reabilitação. Deste modo, procurei fazer uso dos sistemas de enfermagem parcialmente compensatório e de apoio educação e manter este requisito universal, conservando ou restaurando os défices de autocuidados relacionados com a manutenção de ingestão de ar suficiente. Destaco que, neste requisito, o sistema totalmente compensatório não foi utilizado, uma vez que os utentes não se apresentavam ventilados, nem em situações críticas de total dependência.

Por conseguinte, atividades como uma recolha de dados adequada, utilizando fontes, tais como o sistema de documentação dos cuidados de enfermagem e o processo clínico existente no serviço, foram por mim executadas, de modo a estruturar e conceber os planos de cuidados de ER. Também foi feita uma análise dos meios complementares de diagnóstico, tais como, nesta situação específica, telerradiografia torácica, tomografia axial computadorizada e os parâmetros analíticos. Estas atividades tinham lugar numa fase inicial da jornada de trabalho, para que, quando estivéssemos perante os utentes, no seu domicílio, fôssemos munidos de toda a documentação que nos permitisse intervir na área da RFR. Também era possível consultar o processo clínico do utente, no seu domicílio, uma vez que o *S Clínico*® se encontra disponível para consulta, além de haver registos nos aparelhos portáteis da equipa de saúde.

Os utentes com patologia respiratória necessitam de uma avaliação pormenorizada, onde destaco atividades que executei, como a observação do tórax, a inspeção torácica (estática e dinâmica), a palpação e a percussão seguida de atividades, como a auscultação cardiopulmonar (ACP). Destaco esta última atividade, ACP, na medida em que, numa fase inicial, foi-me difícil identificar as alterações na

auscultação, particularmente a presença de ruídos adventícios. No entanto, com o treino e instrução de ACP sob orientação do EO, capacitei-me para uma ACP eficaz. Esta intervenção foi efetuada em todas as sessões de RFR, sendo que, em algumas, nomeadamente na aplicação de exercícios que têm como objetivo a permeabilidade das vias aéreas, os ganhos obtidos eram bastante evidentes, através do ACP.

Ainda nas atividades de ER que incluem a avaliação do utente, registei e avaliei parâmetros vitais, com especial ênfase para a saturação de oxigénio periférico (SpO2). Do mesmo modo, exerci uma vigilância da respiração, analisando as características da respiração, tendo aplicado escalas que me permitiram verificar o grau de dispneia dos utentes, como a escala de Borg modificada. Esta escala foi, em ambos os campos de estágio, a escala mais usada para a documentação da dispneia dos utentes.

Acrescenta-se, para a concretização deste objetivo, as técnicas respiratórias para alcançar a manutenção de ar suficiente, através de sistemas parcialmente compensatórios - sobretudo, através do sistema de enfermagem apoio-educação, uma vez que o âmbito domiciliário se torna deveras importante no sentido de capacitar o utente e o seu cuidador para a continuidade dos cuidados. De outra forma, o sucesso de intervenção do ER fica comprometido. Ambos os EO salientavam a importância de termos cuidadores, maioritariamente familiares, como aliados no cuidado para a obtenção de ganhos para o utente. De facto, o estabelecimento de uma relação terapêutica, ora com os utentes, ora com os seus familiares, revelou-se a base de todas as intervenções, tendo, nesta área, desenvolvido bastantes competências relacionais e interpessoais.

Por conseguinte, de modo a facilitar a explanação das intervenções de enfermagem, no âmbito da RFR, optei por utilizar os focos de enfermagem definidos no padrão documental da OE, que vão ao encontro dos requisitos universais de Orem, complementando-os e sugerindo focos de autocuidado, onde o EEER encontra o seu espaço de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em relação ao foco de enfermagem Ventilação Eficaz, preponderante, na pessoa em situação de doença respiratória, as técnicas descritas a utilizar presentes no guia orientador de boa prática para a RR, que visam a melhoria do processo ventilatório através da melhoria da função alveolar, passam por manobras de expansão torácica ou de reexpansão pulmonar, técnicas de aumento do volume pulmonar, posicionamento, técnicas de relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, reeducação diafragmática,

reeducação costal seletiva e global, inspiração fracionada, manobras de compressão e descompressão torácica, respiração segmentar, exercício de débito inspiratório controlado (EDIC), espirometria de incentivo e técnicas de correção postural (Ferreira et al., 2018).

As técnicas respiratórias por mim utilizadas na prestação de cuidados, no âmbito da RFR, incluíam abertura costal global, abertura costal seletiva (direita e esquerda), exercícios de rotação escapuloumbral, expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa e técnicas de posicionamento que têm como objetivo terapêutico otimizar a ventilação. Nestas últimas, destaco as técnicas de posicionamento que proporcionam, ao utente, uma posição de descanso e relaxamento, fundamental nas sessões de RFR, bem como a técnica de correção postural, uma vez que os utentes tendem a assumir posições viciosas relacionadas com a sua condição respiratória. Executei técnicas de reeducação funcional respiratória – particularmente, reeducação abdominodiafragmática e reeducação costal seletiva e global, instruindo e treinando os utentes para que estes pudessem dar continuidade às técnicas, utilizando, para isso, materiais de uso comum nas suas casas (exemplos: cabos de vassouras, pacotes de açúcar/sal/arroz, garrafas de água com diferentes capacidades de volume).

Um dos focos de ER que vai ao encontro da manutenção da ingestão de ar suficiente de D. Orem consiste na Limpeza da Via Aérea (onde se inclui o Expetorar), na qual o EEER pode desenvolver técnicas que se dividem em convencionais e instrumentais (Chaves et al. (2013) citado por Ferreira et al., (2018)), considerando, como técnicas convencionais, a drenagem postural, manobras acessórias, tosse assistida e dirigida, técnica de expiração forçada (TEF), ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), drenagem autogénica (DA), exercício de débito inspiratório controlado (EDIC), expiração lenta com a glote aberta (ETGOL) e técnica de aceleração do fluxo expiratório (AEF). As técnicas instrumentais incluem o uso de produtos de apoio onde se inclui: Pressão Positiva Expiratória (PEP), Oscilação intra e extratorácica, insuflador/exsuflador mecânico (*cough assist*®) e aspiração da via aérea.

As técnicas por mim utilizadas, no âmbito do ensino clínico da UHD, foram as técnicas da tosse dirigida e técnica da tosse assistida, técnica de expiração forçada (TEF), ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), expiração lenta com a glote aberta (ETGOL), as designadas técnicas convencionais segundo os autores supracitados, assim como técnicas de drenagem postural clássica e modificada. As

técnicas de percussão torácica, vibração torácica e compressão torácica foram menos utilizadas, visto que a sua evidência é questionável, tal como já tínhamos apreendido, na UC de Reabilitação I, sustentando a prática do EO da UHD, que apenas utiliza esta técnica em situações muito específicas, para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Corroborando esta teoria, Branco et al., (2012) afirmam que as percussões, vibrações ou compressões não são de uso consensual, pelo risco associado de disseminação do processo infeccioso.

Ainda com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, torna-se importante referir que, em ambos os campos de estágio, não me foi possível a utilização das atividades instrumentais, pela inexistência de tais dispositivos nos EC, tendo sido utilizadas as técnicas suprarreferidas, quando (e se) aconselhadas. No entanto, essa insuficiência foi colmatada no meu serviço hospitalar, onde se recorre às técnicas instrumentais, com o uso do *cough assist*®, da hiperinsuflação e da aspiração da via aérea sob supervisão e orientação dos EEER que integram a Unidade.

Distingo a oportunidade que tive em utilizar o espirómetro de incentivo, na pessoa portadora de PAC, com resultados bastante evidentes na prática, uma vez que nos fornece a melhoria dos volumes correntes (VC), funcionando como um estímulo visual para o utente querer otimizar os seus próprios VC. A literatura esclarece que devem ser utilizadas técnicas de reeducação com ênfase na inspiração neste tipo de patologias respiratórias, como a pneumonia (Branco et al., 2012).

Igualmente, partilho a oportunidade que tive de realizar técnicas respiratórias, com ênfase na fase expiratória, adaptadas no domicílio dos utentes, tais como uma garrafa de água com uma sonda de aspiração inserida, em que o doente deve expirar prolongadamente através da sonda, tendo o incentivo visual de ver a água a borbulhar. Esta técnica, por mim aplicada, teve resultados evidentes, uma vez dirigida a doentes portadores de DPOC, cuja bibliografia demonstra que os exercícios respiratórios devem ter ênfase na fase expiratória (Cordeiro & Menoita, 2012).

Ao nível deste objetivo, posso, igualmente, destacar a incrementação de exercícios de atividade física, adaptados ao contexto do utente, uma vez que estavam restritos ao contexto domiciliário. Tive, neste âmbito, oportunidade de introduzir o treino com ciclo ergómetro, treino de bicicleta (alguns utentes possuíam no domicílio) e treino de escadas (no interior das suas habitações e prédios habitacionais), em que, para além de exercício aeróbio, se sincronizava a atividade (subir e descer escadas) com os tempos respiratórios, denotando-se o aumento gradual da tolerância ao esforço. Para

complementar, destaco que estas atividades foram registadas em plataformas próprias, tais como o S Clínico ®, empregando a linguagem CIPE/SAPE, bem como instrumentos de registo que coloco no anexo I, existente na UHD.

Todas as oportunidades demonstradas, que me permitiram concretizar todas as técnicas respiratórias suprarreferidas, permitiram-me, igualmente, desenvolver habilidades na execução das mesmas, aprimorando competências e técnicas necessárias para a sua adequada utilização, com a ajuda do EO, que sempre me incentivou ao aperfeiçoamento das técnicas, à sua correta utilização e à ergonomia necessária ao uso das mesmas. A priorização da utilização das técnicas face à situação dos utentes também foi alvo de melhoria, da minha parte, uma vez que, numa fase inicial, há uma certa tendência para querer pôr em prática todas as técnicas apreendidas – algo que, de facto, se verificou. No entanto, é sempre necessário adequar as técnicas em função dos objetivos delineados, no plano de cuidados de ER estabelecido para o utente. Assim, além do desenvolvimento de competências técnicas e teórico científicas, uma vez que se trata de uma prática fundamentada, destaco tal-qualmente os benefícios para os utentes, que se traduzem em ganhos em saúde. Na minha prática supervisionada de cuidados de ER, houve ganhos importantes que se verificaram nos progressos da condição respiratória dos utentes e nas melhorias verificadas ao nível dos exames auxiliares de diagnóstico (EAD). Um dos exemplos desta afirmação pode ser constatado no estudo de caso, presente no Apêndice III.

Certamente, todas estas atividades de intervenção autónoma da ER contribuíram para que desenvolvesse competências nos domínios (J1.) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, sobretudo nas unidades de competência, (J1.1) Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade, (J1.2) Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade, (J1.3) Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e (J1.4) Avaliando os resultados das intervenções implementadas.

VI) Prestar Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor, da alimentação e da eliminação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem, com vista ao restabelecimento ou manutenção do autocuidado.

De acordo com o que foi explanado anteriormente, os objetivos por mim definidos, sob consenso do DO, visam dar resposta ao projeto de formação propriamente dito, explicitando quais as intervenções do EEER, no âmbito da UHD, sendo que o objetivo anterior procurou demonstrar estas atividades e a sua concretização. Não obstante, todos os objetivos pretendem dar resposta às competências comuns previstas para o EE e, mais especificamente, às competências traçadas para o EEER. Este penúltimo objetivo vai ao encontro de todos os outros e culmina com um completo domínio das competências do EEER.

Dar ênfase às atividades de ER, que me permitiram prestar cuidados especializados à pessoa com alterações respiratórias, foi algo que, anteriormente, ficou manifestado. Contudo, gostaria de destacar um dos utentes a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, no âmbito comunitário (o objetivo anterior referia-se especificamente à UHD). Este utente a que me refiro, pela sua condição de saúde, necessitava de cuidados ao nível respiratório, mas, essencialmente, necessitava de cuidados de enfermagem especializados que lhe proporcionassem conforto. Deste modo, foram usadas as técnicas respiratórias previstas na RFR, destacando as intervenções de enfermagem incluídas na RR, como as técnicas de relaxamento, de conforto e a dissociação dos tempos respiratórios, descritas em Cordeiro & Menoita (2012).

Assume especial importância referir que a prestação de cuidados de ER deve-se basear numa avaliação inicial minuciosa que permita identificar os défices do utente, bem como monitorizar os ganhos em saúde obtidos para os mesmos. Desta forma, foram aplicadas, em ambos os locais de estágio, escalas tais como a de avaliação do estado cognitivo *Minimal State Examination* (MMSE) ; a escala recomendada para avaliação da pessoa com AVC: a *National Institute Health Stroke Scale* (NIHSS), que contempla a avaliação da memória capacidades práticas, negligência unilateral e linguagem e avaliação da sensibilidade superficial e profunda; a avaliação dos pares cranianos; a avaliação da força muscular, com a utilização da escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRCMS); a avaliação da espasticidade, através da

escala de Ashworth modificada; a escala de Berg para avaliação da marcha, equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico; a escala de Borg para avaliação da dispneia nos doentes com patologia respiratória; a avaliação da funcionalidade, utilizando a Medida de Incapacidade Funcional (MIF) e Índice de Barthel; e outras escalas comuns à enfermagem em geral, tais como: escala de morse para avaliação do risco de queda; escala de Braden para avaliação do risco de Ulceras por Pressão e escalas de avaliação da dor. As avaliações efetuadas a alguns dos utentes, aplicando as respetivas escalas, encontram-se descritas nos apêndices III e IV, sendo preconizado o seu uso no Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Ao atingir o objetivo supracitado (VI), pretende-se desenvolver o domínio de (J1) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, nas unidades de competência (J1.1) Avalia a Funcionalidade e diagnostica alterações que determinam alterações da atividade e incapacidade, como pudemos constatar no parágrafo anterior, através da utilização dos instrumentos de colheita de dados, tendo sido bem sucedido.

No que diz respeito a este domínio, nas Unidades de competência (J1.2.) Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença ou incapacidade, (J1.3.) Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, (J1.4) Avalia os resultados das intervenções implementadas e ainda (J3) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa que inclui (J3.1) Concebe e Implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório e (J3.2) Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório, em função dos resultados esperados. Tais competências foram desenvolvidas, através da execução de diversas atividades, que passo a explicitar de seguida, e que serão esmiuçadas no capítulo seguinte, referente à análise e reflexão das competências desenvolvidas.

Ao nível das pessoas com alterações motoras, integrando o requisito Universal de Orem – Prevenção de Riscos para a vida e bem-estar -, menciono um dos utentes da UHD com patologia de artrite séptica do joelho, graças ao qual tive oportunidade de executar mobilizações passivas da articulação do joelho, numa fase inicial, evoluindo para mobilizações ativas, treino de marcha com apoio e, por último, treino de marcha

sem apoio. No momento da alta, o utente adquiriu marcha sem apoio, com equilíbrio estático e dinâmico conservado (escala de Berg), apresentando baixo risco de queda.

Outro plano de intervenção que elaborei foi para uma utente portadora de insuficiência cardíaca descompensada, considerada uma *High- User* do serviço de urgência, tendo em conta a sua patologia de base, derivada de episódios de descompensação. A utente foi internada na UHD e, numa fase de insuficiência cardíaca clinicamente mais estabilizada, implementámos um programa cardiorrespiratório, de modo a ir ao encontro dos objetivos da utente, que referiu querer voltar a fazer as suas caminhadas (prévias ao seu diagnóstico de insuficiência cardíaca, há cerca de um ano). Nesta situação, apliquei exercícios de RFR, bem como tolerância ao exercício e técnicas de gestão de energia. As técnicas de gestão de energia propõem-se para a realização dos autocuidados com menor dispêndio de energia e consumo de oxigénio possíveis, por parte da pessoa que as realiza, sendo consideradas das principais intervenções educacionais do EEER (Branco et al. 2012; Cordeiro & Menoita, 2012).

A conceção de planos de intervenção com vista a promover estratégias adaptativas teve lugar em várias situações, nomeadamente num utente portador de Parkinson que se encontrava restrito ao leito, vulgo acamado, cuja cuidadora principal seria a esposa. Esta era idosa tal como o utente, mas a sua capacitação encontrava-se muito bem conseguida, uma vez que a senhora, na fase em que teve lugar a minha intervenção, dominava os ensinamentos relativos aos posicionamentos, à prevenção de úlceras por pressão e aos cuidados de conforto. No entanto, prevalecia o principal objetivo de ambos (utente e esposa) – que o senhor realizasse levante para cadeira / cadeirão. Assim, o treino das transferências foi efetuado em todas as visitas domiciliárias, utilizando estratégias adaptativas. Todavia, o objetivo de ambos não foi concretizado no sentido de se tornarem autónomos nas transferências, uma vez que o utente tinha diminuição da força significativa, ao nível dos membros inferiores e superiores (de acordo com a MRCMS), que não lhe facilitava a colaboração no levante. Tratando-se de um senhor com obesidade, a esposa não tinha capacidade de efetuar a transferência. De destacar que, em todas as sessões, planeámos e implementámos exercícios de aumento do tônus muscular, incrementando resistência, que lhe permitissem a melhoria do tônus muscular ao nível dos vários segmentos, com o propósito de conseguir a participação ativa nas transferências. Este plano de cuidados dirigido ao utente e à esposa teve a duração de todo o EC, na UCC.

A frustração associada a um objetivo estabelecido não cumprido nem sempre é fácil de ultrapassar. Contudo, se olharmos de uma forma menos generalista para situação, vemos que é um facto o não termos conseguido atingir o objetivo de tornar o casal autónomo nas transferências, mas também é um facto que se tratava de um senhor que, embora acometido ao leito, genericamente falando, se encontrava num bom estado geral, com integridade ao nível da pele e tegumentos, mantendo uma mobilidade osteoarticular relativamente conservada, sem instalação de défices como rigidez articular. Capacitámos o utente e o cuidador para a realização de exercícios musculoesqueléticos ativos, que sabemos por validação sucessiva terem sido executados. Em suma, muitas vezes, os objetivos dos planos de cuidados de ER têm de ser redimensionados à realidade que possuímos e, em contexto domiciliário, isto constitui um verdadeiro desafio, uma vez que nos deparamos com os reais obstáculos do quotidiano dos utentes e seus familiares.

O utente portador de AVC do meu estudo de caso, na UCC, presente no apêndice IV, permitiu-me a prestação de cuidados de ER, cujo principal objetivo seria torná-lo independente na realização dos autocuidados, abrangendo todos os requisitos universais de Orem, uma vez que se encontrava numa situação de total dependência, cerca de 6 meses após o episódio de AVC. Tive a oportunidade de efetuar atividades, tais como mobilizações passivas e assistidas, sobretudo a nível do hemicorpo mais afetado, com ênfase na extensão, transferências cama-cadeira, cadeira-cama, treino do autocuidado vestuário, higiene pessoal, alimentação e eliminação. Enfatizando este último, o utente tinha esporadicamente episódios de incontinência urinária noturnos, tendo, por isso, as nossas intervenções sido dirigidas para a capacitação do utente para o treino vesical, antecipando as necessidades, diminuição da ingestão hídrica noturna, entre outros aspetos particularmente reforçados. Nesta situação, os objetivos do utente e do plano de intervenção de ER foram adequadamente conseguidos, uma vez que o mesmo, aquando da última entrevista, referiu estar autónomo nos autocuidados – afirmação confirmada pela vizinha e pela esposa, as cuidadoras do utente.

As oportunidades de prestação de cuidados a utentes de elevada dependência nos autocuidados verificou-se ao nível da UCC, na qual tive oportunidade de trabalhar com utentes portadores de síndromes de imobilidade e onde a minha atuação se baseou na prevenção de complicações e na melhoria da mobilidade e das amplitudes osteoarticulares, tendo sempre em conta a avaliação da dor destes utentes, cujo síndrome de imobilidade e grau de rigidez articular com que se deparam lhes confere

um grau de dor elevado. Os exercícios de mobilizações em todos os segmentos estão descritos como mantendo a integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos, conservando a flexibilidade e evitando aderências e contraturas, com a finalidade de melhorar a circulação de retorno venoso (Menoita, 2012).

A intervenção do EEER é multidimensional, tornando-se, por vezes, difícil repartir as intervenções, de acordo com a patologia ou com uma situação específica. Ao nível das pessoas com alteração da alimentação, tive oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a utentes portadores de disfagia, aplicando a escala de GUSS, recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, mas também pesquisando outras escalas mais recentes para avaliação da disfagia, tais como a escala de MECV-V, cuja aplicabilidade se revelou mais facilitadora, em contexto de HD, para os EEER. Ensinar e capacitar os cuidadores para os cuidados a ter com os seus familiares portadores de disfagia foram atividades deveras importantes na prevenção de complicações associadas, das quais destaco a prevenção da pneumonia de aspiração.

A implementação de planos de cuidados com vista à estimulação cognitiva dos utentes foi uma das atividades mais desafiantes que desenvolvi, uma vez que a grande maioria dos utentes acompanhados pela UCC tinha como diagnóstico clínico associado, a demência. Neste sentido, elaborei várias pesquisas, de modo a ir ao encontro das suas necessidades, começando por implementar o MMSE (exemplo de aplicação da escala, disponível no Apêndice X) e, de seguida, implementando exercícios de estimulação cognitiva adequados ao score obtido na aplicação da escala, com o objetivo maior de estimular a função cognitiva dos utentes, minimizando os efeitos défice instalados e impedindo a progressão acelerada das demências diagnosticadas.

Golino & Mendoza (2016) descrevem a estimulação cognitiva como uma estratégia não farmacológica de intervenção na pessoa idosa, com o objetivo de atenuar ou retardar os efeitos do envelhecimento. Os exercícios de estimulação cognitiva que tive oportunidade de aplicar, nos utentes idosos com o diagnóstico clínico de demência, basearam-se em exercícios de orientação, exercícios de retenção, exercícios de atenção e cálculo e exercícios de habilidade construtiva. Estruturalmente, os exercícios cognitivos visam o treino de três valências importantes ao nível cognitivo, como a Atenção, a Velocidade de Processamento e a Memória (Golino & Mendoza, 2016). A aplicação dos exercícios de estimulação cognitiva, foi bem-sucedida, uma vez que os utentes aderiram aos exercícios propostos. No entanto, a este nível, torna-se necessário uma continuidade, que não se finda com a intervenção do EEER,

devendo ser adotados, os exercícios propostos, pelos utentes e familiares, no quotidiano, para a obtenção de resultados satisfatórios mais evidentes.

No seio de uma equipa pluridisciplinar, na qual constavam professores de educação física (licenciados em motricidade), fisiologistas do exercício, médicos, enfermeiros e EEER, colaborei na implementação de um programa de exercício físico dirigido a pessoas com patologia diabética, que se intitula *Diabetes em Movimento*. Este era constituído por diversas sessões de exercícios pré-estabelecidos pelo autor e responsável do programa a nível nacional. Este programa foi emanado pela Direção Geral de Saúde (DGS), sendo promovido pelas autarquias, com o apoio destas equipas pluridisciplinares. A sua frequência é de três vezes por semana e tem como objetivo a prática de exercício físico neste grupo específico de utentes portadores de Diabetes. De entre as funções do EEER neste programa, destaco a monitorização e a vigilância dos utentes, nomeadamente no que diz respeito aos parâmetros vitais e glicémias capilares, vigilância e acompanhamento de todo o programa de exercício físico, correções de posturas inadequadas, controlo do cansaço dos utentes (aplicando a escala de Borg) e reeducação da pessoa para a execução de determinados exercícios. Ao nível da comunidade, este trabalho e todas as atividades que estão associadas ao EEER foram, para mim, bastante estimuladoras e desafiantes, na medida em que me permitiu ir ao encontro das competências acima descritas – nomeadamente, (J3.1) Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório na unidade de competência e (J.3.) Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. De igual modo, permitiu-me conhecer e integrar-me nos recursos existentes na comunidade, de modo a tornar mais plena a minha atuação junto das pessoas às quais prestei cuidados especializados de ER.

Destaco, desta forma, que apropriar-me das informações relativas aos recursos existentes na comunidade revelou-se uma mais-valia na prestação de cuidados aos utentes, nomeadamente o encaminhamento dos mesmos para as equipas de cuidados comunitários paliativos, ainda em construção, com sede no hospital central de referência, mas já com uma articulação bastante eficaz com a comunidade, o que teve lugar em ambos os ensinamentos clínicos. O encaminhamento para Unidades da RNCCI, tais como o “Descanso do Cuidador”, foi por mim efetuado para um utente de quem cuidei, através de um relatório oficial, sob orientação da EO. A prescrição de produtos de apoio e a referenciação dos locais onde existem na comunidade, onde o seu acesso fosse economicamente mais vantajoso. Destaco, ainda, a consulta de associações existentes na comunidade, tal como a associação de Parkinson e de

Esclerose Lateral Amiotrófica e os respetivos acordos que possuem, de modo a prestar essa informação aos utentes. Todas estas atividades por mim desenvolvidas culminam no atingir do objetivo VI e no desenvolvimento das competências específicas do ER, incorporadas neste objetivo.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo irá descrever e analisar de que forma as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do EEER e procurará, também, analisar os resultados obtidos, relacionando-os com os achados alcançados, através da RNL, presente no apêndice I – Projeto de Formação. Recordo que as competências comuns previstas para o EE foram enunciadas na formulação dos objetivos específicos do respetivo projeto, nomeadamente nos objetivos I, II, III e VII. Este último compreende a produção do relatório final de atividades dos respetivos EC, que pretende demonstrar o desenvolvimento de todas as competências comuns previstas para o EE e específicas para o EEER, na elaboração do presente documento.

A terminologia utilizada reflete os conceitos do quadro teórico referencial escolhido para nortear a minha prática e, consequentemente, a produção do relatório, como, igualmente, o padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), que, por sua vez, se baseia nos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no regulamento de competências específicas para o EEER, seguindo o referencial da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Para que melhor se evidenciem estes resultados, procurarei dividi-los em função das competências específicas do EEER, previstas no regulamento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2019 b).

2.1. Cuida das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1)

Tal como refere o enunciado descritivo desta competência, executei diversas atividades de enfermagem de reabilitação em pessoas de todas as idades- ressalvo que o utente mais novo a quem prestei cuidados teria cerca de quarenta e seis anos e o mais velho cerca de noventa e quatro anos-, mas todos eles, de alguma forma, impossibilitados de executar os seus autocuidados de modo dependente, por força das suas circunstâncias de saúde e da instalação permanente ou definitiva de défices que lhes limitaram a atividade, trazendo constrangimentos para a participação e execução ativa dos requisitos universais de autocuidado definidos por Orem e apresentando, por isso, restrições da atividade de natureza definitiva ou temporária.

A avaliação de ER por mim efetuada, em conjunto com os enfermeiros orientadores, a todos os meus utentes, através da utilização de escalas e instrumentos de medida que possibilitam a avaliação das funções respiratória, cardíaca, motora, sensorial e cognitiva, de alimentação, eliminação vesical, intestinal e da sexualidade - que mencionei de forma mais detalhada no capítulo anterior - permitiram recolher dados dos utentes, de modo a avaliar as funções de modo minucioso, mas também, globalmente, a capacidade funcional da pessoa para realizar os seus autocuidados de forma independente.

Destaco, nestas atividades, a realização dos estudos de caso, presentes nos apêndices III e IV, que espelham a aplicação dos diversos instrumentos de avaliação de enfermagem de reabilitação, tais como a escala de comas de Glasgow, a NHSS - bastante descritiva não só a nível motor, mas também sensorial, permitindo ambas a avaliação neurológica do utente -, a MRCMS - que permite avaliar a força muscular -, a escala de Ashworth - que determina o grau de espasticidade presente nos diversos segmentos musculoesqueléticos -, a escala de Berg - que, pelos seus diversos itens descritivos, avalia o equilíbrio estático e dinâmico, mas também a marcha, onde reforço o uso da *Function Ambulation Categories* -, a MMSE - que permite avaliar a capacidade cognitiva da pessoa -, a escala de Borg modificada - aplicada comumente para avaliar o grau de dispneia dos utentes, isto é, a forma como os utentes percebem o próprio cansaço, perante níveis diferentes de esforço - e, por último, mas deves ser importante, as escalas que determinam a funcionalidade e a independência nos autocuidados, respetivamente a MIF e a escala de Barthel modificada. Ao nível da alimentação/ deglutição, temos a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS). No entanto, após pesquisa aprofundada, tive contacto com a aplicação da escala de MECV-V, cuja aplicação na prática da ER, ao nível domiciliário, foi mais facilitada.

As escalas que descrevo, à exceção desta última (MECV-V), estão reunidas no documento da Ordem dos Enfermeiros - Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, criado pela necessidade de aplicação de instrumentos de avaliação, que possibilitassem demonstrar e quantificar os resultados obtidos, através da intervenção dos EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Estes resultados, quando evidenciados, traduzem-se em ganhos em saúde para os utentes alvo dos cuidados de ER e achados importantes, quer ao nível da investigação, quer ao nível da importância da função do EEER, nas organizações onde se encontra inserido.

Avaliou-se a capacidade da pessoa para efetuar os seus autocuidados, ou atividades de vida diárias (AVD) de forma independente, consoante enuncia a OE em (J1.1.3), nas competências específicas para o EEER (2019b). Tal foi efetuado através da aplicação da escala de Barthel modificada e da MIF, que determinam o nível de dependência nos vários autocuidados e, conseqüentemente, os sistemas de enfermagem a utilizar, presentes em Orem (2001), sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação. Em ambos os ensinamentos clínicos a escala usualmente utilizada para avaliação da dependência nos autocuidados foi a escala de Barthel modificada.

Neste contexto, o EEER identifica os fatores que poderão facilitar ou impedir a pessoa de realizar os seus autocuidados de forma independente, no seu contexto de vida. Usando um exemplo concreto, um dos utentes a quem tive oportunidade de prestar cuidados, o senhor Maestro, como carinhosamente o tratávamos e também como ele próprio gostava de ser tratado, uma vez que essa era a profissão à qual orgulhosamente houvera dedicado a sua vida, após um internamento hospitalar prolongado, ficou dependente na realização dos seus autocuidados. Este utente de noventa e um anos ostentava um nível de dependência funcional prévio ao internamento ligeiro (> 80 segundo a MIF). Após um internamento prolongado (>60 dias), em que apresentou estado de confusional associado, o utente ficou reduzido, aquando da alta, a um nível de dependência grave (< 40, no instrumento MIF). O senhor Maestro foi transferido a pedido da esposa para a UHD, uma vez que o seu estado de desorientação e agitação psicomotora no internamento convencional o acometiam ao leito, com a esperança de que, em contexto domiciliário, melhorasse o seu estado confusional e com o objetivo de melhorar a funcionalidade do marido.

O estado confusional é, atualmente, uma identidade descrita como “delirium”, afetando cerca de 50% dos utentes com internamento hospitalar e sendo um fator precipitante de aumento do tempo de internamento e um indicador de mau prognóstico (Sousa, 2015). Caracteriza-se por uma síndrome neuropsiquiátrica aguda específica, definida como uma perturbação transitória da atenção e cognição, de início súbita, e curso flutuante, com evidência de uma causa subjacente. As potenciais complicações associadas ao *delirium* incluem: diminuição da colaboração, tendência de fuga associando-se a quedas e lesões, imobilidade, úlceras de pressão, incontinência urinária, aumento do tempo de internamento (aumento médio de oito dias) e do número de admissões hospitalares, défice cognitivo temporário ou declínio cognitivo permanente, demência, declínio funcional, entre outros, de acordo com Sousa (2015).

Por outro lado, o declínio funcional é resultante não só de uma deficiência orgânica, mas também da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação das suas atividades, a restrição da participação social e os fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho das atividades de autocuidado, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores do estado funcional. Nesta sequência, as hospitalizações podem resultar em repercussões na capacidade funcional e em mudanças na qualidade de vida, muitas vezes de forma irreversível, como descrito por Cunha et al. (2009).

Após determinar o impacto que esta situação de hospitalização prolongada teve no utente, a prestação de cuidados ao senhor Maestro começou pelo estabelecimento de uma relação de empatia, que me permitiu ganhar a confiança do utente e a adesão aos exercícios incrementados. Assim, treinei e instruí o utente e a esposa para as técnicas de levantar e transferências e técnicas de adaptação para o autocuidado na ida ao sanitário, uma vez que o utente apontava como a principal preocupação, não querendo ficar dependente do uso da fralda. A nossa intervenção de EEER, minha conjuntamente com o Sr. Enfermeiro F.P., trouxe resultados ao nível da independência do utente, diminuindo os índices de dependência de autocuidado e aproximando-os do nível de independência funcional que apresentava, previamente ao internamento convencional – nomeadamente, melhorando a capacidade para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: Ir ao sanitário. Perceber que o utente com 91 anos tinha como principal objetivo ser autónomo nas transferências, na deambulação e na eliminação, não recorrendo ao uso de fralda, e dar resposta a essas necessidades individuais, no seu contexto domiciliário, foi uma oportunidade e uma concretização na minha prática, que me permitiu avaliar o impacto que as alterações da capacidade funcional podem ter na qualidade de vida dos utentes, no seu bem-estar e na sua autoestima.

Indo ao encontro da evidência que a revisão da narrativa nos trouxe, a transferência da prestação de cuidados de ER, da instituição hospitalar para o domicílio dos utentes, traz benefícios por integrar de novo as suas rotinas e os seus contextos próprios, fornecendo respostas às necessidades das pessoas de forma flexível e dinâmica e desafiando a visão de outrora, centrada na organização hospitalar para a visão dos cuidados centrados na pessoa (Dowell et al., 2018). Esta evidência remete-nos ao quadro referencial escolhido de Dorothea Orem, que encara a pessoa como o agente de autocuidado, o principal responsável pelo comportamento de autocuidado (Orem, 2001), sobre o qual o EEER deve centrar a sua intervenção, havendo transversalidade

na seguinte visão: a pessoa como a agente central da prestação de cuidados de saúde e para os quais estes devem convergir.

A avaliação inicial da pessoa com necessidades de cuidados de ER, tal como já enunciei, é o ponto de partida para a identificação das alterações e dos focos que assumem maior interesse para ser alvo de intervenção pelo EEER. Daí, resulta a imprescindibilidade da aplicação das mais diversas escalas e instrumentos de medida, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2016). Nesta mesma avaliação, existem intervenções que não estão descritas sob a forma de instrumentos de medida, mas que são também de grande importância para a avaliação dos utentes - destaco a avaliação dos pares cranianos que tive oportunidade de realizar no utente A.P.R., portador de AVC (ver apêndice IV). Nesta situação, a avaliação dos doze pares cranianos permitiu-me mobilizar as competências teórico científicas apreendidas no âmbito do primeiro ano do ensino curricular do 10º CMER e recrutar, igualmente, as competências técnicas ao nível da sua aplicação.

As alterações identificadas, através da avaliação dos doze pares cranianos complementados pela colheita de dados com a aplicação do NHISS, permitiram-me determinar a alteração da capacidade funcional resultante do AVC. A avaliação destas alterações foi necessariamente complementada com a utilização das escalas supramencionadas. Contudo, gostaria de dar ênfase aos fatores psicossociais que interferiram nas estratégias adaptativas, para as incapacidades instaladas. A esposa Senhora O.R., ainda numa fase de desorganização psicossocial, por vezes, contribuía de uma forma menos positiva para a aquisição de estratégias de adaptação, na medida em que substituí o marido na execução dos autocuidados. Aquando da nossa intervenção, presenciámos também alguns episódios de discórdia e conflito que não contribuía para um ambiente apaziguador, o ambiente calmo e seguro que os EE procuram para otimizar as intervenções de EEER. Neste contexto, de modo a dimensionar as características psicológicas, emocionais e sociais aparentemente alteradas, foi necessário implementar um instrumento de avaliação que nos permitisse um diagnóstico concreto e, conseqüentemente, o planeamento das intervenções de ER a esta família.

Surge, deste modo, escala de Zarit (disponível para consulta no Anexo III), também conhecida como *Burden Interview Scale*, que permite avaliar a sobrecarga associada ao cuidar de idosos dependentes nos autocuidados, bem como o impacto dessa dependência sobre o cuidador informal. Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira (2010) e foi considerada um instrumento fiável. O

mesmo autor reforça que a escala permite uma análise multifatorial, de onde se destaca o Impacto na Prestação de Cuidados, a Relação Interpessoal, as Expectativas com o Cuidar e a Percepção de Autoeficácia. Assim, tive oportunidade de aplicar a escala, junto da senhora O.R., tendo identificado um nível de sobrecarga elevado para esta cuidadora informal.

A sobrecarga do cuidador (informal) é identificada como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. O processo de cuidar é contínuo e comporta cinco situações de crise, tais como Consciência e Degeneração, Imprevisibilidade, Limitações de Tempo, Relação Afetiva entre Cuidador e Sujeito alvo dos Cuidados e Falta de Alternativas de Escolha (Pereira et al., 2013).

Os autores adiantam que a incapacidade funcional dos idosos não se encontra exclusivamente ligada ao AVC, mas também ao processo de senescência associado ao envelhecimento. Por sua vez, a senescência poderá ser um fator que contribui para a sobrecarga do cuidador, juntamente com os défices resultantes do AVC, na medida em que há um reforço da necessidade de cuidados, caracterizada como cansativa e frustrante, por não se percecionarem melhorias da condição de saúde do familiar cuidado. Relacionando a evidência que a literatura nos fornece com a minha prática de cuidados, será unânime afirmar que cuidar de um familiar com sequelas e assumir essa responsabilidade sozinho (a Senhora O.R. apenas tinha a vizinha que lhe dava apoio pontual) não é uma tarefa fácil, pois, para além de se lidar com uma grande diversidade de sentimentos e de alterações das rotinas, estas vivências conduzem à sobrecarga física, emocional e social para o cuidador (Pereira et al., 2013).

Os enfermeiros, mais especificamente os EEER, devem estar atentos às necessidades dos cuidadores, planeando e implementando intervenções de ER, com o objetivo de capacitar os cuidadores para as atividades inerentes ao cuidar do outro, mas também do próprio, minimizando a sobrecarga do cuidador. Neste sentido, em todas as visitas domiciliárias a esta família, desenvolvi atividades que promoveram a capacitação do cuidador, quer ao nível das atividades instrumentais promovendo o autocuidado no utente, quer ao nível da promoção do envolvimento de outros cuidadores como a vizinha e os filhos do casal, que já não coabitavam, mas que poderiam ser uma ajuda útil, aliviando a sobrecarga da senhora O.R. A nível físico, procurei corrigir as posturas, por vezes impróprias, que se adotam nos procedimentos, por parte dos cuidadores informais. Esta intervenção foi transversal a todos os utentes e familiares, a quem tive oportunidade de prestar cuidados de ER, aplicando os

conceitos de ergonomia apreendidos ao longo do CMER. Ainda nesta situação, intervim, juntamente com a EO, na gestão da terapêutica e na gestão dos autocuidados, fornecendo algumas rotinas facilitadoras para a vivência do casal. Deste modo, a esposa do utente, através do uso das técnicas apreendidas, e da adequada estratificação de rotinas, ao nível da satisfação dos autocuidados, revelou diminuição da sobrecarga sentida, o que se manifestou positivamente no resultado obtido, aquando da reaplicação da escala de Zarit.

Ainda no enfoque dos constrangimentos psicológicos e emocionais associados aos cuidadores, relembro um dos utentes a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação (já descrito anteriormente). Tratava-se de um senhor portador de neoplasia da cabeça e do pescoço em fase terminal. Aquando da avaliação inicial, bem como em todas as sessões de RFR, o utente era questionado em relação à perceção da sua dor, com recurso à escala numérica de avaliação da dor, e em relação ao seu cansaço, recorrendo à escala de Borg. Nestas avaliações, o utente indicava valores elevados ao nível da dor (dor intensa), do mesmo modo que designava níveis elevados de cansaço - cansaço fácil com sensação de falta de ar permanente (de acordo com a escala de Borg). Tendo em conta esta avaliação, baseada em instrumentos de medida válidos, tornava-se necessário implementar intervenções que otimizassem estes *scores* indicativos de desconforto. Uma das estratégias passava pela gestão da terapêutica analgésica - neste caso, um derivado de morfina que acalmava a dor sentida pelo utente e, naturalmente, a sensação da falta de ar manifestada, uma vez que a principal causa da dispneia era o estreitamento das vias aéreas superiores causado pela massa neoformativa, que condicionava a dor e a sensação de aperto, ao nível da traqueia. No entanto, os familiares (esposa e filha – as principais cuidadoras) não permitiam a administração da terapêutica, desvalorizando os sintomas apresentados pelo utente e referindo que era apenas uma sensação de mal-estar. Recordo a conspiração de silêncio adotada por esta família, já citada anteriormente.

Intervir junto desta família para que se reconhecessem as fases de luto e de aceitação da doença, de acordo com a teoria de Kluber- Ross (2017), permitindo a aceitação da doença terminal (5º estágio) e, igualmente, que o seu familiar fizesse uso dos opióides, para alívio da dor, constituiu não só um desafio, mas também uma intervenção do âmbito psicossocial, no âmbito da ER, culminando na sensação de alívio e de bem-estar à condição do utente. Assim, promover um ambiente terapêutico, seguro para que a família do utente pudesse expressar de forma livre os seus

sentimentos e progredisse de forma natural nas diferentes fases de aceitação da doença, foi um dos objetivos das intervenções de ER. Neste contexto, é relevante dar espaço à relação de ajuda, tendo por base os princípios inerentes, nomeadamente a empatia. Apliquei, como instrumento de medida para avaliação da sobrecarga dos cuidadores, a escala de Zarit, que confirmou os níveis elevados de sobrecarga a que esta família se encontrava sujeita. Tive oportunidade, juntamente com a EO, de encaminhar estes utentes para a psicóloga do agrupamento, bem como para a assistente social e para a equipa de cuidados paliativos, que integra o acompanhamento destas situações a nível comunitário e hospitalar. Ou seja, as intervenções de ER que implementei envolveram o utente, a família e a aceitação da doença, recorrendo a uma abordagem multidisciplinar, onde o EO assume especial importância, na medida em que mobiliza os recursos disponíveis, de forma a dar resposta às necessidades do utente e família, facilitando os processos terapêuticos, assim como os processos de transição saúde- doença. Todas estas intervenções contribuíram para que o utente e a família vivenciassem as fases terminais da doença neoplásica, numa perspetiva integrada de aceitação e de qualidade de vida, para todos os intervenientes do processo.

Ainda nesta unidade de competência, num dos seus critérios de avaliação -(J1.1.8) *Identifica as necessidades de intervenção para otimizar ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação da sexualidade e da realização das AVD* -, recordo um utente a quem prestei cuidados, em contexto de hospitalização domiciliária, com nível elevado de dependência nos seus autocuidados, de acordo com o índice de Barthel modificado (escala que tive oportunidade de aplicar por diversas vezes). O utente encontrava-se permanentemente no leito e a habitação onde coabitava com a família (esposa, filha e netos) indiciava uma insuficiência económica, conhecimentos e capacidades comprometidas para a prestação de cuidados ao ente. Recordo que, o EEER deve identificar fatores inibidores e facilitadores para a concretização dos autocuidados, de modo independente, no contexto de vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Assim, perante este elevado nível de dependência do utente para os autocuidados, e tendo em conta os défices de conhecimento identificados na família para a prestação de cuidados, implementei, em todas as sessões, ensino e instrução acerca dos cuidados que deveriam ter com o familiar acamado, nomeadamente no que diz respeito à alimentação do utente. O foco neste autocuidado assumiu especial importância, na medida em que este doente apresentava o diagnóstico inicial de

pneumonia por aspiração de conteúdo gástrico. Nesse sentido, apliquei a escala de GUSS para a determinação da disfagia e foi conclusivo que o utente não a apresentava. No entanto, identifiquei que a forma como alimentavam o utente não cumpria os critérios de segurança – nomeadamente, cabeceira >30° (preferencialmente), o decúbito fowler, bem como a adequação da consistência da alimentação à capacidade mastigatória do utente (pelo número reduzido de peças dentárias, características da mordedura e pela componente articular maxilo-mandibular comprometida) - intervenções mandatórias na melhoria da condição de saúde do utente. Após a implementação destas intervenções de ER, verificou-se uma melhoria da capacidade e do conhecimento sobre as técnicas de adaptação para os autocuidados comer e beber, junto desta família. O requisito universal de ingestão suficiente de água e alimentos suficiente passou a realizar-se em condições de segurança, asseguradas pelo sistema de enfermagem de apoio-educação, para com os prestadores de cuidados informais, a família do utente. Estas atividades permitiram-me ensinar, demonstrar e treinar técnicas, com vista à promoção do autocuidado, num contexto modificado.

O EEER, no âmbito de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, deverá conceber planos de intervenção, com o objetivo de promover capacidades de adaptação, com vista ao autocuidado e ao autocontrolo, nos processos de transição saúde/doença ou de incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Os planos de cuidados que implementei, sempre com consultoria e validação dos EO, procuraram ir ao encontro quer dos objetivos de ER, quer dos objetivos dos utentes e das suas famílias. Relembro o utente do estudo de caso da comunidade, que, após implementação das diversas atividades previstas no plano de cuidados, presentes no apêndice IV, tinha como objetivo subir as escadas para voltar à sua habitação, regressando ao espaço físico onde residia desde sempre (atualmente, o utente encontrava-se a viver na garagem, devidamente adaptada à sua nova condição de saúde). Deste modo, quando se encontraram reunidas as condições de segurança para tal, acrescentei ao treino funcional do utente o “treino de escadas”, na sequência das técnicas de fortalecimento muscular e treino de equilíbrio. Este conjunto de intervenções que implementei possibilitou a concretização do objetivo do utente e da esposa. Assim, numa das sessões de ER, com o meu apoio à técnica, o utente conseguiu subir as escadas até à sua habitação. Uma vez cumprido este objetivo, realço a alegria do utente e da esposa, assim como a importância que teve para mim, pela possibilidade

que me foi dada e pelo facto de o treino efetuado com o utente ter sido bem sucedido, uma vez que, na avaliação inicial, o mesmo utente apresentava equilíbrio estático e dinâmico diminuídos (segundo a aplicação da escala de Berg) . Por isso, o delinear de um plano de intervenção de ER, que vá ao encontro das expetativas do utente e da sua família, é, por si só, um desafio, sendo também um dos principais objetivos do planeamento de cuidados, no âmbito da reabilitação.

Por conseguinte, o EEER, para ter sucesso na sua prestação de cuidados, depende dos seus maiores aliados: o utente e a sua família. Este facto constitui, em si, um dos maiores predicados que encontrei no meu quotidiano, na medida em que a adesão ao planeamento dos cuidados depende da capacidade que o EEER tem para as envolver e para as tornar parte integrante desse mesmo planeamento. Do mesmo modo, as pessoas devem ser “ouvidas” na definição dos objetivos e na consecução dos mesmos, tal como está previsto no regulamento das competências específicas do EEER. Este concebe, monitoriza e implementa planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Ordem dos enfermeiros, 2019b).

O utente D., com o diagnóstico de DPOC, em episódio de exacerbação da sua patologia, encontrava-se internado na UHD, pelo quadro clínico de agudização da sua patologia respiratória de base. Após a avaliação inicial, tive oportunidade de implementar técnicas de RFR, indo ao encontro do objetivo principal do meu projeto de formação. O senhor D. apresentava o diagnóstico de ER- Ventilação Comprometida-, que se verificava através do uso dos músculos acessórios para a respiração e esforço respiratório a pequenos esforços, e pela ACP que determinava a presença de ruídos adventícios, como roncos dispersos, localizados, sobretudo, ao nível da base pulmonar direita. Nesta situação, implementei exercícios respiratórios com ênfase na fase expiratória, tais como: reeducação abdominodiafragmática posterior, reeducação da hemicúpula diafragmática direita (maior ênfase nesta hemicúpula, ainda que os exercícios tenham sido simétricos), gestão da oxigenoterapia (doente com Oxigénio de Longa Duração), monitorização da saturação periférica de oxigénio, verificando-se ganhos no final das sessões de RFR, com oximetrias periféricas 2% a 3% superiores às do início das sessões. Conjuntamente com o EO, implementei e incentivei o uso de técnicas respiratórias e o planeamento de atividade física, que o utente pudesse executar de forma autónoma, de modo a prevenir os episódios de agudização da DPOC. Agradavelmente, após a alta clínica, encontrei o utente, de modo informal, a realizar uma caminhada. Após o cumprimento

inicial, incentivei positivamente a atividade física, ao que o utente me respondeu simpaticamente: “Vocês lançaram-me o desafio e, depois disso, não parei mais” (Senhor D.). Pude, igualmente, constatar que, desde a sua alta clínica, que teve lugar em outubro de 2019, até à fase em que nos encontrámos (fevereiro de 2020), o utente manteve-se estável, sem episódios de exacerbação associados à DPOC, do qual é portador. Saliento também que o senhor D. passou a incluir, nas suas rotinas diárias, uma prática de atividade física, salutar à sua condição de saúde, corroborando a experiência vivida em ensino clínico, com o estudo de Meis et al. (2014), que avaliou as experiências de utentes com DPOC, submetidos a programas de Reabilitação Respiratória, no início e no final do programa de Reabilitação Respiratória, com o objetivo de avaliar os benefícios do programa, concluindo que os utentes revelaram maior confiança na prática de exercício e na gestão das atividades de vida diárias, após o programa de RR.

Com vista a implementar as intervenções planeadas, com o objetivo de otimizar e/ ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, previsto na unidade de competência (J1.3), foram executadas as mais variadas intervenções, em função dos focos de atenção definidos para cada utente. A prestação de cuidados, no âmbito da ER, foi implementada de forma pessoal e única, tentando sempre ver o utente como um todo, integrado num âmbito social e familiar, onde, neste contexto específico (domiciliário em ambos os ensinos clínicos), tive oportunidade de me integrar. Esta integração de conceitos revelou-se uma mais-valia para a obtenção de resultados e ganhos em saúde. Uma das utentes, que já supracitei no capítulo anterior, portadora de doença crónica - Insuficiência Cardíaca -, considerada pela sua patologia uma “grande” consumidora de cuidados de saúde, os designados “High-Users”, tinha, como principal diagnóstico de ER, Intolerância à Atividade, manifestada por cansaço fácil da utente (percecionado pela própria – Escala de Borg), na realização dos autocuidados, com dificuldade em completar os mesmos. Assim, após esta avaliação inicial, que abordo de uma forma genérica, tive oportunidade de implementar atividades de ER, tais como gerir a atividade física, negociar a atividade, planejar os períodos de atividade e de repouso e supervisionar a resposta ao exercício – nomeadamente, na monitorização e registo dos sinais vitais, antes e após o exercício. Nesta situação, optámos pelo treino de bicicleta estática (a senhora possuía no domicílio), com ênfase no controlo dos tempos respiratórios. Estabeleci como objetivo (entre outros) melhorar o conhecimento e a capacidade da utente para o uso de técnicas de conservação de

energia, através do ensino, instrução e treino do uso de técnicas de conservação de energia. Relembro que nem sempre as intervenções implementadas têm o efeito esperado, pois, em contexto domiciliário, especificamente em UHD, a vigilância e a monitorização dos utentes depende, sobretudo, dos cuidadores, que passam a ser os “nossos olhos”, a nossa avaliação. Deste modo, a capacitação dos cuidadores e “desses olhares” é uma constante prioridade, no exercício diário na prática de cuidados de ER, no âmbito das UHD. A senhora em questão, num dos primeiros treinos de bicicleta estática, sem a nossa presença (com a supervisão do marido), atingiu níveis de cansaço elevados, manifestados pelos aumentos da FC e FR (avaliação do marido, após capacitação para a avaliação dos parâmetros), o que nos levou a reformular e a (re)intervencionar as técnicas de conservação de energia, de modo a autonomizar a utente. A mesma teve alta clínica cerca de 2 semanas depois, após o episódio de agudização da sua insuficiência cardíaca, com otimização da terapêutica farmacológica, nomeadamente dos diuréticos, e com o diagnóstico de enfermagem de reabilitação: intolerância à atividade ausente. Nesta ótica, reforço que os cuidados ao nível da UHD permitem aos utentes, com grau de cronicidade associado às suas patologias de base, serem alvo de tratamento pela equipa multidisciplinar, mantendo o seu grau de funcionalidade prévio ao episódio de agudização, evitando internamentos hospitalares (convencionais) prolongados, e, igualmente, promovendo a...*recuperação funcional e autonomia do doente, no seio da sua família*, (Delerue & Correia, 2018, p. 4).

O estudo de Hernández et al. (2018), com o objetivo de avaliar a implementação de uma UHD num Hospital Central, referente aos indicadores de diminuição do tempo de internamento, diminuição das idas ao serviço de urgência, readmissões e mortalidade, verificou que o internamento em contexto domiciliário permite diminuir, em média, 6 dias de internamento hospitalar por utente, demonstrando ganhos em saúde. Por ora, esta evidência encontrada na RNL revela-se de extrema importância, quando nos referimos a doentes crónicos com internamentos de repetição.

Avaliar o resultado das intervenções implementadas (J1.4) traduz uma das unidades de competência de (J1) supradescrita. A este nível, várias foram as avaliações efetuadas, que se traduzem na aplicação das escalas e instrumentos de avaliação que já tive oportunidade de descrever, e que também constam em relatórios por mim efetuados, que constituem as avaliações que os EEER colocam na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Estes relatórios descritivos da condição do utente permitem que as equipas multidisciplinares, locais e regionais,

percecionem se os objetivos para os quais os utentes foram propostos estão a ser concretizados, ou se ainda estão por atingir. Permite, igualmente, avaliar as intervenções de enfermagem especializadas de ER, implementadas para a consecução dos objetivos delineados para os utentes em questão. Ainda neste domínio, destaco o trabalho por mim executado para a UHD, após avaliar, em conjunto com os EEER que integram o serviço, quais as principais necessidades que sentiam, quer a nível de formação, quer a nível de documentação, tendo-me sido pedido um documento de registo dos cuidados de ER destinado ao utente com patologia cardíaca, com implementação de um programa de reabilitação cardíaca, previamente existente. Deste modo, construí esse documento, que foi aprovado pelo EO, e que se encontra no Apêndice VII- Instrumento de registo de programa de reabilitação cardíaca.

No campo de estágio da UCC, também na avaliação das necessidades do serviço, a EO manifestou interesse em ter uma base de dados, onde pudesse recolher os indicadores sensíveis aos cuidados de ER. O objetivo seria criar uma base de dados, na qual constassem os vários instrumentos de recolha de dados (instrumentos de avaliação /escalas), permitindo o registo dos utentes internados na ECCI, afetos à equipa de Enfermagem de Reabilitação. O principal objetivo deste registo passaria por documentar a avaliação inicial e a avaliação “final” (aquando da alta) dos utentes, segundo instrumentos devidamente validados. Enumero, aqui, o critério de avaliação da competência (J1)- (J1.4.4) Usa indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida), como um dos critérios que se concretizaram graças à elaboração desta base de dados.

Ao cuidar de pessoas com necessidades especiais, em todos os contextos da prática de cuidados, de onde destaco, a riqueza dos campos de estágios (como contextos de prestação de cuidados), foi-me possível desenvolver a competência (J1), supradescrita. Neste sentido, as mais variadíssimas situações com que me deparei, permitiram-me, pelo meu empenho e adaptabilidade, ser bem-sucedida na sua concretização. Relembro, que a minha experiência hospitalar é contida num ambiente controlado de UCI, revelando-se um desafio acrescido deparar-me com outros contextos de prestação de cuidados, mas que ultrapassei, com especial agrado.

Avaliar as alterações da funcionalidade, nos mais variados níveis, utilizando para isso instrumentos de avaliação adequados e preconizados, revelou-se de enorme precisão, de modo a que a implementação das intervenções de ER

colmatasse as alterações identificadas, indo ao encontro as expectativas dos utentes. A utilização das escalas, que por sua vez produzem resultados sensíveis aos cuidados do EER, revelou-se de grande utilidade e requereu da minha parte treino na sua aplicação, o que foi facilitado pelos EO. Do mesmo modo, avaliei a capacidade funcional para a realização das AVD, reconhecendo os fatores facilitadores e inibidores para a realização das mesmas de forma independente, através de colheitas de dados, devidamente estruturadas, e validadas com os orientadores. Não descurando, entre outros, os aspetos psicossociais nos quais intervim, procurando escalas diagnósticas, tais como a supramencionada escala de *Zarit*, que me permitiu dar uma resposta concreta, à sobrecarga sentida pelo cuidador, com resultados positivos (para a cuidadora e o utente). Todas estas práticas foram em tempo útil, concertadas com os EO, o que contribuiu de modo bastante positivo, para o sucesso das intervenções.

Nesta diversidade de oportunidades encontrada, foi-me possível avaliar, conceber e implementar intervenções de ER, entre as quais estão as que descrevi e nas quais procurei refletir e (re)avaliar a minha atuação, não só no quotidiano da prática de cuidados, como durante a elaboração do presente relatório de estágio. Na implementação dos planos de ER - ensinei, treinei e instruí os utentes e seus cuidadores sobre técnicas (adequadas à especificidade de cada contexto), para a promoção dos autocuidados.

Destaco, neste sentido, a importância da teoria norteadora da minha prática de cuidados de Orem, que encara o autocuidado, como um comportamento sensível (logo modificável) aos cuidados de ER. Nesta conduta, centrei a minha intervenção, em constante reajuste, às necessidades dos meus utentes, em três espectros fundamentais para o EEER, - *a capacitação, a autonomia e a qualidade de vida* (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13567). Visões estas, que desenvolvi, nas mais variadas situações da prestação de cuidados, que me conduziram, a uma prática de cuidados de ER, de rigor e qualidade.

2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania (J2)

Ao longo dos ensinamentos clínicos, fui-me deparando com as mais diversas situações, onde foi necessário analisar as problemáticas encontradas, ao nível dos défices instalados nas pessoas de quem cuidei, das limitações da atividade a que estavam sujeitas, bem como das restrições na participação na sociedade. Após a análise destas situações problemáticas, intervi, implementando intervenções de ER autónomas ou multidisciplinares, respeitando o enquadramento socioeconómico e político de cada um, com a visão maior de fornecer respostas únicas e inclusivas, às pessoas e suas famílias, no contexto onde se inseriam.

Desta forma, procurei ter iniciativa na prestação de cuidados de ER, sugerindo e adaptando os procedimentos necessários, com vista a atingir os objetivos pretendidos para o utente e família, no planeamento dos cuidados de ER. Esta iniciativa teve por base o manancial teórico científico, do qual me apropriei ao longo do CMER, e os princípios éticos e deontológicos que definem a conduta do ER, visando a segurança e qualidade dos cuidados de ER por mim prestados. Sustentar a abordagem dos cuidados de ER, com base na mais recente evidência encontrada, reflete uma prática de enfermagem avançada, que constitui, em si mesma, um meio, mas também um fim, para a prática de cuidados diferenciada do EEER.

Neste contexto (J2), importa recordar a teoria norteadora da minha prática de cuidados de ER: a Teoria do Défice do Autocuidado, de Orem. Esta teoria traduz uma construção para a disciplina de enfermagem, com conceitos particulares, dos quais destaco o de autocuidado - tão importante nesta competência específica que preconiza a capacitação de pessoas portadoras de défices, limitações ou restrições. Este conceito central da teoria assume especial importância, na busca do desenvolvimento desta competência, *...pela sua capacidade de clarificar um propósito para a enfermagem (promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas) e pelo poder explicativo de uma ação (aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação)*, (Queirós, Vidinha & Filho, 2014, p. 163).

Com o objetivo de promover ou restituir a capacidade de autocuidado dos utentes e das suas famílias, elaborei e implementei programas de treino dos autocuidados, objetivando a adaptação às situações de imobilidade, a capacitação para a autonomia

e a otimização da qualidade de vida. Neste sentido, recordo Meleis, citada por Queirós, Vidinha & Filho (2014), que considera que assistir as pessoas em processos de transição constitui um dos papéis mais importantes da prática de enfermagem, pela facilitação do processo em si e, também, por permitir às pessoas atingirem o seu bem-estar. Ainda nesta conjuntura, a promoção da mobilidade, a acessibilidade e a participação social foram algumas das ações que desenvolvi em ambos os EC. Estas e outras atividades desenvolvidas foram sempre discutidas e validadas com os EO, o que contribuiu para a construção e consolidação dos conhecimentos teórico científicos, e, igualmente, para a atribuição de prioridades, às intervenções de ER mais adequadas, nos mais variados contextos com que me deparei. Estas contribuições manifestaram-se bastante importantes para a construção dos planos de cuidados de ER, elaborados por mim, para todos os utentes e famílias, dos quais destaco os presentes nos apêndices III e IV, relativos aos estudos de caso. A documentação diária dos cuidados de ER que produzi procurou refletir o planeamento e execução dos cuidados de ER, aquando dos EC, sob validação dos EO. A minha participação nas passagens de turno consistiu também numa forma de afirmação da implementação dos cuidados de ER, transmissão e continuidade dos mesmos, perante os pares e a restante equipa pluridisciplinar.

A partilha de conhecimentos ativa a que me refiro, com os EEER nos respetivos EC, bem como com os colegas com quem partilhei o CMER, contribuiu para a produção de conhecimento. Importa, pois, que a produção de conhecimento esteja espelhada neste relatório de estágio, do qual destaco atividades, tais como a composição dos jornais de aprendizagem, com base no ciclo de Gibbs, que podem ser consultados no apêndice V, e que se revelaram significantes em momentos importantes de reflexão.

Ainda no desenvolvimento desta competência (J2), foi-me proposta pelos EO um conjunto de intervenções, ao longo da prestação de cuidados de ER, aos utentes que me foram atribuídos, as quais pretendo explicar de seguida.

O EEER, na sua prática diária de cuidados, entre todos os aspetos relativos ao contexto socioeconómico e psicossocial da pessoa, nomeia a sua necessidade de autocuidados ou, por outras palavras, o seu nível de dependência, na realização dos autocuidados ou atividades de vida diárias (AVD). Destaco, como já tinha suprarreferido ao citar Orem, este levantamento de necessidades, por nos diferenciar de outras disciplinas na área da saúde, que focam as suas intervenções na recuperação da funcionalidade, com uma perspetiva mais segmentar. Em concreto,

exemplifico o utente do meu estudo de caso (Senhor A.P. R.), que estava a ser acompanhado por outra disciplina da área da saúde, onde efetuava treinos que visavam a recuperação da força muscular, amplitudes articulares e a recuperação do movimento. Obviamente que estes são, de facto, focos comuns à ER, tal como o andar, andar com auxiliar de marcha ou o movimento muscular e a espasticidade. No entanto, a ER, ao focar-se na realização de autocuidados, conduz as pessoas não só à independência funcional, mas também à (re) adaptação à nova condição de saúde. Esta perspetiva da ER reflete-se no treino e capacitação para a realização dos autocuidados, procurando adaptar e reconstituir a condição do agente de autocuidado – utente e família -, o mais aproximado da situação prévia de incapacidade a que foi sujeito, o que vai ao encontro da descrição da ER, cujos objetivos gerais passam por... *melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima*, (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.13565).

Destaco, nesta situação, o ensino e treino das técnicas de adaptação para o autocuidado, vestuário, higiene, comer e beber e ir ao sanitário. Igualmente, destaco o ensino e treino para as técnicas de adaptação, nas transferências que tive oportunidade de realizar com o utente A.P.R, portador de incapacidades e défices resultantes de um AVC. Este utente, após o AVC do hemisfério Esquerdo, do qual foi vítima em maio de 2019, passou por uma unidade da RNCCI, e foi admitido na UCC, em meados de dezembro do mesmo ano, sete meses após a ocorrência do evento agudo que lhe condicionou os défices, detalhadamente descritos no estudo de caso (apêndice IV). Sumariamente, o senhor A. P. R. encontrava-se dependente em todos os níveis de autocuidados, deslocando-se de cadeira de rodas, e sendo igualmente dependente a transferir-se. De acordo com a DGS, a reabilitação tem como objetivos ...*minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sociofamiliar e profissional na perspetiva da classificação internacional da funcionalidade, que engloba as atividades, participação, qualidade de vida e fatores pessoais e ambientais que os condicionam*. (DGS, norma nº 054/2011 de 27/12/2011, p.7). No mesmo documento, reforça-se, de igual modo, a importância de o plano de reabilitação ser estruturado com a máxima intensidade nos seis meses iniciais, após o AVC, o que, no caso específico deste senhor, não se verificou. O tempo decorrido entre a alta hospitalar, o ingresso na RNCCI numa Unidade de Média Duração e, posteriormente, a admissão na ECCL, poderá justificar, juntamente com o quadro clínico, a instalação dos défices tão acentuados e a dependência elevada na realização dos autocuidados.

Corroborando esta afirmação, Martins et al. (2018), no estudo que intitularam “Doentes após 6 meses de AVC: nível de incapacidade Funcional”, tendo como um dos objetivos determinar os níveis de funcionalidade no doente com AVC, nos seis meses seguintes ao evento agudo, concluiu-se que a grande maioria dos utentes apresentava uma incapacidade grave no final desse período de tempo, após a ocorrência do acontecimento, propondo-se, no seu estudo, que a ER intervenha, quer no sentido da reabilitação precoce destes utentes, quer no sentido da continuidade dos planos de intervenção.

De modo a capacitar o utente em questão, tive oportunidade de implementar as atividades terapêuticas (Menoita, 2012), tais como a ponte, o rolar, a facilitação cruzada, a carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio e a rotação controlada da articulação coxo femoral. Igualmente, realizei exercícios de mobilizações polissegmentares, com ênfase no lado mais afetado, com o objetivo de facilitar a integração do esquema corporal e estimular a sensibilidade propriocetiva, tendo capacitado o utente para as automobilizações polissegmentares, com particular incidência no MSD. Numa fase mais avançada, incluí atividades terapêuticas com bola suíça e treino de marcha controlada. Os resultados foram evidenciados, nas melhorias apresentadas pelo utente, ao nível do aumento da força e mobilidade ao nível do hemicorpo mais afetado, com especial relevo no aumento dos scores na escala de Ashworth e Berg, respetivamente.

Outra situação com a qual me deparei foi a do utente E.N., a quem prestei cuidados de ER, também ele vítima de AVC, com uma idade superior à do utente do meu estudo de caso que supracitei. Tratava-se de um utente octogenário, que se encontrava a ser acompanhado na RNCCI, há cerca de 1 ano, com a oportunidade de ter cumprido um longo programa de reabilitação. Nesta continuidade de cuidados de ER, pude realizar, com o utente, treino de marcha controlada, insistindo nos focos de ER andar e equilíbrio, e insistindo na capacitação e treino para as técnicas de adaptação para o andar com auxiliar de marcha, treino de correção postural e treino de equilíbrio. O primordial objetivo estabelecido com o utente e esposa era superar a limitação para o andar e transferir-se, de modo a otimizar a sua participação nas AVD, facilitando a esposa, principal cuidadora, também ela octogenária. Destaco que a grande diferença entre estes dois utentes, ambos vítimas de AVC, situa-se nos tempos de atuação valorizados por Martins et al. (2018). O utente do estudo de caso da UCC tinha um padrão espático muito mais acentuado, de acordo com a avaliação

da escala de Ashworth, o que condiciona, de forma determinante, a capacidade para o treino dos autocuidados, para os quais o planeamento de cuidados foi delineado.

No sentido de reintegrar os utentes na sociedade e promovendo práticas inclusivas, aconselhei, junto com os EO, a possibilidade dos utentes utilizarem os apoios sociais existentes na comunidade, tais como as instituições particulares de solidariedade social (IPSS), que oferecem serviços como o apoio na alimentação, fornecendo-a aos utentes, e cuidados de higiene ao domicílio. Para tal, efetuei um levantamento dos recursos existentes na comunidade.

Com o objetivo de atingir a máxima funcionalidade da pessoa, prescrevi produtos de apoio, tais como o uso de dispositivos para alívio de pressão nos utentes mais dependentes, onde se inclui, entre outros, as camas articuladas com colchões de pressão alternada, o uso de cadeiras de rodas adequadas às necessidades dos utentes, o uso de dispositivos auxiliares de marcha e a aquisição de produtos de apoio que possibilitassem as técnicas de adaptação à realização dos autocuidados. Procurei, junto dos utentes, familiares e dos EO, adequar as prescrições, procurando soluções economicamente mais facilitadoras, enquadradas na realidade socioeconómica de quem cuidei.

Neste contexto, as tendências sociodemográficas e económicas a nível nacional retratam a população alvo dos EEER com que me deparei, ao nível da UCC e da UHD. Tal achado, reflete-se, de um modo geral, numa população envelhecida com recursos económicos limitados. Daí, surgiu a necessidade de ter procurado adaptações e soluções para os produtos de apoio recomendados. Exemplos disso são: a substituição do bastão pela bengala ou pelo cabo da vassoura nos exercícios de expansão pulmonar, dos pesos para exercícios de resistência por garrafas cheias de areia ou água, dos pesos para reforço muscular do diafragma por sacos de sal ou de açúcar (que melhor se moldam às características anatómicas e aos objetivos do exercício implementado), dos suportes de sacos coletores de urina por clips e nastro, dos dispositivos de alívio da pressão causada pela roupa da cama (nas extremidades dos MI) por caixas de cartão para prevenção das úlceras de pressão no calcâneo (vulgarmente designadas por gaiolas) , incluindo a recriação de uma tábua de transferência, com recurso a moldes e material reciclado. Também neste contexto, procurei e disponibilizei contactos do banco de ajudas técnicas e dei uma orientação para apoios sociais existentes na comunidade, na qual era possível alugar ou adquirir andarilhos, camas articuladas, cadeiras de rodas, canadianas e colchões de pressão dinâmica. A ECCI possuía alguns recursos que tinham sido adquiridos ao longo do

tempo, através de mecenato de utentes e dos próprios enfermeiros da equipa, como o colchão de pressão dinâmica, o andarilho, a bengala e a bola suíça. Contudo, esses recursos eram insuficientes, perante as necessidades da população em questão, motivo pelo qual a sua gestão era obrigatoriamente racional, tendo em conta a prioridade das necessidades identificadas pelas EEER nas pessoas e respetivas famílias. A UHD também possuía, como dispositivos de apoio, o cicloergómetro e espirómetros de incentivo.

Desde o início dos EC, desenvolvi práticas de sensibilização dos utentes para as barreiras e para as circunstâncias ambientais existentes no seu domicílio, as quais verifiquei em cada uma das casas onde teve lugar a minha intervenção. Como exemplos, temos o evitar o uso de tapetes, o uso de proteções laterais nas camas (evitando a ocorrência de quedas) e a disposição do mobiliário, de modo a se adaptarem à nova condição de saúde, como a passagem da cadeira de rodas. Todas estas intervenções tinham o objetivo de evitar a ocorrência de efeitos adversos, visando a Prevenção de Riscos para a vida Humana, para o funcionamento humano e bem-estar humano, de acordo com a Teoria de Orem (2001). Aprendi, também, a reconhecer diferentes cadeiras de rodas - matéria lecionada em contexto académico e que foi reforçada no EC da UCC, sendo que a própria EO que me acompanhou realizou, ela própria, alterações a cadeiras de rodas, de maneira a adaptar a cadeira, quer às alterações da funcionalidade da pessoa, quer às barreiras arquitetónicas existentes no domicílio dos utentes.

Em suma, considero que a competência (J2) foi por mim desenvolvida com sucesso, através da realização das atividades de ER que descrevo. Ao ensinar e realizar treinos com a pessoa e respetivos cuidadores, acerca das técnicas para a realização dos autocuidados, desenvolvi também eu, uma forma diferente de “estar” na enfermagem, uma vez que, a minha prestação de cuidados (habitual) desenrola-se num ambiente, onde vigoram muitas atividades interdependentes de enfermagem, num modelo, usualmente *biomédico*. Ensinar, treinando estas técnicas, de modo a capacitar as pessoas para o autocuidado, conduziu-me a um horizonte de intervenções de enfermagem autónomas, com resultados satisfatórios para os utentes, afastando-me de uma visão curativa dos cuidados de saúde, para uma visão adaptativa, integrativa e inclusiva. Nesta ótica inclusiva, pesquisei de forma ativa a legislação; identifiquei barreiras arquitetónicas, orientando para a sua eliminação; preveni eventos adversos, procurando contornar as circunstâncias ambientais. A este nível, confesso, ter vivenciado importantes desafios, mas maiores recompensas.

2.3. Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3)

Com vista a desenvolver esta competência específica do EEER, concebi e implementei programas de treino motor, cardíaco e respiratório. Destaco, das demais atividades, aquelas que são integradas no projeto de formação “A Reabilitação Funcional Respiratória no âmbito da Unidade de Hospitalização domiciliária- A intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação”, e que podem ser consultadas, no apêndice II. Neste sentido, as intervenções de ER realizadas para o desenvolvimento desta competência passaram também pela pesquisa bibliográfica, de modo a munir-me da mais recente evidência científica, procurando as intervenções de ER mais adequadas aos utentes portadores de doença respiratória (a quem se dirige o projeto de formação), e ainda aos utentes com alterações cardíacas e afeções causadoras de défice motor.

No que diz respeito aos utentes com afeções respiratórias, recordo o Sr. B., com o diagnóstico clínico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC), com o qual tive oportunidade de efetuar sessões de reabilitação funcional respiratória (RFR), cujo objetivo passava por otimizar a ventilação e a limpeza das vias aéreas - intervenções descritas em: Reabilitação Respiratória – Guia Orientador de Boa Prática (Ferreira et al. 2018).

De forma a justificar as atividades de ER implementadas e os respetivos objetivos, menciono Branco et al. (2012), o qual descreve que o EEER deve identificar o estadio da doença e atuar em função disso, sendo que, numa fase inicial da PAC, é fundamental reverter a atelectasia, bem como a perda de volume nos segmentos pulmonares adjacentes e a diminuição dos índices de ventilação/perfusão. Numa fase mais tardia, de resolução, por coexistir tosse produtiva, torna-se fundamental implementar intervenções de ER, que visem a limpeza da via aérea. Para além do senhor B., destaque-se, igualmente, o programa de reabilitação implementado por mim no utente A. F., que pode ser consultado no estudo de caso que elaborei, durante o EC da UHD, e que se encontra no apêndice III.

Os programas de reabilitação cardíaca por mim desenvolvidos sucederam-se, efetuando planos de exercício físico, em conjunto com o EO e o médico responsável pela utente N., e gerindo, igualmente, os períodos de repouso. Estas atividades foram implementadas em conjunto com os familiares, de modo a ir ao encontro dos objetivos ER e, simultaneamente, envolvendo a família na prestação de cuidados, uma vez que

a mesma, em contexto domiciliário, assegura a continuidade de cuidados - neste caso específico, a vigilância do seu ente portador de patologia cardíaca, após a capacitação destes cuidadores pelo EEER. Deste modo, houve, por vezes, necessidade de reestruturar e reformular os planos de exercícios, em função da vigilância da família, na realização dos mesmos.

No *International Council of Nurses*, em 2011, citado por Costa et al. (2020), no *Guia da Boa Prática para Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*, a Insuficiência Cardíaca (IC) é definida como a escassez de capacidade ou energia para executar uma atividade de modo completo. Neste sentido, os mesmos autores estabelecem como prioridades para o EEER, no doente com IC, exercitar a pessoa para a tolerância (máxima) à atividade e, de igual modo, a capacitação para a realização das AVD, ou seja, conduzi-la à independência nos autocuidados.

No mesmo documento, salienta-se a importância do EEER fornecer estratégias para que o indivíduo consiga identificar a sobrecarga cardíaca, reconhecendo sinais tais como dispneia, cansaço ou dor no peito e, conseqüentemente, desenvolver atividades de conservação e gestão da energia, na realização dos autocuidados, dos quais destaco a programação dos períodos de repouso (adequados à situação do utente), a realização dos autocuidados na posição sentada (sempre que possível) e a interrupção da atividade perante a perceção da sobrecarga cardíaca. O EEER deve ainda ensinar/ instruir a pessoa a evitar certos tipos de esforços, nomeadamente exercícios isométricos, usando a força dos MS para se levantar, evitando carregar objetos pesados e o recurso à manobra de valsalva, curvando a cintura, ou ao esforço excessivo ou prolongado para evacuar.

Todas estas atividades foram, oportunamente, por mim realizadas com as utentes portadoras de IC, das quais cuidei durante o estágio hospitalar, adequando o plano de cuidados à situação clínica das utentes. Costa et al. (2020) dividem a atuação dos EEER, durante o internamento hospitalar, nas fases I e II, correspondendo a fase I à fase aguda, em que a atividade deve ser reduzida ao mínimo até à estabilização clínica. Esta fase não foi por mim encontrada, uma vez que um dos critérios de exclusão de internamento na UHD, tal como já referi, passa pela instabilidade hemodinâmica. Na fase II, os autores salientam a relevância dos focos de ER nos autocuidados afetados. Como tal, é pertinente a existência de escalas de avaliação, nomeadamente da MIF e do índice de Barthel, tendo sido esta última utilizada na UHD, para a identificação dos autocuidados afetados.

De acordo com os resultados desta avaliação, o EEER deve ensinar e instruir o utente e os familiares quanto às estratégias facilitadoras na realização dos autocuidados. No que diz respeito ao autocuidado comer e beber, o utente deve adequar a dieta, fracionar as refeições ao longo do dia, comer sentado com os cotovelos apoiados; ao autocuidado vestuário, o utente deve realizá-lo sentado, escolher roupas fáceis de vestir, utilizar um banco de apoio que facilite o calçar e o vestir a metade inferior do corpo; ao autocuidado higiene, deve o utente fazer uso de escovas de cabo comprido, que permitam a higiene da parte inferior e posterior do corpo, devendo, igualmente, preferir o chuveiro (em detrimento dos banhos de imersão), utilizando para tal um assento, barras laterais de apoio e tapetes antiderrapantes. Ainda no autocuidado higiene, realço outras estratégias de conservação de energia, por mim aconselhadas e previstas na literatura, tais como o uso de roupão para secar o corpo, em vez do habitual toalhão de banho e lavar a cara, barbear e escovar os dentes, gerindo o cansaço, sentado com os cotovelos apoiados. No que diz respeito a outras atividades, tais como subir escadas, aconselhei a inspirar profundamente em repouso e expirar lentamente ao subi-las. Também foram contempladas as atividades domésticas, de acordo com a realidade de cada um dos utentes, tendo aconselhado estratégias para a conservação de energia, que contemplam o planeamento das diferentes atividades, períodos de descanso e a realização das atividades, tanto quanto possível, sentados. Aquando da alta, os utentes e seus familiares demonstravam, conhecimento e utilização adequada de técnicas de conservação de energia, revelando a efetividade dos ensinamentos, reforçados em todas as visitas domiciliárias.

A intervenção do EEER na pessoa com IC descompensada, que tive oportunidade de realizar numa fase inicial, contemplou a RFR, com ênfase na reeducação respiratória diafragmática, de modo a não exigir a musculatura acessória. Esta intervenção revelou-se muito útil para os utentes, quer na realização dos exercícios- treino de marcha, ciclo ergómetro, subir escadas -, quer nas atividades de conservação de energia. Recordo que estas intervenções que tive oportunidade de realizar, no EC da UHD, estão previstas no Guia Orientador de Boas Práticas: Reabilitação Cardíaca (GOBPER).

Em termos globais, posso considerar que o melhor indicador de qualidade que obtive com a implementação dos planos de cuidados foi a satisfação dos utentes, que se manifestaram muito agradados, tendo evidenciado ganhos com os planos implementados. Relembro que o senhor F. realizou levante, ao fim de sete anos

imobilizado ao leito; a senhora N. conseguiu, após o seu período de agudização da insuficiência cardíaca, regressar às suas caminhadas, e ao exercício de bicicleta, depois do programa cardiorrespiratório por mim concebido e validado pelo enfermeiro orientador; o senhor Maestro autonomizou-se nas transferências e anda com auxiliar marcha, tendo recuperado do seu declínio funcional; a senhora R., aos cuidados de ER da UCC, portadora de doença neuromuscular degenerativa, não apresentou recidivas ou internamentos durante a nossa atuação e ao longo de todo o internamento na UCC, acompanhada pela equipa de enfermagem de reabilitação, onde se inclui a minha intervenção; o senhor D. recuperou totalmente da exacerbação da doença pulmonar obstrutiva respiratória, adotando estilos de vida saudáveis e práticas de exercício físico por nós indicadas. Em resumo, todas estas evidências demonstram a minha interação com os utentes, que beneficiaram dos programas de treino cardíaco, respiratório e motor implementados, desenvolvendo as suas capacidades e evidenciando ganhos em saúde, deveras importantes para justificar e reforçar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Obviamente que nem tudo se traduziu em ganhos em saúde, bons resultados e boas evidências. Na prática diária, fui, muitas vezes, confrontada com momentos menos positivos e impeditivos na concretização dos objetivos delineados. Relembro o caso do senhor S., com o diagnóstico de doença de Parkinson, dependente nos seus autocuidados, cujo principal objetivo consistia em efetuar transferência de forma independente para o cadeirão, e tal não foi possível, pelas consequências da sua condição de saúde e pela impossibilidade da cuidadora. Recordo, igualmente, uma necessidade de reinternamento num utente, pelo diagnóstico de urosépsis, com necessidade de internamento em cuidados intensivos, e, por isso, imobilização prolongada, que o terá condicionado a uma situação de declínio funcional. Deste modo, pretendo expressar que, muitas vezes, as variáveis que não estão ao nosso alcance, aquelas que não são modificáveis, influenciam os resultados da nossa prática. Neste sentido, Orem referia que os autocuidados são comportamentos que são sensíveis aos resultados de enfermagem. Contudo, não é, de todo, possível que essa sensibilidade os modifique na totalidade, surgindo, desta premissa, a teoria dos sistemas de enfermagem, que determina a atuação do EEER, perante os problemas identificados.

Saliento, de igual modo, que a intervenção de ER sofre constantemente uma reestruturação em função das circunstâncias, mas, sobretudo, na redefinição dos

objetivos, no planeamento de cuidados de ER, para o utente e para a sua família. Esta afirmação permite-me, da mesma forma, concluir que todas as atividades delineadas, que se iniciam no momento da colheita de dados, sobretudo em contexto domiciliário, não têm, em si, um início e um fim, na medida em que estamos, constantemente, sujeitos à ocorrência de fatores externos, que nos conduzem à reformulação dos objetivos e à (re) adequação obstatante das intervenções de ER a implementar. Neste contexto, relembro algumas situações que vivenciei, em que sugeri alterações quanto à disposição do mobiliário, de forma a possibilitar a realização de exercícios nomeadamente, treino de marcha. Sugeri, igualmente, numa outra situação, a aquisição de um cadeirão com medidas específicas (que eu própria determinei, em função da habitação), para que fosse possível o levante do utente para o cadeirão. Ao nível dos planos de cuidados de estimulação cognitiva, criei, também, um KIT (composto por exercícios, um caderno, lápis de cor, lápis de carvão e caneta), para que fosse exequível a prática destes exercícios. A adaptabilidade com que lidei com as mais diversas situações permitiu-me um crescimento não só enquanto profissional, mas também como pessoa e futura EEER. Esta adaptabilidade, que se traduz numa adaptação constante às pessoas e aos seus contextos, permitiu-me concretizar os objetivos delineados. Assim, procurei sempre ir ao encontro das preferências pessoais de cada um dos meus utentes, de modo a cativá-los para a prática dos exercícios. Lembro o senhor. A.P.R., que tinha um grande interesse por matérias de futebol, previamente ao AVC, e que, após o mesmo, pelo seu humor deprimido, manifestava algum desinteresse quanto ao mundo que o rodeava. Neste sentido, insisti com o utente em atividades de distração, como a visualização de jogos de futebol, “obrigando-me” a estar informada quanto aos mesmos, para que, na sessão seguinte de ER, pudéssemos debater as matérias do futebol. Tal facto constituiu, em si, uma estimulação social e cognitiva (leitura e interpretação dos jornais desportivos) para o utente, reativando um dos seus hobbies. Adquiri, também, uma bola para a realização de exercícios de coordenação e de equilíbrio, de modo a introduzir algum dinamismo na prática dos exercícios, contrariando a monotonia da prática repetida dos mesmos exercícios, o que, por vezes, conduz ao desinteresse por parte dos utentes. Tal solução teve bastantes resultados com a senhora V., a quem prestei cuidados após AVC do cerebelo, com alterações a nível do equilíbrio. Nesta mesma utente, estimei a prática do tricot (atividade que praticava previamente ao AVC), com o objetivo de ir ao encontro dos seus gostos pessoais, mas também do desenvolvimento da

motricidade fina, pelos domínios cognitivos que esta prática integra – concentração e repetição.

Assim, ir ao encontro das preferências de quem se cuida, bem como das suas expectativas, é desafiante na prática do EEER, e concomitantemente uma estratégia bem-sucedida, na minha vivência, para a prática de cuidados de ER. Dar continuidade aos planos estabelecidos é outro dos desafios do EEER. Neste sentido, elaborei, para a prática de exercícios de reabilitação motora, panfletos com imagens ilustrativas dos exercícios, adaptados a cada um dos utentes, o que facilitava a continuidade da prática, após o exercício, treino e instrução dos mesmos.

Em suma, ambos os campos de estágio me permitiram desenvolver competências previstas para o EEER - avaliação sobre a qual me proponho debruçar, em seguida.

3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

O desenvolvimento acontece de um modo privilegiado em contexto de ensino clínico, permitindo a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, e refletindo a capacidade de adequar esses mesmos conhecimentos a uma prática diversificada, com características muito específicas. A adaptação à realidade encontrada permitiu-me mobilizar conhecimentos e, igualmente, estabelecer prioridades acerca dos cuidados de ER mais apropriados aos utentes, nos seus contextos sociais, familiares e económicos. Deste modo, a minha prática, ao longo dos EC, destaca-se pela presença de diversos aspetos positivos, assim como de outros negativos (eu diria “menos positivos”), com os quais me deparei e que pretendo detalhar, neste capítulo.

Ao longo de todo o percurso académico, fomos interrompidos aquando da elaboração do relatório de estágio, em contexto de pandemia por Covid 19, pelas exigências profissionais com que a profissão de enfermagem se confrontou. Tal adiamento teve a compreensão da ESEL com prorrogação do prazo de entrega do relatório. Esta breve descrição de acontecimentos destaca um dos aspetos negativos deste percurso académico, na medida em que se revelou mais longo do que o esperado, e ao qual acrescento o clima de ansiedade e os receios que este contexto de pandemia trouxe consigo. Contudo, após o embate inicial com esta nova realidade, bem como todo o acréscimo na carga de trabalho que esta implica, foi-me possível voltar a focar-me e a desenvolver o presente relatório de estágio, que traduz todo o percurso vivenciado e, sobretudo, o desenvolvimento de competências, ao longo dos EC.

Como aspeto positivo, entre outros, destaco o privilégio de ter conseguido o EC numa UHD, pioneira neste projeto a nível nacional e muito proactiva na prestação de cuidados, nesta área inovadora da prática de cuidados, que data de 2015. Esta oportunidade revelou-se uma mais valia na aquisição de conhecimentos, nesta área de cuidados de ER, e na possibilidade de implementação do projeto de formação (presente no apêndice I). Neste contexto, posso afirmar que quer os objetivos, quer as atividades delineadas no projeto de formação, foram oportunamente concretizadas.

Ainda nos aspetos positivos, e em relação aos campos de estágio, posso, perentoriamente, afirmar que ambos os EC me proporcionaram uma vasta amplitude de experiências e aprendizagens, exigindo de mim conhecimentos necessários para dar resposta a toda esta variedade de situações. Como tal, foi necessário, da minha

parte, bastante dedicação, estudo e treino das competências fundamentais. Este último aspeto foi particularmente difícil, na medida em que a gestão do tempo, quando temos, simultaneamente, uma vida profissional e familiar em paralelo, requer algumas estratégias (eu diria “acrobacias”) para o conseguir. No entanto, mantendo o foco adequado, tudo se tornou possível.

Os percursos de autodesenvolvimento e de autoconhecimento, aos quais dou bastante importância, desde sempre nos diferentes domínios, contribuem para nos melhorarmos diariamente, fazendo sempre o “mais adequado” e procurando o melhor das situações com que nos deparamos. Nos EC, traduz-se em procurarmos a melhor evidência científica disponível para desenvolver as competências teórico-científicas, como, de igual modo, as competências pessoais e sociais, tão imprescindíveis ao enfermeiro e, especificamente, ao EEER.

Benner (2001), considera a prática como um todo integrado e, assim sendo, é necessário que o profissional desenvolva o conhecimento, o carácter e a competência que lhe permitam contribuir para o desenvolvimento da prática. Procurei, com a formulação do projeto de formação e posterior aplicação na realidade encontrada, dar visibilidade a uma área de cuidados de ER, num contexto inovador da Hospitalização Domiciliária, dando lugar e abrindo portas a uma produção de conhecimento ao nível da enfermagem, ainda em fase inicial, a nível nacional.

Ao nível do percurso profissional, de onde realço catorze anos de experiências e aprendizagens, na área dos cuidados intensivos, afastaram-me bastante da realidade dos cuidados de saúde ao nível da comunidade. Voltar a esta realidade revelou-se desafiante, enriquecedor e uma oportunidade única de desenvolver as competências previstas para o EEER. Esta afirmação é válida tanto para o estágio da ECCI, como para a UHD, uma vez que ambos os contextos se desenrolam na comunidade, ainda que, outras conjunturas diferenciem os dois modelos de prestação de cuidados.

Criar uma identidade profissional como EEER, e, simultaneamente, adaptarmo-nos às dinâmicas organizacionais dos locais de estágio que nos acolhem, foi sentido, inicialmente, com algum temor. No entanto, desde o primeiro dia nos EC, senti-me muito bem acolhida e desafiada a demonstrar conhecimentos na área da ER, afastando esse temor. A autonomia e a responsabilidade que me foram pedidas pelo DO, nas diversas reuniões, e pelos EO, foram demonstradas ao longo dos estágios, e revelaram-se como uma mais valia para o meu desenvolvimento.

Todo este desenvolvimento de competências, associado às mais variadas aprendizagens e experiências, refletiu-se na minha prática diária de cuidados de enfermagem, no meu contexto profissional, como que numa visão mais alargada, num raciocínio crítico dos cuidados de enfermagem – recordo o pensamento do EO da UHD que salientava que a ER lhe tinha mudado “ os óculos” com que via a enfermagem, com que identificava as necessidades dos utentes e a forma, implícita, como lhes dava resposta. Em suma, posso afirmar que os saberes adquiridos e todas as vivências que tive oportunidade de usufruir me elevaram a uma outra dimensão de cuidados, o que, particularmente, me apraz bastante, e onde desejo, tal como nos ensinamentos clínicos, ser bem-sucedida.

Para além de ter percecionado que a comunidade é um lugar de eleição para o EEER, tive a agradável surpresa de ser muito bem recebida pelos utentes. Das mais variadas formas, todos se mostraram agradados com o meu trabalho desenvolvido, e creio que esse é, em si, um dos indicadores mais fiáveis da qualidade dos cuidados prestados – a satisfação dos utentes.

O contexto comunitário, como plano de ação do EEER, também desoculta a nível da prestação de cuidados alguns aspetos negativos (que não se verificam na realidade hospitalar convencional), nomeadamente a falta de material para a realização dos exercícios previstos no âmbito da reabilitação. Este aspeto negativo foi ultrapassado pelas diversas estratégias que apresentei no capítulo anterior, trocando pesos por garrafas cheias de areia ou água, pacotes de arroz e sal, bastão por cabos de vassouras, entre outras, que já referi anteriormente.

Após salientar a privilegiada interação com os utentes, na comunidade em ambos os EC, destaco, igualmente, a interação com os demais profissionais de saúde, nomeadamente os EEER que constituem as equipas, com quem tive oportunidade de experimentar uma profícua permuta de experiências e aquisição de saberes na ciência de enfermagem, concretamente, na ER. Neste sentido, partilhei a minha pesquisa, realizada no âmbito do projeto e ao longo dos EC, com os EO e com a restante equipa.

A busca pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem reflete uma base sólida de conhecimento, um alicerce para os cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo, por isso, importante identificar os aspetos a melhorar nos EC. Neste sentido, posso afirmar, veemente, que um dos pontos fracos com que me deparei na realização dos EC, nomeadamente ao nível do utente com patologia respiratória, alvo do meu projeto de intervenção, foram os aspetos relacionados com os cuidados de transição (Hospital – Comunidade). Reforço que

seria importante sinalizar estes utentes, em termos de referenciação, para os cuidados de saúde primários, aquando dos internamentos por agudizações, na UHD, para que continuassem a ser acompanhados por profissionais especializados, particularmente EEER.

Essa continuidade de cuidados é considerada por Hernández et al. (2018), que sugerem que as UHD possam ser encaradas como um potencial de sinergias com os serviços integrados na comunidade, realçando que as UHD podem constituir um forte potencial de transição, entre os cuidados hospitalares e os cuidados na comunidade. Myers (2013), através da Associação Americana de Cuidados Respiratórios, afirma que a expansão e o crescimento, para além do tratamento agudo, são imprescindíveis para os especialistas de reabilitação respiratória, o equivalente ao EEER em Portugal, pela descrição das competências que lhes surgem associadas. O autor afirma que, numa reforma de saúde centrada na redução de custos, na qualidade e na segurança, e numa continuidade mais eficiente de prestação de cuidados, os EEER fornecem um conjunto de competências e conhecimentos para a prestação de cuidados de saúde em segurança e com a máxima eficiência. Distingue, pois, a disrupção existente entre o Hospital e a Comunidade, como um novo domínio a ser explorado pelos EEER.

Note-se que é também uma das propostas do presente relatório, deste estágio, dar evidência às questões por resolver, bem como à identificação de questões emergentes. A resposta à disrupção identificada poderá passar pela implementação de programas e projetos. Para tal, como futura EEER, com planos para integrar uma nova UHD, perspetivo a elaboração de projetos que deem resposta a estas problemáticas.

Uma das ferramentas encontradas para dar resposta a esta problemática, aquando da RNL, intitula-se “Divert- Care Intervention” – uma ferramenta que permite gerir a sintomatologia dos utentes com patologia cardiorrespiratória, tratando-se de um instrumento com várias diretrizes e recursos educacionais, utilizados na área de cuidados ao utente respiratório, em contexto domiciliário. O instrumento fornece *guidelines* para a autogestão da doença, para a prevenção e para a deteção precoce de complicações cardiorrespiratórias. Esta intervenção é efetuada por especialistas de reabilitação e demonstrou aproximar os profissionais dos utentes, na medida em que fortalece o vínculo, pelo permanente contacto que este projeto permite. Salientam-se, igualmente, ganhos em saúde, com a diminuição do número de (re) internamentos. Este projeto foi implementado, na realidade canadiana, onde o acesso a programas especializados, elaborados por especialistas em reabilitação respiratória,

atinge apenas uma pequena parte da população, oferecendo uma resposta de saúde centrada na pessoa (Schumacher et al., 2018). À semelhança do evidenciado nesta realidade internacional, sabemos que, em Portugal, apenas 2% dos utentes com necessidades de cuidados de reabilitação respiratórios têm acesso aos mesmos, ao nível dos cuidados de saúde primários – dados descritos por Santos (2018) *in* Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). Por conseguinte, emerge, uma vez mais, a necessidade de atuação e um espaço de intervenção para o EEER, nesta área de interesse.

Após esta oportunidade de melhoria, sumário este capítulo, que reflete a avaliação do trabalho efetuado de um modo bastante positivo e gratificante. Igualmente, saliento, a riqueza dos EC, pelo manancial de atividades proporcionadas, que contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas de ER, que me permitiram *cuidar de pessoas com necessidades especiais, em todos os contextos da prática de cuidados (J1); capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2); maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3)*. Os critérios de avaliação, das respetivas competências foram minuciosamente revistos e concretizados, no decorrer dos EC, o que espero refletir, adequadamente neste relatório de estágio, aspeto desafiante a superar.

Estas competências permitiram-me a nível profissional e pessoal, no quotidiano da minha prática elevar a minha prestação de cuidados a um nível superior, com benefícios para os “meus” utentes e seus familiares, mas igualmente para a equipa multidisciplinar onde me encontro inserida, no âmbito da UCI. As minhas ambições profissionais, passam por ser transferida para uma UHD, o que me irá possibilitar ampliar os conhecimentos adquiridos, possibilitando a continuidade do desenvolvimento de competências, neste contexto, valorizando o meu percurso académico e formativo.

Para culminar, os diferentes percursos - individual, académico e profissional, conduziram-me a um desenvolvimento de competências, previstas nos Descritores de Dublin, para o 2º ciclo de estudos, de onde destaco a minha capacidade de compreensão e conhecimento, que apliquei adequadamente, às mais variadas situações com que me deparei, bem como, a capacidade de julgamento e tomadas de decisão de forma clara e inequívoca, com que relato as aprendizagens, no presente relatório. Na avidez, de desenvolver autonomamente, ao longo da vida, competências de autoaprendizagem, como EEER, detentora do grau de Mestre.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dar visibilidade ao percurso, às vivências, competências e ao aprendizado adquirido ao longo dos ensinamentos clínicos, constituiu, em si, o principal desafio na elaboração deste relatório de estágio. A competência é tida como “a qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou exercer determinadas funções”, sendo, igualmente, considerada como uma “aptidão” e a “capacidade que uma pessoa tem para avaliar; idoneidade”, determinando uma “área de atividade; atribuição” (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha], 2020). Destacando, as várias dimensões do que se entende por competência, procurei explanar, neste documento, a forma como, no decurso dos ensinamentos clínicos, desenvolvi capacidades e aptidões na resolução dos problemas dos utentes, de quem tive oportunidade de cuidar, e das suas famílias. Destaco as competências desenvolvidas a nível da avaliação das suas necessidades de autocuidado, bem como no levantamento dos focos prioritários, na área de especialização em ER.

Explorar este percurso de evolução, como futura EEER, através da adoção de uma metodologia descritiva e, simultaneamente, crítico-reflexiva, que refletisse a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens e de competências comuns e específicas na área de ER, foi uma das atividades contempladas, que se iniciou no desenho dos EC – no projeto de formação –, culminando nestas considerações finais, que deixo em jeito de conclusão, mas também como possível ponto de (re) começo, para que novos projetos possam surgir.

Nesta trajetória, apliquei os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do CMER, em contexto académico, confiante na compreensão dos conteúdos apreendidos, que me conduziram a uma tomada de decisão fundamentada, nas mais variadas situações com que me deparei. Estas premissas encontram-se previstas nos Descritores de Dublin, para o 2º ciclo de estudos, que determinam a atribuição do grau académico de Mestre. Com esta ambição, propus-me, na elaboração do presente relatório, à comunicação das suas conclusões, com clareza e objetividade.

Por outro lado, destaco a importância da especialização em enfermagem, considerada como uma tendência internacional incontornável e como uma resposta aos desafios do setor da saúde, com impactos diretos nos cuidados prestados (INESC-TEC, 2018). As evidências encontradas sobre os cuidados de enfermagem especializados mostram...*ganhos em saúde para os clientes (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (melhoria dos indicadores de*

gestão e de eficiência) e ainda para os próprios profissionais (melhoria dos índices de satisfação e de retenção), (INESC-TEC, 2018, p.5). Os mesmos autores denunciam que os cuidados de enfermagem, quando prestados por EE, contribuem para a redução das taxas de mortalidade e diminuem os dias de internamento.

Ao EE são exigidas competências enquadradas em quatro domínios – o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados; o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019^a). Tais conceitos encontram-se integrados na descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos delineados (capítulo 1), comprovando-se que, ao longo dos estágios, foram desenvolvidas práticas profissionais que me permitiram alcançar estes domínios.

Estas práticas profissionais pressupõem que o EEER se apropria das competências específicas da sua área de especialização – nomeadamente, cuidando de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitando a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizando a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Ambos os EC me permitiram, pela diversidade e riqueza dos seus contextos, o desenvolvimento e a apropriação destas competências, para a conceção e implementação de cuidados de ER, tal como elucidado no decorrer do relatório de estágio.

A convergência de atividades que visam o desenvolvimento de competências comuns como EE, específicas como EEER, das competências previstas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, espelham, igualmente, uma prática de enfermagem avançada, baseada na evidência. Esta procura pela melhor e mais recente evidência está latente desde o primeiro dia do EC e, espero eu, em todas as páginas, deste documento.

A mobilização de todas essas competências foi igualmente prevista na produção do projeto de estágio – *A Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de Hospitalização Domiciliária – A Intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. A implementação deste projeto teve lugar no primeiro EC, numa da unidade de UHD, onde tive oportunidade de realizar as intervenções previstas. A implementação das atividades previstas no projeto possibilitou-me atingir amplamente os objetivos planeados.

Para além de dar relevo às intervenções de enfermagem autónomas do ER na função respiratória, apreciada como uma das áreas de investigação emergentes (Ordem dos Enfermeiros, 2014), procurei, de igual modo, destacar a importância que o EEER poderá ter, neste modelo inovador de cuidados de saúde – Hospitalização Domiciliária (HD). Este modelo de prestação de cuidados de saúde, ao evitar os internamentos hospitalares convencionais, produz um impacto nos eventos adversos associados aos internamentos, evitando as infeções nosocomiais e os erros de medicação - Wright et al. (2014), citado por Barret (2019). Como vantagens, destacam-se indicadores como a satisfação dos utentes e a diminuição da dependência dos mesmos, a médio prazo - Shepperd et al. (2016) e Barret (2019).

A intervenção do EEER, nas UHD, considera-se uma mais valia, fomentando, com a sua intervenção especializada, a diminuição da demora no internamento hospitalar (Cox et al., 2017); fornecendo um conjunto de conhecimentos e competências que podem ser otimizados e prestados em segurança, fora das “paredes hospitalares” (Myers, 2013); diminuindo o número de internamentos e reinternamentos (Dowell, 2018). Tais achados indicam a HD como um lugar privilegiado, onde o EEER poderá desenrolar a sua ação, com evidentes ganhos em saúde.

Urge assim, a importância de evidenciar ganhos em saúde que advenham da prática especializada do EEER, no contexto da HD. Assumindo-se que a falta de evidências da intervenção de ER, na realidade nacional, é um repto, a ser superado. Portanto, finda esta etapa, proponho-me à realização e publicação de estudos de investigação, com vista à produção de conhecimento e evidências, nesta área inovadora de prestação de cuidados. Neste sentido, também já tinha demonstrado a necessidade de uma melhor articulação com os cuidados de saúde primários, projetos que desejo, efetivamente, desenvolver.

O percurso já trilhado trouxe visíveis resultados, no meu quotidiano, transformando a minha visão da enfermagem, o planeamento e a gestão de cuidados, que se traduz em benefícios para os utentes e seus familiares, de quem cuido atualmente. Ainda que afastada, para já, da realidade sobre a qual me debrucei, a UCI é igualmente, um local privilegiado para o desenvolvimento de competências como EEER. Caminhos haverá mais para percorrer, no âmbito da investigação, da produção de conhecimento, ao nível da ER, bem como, pessoal e profissionalmente, esperando que o percurso dos mesmos me conduza ao mesmo nível de realização e satisfação com que termino esta redação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Acedido em: 25-11-19. Disponível em: <http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>

Barrett, D. (2019). *Admission avoidance: Hospital at home*. British Journal of Community Nursing, 24(5), 238–239. Acedido em: 11-02-20. Doi:org/10.12968/bjcn.2019.24.5.238

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). *Temas de reabilitação–Reabilitação Respiratória*. Porto: Medesign.

Cordeiro, M. D. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Costa, M., Rebelo, C., Marques, F., Pestana, S. & Ferreira, V. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 05-08-2020. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Cox, K., Macleod, S. C., Sim, C. J., Jones, A. W., & Trueman, J. (2017). *Avoiding hospital admission in COPD: Impact of a specialist nursing team*. British Journal of Nursing, 26(3), 152–158. Acedido em: 11-02-2020. Doi: org/10.12968/bjon.2017.26.3.152

Cunha, F., Cintra, M., Cunha, L., Couto, E., Giacomin, K., (2009). *Factores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. P 475- 487. Acedido em: 22-10-19. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838782013.pdf>

Delerue, F., & Correia, J. (2018). *Hospitalização domiciliária mais um desafio para a medicina interna*. Medicina Interna, 25(1), 15-17. Acedido em: 7-04-19. Doi: org/10.24950/rspmi/Op/1/2018

Despacho n.º 9323-A/2018 (2018). *Determina a estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde (SNS)*. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Diário da República, II Série, 1º

suplemento (N.º 191 de 03/10/2018), 2600-(5). ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/116587923>

Despacho nº 12333/2019 (2019). *Determina que o Ministério da Saúde promove a consolidação e o desenvolvimento de Unidades de Hospitalização Domiciliário nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, com vista ao alargamento deste modelo de prestação de cuidados de saúde a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS*. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Diário da República, II Série, (Nº 246 de 23/12/2019), 76-77. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/127503295>

Despacho nº 8807/2018 (2018). *Designa o responsável pela implementação e dinamização das Unidades de Hospitalização Domiciliárias nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde*. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Diário da República, II Série, (Nº 179 de 17/09/2018), 25531- (2). ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/116405860>

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. Acedido em: 14-08-19. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência>

Dowell S., Moss, G. & Odedra, K. (2018). *Rapid Response: A multiprofessional approach to hospital at home*. British Journal of nursing. 27(1). 24-30. Acedido em: 18-04-2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=d573e37e-0887-4aea90ee->

Ferreira, D. S. A., Teodoro, A. D. C. M., Gaspar, L. J. R., Ferreira, M. D. F. A. P., do Rosário Sousa, M., & da Rocha, S. M. P. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória: Reabilitação Respiratória* (Vol. 10). Ordem dos Enfermeiros.

Golino, M. T. S., & Flores-Mendoza, C. E. (2016). *Desenvolvimento de um programa de treino cognitivo para idosos*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19(5), 769-785. Acedido em: 7-12-19 Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n5/pt_1809-9823-rbagg-19-05-00769.pdf

Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., ... & Shepperd, S. (2017). *Early discharge hospital at home*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6). Acedido em 11-02-20. Doi: [org/10.1002/14651858.CD000356.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub4)

Hernández, C., Aibar, J., Seijas, N., Puig, I., Alonso, A., Garcia-Aymerich, J., & Roca, J. (2018). *Implementation of home hospitalization and early discharge as an integrated care service: a ten years pragmatic assessment*. International Journal of integrated care, 18(2). Acedido em: 11-02-20. Doi: [org/105334/ijic.3431](https://doi.org/10.5334/ijic.3431)

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

INESC-TEC. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*. Ordem dos Enfermeiros, 1-113. Acedido em: 10-08-20. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf

Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. WWF Martins Fontes.

Lei nº95/2019 (2019). *Aprova a Lei de Bases de Saúde e revoga a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto*. Assembleia da República. Diário da República, I Série, (Nº 169 de 4/09/2019), 55-59. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>

Martins, C., Correia, R., Martins, R., Campos, S., & Moreira, T. (2018). *Doentes após seis meses de acidente vascular cerebral: Nível de incapacidade funcional*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 1(1), 23-35. Acedido em: 3-01-20. Doi: [org/10.37914/riis.v1i1.26](https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.26)

Meis, J., Bosma, C., Spruit, M., Franssen, F., Janssen, D., Teixeira, P., ... & Kremers, S. (2014). *A qualitative assessment of COPD patients' experiences of pulmonary rehabilitation and guidance by healthcare professionals*. Respiratory medicine 108(1). 500-510. Acedido em 18-04-19. Doi: [org/10.1016/j.rmed.2013.11.001](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.11.001)

Menoita, (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusodidacta.

Myers, T (2013). *Thinking outside the box: Moving the Respiratory Care Profession beyond the Hospital Walls*. American Association of Respiratory Care 58(8). 1377-1385. Acedido em: 11-2-20. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=c1099e60-0189-4ef8-9538-6cd18606bf2e%40sdc-v-sessmgr01>

Norma nº 54/2011 (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2018). *Panorama das doenças Respiratórias em Portugal*. Portugal: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Acedido em: 16-03-20 Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Áreas de investigação para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem de especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série, (Nº 26/2019 de 06/02/2019), 4744 – 4750.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, II Série, (Nº85/2019 de 03/05/2019), 13565 – 13568.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.) St. Louis: Mosby

Pereira, R. A., Santos, E. B. D., Fhon, J. R. S., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2013). *Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(1), 185-192. Acedido em: 29-11-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1.pdf>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). *Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem*. Revista de Enfermagem Referencia IV (3).157-158. Acedido em: 13/02/20. Doi: [org/10.12707/RIV14081](https://doi.org/10.12707/RIV14081)

Regulamento nº 743/2019 (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série, (Nº 184 de 25/09/2019).128-155. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/124970757>

Riscanevo, P., Carreño-Moreno, S., & Arias-Rojas, M. (2019). *Conspiracy of silence in palliative care: A concept analysis*. Indian journal of palliative care, 25(1), 24. Acedido em: 8-01-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388587/>

Rodrigues, D. (2019, julho). *Estratégias para a implementação das unidades de hospitalização domiciliária*. In Seminário de Hospitalização Domiciliária, Escola Nacional de Saúde Pública

Schumacher, C., Lackey, C., Haughton, D., Peirce, T., Boscart, V., Davey, M...& Costa, A. (2018). *A chronic disease management intervention for home care patients with cardiorespiratory symptoms: The Divert- Care Intervention*. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 28(3), 18-26. Acedido em: 11-02-10. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=d573e37e-0887-4aea90ee-b6be1bdcce2e%40sessionmgr4007>

Sequeira, C. A. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. Revista de Enfermagem Referência, 2(12), 9-16. Acedido em: 7-12-19. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959003.pdf>

Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., & Gonçalves, B. D. C. (2016). *Admission avoidance hospital at home*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9. Acedido em 11-02-20. Doi: [org/10.1002/14651858.CD007491.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2).

Sousa, C. M. P. D. (2015). *Delirium no idoso (Master's thesis)*. Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em: 22-10-19 Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37396/1/Delirium%20no%20idoso.pdf>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.

WHO (2017). *Daly*. Acedido em 11-07-19. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/em/

APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio

Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de
Hospitalização Domiciliária – A Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Marisa Isabel da Silva Monteiro

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio

Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de
Hospitalização Domiciliária – A Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Marisa Isabel da Silva Monteiro

Orientador: Professor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2019



SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

B-On – Biblioteca de Conhecimento Online

DALY- Disability Adjusted Life Year

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNT- Doenças Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GOBP- Guia Orientador da Boa Prática

HD- Hospitalização Domiciliária

████████████████████

IOT- Intuição Orotraquel

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PACS- Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde

PNDR – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

RFR- Reabilitação Funcional Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SGD – Agenda Nacional de Desenvolvimento Sustentável

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UHD- Unidade de Hospitalização Domiciliária

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO	4
1.IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	6
1.1.Título	6
1.2. Palavras-chave	6
1.3. Data de Inicio	6
1.4. Duração	6
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	6
3. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA	7
3.1.Sumário	7
3.2. Enquadramento Conceptual do Tema	11
3.2.1.O Impacto da Doença Respiratória	11
3.2.1.1 Os internamentos por Doença Respiratória	14
3.2.1.2 As Infecções Respiratórias Agudas Do Trato Inferior – Fisiopatologia, Complicações e Tratamento	15
3.2.2.A Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	19
3.2.3. Quadro de referência teórico de enfermagem	21
3.3. Objetivos Gerais e Específicos	23
3.4. Fundamentação da escolha dos locais de estágio	25
3.5. Descrição das Atividades e Resultados Esperados	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
APÊNDICES	
Apêndice I- Fluxograma da Revisão	
Apêndice II- Resultados da Revisão	
Apêndice III – Planeamento das Atividades	
Apêndice IV- Cronograma	
Apêndice V- Caracterização dos locais de EC de acordo com as entrevistas	

INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a unidade curricular de Opção II propõe a elaboração de um projeto de formação, cujos objetivos consistem em contribuir para a capacitação do estudante para desenvolver o seu projeto de mestrado, sendo capaz de descrever, analisar e problematizar a área de estudo que se pretende desenvolver no 3º semestre, assim como, identificar as competências que se pretendem desenvolver no contexto da especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

Os objetivos acima mencionados articulam-se com o plano de estudos do Grau académico de Mestrado, tendo continuidade com a Unidade Curricular “Estágio com Relatório” a realizar no 3º semestre, onde terá lugar a operacionalização do projeto agora concebido, (ESEL, 2019).¹

O tema definido para ser alvo de desenvolvimento será:” A reabilitação funcional respiratória em contexto de hospitalização domiciliária- A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” apresentando como focos centrais: a Reabilitação Funcional Respiratória, a pessoa com doença respiratória, bem como as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o conceito de Hospitalização Domiciliária.

De forma a dar resposta aos objetivos definidos para a elaboração do projeto de mestrado, este trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos, tendo início nos dois primeiros capítulos com a identificação do projeto e respetivas instituições envolvidas. O terceiro capítulo onde se aprofunda a componente científica e formativa que consiste na etapa mais aprofundada e determinante do projeto, uma vez que pretende descrever a pessoa em situação de doença respiratória, retratando o impacto destas doenças para a pessoa, mas igualmente para a sua família e para a comunidade onde se encontra inserida, com ênfase na abordagem destas situações de doença em contexto de Hospitalização Domiciliária (HD); Aprofunda igualmente o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na pessoa com doença respiratória com necessidade de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), norteando com a utilização de um quadro de referência teórico de Enfermagem de Dorothea Orem. No que concerne à componente científica e formativa esta terminará com a operacionalização do plano de trabalho e métodos a serem utilizados, seguida do último capítulo onde serão discutidas as considerações finais.

¹ Unidade Curricular de Opção II (Documento da Unidade Curricular de Opção II- Projeto) Prof. Serra et al.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

“ Reabilitação Funcional Respiratória Em Contexto de Hospitalização Domiciliária- A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”

1.2. Palavras – chave

“Reabilitação Funcional Respiratória”, “Doença Respiratória”, “Hospitalização Domiciliária”

1.3. Data de Inicio

- O estágio em contexto hospitalar terá início no dia 24 de setembro de 2019.
- O estágio em contexto comunitário terá início no dia 26 de novembro de 2019.

1.4. Duração

A duração da Unidade Curricular Estágio com Relatório será de 24 de setembro de 2019 a 8 de fevereiro de 2020.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- As instituições envolvidas são a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde frequento o Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

- A Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital [REDACTED], onde se realizará o estágio em contexto hospitalar, bem como, a Unidade de Cuidados Comunitários do ACES [REDACTED], onde se realizará o estágio em Contexto comunitário.

3. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

A Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de Hospitalização Domiciliária, explorando o domínio das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, é um tema que se assume de particular interesse para mim, no sentido inovador da temática em si, uma vez que exerço funções numa Unidade de Cuidados Intensivos cuja prática de cuidados se encontra circunscrita à realidade hospitalar, bem como a uma experiência muito voltada para a realidade do doente em situação crítica.

Nesse sentido proponho-me desenvolver competências para alcançar o título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação que inserida no contexto multidisciplinar incorpora um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos permitindo ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência, (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Se por um lado, a escolha do doente com patologia respiratória irá ser justificada como alvo dos cuidados do EEER, por outro surge a necessidade de justificar os contextos identificados para a prática do EEER, como unidades de internamentos de agudos e de reabilitação, equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade. Constituindo-se uma área de intervenção clínica reconhecida, a enfermagem de reabilitação dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências de cuidados, especial ênfase para esta última demanda, uma vez que a Hospitalização domiciliária (HD) constitui em si uma prática inovadora para a prestação de cuidados, como pretendo elucidar de seguida.

A procura da modernização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no programa de saúde do XXI Governo Constitucional reflete um compromisso, ao colocar no centro das prioridades das Políticas Públicas de Saúde as pessoas e os seus percursos de vida, destacando a importância da melhoria da articulação e integração de cuidados (Despacho n.º 9323-A/2018). Ao estabelecer as suas medidas prioritárias, procurou rentabilizar os recursos existentes no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Nesta ótica, propôs uma mudança de paradigma para a oferta de cuidados centrados na pessoa, sugerindo a deslocalização dos cuidados das instituições, para o domicílio, com uma redefinição dos processos de cuidados e a colaboração das várias estruturas e das suas equipas multidisciplinares

(Despacho nº 8807/2018). Assim, a implementação da HD surge naturalmente como uma componente evolutiva e uma aposta inovadora do SNS.

A HD é definida em Diário da República como uma alternativa ao internamento convencional de prestação de cuidados de assistência contínua e coordenada em casa, que requer admissão hospitalar para internamento, assim como, o cumprimento de determinados critérios clínicos, sociais e geográficos, bem como a concordância do cliente e família para que este se efetive, ficando à responsabilidade dos profissionais de saúde que constituam a UHD, o que o distingue de outros modelos ou respostas já existentes na comunidade (Despacho n.º 9323-A/2018).

A literatura evidencia vantagens ao nível da HD, tal como são enunciadas no documento de Delerue & Correia (2018), tais como diminuição do número de complicações, diminuição da incidência de infeções nosocomiais, diminuição da taxa de mortalidade, custo do internamento inferior ao internamento convencional em ambiente hospitalar, demora média de internamento diminuída e por ultimo, maior satisfação dos utentes e famílias.

Aliando a essas vantagens a especialidade em enfermagem de reabilitação que assume um forte contributo para a obtenção de ganhos em saúde, sendo que a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação integrados em programas de melhoria continua da qualidade, assume uma prioridade para a prática de cuidados nesta área de especialização, (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Após definição do alvo da prática de cuidados como o doente com patologia respiratória, que irei descrever posteriormente, o contexto da prática como a hospitalização domiciliária, importa então definir as intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação sobre as quais pretendo aprofundar conhecimentos e desenvolver competências.

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros assumem um papel de extrema importância, como instrumento que permite determinar o papel dos enfermeiros junto dos clientes e da equipa interdisciplinar, presentes no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O EEER cuida das pessoas com necessidades especiais ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados, assim de acordo com este descritivo são enumeradas unidades de competência e critérios de avaliação. A unidade de competência deste enunciado, avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações e incapacidades. Entre os critérios de avaliação destaco o avaliar a capacidade da pessoa funcional para realizar as AVD de forma independente, justificando a pertinência de pretender desenvolver intervenções que

visam a gestão de energia nas atividades de vida diária, que se encontram incluídas no Guia Orientador da Boa Prática- Reabilitação Respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O enunciado descritivo anterior inclui, igualmente, como unidade de competência: implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, de alimentação, de eliminação e de sexualidade. Deste modo, implementa programas de reeducação funcional respiratória, entre outros que me permitem o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de mestre e especialista em Enfermagem de Reabilitação. Este critério de avaliação da intervenção do EEER fundamenta o facto de pretender desenvolver intervenções na área da reabilitação funcional respiratória, onde estão incluídas, a gestão da permeabilidade das vias aéreas, bem como a gestão de energia nas atividades de vida diárias, assim como a implementação de programas de educação que permitam capacitar a pessoa para a autogestão da sua doença respiratória, (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Importa referir que outro dos enunciados descritivos para a prática do EEER passa por capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção exercício da cidadania, onde se inclui como unidade de competência elaborar e implementar programas de treino das AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, tendo como critério de avaliação ensinar a pessoa e/ ou cuidador técnicas específicas de autocuidado, critério que está inserido nas intervenções que pretendo desenvolver como a gestão das AVD no doente com patologia respiratória.

Em jeito de questão, a temática central do projeto:” Reabilitação Funcional Respiratória em contexto de hospitalização domiciliária- Qual a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação?” Encontrar respostas irá permitir-me desenvolver competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação nos locais de ensino clínico já referenciados anteriormente, bem como na busca da evidência mais atual sobre os conceitos que me proponho aprofundar.

Assim, para elaboração do enquadramento teórico foi elaborada uma revisão narrativa da literatura, onde são explorados os mais variados documentos sobre a problemática em estudo, fazendo revisão em relatórios, artigos, legislação, dissertações, por forma a identificar o estado da arte. Sousa et al., (2018) definem as etapas de revisão narrativa da literatura, tais como: seleção de um tema de revisão, pesquisa na literatura, seleção/ recolha, leitura e análise da literatura, redação da revisão e referências bibliográficas. De acordo com esta definição, os artigos de revisão poderão abranger resultados de investigação. Com o objetivo de dar resposta a tais quesitos, numa fase inicial de elaboração do projeto foi elaborada uma pesquisa com

operadores booleanos na plataforma EBSCO, usando as fontes CINAHL Complete, MEDLINE complete e COCHRANE. Foram estabelecidos termos de pesquisa, tais como: Home Health care; Hospital at home; Respiratory therapy; Respiratory Nursing; Home Health Nursing; Respiratory diseases, tendo sido selecionada a evidência mais recente. As questões a que se pretende dar resposta são as seguintes:

- Quais os resultados obtidos na implementação de cuidados no âmbito da Hospitalização Domiciliária?

- Que benefícios podemos obter ao integrar o EEER nas equipas de saúde das Unidades de Hospitalização Domiciliária?

O quadro apresentado de seguida traduz a estratégia de pesquisa da revisão, com a explicitação dos estudos encontrados que pretendem dar resposta a estas questões, poder-se-á consultar os estudos no Apêndice II do presente projeto, bem como o fluxograma da Revisão (Apêndice I).

Estratégia de Pesquisa da Revisão			
	Cinahl complete	Medline complete	Cochrane data base of systematic reviews
Linguagem Indexada	S1 MM "Respiratory nursing"- 116 S2 MM " Home Health Care"- 15343	S1 MM" Home Health Nursing"- 201 S2 MM "Respiratory therapy"- 3182	S1 Hospital at Home - 16 S2 Respiratory Diseases - 25
Pesquisa Combinada	S1 OR S2 = S3= 2118 Com limitadores: S4: 149	S1 or S2= S3 = 250 Com limitadores S4 : 103	S1 or S2: S3= 41
Resultados	N=2	N=3	N=2

Entenda-se que na literatura encontrada os conceitos de terapeuta respiratório, especialistas em Reabilitação Respiratória concorrem para o domínio das competências e das intervenções definidas pelo colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação pelo que os interpreto como agentes homónimos.

Os principais resultados apontados pela pesquisa no que diz respeito aos resultados obtidos com a implementação de cuidados no âmbito da HD, à semelhança do que foi descrito por Delerue & Correia (2018), o internamento em contexto domiciliário permite diminuir em média 6 dias de internamento hospitalar por doente, demonstrando ganhos em saúde, bem como potencial de sinergias com os serviços de cuidados integrados na comunidade, (Hernández et al., 2018). Corroborando esta teoria, Dowell et al., (2018) no seu estudo evidenciou a redução de custos de internamento, bem como o número efetivo de internamentos reduziu para 1/4 na abordagem da hospitalização domiciliária, salientando que a abordagem multiprofissional nomeadamente ao nível da reabilitação, fornece resposta às necessidades das pessoas de forma flexível e dinâmica desafiando a visão de outrora do hospital como principal prestador de cuidados de saúde para a visão dos cuidados centrados na pessoa. A redução do número de reinternamentos nas pessoas em situação de doença respiratória crónica é também apontada como uma mais valia da Hospitalização domiciliária por Gonçalves - Bradley et al., (2017).

Quanto aos benefícios em integrar os EEER nas UHD, Cox et al., (2017) avaliou o custo-benefício dos cuidados de reabilitação em contexto de HD prestados por enfermeiros especialistas em reabilitação respiratória a doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica por forma a evitar o internamento hospitalar, em oposição aos cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros generalistas. Procurando desta forma determinar a importância do enfermeiro especialista de reabilitação no contexto de ambulatório no que concerne à Reabilitação Respiratória. Os resultados obtidos demonstram que as competências do enfermeiro especialista de Reabilitação Respiratória provaram ter um contributo significativo em oposição a uma abordagem de cuidados prestada por enfermeiros generalistas. Os mesmos autores concluíram que desde a implementação de cuidados prestados por Enfermeiros especialistas em Reabilitação Respiratória no domicílio dos doentes, as taxas de internamento hospitalar reduziram significativamente evidenciando a intervenção do especialista de reabilitação respiratória na crise, mas também no reforço dos ensinamentos relativos à autogestão da doença, a otimização da terapia inalatória e a revisão da mesma. Os enfermeiros especialistas em Reabilitação têm autonomia para prestar cuidados de saúde especializados em segurança impedindo as exacerbações da DPOC e consequentemente os reinternamentos sucessivos, teoria igualmente corroborada por Schumacher et al., (2018). Estes achados apontam em direção ao planeamento de cuidados especializados na área da especialização de reabilitação para a reeducação funcional respiratória, bem como em direção aos projetos de hospitalização domiciliária a nível nacional e internacional.

3.2 Enquadramento Conceptual do Tema

3.2.1. O Impacto da Doença Respiratória

Há cerca de 13 anos atrás surgiu a necessidade a nível mundial, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de criar a **Global Alliance Chronic Respiratory Diseases** com o objetivo de compilar o conhecimento de agências nacionais, internacionais, organizações e instituições para melhorar a qualidade de vida de mais de um bilião de pessoas afetadas por doenças respiratórias crónicas e agudas, (WHO, 2019).

Se até então houve uma grande preocupação com as doenças transmissíveis, tal como as doenças sexualmente transmissíveis, dando o exemplo do HIV, tendo ocorrido grandes feitos na redução da mortalidade e no aumento da esperança média de vida, nos dias de hoje a grande preocupação diz respeito às doenças não transmissíveis (DNT) onde se inclui as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes que surgem como as principais causas de mortalidade em pleno século XXI, (FIRS- Fórum das sociedades Respiratórias Internacionais , 2017)

Neste sentido, desde 1 de janeiro de 2016 que a agenda nacional de desenvolvimento sustentável (SGD) para 2030 foi assumida pelos diferentes líderes mundiais numa histórica cúpula da Organização das Nações Unidas nos Estados Unidos da América, em que uma das metas definidas passa por reduzir a mortalidade em 30% até 2030 por DNT, (FIRS- Fórum das sociedades Respiratórias Internacionais , 2017)

O Relatório do Fórum supracitado entende que os pulmões são assumidamente os órgãos do sistema respiratório mais vulneráveis às infeções e às mais variadas lesões que podem resultar por agressões do ambiente externo, devido à constante exposição a partículas, produtos químicos e organismos infeciosos do meio ambiente. A nível mundial avança com os números das doenças respiratórias responsáveis por uma carga bastante pesada para a saúde mundial, estando enumeradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) cinco doenças respiratórias que estão situadas entre as causas mais comuns de morte em todo o globo terrestre, nomeadamente:

- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica:** estimando-se que 65 milhões de pessoas sofram desta patologia na sua apresentação moderada a grave, com uma mortalidade de cerca de 3

milhões por ano, o que constitui a 3ª causa de morte a nível mundial, sendo que estes fatos têm vindo a aumentar ano após ano.

- **Asma:** esta doença constitui-se na doença mais comum da infância, afetando 14% das crianças em todo o mundo. Estima-se que 334 milhões de pessoas no mundo inteiro sofram de asma, considerando-se que a prevalência da asma está a aumentar.

- **Doença Respiratória Aguda ou Infecções Agudas Respiratórias:** habitualmente são designadas as infecções agudas do trato respiratório inferior, como sendo a principal causa de morte, em crianças abaixo dos 5 anos. A nível global são responsáveis pela morte de 4 milhões de pessoas. Dá-se ênfase ao facto de que as infecções agudas do trato respiratório inferior na criança preparam o cenário para as doenças respiratórias crónicas que surgem mais tarde na sua vida adulta.

- **Tuberculose Pulmonar:** no ano de 2015 esta patologia afetou 10, 4 milhões de pessoas com uma mortalidade de 10 %.

- **Neoplasia do pulmão:** surge como a neoplasia mais letal em todo o mundo, estimando-se que 1.6 milhões de pessoas morrem vítimas desta doença respiratória, assumindo-se, porém, que estes números se encontram em crescimento.

Para além destas 5 doenças respiratórias o mesmo relatório da OMS em 2017 define que haverá outras doenças respiratórias com menor expressão, mas cujo grau de gravidade também preocupante, como sendo:

- **Transtornos Respiratórios do Sono:** afetam cerca de 100 milhões de pessoas.

- **Hipertensão Pulmonar:** ainda que não quantificada, estima-se que afete milhões de pessoas mundialmente.

- **Doenças Pulmonares Ocupacionais** são diagnosticadas a cerca de 50 milhões de pessoas a nível global.

As doenças respiratórias representam mais de 10% de todos os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade- Disability Adjusted Life Year (DALY), uma unidade de medida que estima a quantidade de perda de vida ativa e produtiva devido a uma doença, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, onde se inclui o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Explicitando melhor o conceito da unidade de medida, um DALY pode ser considerado como um ano de vida saudável perdido e a soma de todos os DALYs refletem a carga que uma doença

representa na sociedade, sendo que os dados apresentados refletem que as doenças respiratórias apresentam uma carga para a sociedade apenas superada pelas doenças cardiovasculares, (WHO, 2017).

Concomitantemente, cinco doenças respiratórias situam-se nas trinta causas mais comuns de morte, a DPOC como sendo a terceira, as infeções do trato inferior a quarta causa, seguida da neoplasia que corresponde à sexta, a Tuberculose Pulmonar a duodécima e a asma a vigésima oitava. De facto, os números falam por si e refletem o impacto mundial causado por estas patologias. Salienta-se que a nível mundial mais de um bilião de pessoas sofram de doenças respiratórias agudas ou crónicas.

Com o grande objetivo de colmatar estes números e o forte impacto que traduzem nas sociedades atuais foram criados os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) em 2016, para otimizar e melhorar padrões de vida a nível global importa-nos a especial atenção ao flagelo das doenças respiratórias. Foram estabelecidos dezassete objetivos de desenvolvimento sustentáveis nas mais variadas áreas, nomeadamente: erradicar a fome, erradicar a pobreza, educação de qualidade entre outros. Debruçando-nos sobre um dos ODS: Saúde de qualidade, para este objetivo foram definidas metas específicas tais como: até 2030, reduzir 1/3 a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por via da prevenção e do tratamento, (ODS, 2016).

Em Portugal, o Observatório Nacional para as Doenças Respiratórias (2018) descreve o panorama das doenças respiratórias no nosso país concluindo que à semelhança do que foi descrito a nível mundial, as doenças respiratórias são responsáveis pela 3ª causa de morte, logo após o cancro e as doenças cardiovasculares.

Os registos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) referentes a doenças respiratórias têm avançado melhores resultados. No entanto, 112 066 casos estão registados em 2011 como portadores de Asma comparativamente com 281690 casos em 2017. No que concerne à DPOC, 54066 registado em 2011 para um registo de 136958 no ano de 2017, (ONDR,2018). Ainda que estes registos assumam maior evidência pressupõe-se que haverão mais casos que não se encontram registados ou devidamente diagnosticados, (PNDR, 2017).

Avaliando pelos registos enlaça-se o impacto que estes números representam na realidade nacional. O relatório avança com outros dados que igualmente traduzem a expressão que a doença respiratória assume quer ao nível da sociedade, quer ao nível do serviço nacional de saúde, que passo a referir:

- As Doenças Respiratórias assumem elevada prevalência em Portugal sendo responsáveis por cerca de 19% dos óbitos e constituindo a principal causa de internamento hospitalar.
- **14963** Correspondem ao número de anos perdidos por doença respiratória onde se exclui as

neoplasias.

- Por dia morrem **37** pessoas vítimas de doença respiratória.
- Em 2020 estima-se que as doenças respiratórias sejam responsáveis por cerca de 12 milhões de mortes.

Na realidade nacional dos 13474 óbitos por doenças respiratórias, em 6006 a causa identificada foi pneumonia, o que corresponde a 44.6%. Este número é de grande interesse uma vez que se trata de uma doença potencialmente curável. Dos óbitos por pneumonia 94.3% tinham 65 anos ou mais e 87% tinham 75 anos ou mais. Desta forma, considero importante dar ênfase a este tipo de patologias respiratórias, não sendo propriamente de natureza crónica o seu peso em termos de mortalidade é significativo e tal como o relatório refere tratam-se de doenças potencialmente curáveis, abrindo desde já espaço para a intervenção para do EEER.

3.2.1.1. Os internamentos por Doença Respiratória

O Observatório Nacional das Doenças Respiratórias no seu relatório de 2018 analisou igualmente as causas de internamento hospitalar do Serviço Nacional de Saúde: Asma, DPOC, Fibrose Pulmonar, Pneumonia, Neoplasia pleuropulmonar, bronquiectasias, fibrose quística, patologia pleural, gripe, tuberculose e insuficiência respiratória.

No âmbito deste projeto assume particular importância explorar a pessoa em situação de pneumonia e de insuficiência respiratória, uma vez que tais dados nos demonstram que estas patologias são as que representam maior impacto no internamento hospitalar ao longo destes anos, urgindo perceber e salientar quais as intervenções que o enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação poderá ter na pessoa nesta condição de doença respiratória.

Na região de Lisboa e Vale do Tejo o número de internamentos registado por pneumonias passou de 11975 em 2007 para 14442 em 2016. Na Insuficiência Respiratória passámos de 11169 em 2007 para 17482 em 2016. Quando mencionamos a necessidade de ventilação mecânica as pneumonias registavam um valor de 739 em 2007 passando para 1694 em 2016. No que diz respeito às insuficiências respiratórias registavam-se 3245 em 2007 passando a 6621 em 2016. Os dados apresentados são exímios em concluir que na região de Lisboa e Vale do Tejo verifica-se que entre 2007 e 2016 ocorreu um aumento de 27% de internamentos, bem como se constata que a necessidade de ventilação mecânica invasiva por pneumonias e insuficiências respiratórias duplica em pouco mais de uma década.

O observatório conclui o relatório afirmando que os internamentos por pneumonia registaram um aumento, nomeadamente acima dos 80 anos, sendo que a pneumonia se apresentou como letal em 20% da totalidade dos casos diagnosticados, concluindo igualmente que nos doentes internados e submetidos a ventilação mecânica, a mortalidade por pneumonias

é superior a 32%. Em específico, na faixa etária dos doentes com mais de 79 anos, os valores relativos à mortalidade são superiores a 40% seja como principal diagnóstico, seja como comorbilidade ou complicação.

Os constrangimentos apontados para estes números prendem-se com alguma insuficiência de resposta a nível de ambulatório/ domiciliar, o envelhecimento da população, o deficiente acompanhamento domiciliário nos doentes respiratórios crónicos, a reabilitação respiratória ser virtual, uma vez que apenas 2% dos doentes que necessitam têm acesso aos cuidados de reabilitação, a dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde primários. Santos (2018), soma a estes constrangimentos o tempo gasto desde o início da doença até ao internamento e acessibilidade relacionada.

3.2.1.2 As Infecções Respiratórias Agudas Do Trato Inferior – Fisiopatologia, Complicações e Tratamento

De acordo com a European Lung Foundation, (ELF, 2013), as infeções agudas das vias respiratórias inferiores compreendem a pneumonia, a infeção dos alvéolos pulmonares, assim como as infeções que afetam as vias respiratórias como a bronquite aguda, gripe, tosse convulsa e bronquiolite. Estas infeções são consideradas uma das principais causas de doença e mortalidade em adultos e crianças a nível mundial, pelo que a sua importância poderá estar a ser subestimada. As principais infeções do trato respiratório inferior segundo a European Lung Foundation, (2013) são:

- Bronquite aguda – A bronquite aguda é uma infeção de curta duração dos brônquios que afeta entre 30 a 50 pessoas em 1000 por ano.
- A Bronquiolite é uma infeção das vias respiratórias inferiores, os bronquíolos, que afeta bebés e crianças com idade inferior a 2 anos. É a causa mais frequente de internamento hospitalar para os bebés com idade inferior a 1 ano.
- Gripe, esta patologia surge em epidemias anuais e raramente em pandemias, situações em que o surto atinge uma área geográfica ainda maior. As formas mais severas de apresentação da gripe surgem em adultos com idade superior a 65 anos, em crianças com idade inferior a 2 anos, bem como em pessoas de quaisquer idades com comorbilidades associadas. Ainda que se trate de uma doença benigna, várias situações podem aumentar o risco de hospitalização pela gripe, nomeadamente perante a existência de outras doenças crónicas como a diabetes, as doenças cardíacas, pulmonares, neurológicas, incluindo a asma, (ELF- European Lung Foundation, 2013).

- Pneumonia é uma infecção do parênquima pulmonar como já foi referenciado com alta letalidade, coexistindo 3 tipos de pneumonia, assim: a pneumonia adquirida na comunidade como sendo aquela que é contraída quando o indivíduo entra em contacto com a infecção no seu quotidiano. A pneumonia nosocomial como a infecção do parênquima pulmonar que é adquirida através da infecção cruzada associada aos cuidados de saúde prestados em âmbito hospitalar, atualmente designada de PACS (pneumonia associada aos cuidados de saúde), bem como a pneumonia associada ao ventilador que é contraída após IOT e ventilação mecânica invasiva (Sociedade Portuguesa de Pneumologia , 2019).

As defesas do sistema respiratório compreendem mecanismos de proteção das vias aéreas, como a filtração nasal, o sistema mucociliar, a tosse, o espirro e o controlo da deglutição, assim como as defesas celulares, como por exemplo, os macrófagos alveolares. Se por algum motivo estes mecanismos não atuarem devidamente, cria-se abertura para o desenvolvimento de processos infecciosos. A transmissão dos microorganismos ocorre por via respiratória, disseminação hematogénea ou por continuidade, assim como a aspiração de conteúdo da orofaringe constitui igualmente causa de processo infeccioso, este último ocorre mais frequentemente em pessoas com alterações de consciência, perturbações neuromotoras da orofaringe ou mesmo perturbações na deglutição,(Branco, et al., 2012).

Para estes autores, na pneumonia a infecção do parênquima pulmonar deve-se ao facto dos alvéolos estarem preenchidos com líquido ou eritrócitos, num processo designado por consolidação pulmonar. A pneumonia poderá ser considerada típica ou atípica, da comunidade ou nosocomial e ainda pode ser classificada de acordo com o agente etiológico, entre os quais, bactérias, vírus, fungos ou parasitas.

Assim sendo, as infeções bacterianas das vias aéreas inferiores são causadas pela formação de um processo inflamatório local nos brônquios e nos bronquíolos. Como resultado desse processo forma-se um exsudado constituído por secreções mucosas, restos celulares e fluido seroso que se deposita nas vias aéreas. A sua viscosidade e o seu volume previnem a sua remoção eficaz pelo sistema mucociliar. Quando a pneumonia atinge um ou mais lobos é designada de pneumonia lobar. Se a infecção estiver restrita aos alvéolos adjacentes é considerada broncopneumonia.

De acordo com Branco et al., (2012) clinicamente a pneumonia lobar é caracterizada por duas fases, uma primeira em que ocorre tosse não produtiva acompanhada de dor pleurítica e uma segunda fase em que a tosse se torna produtiva. A broncopneumonia surge com maior prevalência nos doentes respiratórios crónicos como é o caso da DPOC, mas também em doentes de pós-operatório é expressa pela abundância de secreções purulentas desde o início e durante a sua evolução, sendo a dor pleurítica mais rara.

No que diz respeito às fases de supuração e inflamação aguda estas são mais comumente associadas às pneumonias bacterianas, independentemente do tipo de bactéria e da área pulmonar afetada. Na pneumonia lobar estão descritos 4 estágios evolutivos, (Harrison et al., 2006):

- Edematoso, que consiste na dilatação vascular e exsudação alveolar.
- Hepatização Vermelha, passa pelo movimento dos eritrócitos, fibrina e células inflamatórias para o espaço alveolar.
- Hepatização Cinzenta em que ocorre o movimento dos macrófagos para o espaço alveolar.
- Resolutivo onde acontece a destruição e remoção do exsudado com reconstrução da arquitetura pulmonar.

As complicações descritas da pneumonia lobar poderão ser o abscesso pulmonar, derrame pleural parapneumococcico de características exsudativas, empiema e falência multiorgânica.

As infecções respiratórias virais do trato respiratório inferior mais frequentes são a bronquiolite e a pneumonia, nesta situação os agentes virais podem apresentar um padrão de atingimento intersticial provocando lesões agudas nos brônquios e bronquíolos, dos quais vão resultar pontos de necrose no epitélio das vias aéreas ou lesão alveolar difusa devido às células inflamatórias, ao exsudado e ao aparecimento de lesões hemorrágica, maioritariamente em doentes imunodeprimidos.

As infecções respiratórias fúngicas afetam geralmente os doentes com alterações do sistema imunitário, bem como as pessoas com doenças crónicas como a doença renal, diabetes mellitus, alcoolismo, DPOC. Nestas situações ocorre uma reação granulomatosa bastante comum nas infecções fúngicas. Há uma percentagem de fungos que são considerados invasivos por invadirem o parênquima pulmonar e provocarem necrose ao nível dos bronquíolos, parênquima pulmonar, alvéolos e arteríolas.

A função pulmonar perante estas situações fica condicionada pela redução da área disponível da membrana respiratória e diminuição do quociente ventilação/perfusão. Desta forma devido à exsudação intra-alveolar de líquido irá ocorrer diminuição da ventilação de alvéolos perfundidos formando um shunt.

A gravidade da infecção respiratória correlaciona-se com a importância do shunt intrapulmonar e a alteração da ventilação/perfusão. Nas pneumonias intersticiais também pode ocorrer diminuição da capacidade de difusão e em consequência deste facto hipoxemia e

hipercapnia. Assume-se que o padrão respiratório da pneumonia é do tipo restritivo, em contraste com o da bronquiolite que é predominantemente obstrutiva.

O tratamento das infecções respiratórias do trato inferior, engloba o tratamento farmacológico e o não farmacológico. O primeiro é dirigido à etiologia da infecção dirigindo ao agente, antibióticos, antivirais ou antifúngicos e aos sinais ou sintomas como a analgesia, oxigenoterapia e fluidoterapia, entre outros. Acerca do tratamento não farmacológico destaca-se a Reabilitação Respiratória (Branco et al.,2012), capítulo sobre o qual nos debruçamos de seguida.

3.2.2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

O tratamento não farmacológico neste tipo de patologias passa pela Reabilitação Respiratória que tem como objetivos a prevenção e a correção de alterações posturais, adotando por exemplo posicionamentos que melhorem o quociente ventilação/perfusão, a reeducação funcional respiratória, a permeabilização das vias aéreas e em caso de necessidade a otimização da ventilação mecânica. Os mesmos autores enfatizam a reabilitação respiratória na pneumonia lobar assumindo que devem ser utilizadas técnicas de reeducação com ênfase na inspiração, numa fase posterior deverão ser utilizadas técnicas de permeabilização das vias aéreas. Na broncopneumonia defendem que a reabilitação funcional respiratória deve ser precoce e intensiva com o objetivo de facilitar a eliminação das secreções brônquicas prevenindo as complicações supracitadas. No que concerne às percussões, vibrações ou compressões o seu uso não é consensual neste tipo de patologias pelo risco associado de disseminação do processo infeccioso, (Branco et al.,2012).

Hoeman (2011), refere que os enfermeiros de reabilitação trabalham com doentes que têm múltiplos e complexos problemas respiratórios. A deficiência respiratória tem um impacto físico, psicossocial e financeiro no doente, na família e na sociedade, uma vez que a natureza do compromisso respiratória é multidimensional. De seguida debruçamo-nos sobre as técnicas de RFR e a sua importância encontrada na pesquisa da evidência mais recente da literatura.

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática para a Reabilitação Respiratória desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros, mais especificamente pelo Conselho de Enfermagem- Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação de 2018, é da competência do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação participar e dar resposta aos demais problemas vivenciados pelas pessoas em situação de doença respiratória sendo esta de natureza aguda ou crónica, em contexto hospitalar, comunitário ou domiciliário.

A reeducação funcional respiratória (RFR), também nomeada de cinesiterapia respiratória assenta num conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento. É

descrita como uma terapêutica que utiliza principalmente o movimento na base da sua intervenção com o objetivo de restabelecer o padrão funcional da respiração, atuando sobre a componente mecânica da respiração (ventilação externa) com o objetivo de melhorar a ventilação alveolar, (Branco et al., 2012). É uma terapêutica que pode ser usada numa variedade de situações e em todas as faixas etárias, com numerosas vantagens ligadas à sua implementação, assim como a diminuição do número de dias de internamento e o incremento da qualidade de vida, (Ordem dos enfermeiros, 2018).

As técnicas e intervenções utilizadas em reabilitação respiratória, utilizando o Padrão documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) abrangem focos de atenção privilegiados, tais como: limpeza da via aérea (inclui o expetorar) e ventilação. No que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem de limpeza via aérea ineficaz o EEER deve usar técnicas de RFR, nomeadamente: abertura costal global, abertura costal seletiva (direita/ esquerda), exercício de rotação escapuloumeral, expansibilidade torácica com bloqueio contralateral, técnicas de drenagem postural (clássica e modificada).

Chaves et al. (2013) citado por OE (2018) divide as técnicas a utilizar para potenciar a limpeza das vias aéreas eficazmente em técnicas convencionais e técnicas instrumentais, considerando como técnicas convencionais a drenagem postural, manobras acessórias, tosse assistida e dirigida, técnica de Expiração Forçada (TEF), ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), drenagem Autogénica (DA), exercício de débito inspiratório controlado (EDIC), expiração lenta com a glote aberta em infralateral (ELTGOL) ,técnica de Aceleração do fluxo expiratório (AEF), hiperinsuflação manual. No que diz respeito às técnicas instrumentais incluem o uso de instrumentos de apoio onde se inclui: Pressão Positiva Expiratória (PEP), oscilação intra e extratorácica, insuflador/exsuflador mecânico (cough assist®) e aspiração da via aérea.

Em relação ao foco de enfermagem ventilação eficaz preponderante na pessoa em situação de doença respiratória as técnicas descritas a utilizar descritas no guia orientador de boa prática para a RR visam a melhoria do processo ventilatório através da melhoria da função alveolar estas podem ser: manobras de expansão torácica ou de reexpansão pulmonar, técnicas de aumento do volume pulmonar, o posicionamento, técnicas de relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, reeducação diafragmática, reeducação costal seletiva e global, inspiração fracionada, manobras de compressão e descompressão torácica, respiração segmentar, exercício de débito inspiratório controlado (EDIC), espirometria de incentivo, e técnicas de correção postural (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Importa igualmente destacar na área de intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença respiratória, as técnicas de gestão de energia, estas visam a realização de AVD com o menor dispêndio possível de energia e de consumo de oxigénio por parte da pessoa que as realiza sendo uma das principais intervenções educacionais do EEER (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2012). As AVD deverão ser executadas tendo em conta as atividades planificadas, o espaço físico e o controlo respiratório existindo estratégias que visam a gestão da energia em atividades de vida diária onde se inclui: o tomar banho, arranjar-se, vestir-se, atividades domésticas, cozinhar, cuidar da roupa, fazer compras, transportar objetos, andar e a sexualidade, tais estratégias são definidas no GOBP acima referido.

Salienta-se um estudo de Meis, et al. (2014) que teve como principal objetivo avaliar as experiências de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica submetidos a programa de reabilitação respiratória, estes doentes foram avaliados no início e no final de programa de reabilitação funcional respiratória de forma a avaliar os benefícios do programa. Os pacientes revelaram maior confiança no exercício e gestão das atividades de vida diária após o programa de reabilitação respiratória. Os EEER revelaram ser uma mais-valia na reabilitação respiratória quando centram a abordagem personalizada no doente, aconselhando e procurando a autonomia e independência do doente nas suas atividades de vida diária.

É igualmente importante que a família seja envolvida no processo de reabilitação, começando pela identificação das necessidades, seguida do planeamento dos objetivos, a implementação e avaliação das necessidades de forma a conceber um planeamento de cuidados individualizado e ajustado á necessidades da pessoa e sua família. Para Hoeman (2011), a enfermagem de reabilitação trabalha com as pessoas e famílias de modo a desenvolverem e atingirem capacidades funcionais que lhes permitam viver o mais independentemente possível na sociedade em que estão inseridas. O cuidado centrado na pessoa, tal como evidenciaram os estudos supracitados é um dos pilares onde assenta a enfermagem de reabilitação. O cuidado é baseado nas necessidades da pessoa avaliando o sistema prestador, ou seja, tendo em conta a perspetiva de ambos, com vista a adotar uma filosofia de respeito e parceria entre o cuidador e a pessoa, sendo que esta dupla convergência culmina com o sucesso do processo de reabilitação.

3.2.3. Quadro de referência teórico de enfermagem

O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados com base nos problemas potenciais ou reais das pessoas a quem o seu planeamento é dirigido. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida é fundamental para que esteja apto a tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa, (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

No que diz respeito ao corpo de conhecimentos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é conveniente recuperar o referencial teórico pelo qual se norteia e que irá sustentar a profissão de enfermagem enquanto ciência humana prática com um corpo de conhecimentos exclusivo afirmando-se como uma disciplina científica com características próprias, (Queirós et al., 2014).

Dorothea Orem surge como uma das teóricas cujo trabalho é usualmente aplicado na enfermagem de reabilitação sendo reconhecido pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a utilidade dos múltiplos níveis de capacidade para o autocuidado, (Hoeman, 2011). Os EEER cuidam da pessoa nas mais variadas situações de dependência, sendo que este conceito é descrito no seu enquadramento legal como, uma situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar não consegue por si só, realizar as atividades de vida diárias, (decreto de lei nº 101 de 6 de Junho 2006).

No contexto da dependência, importa definir o conceito de autocuidado de acordo com Orem, este será: “as atividades que a pessoa realiza por si mesma para manter a vida, saúde e bem-estar, prolongando-se ao conceito de cuidado dependente, quando a pessoa não consegue, por si só satisfazer as suas necessidades e necessita que outra desempenhe as suas funções de autocuidado”, (Orem,2001). Para a autora o autocuidado é conceptualizado como atividade, comportamento, mas também como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem. Nesta ótica surge a justificação da escolha deste referencial teórico, na medida em que a pessoa em situação de doença respiratória pelo impacto da patologia na pessoa, família e sociedade onde a mesma se encontra inserida vê as suas atividades de autocuidado em défice, necessitando dos cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a busca de um novo equilíbrio na satisfação do autocuidado. Do modelo conceptual de Dorothea Orem importa salientar os seus três constructos teóricos: O autocuidado, o défice de autocuidado e a teoria dos sistemas., (Orem,2001).

O autocuidado reafirmando o que foi definido anteriormente é influenciado pelas características individuais de cada pessoa, ou seja, pelo seu estado de saúde, pelo seu nível de literacia em saúde e pelas experiências vivenciadas pelo próprio que vão influenciar de forma positiva ou negativa o seu processo de autocuidado. Desta forma no contexto dos ensinamentos clínicos durante os quais irei desenvolver competências devo ter em consideração a pessoa e sua família como um todo, mas também como um sistema único cujos processos de autocuidado diferem para outros. Na hospitalização domiciliária e no contexto da comunitário, os locais onde se irão desenvolver os Ensinos Clínicos, a pessoa existe dentro do seu próprio ambiente, ao invés do ambiente hospitalar em que a pessoa é desprovida do seu contexto pessoal e muitas vezes do seu processo próprio de autocuidado, entender e integrar estes aspetos nos cuidados de enfermagem de reabilitação representa uma mais valia para a obtenção de melhores resultados para a pessoa e sua família.

Neste contexto, aquando dos ensinamentos clínicos e na elaboração dos processos de enfermagem dirigidos às pessoas a quem me proponho prestar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação será mandatório a realização de uma colheita de dados adequada e pormenorizada para que permita identificar quais os défices de autocuidado que a pessoa apresenta e os cuidados de enfermagem que a mesma necessita, adequando, personalizando e ajustando os cuidados em função dos mesmos.

Portanto, o défice de autocuidado é expresso pela necessidade da pessoa face aos cuidados de enfermagem, quando a pessoa não consegue por si só satisfazer as suas próprias necessidades, assim o EEER adequa a sua intervenção personalizando o seu planeamento de cuidados a fim de dar resposta às necessidades da pessoa e da família. A forma como o EEER dá resposta às necessidades de autocuidado traduz-se no constructo da teoria dos sistemas de enfermagem. Os cuidados de enfermagem são necessários quando existe um défice entre o que a pessoa e a sua família necessitam e aquilo que conseguem realizar, pelo que é bastante importante definir essa questão inicial para que se possa definir o *modus operandis* do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto da pessoa e sua família em contexto de Hospitalização Domiciliária. Para tal, Orem reconheceu três classificações dos sistemas de enfermagem. Os Sistemas de Enfermagem definidos pela autora são: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. O sistema totalmente compensatório surge quando a pessoa não tem capacidade para se envolver no seu autocuidado sendo totalmente dependente de terceiros. O EEER deverá compensar na totalidade a pessoa face às suas necessidades de autocuidado. O sistema parcialmente compensatório em que a pessoa e sua família possuem capacidades para realizar algumas das ações para o seu autocuidado. Neste sistema o EEER deve identificar quais as

ações que estão suprimidas atuando em função das mesmas com vista á satisfação do autocuidado. O sistema de apoio- educação em que o enfermeiro atua como orientador instruindo a pessoa/ família para o autocuidado, nesta situação a pessoa e sua família possuem capacidades para a realização do autocuidado necessitando apenas de instrução e orientação para a satisfação do mesmo, (Orem, 2001).

Para a autora o centro da sua teoria é o agente do autocuidado, ou seja, a pessoa que toma parte no decurso da ação e que detém o poder para agir, (Tomey & Alligood, 2004). Esta premissa vem reforçar o enquadramento deste referencial teórico, uma vez que a Hospitalização domiciliária se traduz numa mudança de paradigma – a pessoa como centro de cuidados. O comportamento de autocuidado (a ação) é deliberado, voluntário, pode ser aprendido e pode constituir-se em respostas individuais, imediatas ou continuadas, a situações de doença, assim no âmbito da HD através das atividades que me proponho desenvolver pretendo capacitar a pessoa para a autogestão da sua doença, bem como para a realização das atividades de autocuidado fundamentais para o utente e o cuidador neste contexto, assumindo o referencial teórico de Orem no planeamento e na prestação de cuidados.

Concluindo a importância desta escolha com Hoeman (2011) pois considera que os enfermeiros especialistas de reabilitação possuem a oportunidade, mas também a responsabilidade de desenvolver instrumentos e conceitos teóricos acerca dos cuidados, assim como o regulamento dos padrões de qualidade do EEER que justifica uma vez mais a importância da adoção de um modelo teórico referindo que “ na orientação da prática de cuidados de enfermagem os modelos de autocuidado (...) revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização do cuidado no exercício profissional.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 4).

3.3. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

O intuito deste projeto é conceber a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na área de estudo, na qual me proponho aprofundar conhecimentos. Deste modo torna-se pertinente a enunciação de objetivos em concordância com a temática em estudo, o desenho do estágio a efetuar, bem como com as necessidades sentidas ao longo da elaboração do projeto. Para a elaboração dos objetivos foram tidos em conta os descritores de Dublin, o regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Assim, foram estabelecidos como objetivos gerais:

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem de reabilitação às pessoas em situação de doença respiratória em contexto de hospitalização domiciliária com vista ao restabelecimento do autocuidado.
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem de reabilitação às pessoas e suas famílias com alterações ao nível das funções cognitivas, sensórias, motoras da alimentação e da eliminação com vista ao restabelecimento ou manutenção do autocuidado.

Relativamente aos objetivos específicos, foram considerados:

1. Aprofundar conhecimentos teóricos e científicos na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados à pessoa/ família com doença respiratória com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória.
2. Compreender a função do EEER nas dinâmicas organizacionais nos locais onde decorrerá o ensino clínico.
3. Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar, bem como a sua dinâmica funcional na articulação com a equipa.
4. Aplicar os princípios éticos e deontológicos da profissão na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de modo a assegurar a proteção e privacidade da pessoa e da sua família, bem como a qualidade dos cuidados.
5. Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença respiratória com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória, baseada na recomendação de boas práticas mais atuais com recurso à evidência científica mais recente e utilizando a metodologia do processo de enfermagem.
6. Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor, da alimentação e da eliminação utilizando a

metodologia do processo de enfermagem, com vista ao restabelecimento ou manutenção do autocuidado

7. Produzir o relatório final de atividades dos respetivos ensinos clínicos.

3.4. Fundamentação da escolha dos locais de estágio

Para dar resposta à temática deste projeto foi obviamente necessário definir previamente locais de estágios onde fosse exequível dar resposta e continuidade à temática central em estudo.

Como tal, os ensinos clínicos irão realizar-se em dois tempos, sendo o primeiro a nível hospitalar que terá lugar na unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital [REDACTED], E.P.E., pioneiro na implementação do projeto inovador da hospitalização domiciliária em Portugal sendo constituído por uma equipa de enfermeiros especialistas na sua génese, pelo que a experiência e o conhecimento desta equipa deverão ser uma mais valia para o desenvolvimento de competências que pretendo como futura enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Num segundo tempo, o ensino clínico irá desenvolver-se a nível comunitário, que irá ter espaço na UCC do [REDACTED] pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED]

A opção por estes locais de estágio tem por base as seguintes premissas: a presença de enfermeiros especialistas de reabilitação, a coexistência (em tempos diferentes) da realidade hospitalar e comunitária, assim como, dar resposta aos objetivos gerais e específicos que me proponho atingir. Foi realizada a entrevista na UCC do [REDACTED], não sendo possível a realização da entrevista no [REDACTED] por motivos imprevistos, assisti a um seminário sobre a UHD do [REDACTED] que teve lugar no dia 11 de julho na ENSP, que me permitiu através dos dados apresentados caracterizar o serviço, seguida de uma conversa informal com o Sr. enfermeiro coordenador do projeto da UHD, tais descrições encontram-se presentes em apêndice V.

3.5. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados

De modo a integrar os objetivos específicos nos domínios e competências que me proponho desenvolver no decorrer dos ensinos clínicos, foram produzidas tabelas que englobam os objetivos específicos, os domínios e competências, com base no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e nos descritores de Dublin, tal como o plano de atividades necessário para os atingir, os indicadores, os critérios de avaliação, os recursos a utilizar e a duração proposta para os mesmos. As tabelas estão anexadas ao projeto no apêndice III.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um projeto designa aquilo que alguém planeia ou pretende fazer, um cometimento, intento, um plano. De facto, ao executar este projeto delinee as áreas de estudo que me propus aprofundar e o planeamento do que pretendo desenvolver na Unidade Curricular de Estágio com relatório, que terá lugar no 3º semestre. No decorrer dos estágios (ensinos clínicos) irei ter oportunidade de desenvolver competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação na área de estudo que me propus desenvolver: “A Reabilitação Funcional Respiratória no âmbito da Hospitalização Domiciliária– A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, mas também o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriomotoras, da alimentação e da eliminação, abrangendo assim todas as valências a que o EEER deve dar resposta, (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A evidência encontrada com recurso às bases de dados científicas demonstra que o EEER não só tem um lugar na equipa multidisciplinar que caracteriza as unidades de hospitalização domiciliária, como também representa uma mais-valia que se traduz na redução do número de reinternamentos evitando as complicações associadas às doenças respiratórias, (Gonçalves - Bradley et al. 2017). A hospitalização domiciliária como alternativa à Hospitalização convencional, e como contexto para a prática de cuidados do EEER trás consigo um novo paradigma dos cuidados de saúde que passam a ser centrados na pessoa e nas suas necessidades ou défices de autocuidado desvinculando-se do modelo biomédico, bem como da institucionalização da pessoa em situação de doença respiratória, esta nova realidade de prestação de cuidados é acompanhada de benefícios, tal como evidenciou Myers (2013).

Através da revisão narrativa da literatura foi possível analisar que as doenças respiratórias são responsáveis por um elevado número de internamentos hospitalares e que são causadoras de grande impacto a nível social, tal realidade reflete-se quer a nível nacional como internacional. Assim, o EEER pode na sua atuação interferir com o impacto que a doença respiratória apresenta na pessoa, família e sociedade em que está inserida. Surgindo a RFR como terapêutica para a pessoa em situação de doença respiratória (Branco et al., 2012). Importa referir que ao longo de todo o projeto o conceito de pessoa foi tomado na sua vertente biopsicossocial, ou seja a pessoa como um todo integrado no seu contexto social, familiar e não como um ser isolado, importa igualmente referir que o percurso delineado pelo projeto pode vir a sofrer alterações em função da especificidade e da diversidade de situações com que me possa deparar durante os ensinos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória. Porto: Medesign.

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e Técnicas*. Lusociência. ISBN:978-972-8930-86-8

Cox, K., Macleod, S., Sim, C., Jones, A., & Trueman, J. (2017). Avoiding Hospital admissions in COPD impact of a specialist nursing teams. *British journal of Nursing*, 26(3), 152-157.

Acedido em: 18 de Abril de 2019. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=d573e37e-0887-4aea-90ee-b6be1bdcce2e%40sessionmgr4007>

Decreto_Lei nº101/2006 (2006). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Ministério da Saúde. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06, 3856–3865.

Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>

Delerue, F., & Correia, J. (2018); Hospitalização Domiciliária mais um desafio para a medicina interna. *Medicina Interna*, 25(1). Acedido em: 7 de Abril de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24950/rspmi/Op/1/2018>

Despacho n.º 9323-A/2018 (2018). Determina a estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. *Diário da República*, II Série, 1º suplemento (N.º 191 de 03/10/2018).

Despacho n.º 8807/2018 (2018). Designa o responsável pela implementação e dinamização das Unidades de Hospitalização Domiciliária nos estabelecimentos Hospitalares no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. *Diário da República*, II Série, 1º suplemento (N.º 179 de 17/09/2018).

Dowell S., Moss, G. & Odedra, K. (2018). Rapid Response: a multiprofessional approach to hospital at home. *British Journal of nursing*. 27(1). 24-30. Acedido em: 18 de Abril de 2019. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=d573e37e-0887-4aea-90ee-b6be1bdcce2e%40sessionmgr4007>

European Lung Foundation. (2013). *Lung Health in Europe*. United Kingdom: European Lung Foundation. Disponível em:
https://www.europeanlung.org/assets/files/en/publications/lung_health_in_europe_facts_and_figures_web_vfour.pdf

FIRS- Fórum das sociedades Respiratórias Internacionais . (2017). *O impacto global da doença respiratória*. México: Associação Latino Americana de Torax. Disponível em:
https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf

Gonçalves-Bradley,D., Iliffe,S., Doll,H., Broad,J., Gladman, J., Langhorne,P., Richards,S., & Shepperd S.(2017) Early discharge hospital at home. *The Cochrane Collaboration* 6 (1). 1-135. Acedido em: 18 de Abril de 2019. Disponível em: DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.

Harrison, Fauci, A., Longo, D., Hauser, S., Jameson, J. & Loscalzo, J.(2006). *Medicina Interna de Harrison*. 16ª edição. Rio de Janeiro. Mc Graw- Hill

Hernández, C., Aiban,J. Seijas,N., Puig, I., Alonso, A., Garcia-Aymerich,J.& Roca, J. (2018) Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as na integrated care service: A ten years pragmatic assessment. *International Journal of Integrated Care* 18(2). 1--11. Acedido em: 18 de Abril de 2019. Disponível em: DOI: <https://doi.org/105334/ijic.3431>

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª edição). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989- 8075-31-4.

Meis, J., Bosma,C., Spruit, M., Franssen, F., Janssen,D., Teixeira, P., ... & Kremers, S. (2014). A qualitative assessment of COPD patients experiences of pulmonary rehabilitation and guidance by healthcare professionals. *Respiratory medicine* 108(1). 500-510. Acedido em 18 de Abril de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2013.11.001>

Myers, T (2013). Thinking outside the box: Moving the Respiratory Care Profession beyond the Hospital Walls; *American Association of respiratory care* 58(8). 1377-1385. Acedido em: 18 de Abril de 2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=c1099e60-0189-4ef8-9538-6cd18606bf2e%40sdc-v-sessmgr01>

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016). Acedido em: 11 de julho de 2019. Disponível em: <https://ods.pt/ods>

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.(2018). *Panorama das doenças Respiratórias em Portugal*. Portugal: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias . Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing : concepts of practice*. (6ª ed.) St. Louis: Mosby

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 350/2019, Série II de 2015-06-22, 16655- 16659.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador da Boa Prática- Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-41-7

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.

Programa nacional para as doenças respiratórias (2017). *Direção-Geral Da Saúde, 1*, 1–16. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-880758-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Queirós, P., Vidinha, T, & Filho,A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia IV* (3). p 157-158. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Santos, A. (2018). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. ONDR. Lisboa.p.58-59. Acedido em: <https://www.ondr.pt/>

Sousa, L., Firmino, C., Vieira, C., Severino, S. & Pestana, H. (2018). Revisões da Literatura Científico: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *RPER* 1(1). DOI: 10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391

Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2019). *Respire Saúde*. Obtido de SPP- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Disponível em: <http://www.sppneumologia.pt/>

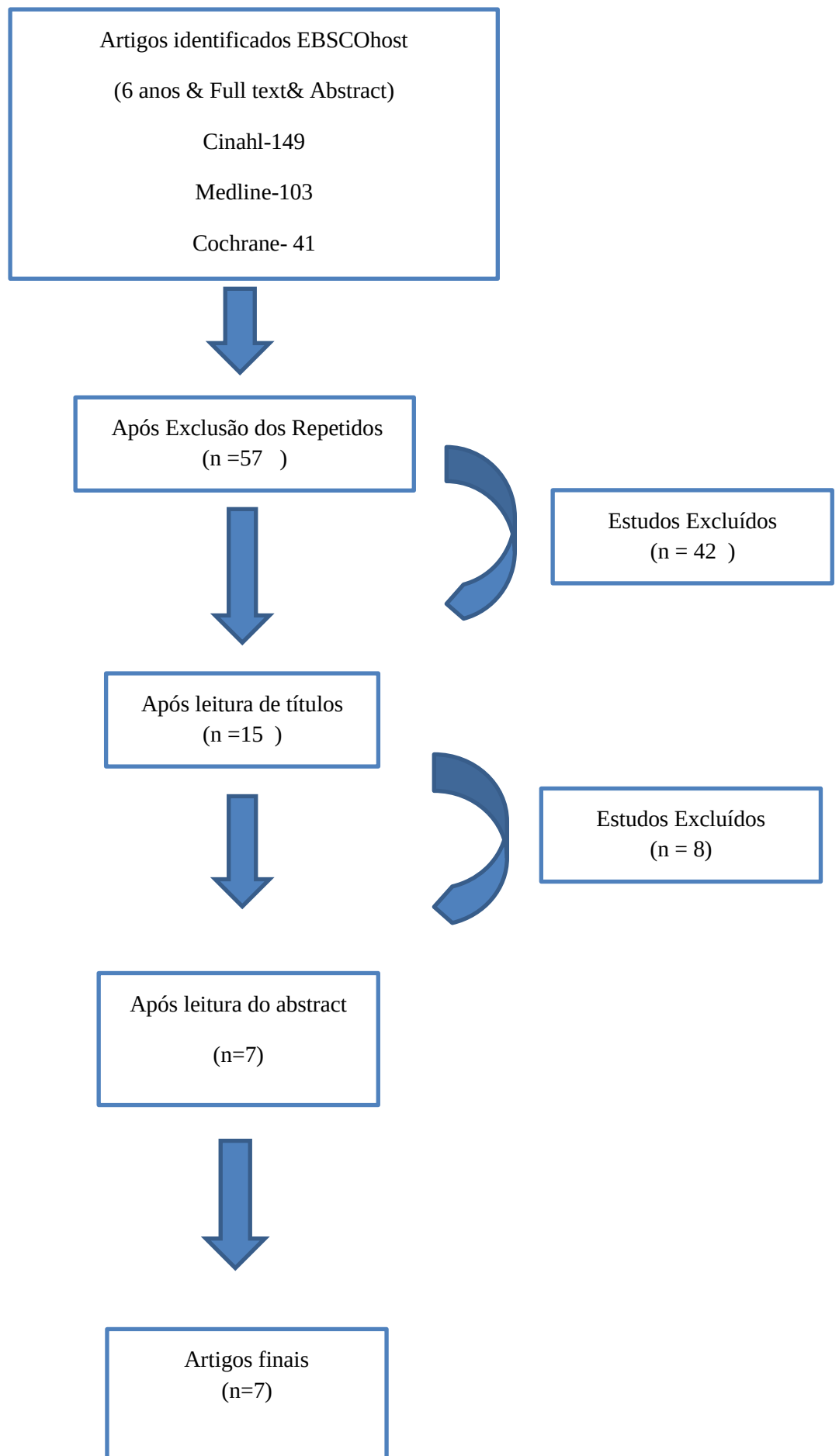
Schumacher, C., Lackey, C., Haughton, D., Peirce, T., Boscart, V., Davey, M...& Costa, A. (2018). A chronic disease management intervention for home care patients with cardio-respiratory symptoms: The Divert- Care Intervention; *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(3), 18-26. Acedido em: 18 de Abril de 2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=d573e37e-0887-4aea-90ee-b6be1bdcce2e%40sessionmgr4007>

Tomey, A. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência.

World Health Organization (2017). *DALY*. Acedido em 11 de Julho de 2019. Disponível em https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

World Health Organization. (2019). Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. *WHO, Editor*. Acedido em: 19 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.who.int/gard/en/>

Apêndice I- Fluxograma da Revisão



Apêndice II- Resultados da Revisão

TÍTULO DO ARTIGO/ AUTOR	CONCLUSÕES	CONCEITOS
Hernández et al. (2018) Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an integrated care service: A ten years pragmatic assessment. <i>International Journal of Integrated Care.</i>	O estudo tinha como objetivo avaliar a implementação da hospitalização da Unidade de Hospitalização Domiciliária localizada em Barcelona na diminuição do tempo de internamento, bem como diminuição das idas ao serviço de urgência, readmissões e mortalidade. Conclusão: O internamento em contexto domiciliário permite diminuir em média 6 dias de internamento hospitalar por doente, demonstrando ganhos em saúde, bem como potencial de sinergias com os serviços de cuidados integrados na comunidade.	Hospitalização Domiciliária Doentes crónicos Cuidados integrados Cuidados de transição
Meis et al. (2014) A qualitative assessment of COPD patients experiences of pulmonary rehabilitation and guidance by healthcare professionals. <i>Respiratory medicine</i>	O estudo teve como principal objetivo avaliar as experiências de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica submetidos a programa de reabilitação respiratória, estes doentes foram avaliados no início e no final de programa de reabilitação funcional respiratória com o objetivo de avaliar os benefícios do programa. Conclusão: os pacientes revelaram maior confiança no exercício e gestão das atividades de vida diária após o programa de reabilitação respiratória. Os profissionais de saúde revelaram ser um aspeto fundamental na reabilitação respiratória quando centram a abordagem personalizada no doente, aconselhando e procurando a autonomia e independência do doente nas suas atividades de vida diárias.	Reabilitação pulmonar Doença pulmonar obstrutiva crónica Comportamentos de saúde

TÍTULO DO ARTIGO/AUTOR	CONCLUSÕES	CONCEITOS
Dowell et al. (2018). Rapid Response: a multiprofissional approach to hospital at home; <i>British Journal of nursing</i>.	O conceito de hospitalização domiciliária no Reino Unido não é uma novidade, no entanto a pressão para reduzir o numero de internamentos, o aumento da esperança média de vida juntamente com o envelhecimento da população refletem a procura deste tipo de cuidados- Unidades de Hospitalização Domiciliária. No presente estudo foi aplicado durante 5 meses uma colheita de dados com o objetivo de clarificar a importância da abordagem multidisciplinar em tempo útil no contexto de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária no Reino Unido. Conclusões: O estudo evidenciou que a redução de custos de internamento, bem como o número efetivo de internamentos reduziu para 1/4 nesta abordagem. A evidência que a abordagem multiprofissional nomeadamente ao nível da reabilitação, fornecem resposta às necessidades das pessoas de forma flexível e dinâmica desafiando a visão de outrora do hospital como principal prestador de cuidados de saúde para a visão dos cuidados centrados na pessoa.	Hospitalização domiciliária Diminuição do número de internamentos Equipa Multiprofissional

TÍTULO DO ARTIGO/AUTOR	CONCLUSÕES	CONCEITOS
Myers (2013). Thinking outside the box: Moving the Respiratory Care Profession beyond the Hospital Walls. <i>American Association of respiratory care</i>	Durante séculos os hospitais serviram como base do sistema de saúde nos Estados Unidos da América, neste contexto hospitalar surge a profissão de especialista em cuidados respiratórios. Estes profissionais têm a sua atuação fulcral e preponderante no âmbito Hospitalar, mas o surgimento de novos contextos para a prática da reabilitação respiratória torna imprescindível a adequação destes profissionais aos novos contextos de cuidados. Esta revisão da literatura procura evidenciar os benefícios deste novo contexto de cuidados respiratórios. Conclusões: A expansão e crescimento para além do tratamento agudo são vitalmente necessários para os especialistas de Reabilitação Respiratória. Numa reforma de saúde centrada na redução de custos, qualidade e segurança e num continuum colaborativo mais eficiente na prestação de cuidados. O EEER fornece um conjunto de competências e conhecimentos à prestação de cuidados de saúde que devem ser otimizados em cuidados prestados em segurança e com a máxima eficiência. O contexto ambulatorio de prestação de cuidados ainda não fornece evidências suficientes, por ser uma área inovadora, mas disrupção existente entre os cuidados hospitalares e domiciliares sugerem um novo domínio de cuidados a ser explorado pelos terapeutas especialistas em reabilitação respiratória.	Cuidados Respiratórios; Terapeuta respiratório; Cuidados em fase aguda; Cuidados domiciliários;

TÍTULO DO ARTIGO/AUTOR	CONCLUSÕES	CONCEITOS
Gonçalves - Bradley et al. (2017); Early Discharge Hospital at Home; The Cochrane Collaboration	O estudo baseia-se numa revisão sistemática da literatura que procura determinar se a alta precoce do paciente para o contexto de hospitalização domiciliária tem efeitos na mortalidade e nos reinternamentos, numa abordagem de melhoria dos cuidados de saúde para a pessoa e diminuição dos custos em saúde. Conclusões: O estudo dividiu as evidências de acordo com as patologias, assim, em doentes vítimas de AVC não houve evidência que a alta precoce para hospitalização domiciliária diminuísse a mortalidade aos 3 e 6 meses após o acidente vascular cerebral. Nas pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, não se revelou evidência sobre a hospitalização domiciliária na mortalidade, no entanto surgiram resultados positivos no que diz respeito à diminuição dos reinternamentos. No doente cirúrgico, nomeadamente no doente submetido a cirurgia ortopédica, não foram evidenciados benefícios ao nível da diminuição das taxas de mortalidade do número de reinternamentos. Em suma, não surgiram evidências que mostrassem benefícios de uma forma geral quanto à hospitalização domiciliária, contudo destaca-se na pessoa com patologia respiratória crónica, a evidência da redução do número de reinternamentos.	Hospitalização Domiciliária; Alta precoce;

TÍTULO DO ARTIGO/AUTOR	CONCLUSÕES	CONCEITOS
Schumacher et al. (2018). A chronic disease management intervention for home care patients with cardio- respiratory symptoms: The Divert- Care Intervention. <i>Canadian Journal of Cardiovascular Nursing</i>	A população com sintomas cardiorrespiratórios com necessidades de cuidados em contexto ambulatorio é crescente, no contexto Canadiano. Programas especializados para autogestão da doença são geralmente iniciados após episódios de agudização da doença crónica, ou logo após a alta hospitalar. O acesso a programas especializados elaborados por especialistas em reabilitação respiratória e cardíaca atinge uma pequena parte da população com essas necessidades. Neste estudo foi elaborado um modelo intitulado: Divert-Care, com o objetivo de alavancar diretrizes e recursos educacionais utilizados na área de cuidados ao doente respiratório em contexto domiciliário. Conclusões: as intervenções dos especialistas de reabilitação neste âmbito são preventivas das complicações da patologia cardíaca e respiratória, em contexto de permanência no domicílio. O grupo de intervenções “Divert- care” fornecem guidelines na abordagem da gestão da doença crónica sendo entre outros aspetos Pró-ativa na identificação precoce do atendimento domiciliário na agudização da sintomatologia, diminuindo desta forma o numero de internamentos hospitalares. Fortalece o vínculo entre os pacientes e os profissionais de saúde especializados, na medida em que melhora a comunicação entre ambos. Foi contemplada como uma ferramenta que oferece um sistema de cuidados centrado na pessoa e nas suas reais necessidades.	Cuidados no domicílio; Diminuição dos internamentos hospitalares Gestão da doença crónica Autogestão da doença

TÍTULO DO ARTIGO/AUTOR	CONCLUSÕES	CONCEITOS
Cox et al. (2017). Avoiding Hospital admissions in COPD impact of a specialist nursing teams. <i>British journal of Nursing</i>	O Objetivo desta revisão da literatura foi avaliar o custo-benefício de um serviço de avaliação respiratória liderada por enfermeiros especialistas em reabilitação respiratória prestado a doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica por forma a evitar o internamento hospitalar, em oposição aos cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros generalistas. Conclusão: os resultados obtidos demonstram que as competências do enfermeiro especialista de Reabilitação Respiratória provaram ter um contributo significativo em oposição a uma abordagem de cuidados prestada por enfermeiros generalistas. Desde a implementação do modelo de Enfermeiros especialistas em Reabilitação Respiratória no domicílio dos doentes, as taxas de internamento hospitalar reduziram significativamente evidenciando a intervenção do especialista de reabilitação respiratória na crise, mas também no reforço dos ensinamentos relativos à autogestão da doença, a otimização da terapia inalatória e a revisão da mesma. Os enfermeiros especialistas em Reabilitação respiratória têm autonomia para prestar cuidados de saúde especializados em segurança impedindo as exacerbações da DPOC e consequentemente os reinternamentos sucessivos. Estes achados apontam em direção ao planeamento de cuidados especializados na área da especialização de reabilitação respiratória, bem como em direção aos projetos de hospitalização domiciliária a nível nacional e internacional.	DPOC; Análise custo-benefício Doença crónica Enfermeiros Especialistas

Apêndice III- Planeamento das Atividades

Planeamento de Atividade

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
D. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	1.Aprofundar conhecimentos teóricos e científicos na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados à pessoa/ família com doença respiratória com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória. 7.Produzir o relatório final de atividades dos respetivos ensinos clínicos.	-Pesquisa da evidência científica sobre a temática em estudo. - Identificação das Intervenções de Enfermagem de reabilitação realizadas em contexto de hospitalização domiciliária à pessoa com doença respiratória. - Adequação do suporte teórico à realidade contextual dos doentes e suas famílias, com base na evidência científica. - Produção de reflexões clínicas/ diários de aprendizagens. - Validação dos conhecimentos e das experiencias apreendidas com o Sr. Professor Orientador. - Elaboração do relatório final de atividades para obtenção do grau de mestrado e especialização em Enfermagem de reabilitação.	BBL ESEL UHD, ██████████ EC TI OT	Período total de duração dos EC`s.	-Ter utilizado evidência adequada; -Ter identificado e praticado as intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas em contexto de hospitalização domiciliária à pessoa com doença respiratória. - Ter adaptado os conhecimentos teóricos científicos apreendidos à realidade contextual, com base na evidência científica. -Ter refletido sobre as capacidades desenvolvidas a nível pessoal e profissional, - Ter validado através dos diários de aprendizagens e reflexões bem como OT`s os com o Sr. Professor Orientador. - Ter concluído o relatório de atividades relativo aos ensinos clínicos realizados.
Recursos Humanos e materiais	RH: EEER/Docente orientador; Equipa multidisciplinar; Pessoa/ família; Biblioteca ESEL; RM: Literatura sobre a temática em estudo; Acesso a Base de dados Cientifica				
Critérios de avaliação: Em que medida é que os conhecimentos adquiridos são refletidos numa prática baseada na evidencia? Em que medida os diários de aprendizagem e reflexões efetuadas traduzem os conhecimentos adquiridos, bem como o percurso no autoconhecimento?					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
B- Domínio da melhoria da qualidade B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro. C- Domínio da gestão dos cuidados C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	2.Compreender a função do EEER nas dinâmicas organizacionais nos locais onde decorrerá o ensino clinico. 3.Interpretar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar, bem como a sua dinâmica funcional na articulação com a equipa.	-Efetivação de visita aos locais de Estágio. -Realização de reunião/entrevista informal com enfermeiro(a) chefe/orientador. -Identificação da estrutura física e recursos materiais de cada serviço através de visita guiada. -Perceção da dinâmica organizacional. -Análise da intervenção do EEER em contexto hospitalar e comunitário. - Adaptação/integração na equipa de enfermagem dos diferentes serviços. - Consulta dos protocolos, normas de serviço e de procedimento e outra documentação específica existente nos serviços. -Colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados diários. - Realização de consulta da legislação que regula o funcionamento das instituições onde se situam os locais de EC.	UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED]	Junho 2019 Junho 2019 Primeira semana de cada EC. Durante todo o EC	-Ter efetivado a visita aos locais de estágio; - Ter realizado a reunião/ entrevista informal com o Sr. Enfermeiro Orientador/ Enfº Chefe. -Ter identificado a estrutura física e recursos materiais de cada serviço onde decorreu o ensino clinico. - Ter perceção da dinâmica organizacional. - Estar integrado no serviço onde decorre o ensino clinico. - Ter analisado a intervenção dos EEER nos diferentes contextos. - Ter consultado os protocolos, normas de serviço e de procedimento e outra documentação específica existente nos serviços. - Ter colaborado na prestação de cuidados de ER diariamente nos diferentes contextos. - Ter consultado e documentado a legislação que regula o funcionamento das diferentes instituições onde decorrem os EC`s.
Recursos Humanos e materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Documentação existente nos serviços; Internet/ intranet; Docente orientador				
Critérios de avaliação: Em que medida é que a visita aos locais de EC e as entrevistas realizadas estão a contribuir para atingir este objetivo? No final do ensino clinico a integração efetivou-se e há conhecimento das normas e protocolos bem como das dinâmicas organo-funcionais do serviço?					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.	4. Aplicar os princípios éticos e deontológicos da profissão na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de modo a assegurar a proteção e privacidade da pessoa e da sua família, bem como a qualidade dos cuidados;	- Promoção da privacidade da pessoa e sua família durante a prestação de cuidados especializados. - Adequação do consentimento informado aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados; - Consideração pelas crenças, valores e decisões da pessoa, oferecendo condições para esta as expressar; - Fomentar a tomada de decisão do doente, consciente e informada; - Criação de ambientes terapêuticos e seguros para o doente e suas famílias. - Realização de consulta do Código Deontológico do Enfermeiro;	UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED]	Durante todo o EC	- Ter promovido a privacidade da pessoa e da sua família. - Ter adequado o consentimento informado aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa e sua família. - Ter considerado as diferentes crenças, valores e decisões da pessoa e sua família, criando ambientes propícios à sua livre expressão. - Teve em conta a tomada de decisão/livre arbítrio da pessoa e sua família na prestação de cuidados. - Criou ambientes propícios à prestação de cuidados com ênfase na segurança dos mesmos. - Ter consultado o código deontológico do enfermeiro e dominar os seus conceitos.
Recursos Humanos e materiais	Pessoa e sua família; Enfermeiros orientadores do EC; Docente orientador d; Código deontológico do Enfermeiro; Base de dados científica;				
• Critérios de avaliação: De que modo as atividades planeadas vão permitir atingir o objetivo delineado?					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
J1– Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor,	5. Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença respiratória com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória em contexto de HD, baseada na recomendação de boas práticas mais atual com recurso à evidência científica mais recente e utilizando a metodologia do processo de enfermagem. 6. Implementar planos de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem, com vista ao	Realização de colheita de dados para avaliação diagnóstica da pessoa/família/cuidador integrando o uso de escalas de avaliação; Planeamento do programa de Reabilitação Funcional Respiratória à pessoa como doença respiratória em contexto de HD e tendo em conta a: -Inclusão das necessidades identificadas e preferências da pessoa no planeamento; - Mobilização dos recursos disponíveis nos vários locais de EC com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação do autocuidado da pessoa e sua família. - Realização de registos de enfermagem detalhados sobre as intervenções especializadas implementadas, contribuindo para a continuidade de cuidados; - Implementação das intervenções especializadas do ER à pessoa em situação de doença respiratória – Adequar planos de Reabilitação funcional respiratória de forma individualizada. - Capacitar a pessoa para a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória. - Avaliar se os ensinados realizados estão a ser eficazes - Nomear e ensinar sobre os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa (para a RFR espelho, bastão, pesos, espirómetro de incentivo, etc.) . Avaliação do planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador.	UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED]	Durante todo o EC	- Ter realizado colheita de dados, com mobilização de escalas de avaliação. - Ter promovido a privacidade da pessoa e respeitado a individualidade da mesma. - Ter planeado programas de RFR personalizados de acordo com a individualidade da pessoa. - Ter mobilizado os recursos existentes mais adequados à prestação de cuidados; - Ter realizado os registos de EEER adequados; - Ter implementado as intervenções da RFR para a pessoa em situação de doença respiratória adequando as mesmas. - Ter realizado ensinados sobre exercícios de Reabilitação Funcional Respiratória de forma a capacitar a pessoa e sua família/ cuidador. - Ter avaliado a eficácia dos ensinados realizados. - Ter nomeado e ensinado sobre os produtos de apoio adequados; • Ter avaliado a eficácia dos ensinados realizados; • Ter efetuado a avaliação do plano de intervenção delineado e dos resultados obtidos;

sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; J.1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas; J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio - respiratório. J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio -respiratório em função dos resultados esperados.	restabelecimento ou manutenção do autocuidado	- Validação dos recursos pessoais, familiares e da Comunidade que possam favorecer o processo de Reabilitação;			
Recursos Humanos e materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Docente orientador da ; Base de dados científica; Planos de Cuidados; Instrumentos de avaliação; Pessoa/ Família; Processo clínico; Produtos de apoio.				
Critérios de avaliação: Em que medida a avaliação diagnóstica está a possibilitar a adequação dos programas de RFR no contexto da HD? Como é que as intervenções de ER planeadas estão a permitir prestar cuidados de RFR à pessoa com doença respiratória de forma eficaz?					

Apêndice IV- Cronograma de Atividades

Cronograma do Ensino Clínico

Ano	2019													2020					
Locais	UHD									UCC									
Meses	Set		Outubro				Novembro			Nov	Dezembro				Janeiro				Fev
Semanas	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	
Objetivo																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			

Período correspondente ao ensino clínico em contexto Hospitalar (UHD [REDACTED]): 23-09-2019 a 22-11-2019

Período correspondente ao ensino clínico em contexto Comunitário (UCC [REDACTED]): 25-11-2019 a 07-02-2020

Apêndice V- Caracterização dos Locais de Estágio

Caracterização do Ensino Clínico de âmbito comunitário

Local de EC: UCC – ECCI

Data: 22 de Novembro a 8 de Fevereiro

A entrevista foi efetuada com a Sr^a Enfermeira _____ o Sr. Enfermeiro _____ ambos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação que gentilmente fornecerão os seguintes dados:

A UCC _____ integra num Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) _____ que se constitui por Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiares (USF) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Na constituição da UCC, temos as ECCI.

Este serviço tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados no âmbito domiciliário e comunitário, especificamente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco de dependência física e funcional ou doença. Atua ainda na educação para a saúde e na integração de redes de apoio à comunidade na implementação de unidades móveis de intervenção.

O espaço físico da UCC encontra-se num edifício onde se encontram também em funcionamento duas USF, no rés-do-chão, numa zona não acessível ao público. Tem 6 salas divididas pelas especialidades da equipa de enfermagem. A equipa é composta por um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, um enfermeiro especialista em saúde comunitária, dois especialistas de saúde materna e obstétrica, um elemento especialista em saúde infantil e três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Conta ainda com o apoio de 3 assistentes operacionais e 2 motoristas. Existem ainda fisioterapeutas na equipa, que de acordo com a organização da ECCI apenas se ocupam da reabilitação pessoas em situação de fratura osteoarticular que não necessitem de cuidados de enfermagem. O enfermeiro de reabilitação desempenha o papel de Enfermeiro Gestor de Caso.

A ECCI funciona em dias úteis, constituindo-se dois turnos: 8h30 às 15h30 e 11h00 às 18h00, sendo possível prestar cuidados de ER a quatro/cinco pessoas com necessidade de cuidados de reabilitação por dia.

O número total de doentes a cargo da ECCI corresponde a 45 doentes, com um número médio de lotação de aproximadamente de 30 doentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. A referenciação destes doentes pode ser efetuada através do hospital Garcia de Orta que corresponde à área geográfica da UCC, das respetivas USF ou ainda de outros hospitais (se o doente pertencer à área de residência da UCC).

O tempo médio de prestação de cuidados a estas pessoas varia, sendo de aproximadamente 3 meses. A alta dos doentes é dada através da avaliação dos objetivos estabelecidos, implicando que estes sejam atingidos. Sempre que os objetivos não são atingidos o plano de cuidados é reajustado, adaptado às necessidades da pessoa.

Os EEER não identificaram nenhuma patologia mais recorrente, sendo que todas as áreas de intervenção do EEER são trabalhadas. À semelhança da realidade nacional os utentes são maioritariamente pessoas idosas, sendo que a média de idades se encontra nos 70 anos. O rácio de doentes por enfermeiro é estabelecido de acordo com o número de doentes que necessitar de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo que serão divididos pelos três enfermeiros de reabilitação que compõe a equipa da UCC (o 3º elemento não tivemos oportunidade de conhecer por estar ausente do serviço).

Os utentes pertencem às respetivas USF ainda que temporariamente necessitem de cuidados de ER, voltam à sua origem (USF) garantindo que o médico de família assegure a articulação com a comunidade. Após a alta hospitalar dos doentes referenciados à ECCI é realizada uma visita domiciliária de avaliação até às 72 horas que idealmente deveria ser realizada em conjunto com médico de família, enfermeiro da ECCI, enfermeiro de família e assistente social, na presença de um cuidador efetivo.

O plano de reabilitação é estabelecido de acordo com a avaliação do estado funcional do doente, através da utilização de escalas como a Medida de Independência Funcional (MIF), Índice de Barthel e avaliação do equilíbrio corporal. São posteriormente estabelecidos objetivos que serão reavaliados mensalmente e reajustados de acordo com a evolução do doente. Não existe um modelo teórico de referência utilizado pelo serviço. A família é envolvida no processo de reabilitação ainda que com alguma resistência por parte das famílias, segundo os EEER por não considerarem os cuidados de reabilitação primordiais em função de outros como a higiene e alimentação.

A ausência de projetos em curso na ECCI reflete-se na vontade que a equipa demonstra na criação dos mesmos, sendo de sua vontade criar uma uniformização de procedimentos. O sistema de documentação dos cuidados é o S clínico utilizando a linguagem CIPE ®.

Caracterização do EC de âmbito Hospitalar

Local de EC: Unidade de Hospitalização Domiciliária do [REDACTED]

Data: 24 de setembro a 22 de novembro

A Hospitalização domiciliária caracteriza-se como uma alternativa ao internamento convencional que proporciona assistência médica e de enfermagem de modo contínuo e coordenado aos doentes que requerendo admissão hospitalar cumprem também um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio sob vigilância da UHD sempre de acordo com a vontade do doente e da sua família.

A missão definida para a UHD do [REDACTED] por contribuir para o melhor nível possível de saúde e bem-estar das pessoas que necessitem de cuidados de âmbito hospitalar. Os princípios pelos quais se regem são a: Igualdade de direitos e deveres do utente, Equivalência de qualidade na prestação de cuidados, Humanização de serviços, valorização do papel da família, o voluntariado na aceitação do modelo e o rigor na admissão de doentes e seu seguimento clínico.

Os cuidados de Hospitalização Domiciliária, que no decorrer do seminário a equipa fez questão de clarificar são os cuidados ativos e coordenados pela UHD e prestados por unidades e equipas específicas, no domicílio, a doentes referenciados para o efeito, livre e conscientemente, com o principal objetivo de manter o bem-estar e qualidade de vida.

Os diagnósticos mais frequentes na UHD são a patologia respiratória, nomeadamente: pneumonias e traqueobronquites agudas. Como diagnósticos secundários surgem a insuficiência respiratória e as DPOC agudizada. O enfermeiro chefe do serviço na sua preleção valorizou a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros especialistas de reabilitação no domicílio com estes utentes, no sentido em que contribuem significativamente para a melhoria do seu estado de saúde e previnem complicações associadas às doenças respiratórias supracitadas.

A UHD funciona no piso 0 do Hospital [REDACTED] estruturalmente idealizado para melhorar a circulação entre a rua e o hospital, tem ao seu dispor 2 viaturas. No que diz respeito à constituição da equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiros, sendo que 4 desses enfermeiros são detentores da especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Os turnos presenciais são as manhãs e tardes, sendo que nas manhãs a dotação é de 5 enfermeiros, na tarde 1 enfermeiro e à noite 1 enfermeiro de prevenção (não presencial). O Turno da manhã tem o horário das 7h às 16h e o turno da tarde das 15h30 às 0h.

Os critérios de admissão dos doentes passam por critérios sociais, uma vez que necessitam de ter condições de habitação que permitam a prestação de cuidados em segurança no domicílio, tais como, a presença de água, luz e condições higiene-sanitárias adequadas, essas condições são verificadas na primeira visita domiciliar da UHD.

Os doentes são referenciados dos serviços de internamento de medicina e cirurgia e do serviço de urgências, sendo que alguns utentes ao terem conhecimento do projeto mencionam desde logo a sua vontade de ficarem internados em contexto domiciliário.

O enfermeiro demonstrou algumas das intervenções dos EEER da UHD através de fotografias ilustrativas da prestação de cuidados às pessoas com necessidade de reeducação funcional respiratória, salientando que os recursos utilizados são os que as pessoas têm no seu domicílio. O serviço tem 22 utentes internados em regime de UHD e tem como objetivos alargar até aos 35 utentes até ao final de 2019.

A alta do utente para os cuidados de saúde primários é realizada numa reunião no domicílio do utente

No que concerne à idealização de projetos futuros têm como objetivos o seguimento por telemonitorização do doente em situação de patologia cardíaca (insuficiência cardíaca) e a execução de um programa que possibilite os utentes com necessidade de alimentação parentérica total de poderem permanecer nos seus domicílios, evitando o internamento hospitalar convencional.

**APÊNDICE II – COMPETÊNCIAS E OBJETIVOS ESPECÍFICOS
DEFINIDOS NO PROJETO DE FORMAÇÃO**

Planeamento de Atividade

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
D. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	1.Aprofundar conhecimentos teóricos e científicos na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados à pessoa/ família com doença respiratória com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória. 7.Produzir o relatório final de atividades dos respetivos ensinos clínicos.	-Pesquisa da evidência científica sobre a temática em estudo. - Identificação das Intervenções de Enfermagem de reabilitação realizadas em contexto de hospitalização domiciliária à pessoa com doença respiratória. - Adequação do suporte teórico à realidade contextual dos doentes e suas famílias, com base na evidência científica. - Produção de reflexões clinicas/ diários de aprendizagens. - Validação dos conhecimentos e das experiencias apreendidas com o Sr. Professor Orientador. - Elaboração do relatório final de atividades para obtenção do grau de mestrado e especialização em Enfermagem de reabilitação.	BBL ESEL UHD, ██████████ EC TI OT	Período total de duração dos EC`s.	-Ter utilizado evidência adequada; -Ter identificado e praticado as intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas em contexto de hospitalização domiciliária à pessoa com doença respiratória. - Ter adaptado os conhecimentos teóricos científicos apreendidos à realidade contextual, com base na evidência científica. -Ter refletido sobre as capacidades desenvolvidas a nível pessoal e profissional, - Ter validado através dos diários de aprendizagens e reflexões bem como OT`s os com o Sr. Professor Orientador. - Ter concluído o relatório de atividades relativo aos ensinos clínicos realizados.
Recursos Humanos e materiais	RH: EEER/Docente orientador; Equipa multidisciplinar; Pessoa/ família; Biblioteca ESEL; RM: Literatura sobre a temática em estudo; Acesso a Base de dados Cientifica				
CrITÉrios de avaliação: Em que medida é que os conhecimentos adquiridos são refletidos numa prática baseada na evidencia? Em que medida os diários de aprendizagem e reflexões efetuadas traduzem os conhecimentos adquiridos, bem como o percurso no autoconhecimento?					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
B- Domínio da melhoria da qualidade B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro. C- Domínio da gestão dos cuidados C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	2.Compreender a função do EEER nas dinâmicas organizacionais nos locais onde decorrerá o ensino clinico. 3.Interpretar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar, bem como a sua dinâmica funcional na articulação com a equipa.	-Efetivação de visita aos locais de Estágio. -Realização de reunião/entrevista informal com enfermeiro(a) chefe/orientador. -Identificação da estrutura física e recursos materiais de cada serviço através de visita guiada. -Perceção da dinâmica organizacional. -Análise da intervenção do EEER em contexto hospitalar e comunitário. - Adaptação/integração na equipa de enfermagem dos diferentes serviços. - Consulta dos protocolos, normas de serviço e de procedimento e outra documentação específica existente nos serviços. -Colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados diários. - Realização de consulta da legislação que regula o funcionamento das instituições onde se situam os locais de EC.	UHD, [] e UCC [] UHD, [] e UCC [] UHD, [] e UCC [] UHD, [] e UCC []	Junho 2019 Junho 2019 Primeira semana de cada EC. Durante todo o EC	-Ter efetivado a visita aos locais de estágio; - Ter realizado a reunião/ entrevista informal com o Sr. Enfermeiro Orientador/ Enfº Chefe. -Ter identificado a estrutura física e recursos materiais de cada serviço onde decorreu o ensino clinico. - Ter perceção da dinâmica organizacional. - Estar integrado no serviço onde decorre o ensino clinico. - Ter analisado a intervenção dos EEER nos diferentes contextos. - Ter consultado os protocolos, normas de serviço e de procedimento e outra documentação específica existente nos serviços. - Ter colaborado na prestação de cuidados de ER diariamente nos diferentes contextos. - Ter consultado e documentado a legislação que regula o funcionamento das diferentes instituições onde decorrem os EC`s.
Recursos Humanos e materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Documentação existente nos serviços; Internet/ intranet; Docente orientador				
Critérios de avaliação: Em que medida é que a visita aos locais de EC e as entrevistas realizadas estão a contribuir para atingir este objetivo? No final do ensino clinico a integração efetivou-se e há conhecimento das normas e protocolos bem como das dinâmicas organo-funcionais do serviço?					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.	4. Aplicar os princípios éticos e deontológicos da profissão na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de modo a assegurar a proteção e privacidade da pessoa e da sua família, bem como a qualidade dos cuidados;	- Promoção da privacidade da pessoa e sua família durante a prestação de cuidados especializados. - Adequação do consentimento informado aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados; - Consideração pelas crenças, valores e decisões da pessoa, oferecendo condições para esta as expressar; - Fomentar a tomada de decisão do doente, consciente e informada; - Criação de ambientes terapêuticos e seguros para o doente e suas famílias. - Realização de consulta do Código Deontológico do Enfermeiro;	UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED]	Durante todo o EC	- Ter promovido a privacidade da pessoa e da sua família. - Ter adequado o consentimento informado aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa e sua família. - Ter considerado as diferentes crenças, valores e decisões da pessoa e sua família, criando ambientes propícios à sua livre expressão. - Teve em conta a tomada de decisão/livre arbítrio da pessoa e sua família na prestação de cuidados. - Criou ambientes propícios à prestação de cuidados com ênfase na segurança dos mesmos. - Ter consultado o código deontológico do enfermeiro e dominar os seus conceitos.
Recursos Humanos e materiais	Pessoa e sua família; Enfermeiros orientadores do EC; Docente orientador d; Código deontológico do Enfermeiro; Base de dados científica;				
• Critérios de avaliação: De que modo as atividades planeadas vão permitir atingir o objetivo delineado?					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
J1– Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor,	5. Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de doença respiratória com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória em contexto de HD, baseada na recomendação de boas práticas mais atual com recurso à evidência científica mais recente e utilizando a metodologia do processo de enfermagem. 6. Implementar planos de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem, com vista ao	Realização de colheita de dados para avaliação diagnóstica da pessoa/família/cuidador integrando o uso de escalas de avaliação; Planeamento do programa de Reabilitação Funcional Respiratória à pessoa como doença respiratória em contexto de HD e tendo em conta a: -Inclusão das necessidades identificadas e preferências da pessoa no planeamento; - Mobilização dos recursos disponíveis nos vários locais de EC com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação do autocuidado da pessoa e sua família. - Realização de registos de enfermagem detalhados sobre as intervenções especializadas implementadas, contribuindo para a continuidade de cuidados; - Implementação das intervenções especializadas do ER à pessoa em situação de doença respiratória – Adequar planos de Reabilitação funcional respiratória de forma individualizada. - Capacitar a pessoa para a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória. - Avaliar se os ensinados realizados estão a ser eficazes - Nomear e ensinar sobre os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa (para a RFR espelho, bastão, pesos, espirómetro de incentivo, etc.) . Avaliação do planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador.	UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED] UHD, [REDACTED] e UCC [REDACTED]	Durante todo o EC	- Ter realizado colheita de dados, com mobilização de escalas de avaliação. - Ter promovido a privacidade da pessoa e respeitado a individualidade da mesma. - Ter planeado programas de RFR personalizados de acordo com a individualidade da pessoa. - Ter mobilizado os recursos existentes mais adequados à prestação de cuidados; - Ter realizado os registos de EEER adequados; - Ter implementado as intervenções da RFR para a pessoa em situação de doença respiratória adequando as mesmas. - Ter realizado ensinados sobre exercícios de Reabilitação Funcional Respiratória de forma a capacitar a pessoa e sua família/ cuidador. - Ter avaliado a eficácia dos ensinados realizados. - Ter nomeado e ensinado sobre os produtos de apoio adequados; • Ter avaliado a eficácia dos ensinados realizados; • Ter efetuado a avaliação do plano de intervenção delineado e dos resultados obtidos;

sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; J.1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas; J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio - respiratório. J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio -respiratório em função dos resultados esperados.	restabelecimento ou manutenção do autocuidado	- Validação dos recursos pessoais, familiares e da Comunidade que possam favorecer o processo de Reabilitação;			
Recursos Humanos e materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Docente orientador da ; Base de dados científica; Planos de Cuidados; Instrumentos de avaliação; Pessoa/ Família; Processo clínico; Produtos de apoio.				
Critérios de avaliação: Em que medida a avaliação diagnóstica está a possibilitar a adequação dos programas de RFR no contexto da HD? Como é que as intervenções de ER planeadas estão a permitir prestar cuidados de RFR à pessoa com doença respiratória de forma eficaz?					

APÊNDICE III – ESTUDO DE CASO DE UTENTE, UHD

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Local de Estágio- Unidade de Hospitalização Domiciliária
do Hospital 

Marisa Isabel Da Silva Monteiro

Lisboa

2019

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Local de Estágio- Unidade de Hospitalização Domiciliária
do [REDACTED]

Marisa Isabel Da Silva Monteiro

Docente Orientador: Prof. Doutor Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Lisboa

2019



SIGLAS

ACP- Auscultação cardiopulmonar

AVD – Atividade Vida Diária

BPM- batimentos por minuto

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DD – Decúbito Dorsal

DGS – Direção-Geral da Saúde

DLD – Decúbito Lateral Direito

DLE – Decúbito Lateral Esquerdo

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

FiO2 – Fração Inspirada de Oxigénio

[REDACTED]

IMC – Índice de Massa Corporal

MI – Membros Inferiores

SpO2- Saturação periférica de Oxigénio

TC: Tomografia Axial Computurizada

Tx: Torácico

UHD- Unidade de Hospitalização Domiciliária

RFR – Reeducação Funcional Respiratória.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. COLHEITA DE DADOS	8
2.1. Dados pessoais	8
2.2. Histórico da Doença Atual/ Motivo do Internamento	8
2.3. Antecedentes Pessoais	9
2.4. Cirurgias Anteriores	9
2.5. Medicação Habitual	9
2.6. Hábitos Aditivos	9
2.7. Exposição a Poluentes	9
2.8. Alergias	9
2.9. Exames Auxiliares de Diagnóstico	10
2.10. Exame Clínico Objetivo	12
2.11. Diagnóstico Clínico	12
2.12. Internamento	12
2.13. Condições de habitação e Acessibilidades	12
2.14. Situação Familiar Atual	13
3. REVISÃO DA ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DA PNEUMONIA	14
3.1. A Intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa portadora de Pneumonia	15.
3.2. Abordagem à terapêutica farmacológica instituída ao Sr. A. F.	17
4. AVALIAÇÃO DO SR. A. F.	20

4.1.	Medida de Independência Funcional	20
4.2.	Índice de Barthel Modificado	21
4.3.	Avaliação da força Muscular - MRCMS	22
4.4.	Escala de Braden	24
4.5.	Escala de Borg Modificada	25
4.6.	Escala de Morse	25
4.7.	Avaliação Neurológica – Escala de Glasgow	26
4.8.	Escala de Ashworth Modificada	27
4.9.	Avaliação Respiratória	28
5.	IMPACTO NO AUTOCUIDADO	31
6.	PLANO DE CUIDADOS	33
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
	ANEXO I- Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	
	ANEXO II – <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	
	APÊNDICE I – Instrumento de Registos de Enfermagem de Reabilitação- Reabilitação Funcional Respiratória	

INDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Análises Clínicas	10
Quadro nº2 – Terapêutica no Internamento	17
Quadro nº3- Medida de Independência Funcional	21
Quadro nº4- Índice de Barthel modificado	21
Quadro nº5- Avaliação da Força Muscular - <i>MRCMS</i>	23
Quadro nº6 – Escala de Braden	24
Quadro nº7- Escala de Borg modificada	25
Quadro nº8 – Escala de Morse	26
Quadro nº9 – Escala de Glasgow	27
Quadro nº10- Escala de Ashworth	27
Quadro nº11- Registo de Auscultação Pulmonar	27
Quadro nº12- Requisitos Universais de Autocuidado	32
Quadro nº13 – Plano de Cuidados	52

INDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Telerradiografia do Tórax de 29-09-19	11
---	----

Figura nº 2- Telerradiografia do Tórax de 4-10-19	29
---	----

Figura nº 3 - Comparação das Imagens Radiológicas	30
---	----

1.INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na unidade curricular de Estágio com Relatório foi-me proposta a realização de um estudo de caso de um utente internado na Unidade de Hospitalização Domiciliária do [REDACTED], a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de Reabilitação com a supervisão e orientação do Sr. Enfermeiro orientador [REDACTED].

A unidade Curricular de estágio com relatório visa essencialmente o desenvolvimento das competências comuns e específicas atribuídos ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, concorrendo para tal com os objetivos gerais de um EEER que são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto estima. De modo a alcançar tais objetivos o EEER *“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem -lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.”*, Ordem dos Enfermeiros (2019a).

O principal objetivo da realização do estudo de caso será a conceção e implementação de um plano de cuidados de reabilitação dirigido a um utente portador de Pneumonia, internado na UHD, tal escolha converge com a temática escolhida e desenvolvida por mim no projeto do ensino clinico: ***A Reabilitação Funcional Respiratória em Contexto de Hospitalização Domiciliária – A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.***

Assim, a primeira parte é referente à colheita de dados, na segunda parte abordarei resumidamente os conceitos de anatomia e fisiopatologia da pneumonia, assim como, a sua abordagem farmacológica e a intervenção do EEER na pessoa portadora de pneumonia, seguindo-se a abordagem aos requisitos universais de autocuidado, baseado na teoria de Orem (2001), autora que escolhi para nortear a minha prática de cuidados. O último capítulo dedica-se à construção do plano de cuidados, que inclui diagnósticos de enfermagem com base no padrão documental de cuidados de Enfermagem de especialidade de Enfermagem de Reabilitação Ordem dos Enfermeiros (2015b), colmatando com as considerações finais.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1. Dados pessoais

Nome: A.F.

Género: Masculino

Idade: 49 anos

Etnia: Caucasiano

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Estucador (colocador de tetos falsos)

Residência: Costa da Caparica, Almada (Residente em Portugal há 7 anos)

Pessoa significativa/ cuidador: Esposa

Prestadora de Cuidados: Esposa com 43 anos.

Profissão da Cuidadora: Doméstica

Habilitações Literárias da Cuidadora: Curso médio (Brasil) provável equivalência ao 9º ano de escolaridade em Portugal.

2.2. História da Doença Atual/ Motivo do internamento

O Sr. A.F. recorre ao serviço de urgência no dia 29 de Setembro de 2019 da Unidade Hospitalar onde decorre o ensino clínico, por apresentar quadro clínico de tosse produtiva há cerca de 2 semanas, descrevendo a expectoração de consistência espessa, caracteristicamente purulenta, cor ferruginosa e escassa quantidade. Nas últimas vinte e quatro horas apresentou picos febris, de temperatura máxima 39,5°C. Apresenta quadro de dor torácica esquerda compatível com dor de características pleuríticas. Perante o quadro clínico do doente assumem-se as seguintes hipóteses diagnósticas:

#Pneumonia adquirida na Comunidade

Derrame Pleural

Após observação inicial pela equipa interdisciplinar do serviço de urgência deste hospital central realizou exames complementares de diagnóstico, tais como análises sanguíneas e radiografia torácica, para definição de um diagnóstico clínico concreto.

2.3. Antecedentes Pessoais

O Sr. A.F. nega antecedentes pessoais de saúde de relevo, apenas fazendo menção a ser portador de Hérnia Umbilical, que descreve não lhe causar qualquer tipo de incómodo.

Descreve igualmente gonalgia à direita aguda por períodos, sem diagnóstico conclusivo, provavelmente de etiologia ligamentar, segundo descreve o próprio, relacionado com a prática de exercício físico de moderado impacto (jogos de futebol com fins lúdicos).

2.4. Cirurgias Anteriores

Relativamente a antecedentes cirúrgicos o Sr. A.F. refere não ter sido submetido a nenhum tipo de intervenção cirúrgica.

2.5. Medicação Habitual

Descreve-se como uma pessoa saudável não tomando qualquer tipo de terapêutica de modo continuado no domicílio, faz menção a toma esporádica de paracetamol aquando de episódios álgicos agudos dispersos.

2.6. Hábitos aditivos

Assegura a ausência de quaisquer tipos de hábitos ou adições atualmente e no passado. Quanto ao consumo de álcool, resume-as a convívios sociais em moderada quantidade com frequência reduzida.

2.7. Exposição a Poluentes

Exposição continua a poluentes pela profissão que apresenta, montador de tetos falsos (compósito de gesso cartonado), descreve que os tetos já se apresentam em peças pré montadas, contudo a desmontar os tetos existentes anteriormente fica sujeito ao pó resultante da destruição dos materiais.

2.8. Alergias

O Sr. A. F. nega qualquer tipo de alergias no seu historial de saúde associadas a medicamentos. No que diz respeito à alimentação é alérgico ao Camarão.

2.9. Exames Auxiliares de Diagnóstico

a) Análises Clínicas:

Hemoglobina (Hb)	143 g/L
VGM	87.8 fL
Plaquetas	206 10^9 /L
Leucócitos	18.2 * 10^9 /L
Neutrófilos	91.2 %
Glucose	129 mg/dL
Ureia	36 mg/dL
Creatinina	1.0 mg/dL
Sódio	133 mmol/L
Potássio	4.3 mmol/L
PCR	38.57 mg/dL

Quadro 1 – Análises Clínicas

b) Telerradiografia do Tórax

Telerradiografia do tórax realizada a 29-09-2019, visível na Figura 1: Correspondente ao nome e género, identificada a data da realização, bem como a sua orientação (direita/esquerda), centrada, com incidência postero-anterior, penetração da imagem adequada, sendo possível identificar as estruturas da caixa torácica. Observa-se o tórax bem inspirado.

Denota-se uma hipotransparência do lobo inferior do pulmão esquerdo, seios cardio-frénico relativamente bem definidos bilateralmente e apagamento do seio costofrénico pouco definidos à esquerda. Abaulamento da hemicúpula diafragmática esquerda.



Figura nº1 – Telerradiografia do Tórax de 29-09-19

c) Gasometria Arterial

Gasometria: Em ar ambiente (à entrada) com hipoxemia, pH: 7,466; pO_2 : 68,9mmHg; pCO_2 : 31,3 mmHg; Lactatos: 2,4

d) Tomografia Axial Computorizada Torácica

Realiza TC tórax para exclusão de Derrame Pleural Esquerdo: "Densificação heterogénea dos segmentos basais do LIE, com áreas de consolidação de distribuição preferencial peribrônquica, atribuível a broncopneumonia. Sem imagens de cavitação nem derrame pleural acompanhante. Árvore traqueo-brônquica globalmente permeável. Não se observam valorizáveis adenomegalias mediastínico-hilares. (...)."

2.10. Exame Clínico Objetivo

O Sr. A. F. encontra-se calmo, consciente e orientado.

À observação inicial apresenta-se com um bom estado geral.

Avaliação de Sinais Vitais à entrada no Serviço de Urgência:

Tensão Arterial (TA): 98/60 mmHg.

Frequência cardíaca (FC): 88 b.p.m.

Saturação Periférica de oxigénio (SpO₂): 92% (em ar ambiente).

Temperatura Corporal (timpânica): 39.4°C.

Auscultação cardiopulmonar (descrita em diário clínico à entrada do utente):

Audíveis S1 e S2. Murmúrio Vesicular mantido. Presença de ferveores crepitantes localmente na ½ inferior do hemitórax esquerdo.

Restante avaliação física: Abdómen livre, Hérnia Umbilical. Ausência de Edemas ao nível dos membros Inferiores (MI).

Peso corporal: 82 Quilogramas.

Altura: 1,80 metros

IMC: 25,30.

2.11. Diagnóstico Clínico

Pneumonia lobar (Lobo inferior do Pulmão Esquerdo) adquirida na Comunidade (PAC- pneumonia adquirida na Comunidade)

2.12. Internamento

A 29 de Setembro fica internado na Unidade de Internamento Médico-cirúrgico (UIMC), uma unidade de internamento com 20 camas afetas ao serviço de Urgência Geral. A transferência do Sr. A. F. para a UHD teve lugar a 2 de Outubro de 2019. A alta clínica teve lugar no dia 14 de outubro de 2019 após a reversibilidade total das condições que o conduziram ao internamento.

2.13. Condições de habitação e acessibilidade

As condições de habitação e acessibilidade são um dos critérios para o internamento da UHD, pelo que importa descrever as mesmas. Verificando-se tal como se pode constatar adequados critérios habitacionais e de saneamento, que

constituem pré-requisitos para a prática de cuidados em condições de segurança ao nível domiciliário.

Vive numa habitação alugada, num apartamento no R/C, de construção de há cerca de 70 anos, sem elevador, subindo 1 lance de escadas com 3 degraus acede à sua habitação. É composta por 4 divisões sem degraus.

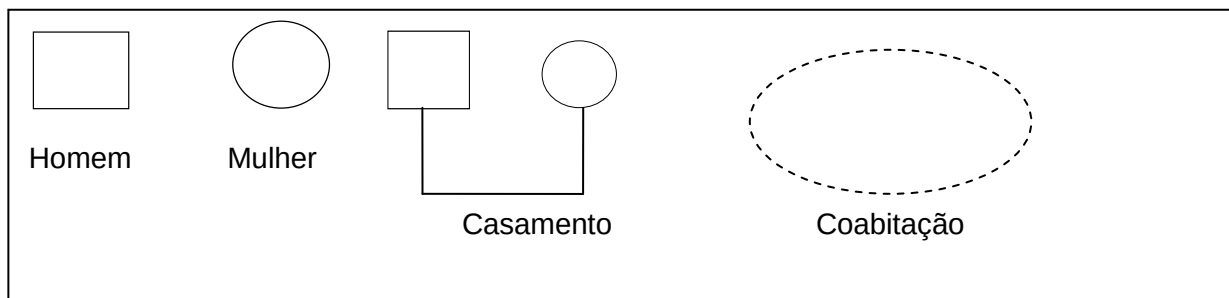
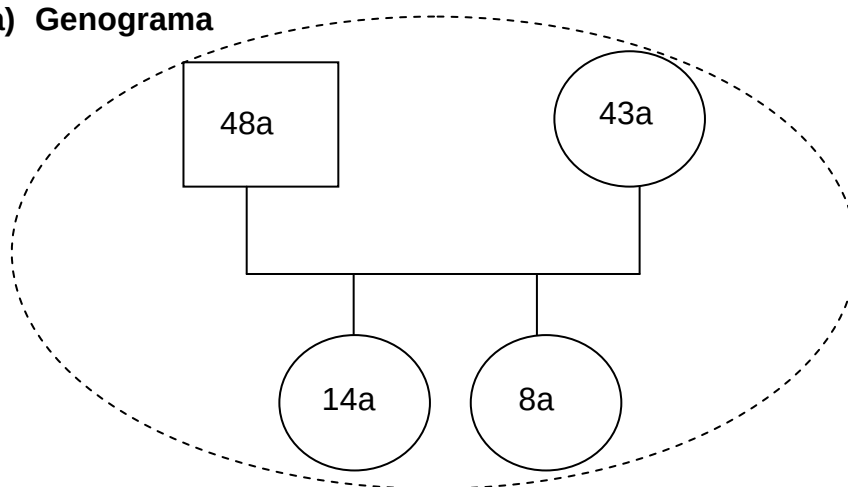
A habitação é arejada e aparentemente sem humidade, destacou o fato de já ter vivido em outras habitações submetidas a condições de Humidade e temperatura indesejáveis. Em todas as visitas domiciliárias salienta-se o cuidado de ter a casa arejar abrindo as janelas diariamente.

2.14. Situação Familiar Atual

Sr. A.F. vive com a Esposa M.F. e 2 filhas com 14 e 8 anos respetivamente. Tratando-se de uma família nuclear. Previamente ao episódio de doença o utente encontrava-se em fase de vida ativa com um trabalho por conta própria como estucador de Tetos. A esposa M. F. dedica-se ao trabalho doméstico e a cuidar das suas duas filhas menores que frequentam o ensino público em escolas perto da residência familiar.

O internamento na UHD requer como pré requisito que haja um cuidador presente, sendo que nesta situação específica, tal pré-requisito foi facilitador uma vez que M. F. por norma já se encontra maioritariamente na residência familiar, assumindo desta forma a esposa a função de cuidadora principal.

a) Genograma



3. REVISÃO DA ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DA PNEUMONIA

De acordo com a European Lung Foundation, (ELF, 2013), as infeções agudas das vias respiratórias inferiores estão entre as principais causas de doença e mortalidade a nível mundial, pelo que lhe devemos dedicar especial importância. Entre outras afeções a pneumonia, assume-se como uma infeção do parênquima pulmonar com alta letalidade, coexistindo 3 tipos de pneumonia: a pneumonia adquirida na comunidade como sendo aquela que é contraída quando o indivíduo entra em contacto com a infeção no seu quotidiano; a pneumonia nosocomial como a infeção do parênquima pulmonar que é adquirida através da infeção cruzada associada aos cuidados de saúde prestados em âmbito hospitalar, atualmente designada de PACS (pneumonia associada aos cuidados de saúde), bem como a pneumonia associada ao ventilador que é contraída após IOT e ventilação mecânica invasiva (Sociedade Portuguesa de Pneumologia , 2019). Desta forma, debruçamo-nos sobre a pneumonia adquirida na comunidade, de que é portador o Sr. A.F., procurando compreender melhor os conceitos de anatomopatologia desta afeção.

As defesas do sistema respiratório compreendem mecanismos de proteção das vias aéreas, como a filtração nasal, o sistema mucociliar, a tosse, o espirro e o controlo da deglutição, assim como as defesas celulares, como por exemplo, os macrófagos alveolares. Se por algum motivo estes mecanismos não atuarem devidamente, cria-se abertura para o desenvolvimento de processos infecciosos. A transmissão dos microorganismos ocorre por via respiratória, disseminação hematogénea ou por continuidade, assim como a aspiração de conteúdo da orofaringe constitui igualmente causa de processo infeccioso, este último ocorre mais frequentemente em pessoas com alterações de consciência, perturbações neuromotoras da orofaringe ou mesmo perturbações na deglutição,(Branco, et al., 2012).

Para estes autores, na pneumonia a infeção do parênquima pulmonar deve-se ao facto dos alvéolos estarem preenchidos com líquido ou eritrócitos, num processo designado por consolidação pulmonar. A pneumonia poderá ser considerada típica ou atípica, da comunidade ou nosocomial, tal como já foi referido anteriormente e ainda pode ser classificada de acordo com o agente etiológico, entre os quais, bactérias, vírus, fungos ou parasitas.

Assim sendo, as infeções bacterianas das vias aéreas inferiores são causadas pela formação de um processo inflamatório local nos brônquios e nos bronquíolos. Como resultado desse processo forma-se um exsudado constituído por secreções mucosas, restos celulares e fluido seroso que se deposita nas vias aéreas. A sua viscosidade e o seu volume previnem a sua remoção eficaz pelo sistema mucociliar. Quando a pneumonia atinge um ou mais lobos é designada de pneumonia lobar. Se a infeção estiver restrita aos alvéolos adjacentes é considerada broncopneumonia.

De acordo com Branco et al., (2012) clinicamente a pneumonia lobar é caracterizada por duas fases, uma primeira em que ocorre tosse não produtiva acompanhada de dor pleurítica e uma segunda fase em que a tosse se torna produtiva. A broncopneumonia surge com maior prevalência nos doentes respiratórios crónicos como é o caso da DPOC, mas também em doentes de pós-operatório é expressa pela abundância de secreções purulentas desde o início e durante a sua evolução, sendo a dor pleurítica mais rara.

No que diz respeito às fases de supuração e inflamação aguda estas são mais comumente associadas às pneumonias bacterianas, independentemente do tipo de bactéria e da área pulmonar afetada. Na pneumonia lobar estão descritos 4 estágios evolutivos, (Harrison et al., 2006):

- Edematoso, que consiste na dilatação vascular e exsudação alveolar.
- Hepatização Vermelha, passa pelo movimento dos eritrócitos, fibrina e células inflamatórias para o espaço alveolar.
- Hepatização Cinzenta em que ocorre o movimento dos macrófagos para o espaço alveolar.
- Resolutivo onde acontece a destruição e remoção do exsudado com reconstrução da arquitetura pulmonar.

As complicações descritas da pneumonia lobar poderão ser o abscesso pulmonar, derrame pleural parapneumococcico de características exsudativas, empiema e falência multiorgânica.

As infeções respiratórias virais do trato respiratório inferior mais frequentes são a bronquiolite e a pneumonia, nesta situação os agentes virais podem

apresentar um padrão de atingimento intersticial provocando lesões agudas nos brônquios e bronquíolos, dos quais vão resultar pontos de necrose no epitélio das vias aéreas ou lesão alveolar difusa devido às células inflamatórias, ao exsudado e ao aparecimento de lesões hemorrágica, maioritariamente em doentes imunodeprimidos.

A função pulmonar perante estas situações fica condicionada pela redução da área disponível da membrana respiratória e diminuição do quociente ventilação/perfusão. Desta forma devido à exsudação intra-alveolar de líquido irá ocorrer diminuição da ventilação de alvéolos perfundidos formando um shunt.

A gravidade da infeção respiratória correlaciona-se com a importância do shunt intrapulmonar e a alteração da ventilação/perfusão. Nas pneumonias intersticiais também pode ocorrer diminuição da capacidade de difusão e em consequência deste facto hipoxemia e hipercapnia. Assume-se que o padrão respiratório da pneumonia é do tipo restritivo, em contraste com o da bronquiolite que é predominantemente obstrutiva.

Romão et al. (2014) corroboram esta teoria considerando a pneumonia como uma patologia restritiva, devido à condensação pulmonar causada pela presença de exsudado, o qual pode acumular-se nos alvéolos e nas vias aéreas distais, dificultando a *compliance* pulmonar.

O tratamento das infeções respiratórias do trato inferior, engloba o tratamento farmacológico e o não farmacológico. O primeiro é dirigido à etiologia da infeção dirigindo ao agente, antibióticos, antivirais ou antifúngicos e aos sinais ou sintomas como a analgesia, oxigenoterapia e fluidoterapia, entre outros. Acerca do tratamento não farmacológico destaca-se a Reabilitação Funcional Respiratória, (Branco et al., 2012).

3.1. A intervenção do Enfermeiro especialista de Reabilitação na Pessoa portadora de Pneumonia

A RFR na pessoa com Pneumonia deverá ser iniciada após a estabilização da fase aguda da patologia (Romão et al., 2014), especial enfoque na hipertermia e instabilidade hemodinâmica que o cliente possa apresentar. Na fase de estabilização da patologia os objetivos terapêuticos são delineados de acordo com a avaliação

inicial do utente, os sintomas apresentados, as imagens radiológicas e a clínica atual. As mesmas autoras consideram que os objetivos da RFR são:

- A reexpansão pulmonar, com maior destaque para o hemitórax mais afetado;
- A promoção da tosse eficaz;
- A drenagem de secreções;
- A promoção da tosse eficaz;
- A reeducação ao esforço.

Desta forma, as principais técnicas de RFR descritas pelas autoras são:

- A respiração diafragmática;
- O ensino da tosse;
- A drenagem postural associada a manobras acessórias;
- A utilização de espirómetro de incentivo;
- O programa com exercícios de expansão torácica com bastão;
- Implementar/ Executar o Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias (CATR);
- Implementar/ Executar exercícios que promovam a tolerância ao esforço;
- A utilização de dispositivos respiratórios, adaptados à realidade do cliente, como o *flutter* e o *acapella* que promovem a mobilização de secreções,

Numa fase final da afeção respiratório é deveras importante incrementar a tolerância ao esforço, com exercícios de caminhada, subir e descer escadas, cujo objetivo passa por melhorar a capacidade e a performance respiratória. O EEER deverá realizar sessões de educação para a saúde com vista à prevenção de reinfeções respiratórias, promovendo hábitos de vida saudável, Romão et al., (2014).

3.2. Abordagem à Terapêutica farmacológica instituída ao Sr. A. F.

Terapêutica no Internamento				
Nome	Dose	Posologia	Duração	Abordagem
Amoxicilina+ Ac. Clavulânico	1.2 G	8/8h	29/09 a 2/10	Empirica
Claritromicina	500 mg	12/12H	29/09 a 2/10	Empirica
Penicilina	24 milhões	Dia	3/10	Dirigida (Streptococcus pneumoniae)

Quadro nº 2 – Terapêutica no Internamento

Na primeira fase o Sr. A.F. esteve sob prescrição de antibioterapia numa abordagem empírica, uma vez que ainda não teria resultados das colheitas enviadas para bacteriologia nomeadamente expectoração e Hemoculturas.

Desta forma os antibióticos escolhidos foram a Claritromicina e a associação Amoxiciclina e Ácido Clavulâmico.

Numa breve abordagem à farmacologia e aos seus princípios básicos, a Claritromicina inclui-se no grupo terapêutico dos macrólidos, cuja função antimicrobiana atua inibindo a síntese proteica das bactérias susceptíveis. Este AB é eficaz na contra microorganismos gram positivos e gram negativos e considerado extremamente potente de entre as suas indicações destacam-se as infeções do aparelho respiratório. No que concerne aos efeitos colaterais mais frequentes para a pessoa e sobre a qual o enfermeiro deverá estar especialmente atento compreende a Irritação gástrica (náuseas, diarreia e vômitos), a Tromboflebite (despiste de sinais inflamatórios no local de venopunção e despiste do sinal de Homan se as queixas forem condicionadas aos membros inferiores), Clayton & Stock, (2004).

A Amoxicilina + Ácido Clavulâmico trata-se de uma associação antibacteriana de largo espectro com atividade contra microorganismos Gram-positivos e Gram-negativos. A amoxicilina é uma penicilina semi-sintética de largo espectro, contudo pode ser degradada por beta-lactamases, pelo que o seu espectro não inclui organismos produtores destas enzimas. O ácido clavulâmico é um antibiótico beta-lactâmico, estruturalmente relacionado com as penicilinas, que por si só possui uma fraca actividade antibacteriana destacando-se a aptidão de inibir as beta-lactamases, incluindo as beta-lactamases mediadas por plasmídeos, que são frequentemente responsáveis pelo aparecimento de resistências às penicilinas e cefalosporinas. A presença do ácido clavulâmico protege a amoxicilina da degradação provocada pelas beta-lactamases, aumentando assim o seu espectro antibacteriano, de forma a incluir muitas bactérias que são normalmente resistentes tanto à amoxicilina e outras penicilinas, como às cefalosporinas. Em relação aos efeitos colaterais segundo a literatura são pouco frequentes, passando por efeitos sobre o SNC, Alterações hematológicas, reações locais, alterações hepáticas e alterações gastrointestinais, (Infarmed, 2017).

Ao 3º dia de internamento hospital, correspondente ao primeiro dia de UHD, os resultados bacteriológicos das hemoculturas apontaram para *Streptococcus pneumoniae*. Perante estes resultados foi realizada otimização da terapêutica

Antibiótica tendo suspenso a terapêutica anterior e iniciado penicilina 24 milhões em perfusão intravenosa (reconstituída em água destilada e posteriormente diluída em 500 ml de soro fisiológico) diariamente, no âmbito da UHD.

Sumariamente as penicilinas, são indicadas no tratamento das pneumonias, entre outras patologias. Foram o primeiro antibiótico a ser desenvolvido e a ser utilizado contra bactérias patogénicas, no ser humano continuando a ser dos antibióticos mais utilizados. A sua atuação interfere na síntese da parede celular bacteriana enfraquecendo-a devido ao defeito na sua estrutura, a bactéria será destruída por ativação do seu sistema autolítico endógeno, Clayton & Stock, (2004).

Apesar da supracitada resistência de muitas bactérias às penicilinas pela produção da enzima penicilinase (beta-lactamase), tal facto não se verifica nas pneumonias adquiridas na comunidade pelo agente bacteriano *Streptococcus pneumoniae*, de acordo com orientações da DGS, (2011), que indica que as penicilinas sem associação devem estar recomendadas para o tratamento da pneumonia.

Os efeitos colaterais descritos e que merecem especial atenção pelo EEER são a diarreia, provas de função hepática e renais com alterações, tromboflebite e o desequilíbrio hidroelectrolítico, nomeadamente a hipercaliémia ou hipernatremia, pois as penicilinas de uma forma geral possuem um elevado teor de eletrólitos.

Após esta abordagem sumária à abordagem farmacológica prescrita pela equipa médica na UHD, importa dar continuidade ao estudo de caso, seguindo-se à avaliação do utente.

4.AVALIAÇÃO DO SR. A.F.

4.1. MIF (Medida de Independência Funcional)

	4/10/19	14/10/19
Autocuidado		
Alimentação	7	7
Higiene Pessoal	7	7
Banho	7	7
Vestir Metade Superior	7	7
Vestir Metade Inferior	7	7
Utilização da Sanita	7	7
Controlo dos Esfíncteres		
Bexiga	7	7
Intestino	7	7
Mobilidade/Transferências		
Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	7	7
Sanita	7	7
Banheira, Duche	7	7
Locomoção		
Marcha, Cadeira de Rodas	7	7
Escadas	7	7
Comunicação		
Compreensão	7	7
Expressão	7	7
Cognição Social		
Interação Social	7	7
Resolução dos Problemas	7	7
Memória	7	7
Score	126	126

Níveis	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal) (6) Independência Modificada (dispositivo)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada (5) Supervisão (4) Ajuda Mínima (Indivíduo $\geq 75\%$) (3) Ajuda Moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência Completa (2) Ajuda Máxima (indivíduo $\geq 25\%$) (1) Ajuda Total (indivíduo $< 25\%$)	Ajuda

Classificação	
Grave	< 40
Moderada	$80 > \text{MIF} > 40$
Ligeiro	> 80

Quadro nº 3 – Medida de Independência Funcional

Fonte: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/541/1/Guia%20SUDRM.pdf>

4.2. Índice de Barthel Modificado

	4-10-19	14-10-19
Higiene Pessoal	5	5
Banho	5	5
Alimentação	10	10
Toalete	10	10
Subir escadas	10	10
Vestuário	10	10
Controlo da bexiga	10	10
Controlo do intestino	10	10
Deambulação	15	15
Transferência cadeira/cama	15	15
Score	100	100

Interpretação dos Resultados	
Totalmente independente	100
Dependência leve	99 a 76
Dependência moderada	75 a 51
Dependencia Severa	50 a 26
Dependencia total	<25

Quadro nº 4- Índice de Barthel modificado

Fonte: http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf

4.3. Avaliação da Força Muscular - *Medical Research Council Muscle Scale*

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular	
Cabeça/Pescoço	Flexão	5	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esquerdo	5	
	Flexão lateral direito	5	
	Rotação	5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação interna	5	5
	Rotação externa	5	5
	Circundação	5	5
	Elevação	5	5
	Depressão	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
	Flexão palmar	5	5
	Dorsiflexão	5	5

Punho	Desvio radial	5	5
	Desvio cubital	5	5
	Circundação	5	5
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação polegar	5	5
	Oponência polegar	5	5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femoral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação interna	5	5
	Rotação externa	5	5
	Circundação	5	5
Joelho	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Tíbio-társica	Flexão plantar	5	5
	Flexão dorsal	5	5
	Inversão	5	5
	Eversão	5	5
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5

Quadro nº 5 – Avaliação da Força Muscular - *Medical Research Council Muscle Scale*, consultar parametrização em anexo I.

Nota: De 4-10-2019 e 14-10-19 (sem alterações)

4.4. Escala de Braden

Escala de Braden			4/10/19	14/10/19
Perceção sensorial	Completamente limitada	1		
	Muito limitada	2		
	Ligeiramente limitada	3		
	Nenhuma limitação	4	4	4
Humidade	Pele constantemente húmida	1		
	Pele muito húmida	2		
	Pele ocasionalmente húmida	3		
	Pele raramente húmida	4	4	4
Atividade	Acamado	1		
	Sentado	2		
	Anda ocasionalmente	3		
	Anda frequentemente	4	4	4
Mobilidade	Completamente imobilizado	1		
	Muito limitada	2		
	Ligeiramente limitada	3		
	Nenhuma limitação	4	4	4
Nutrição	Muito pobre	1		
	Provavelmente inadequada	2		
	Adequada	3	3	
	Excelente	4		4
Fricção e forças de deslizamento	Problema	1		
	Problema potencial	2		
	Nenhum problema	3	3	3
Score			22	23

Classificação	
Sem risco	22 a 24
Baixo risco	18 a 21
Risco moderado	13 a 17

Quadro nº 6- Escala de Braden Fonte: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

4.5. Escala de Borg Modificada

Escala de <i>Borg</i> Modificada		4/10/19	9/10/19	14/10/14
0	Nenhuma			0
0,5	Muito, muito leve			
1	Muito leve		1	
2	Leve			
3	Moderada	3		
4	Pouco Intensa			
5	Intensa			
6				
7	Muito intensa			
8				
9	Muito, muito intensa			
10	Máxima			

Quadro nº 7- Escala de Borg Modificada

4.6. Escala de Morse

Escala de <i>Morse</i>			4/10/19	14/10/19
História de Queda	Não	0	0	0
	Sim	25		
Diagnóstico Secundário	Não	0	0	0
	Sim	25		
Ajuda na Mobilização	Nenhuma/Acamado/Repouso no leito	0	0	0
	Bengala/Andarilho/Canadiana	15		
	Apoio os móveis	30		
Terapêutica Endovenosa	Não	0		
	Sim	20	20	0
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de rodas	0	0	0
	Lenta	10		
	Desequilíbrio fácil	20		

Estado Mental	Orientado	0	0	0
	Confuso	15		
Score			20	0

Classificação	
Grau reduzido	0 a 24
Grau moderado	25 a 50
Grau elevado	≥ 51

Quadro nº 8- Escala de Morse

4.7 Avaliação Neurológica – Escala de Glasgow

Escala de <i>Glasgow</i>			4/10/19	14/10/19
Abertura Ocular	Espontânea	4	4	4
	Por Ordem	3		
	À Dor	2		
	Nula	1		
Resposta Verbal	Orientada	5	5	5
	Confusa	4		
	Inapropriada	3		
	Incompreensível	2		
	Nula	1		
Resposta Motora	Obedece a Ordens	6	6	6
	Localiza a Dor	5		
	Foge à Dor	4		
	Flexão Anormal	3		
	Em Extensão	2		
	Nula	1		
Score da Escala de Glasgow			15	15

Quadro nº 9- Escala de Glasgow

4.8. Escala de Ashworth Modificada

Escala de Ashworth Modificada avaliação a 4/10/19			
Membro superior		Membro inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
0	0	0	0

Escala de Ashworth Modificada avaliação a 14/10/19			
Membro superior		Membro inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
0	0	0	0

Quadro nº 10 – Avaliação do tônus Muscular

4.9. Avaliação Respiratória

a)ACP

		Torax	Dto.	Esq.	Dto.	Esq.
Murmúrio vesicular	Mantido/ Diminuído/ Ausente	1/3 Sup.	M	M	M	M
		1/3 Med.	M	M	M	M
		1/3 Inf.	M	D	M	M
Ruídos adventícios	Roncos/Síbilos/ Fervores/Crepitações/ Atritos Pleurais	1/3 Sup.	-	-		
		1/3 Med.	-	-		
		1/3 Inf.	-	C		
				4-10-19	14-10-19	

Quadro nº 11 – Registo da Auscultação

b) Telerradiografia do Tórax

Telerradiografia do tórax realizada a 08-10-2019, visível na Figura 2: Correspondente ao nome e género, identificada a data da realização, bem como a sua orientação (direita/esquerda), centrada, com incidência postero-anterior, penetração da imagem inadequada, contudo é possível identificar as estruturas da caixa torácica. Observa-se o tórax aparentemente bem inspirado.

Seios cardio-frénico e seios cardiofrenicos relativamente bem definidos bilateralmente (cardiofrenico esquerdo com apagamento pela sombra cardíaca).



Figura nº 2 – Telerradiografia do Tórax de 4-10-19

c) Comparação das Imagens Radiológicas

A comparação das imagens radiológicas torna mais perceptível as diferenças existentes entre dois exames radiológicos. De uma forma resumida, podemos observar na figura 3 que a hipotransparência existente lobo inferior do pulmão esquerdo se dissipa na telerradiografia de 4-10-19, assim como a imagem sugestiva de abaulamento da hemicúpula diafragmática esquerda parece já não ser visível neste segundo exame. Na abordagem lateral torna-se visível o seio cardiofrenico que aparentemente não se encontrava bem visível na telerradiografia de 4-10 na abordagem postero-anterior, assim como a definição da hemicúpula diafragmática esquerda.

Denote-se que tais alterações de imagem decorrem após cerca de 4 sessões de RFR e cerca de 4 dias de antibioterapia dirigida.

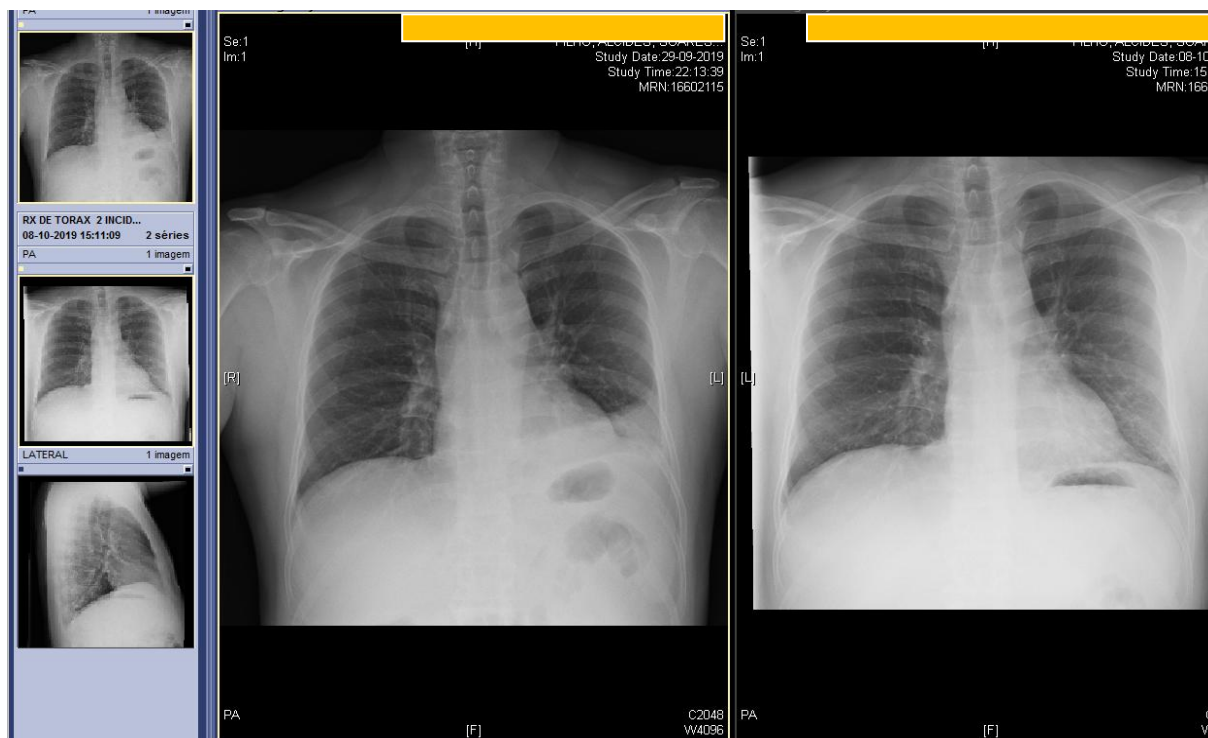


Figura nº 3- Comparação das Imagens Radiológicas

5. IMPACTO NO AUTOCUIDADO

Requisitos Universais de Autocuidado		
Manutenção de inspiração de ar suficiente.	O Sr. A.F. ostenta dispneia moderada (3 na Escala de <i>Borg</i> Modificada) sem necessidade de aporte de O ₂ adicional. Necessita de instrução para a realização dos exercícios respiratórios.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório. Sistema de enfermagem apoio-educação.
Manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos.	O Sr. A.F. apresenta défice de ingestão hídrica (alvo: 1,5L/dia) com o objetivo de fluidificar secreções. Apresenta apetite diminuído numa fase inicial.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Promoção dos cuidados associados com a eliminação.	O Sr. A.F. é independente nas atividades de eliminação. Apresenta défice de conhecimento quanto à importância da ingestão hídrica e repercussão na eliminação. A terapêutica instituída (penicilina) possui efeitos colaterais no sistema gastrointestinal, pelo que é importante reforçar o ensino.	Sistema de enfermagem apoio-educação.

Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso.	O Sr. A.F. tem força muscular mantida (avaliação pelo <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>), contudo pela avaliação de dispneia (escala de Borg modificada) é necessário incrementar a RFR gradualmente a tolerância ao esforço.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório. Sistema de enfermagem apoio-educação.
Manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social	O Sr. A.F. reside com a esposa e suas filhas, nas visitas domiciliárias da UHD podemos verificar que se encontra sempre acompanhado da sua esposa, sua principal cuidadora.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano	O Sr. A.F. e sua esposa foram instruídos pela equipa de UHD a reconhecer sinais de alarme, ou quaisquer alterações significativas, tendo os contactos da equipa à sua disposição.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de normalidade.	O Sr. A.F. possui suporte familiar e social está inserido numa comunidade (igreja) que o apoia, referindo várias vezes o apoio dos seus “irmãos”. O utente gostaria de voltar a jogar futebol de modo lúdico como fazia anteriormente.	Sistema de enfermagem apoio-educação.

Quadro nº 12 – Requisitos Universais de Autocuidado

6. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem	
Ventilação comprometida Critérios de diagnóstico: presença tempo inspiratório curto e esforço respiratório (escala de Borg modificada=3)	Ventilação não comprometida	- Observar os MCDT`s, avaliar o Rx tórax e o processo clínico do utente antes da prática direta de cuidados de ER; - Observar o tórax; - Efetuar a inspeção torácica (estática e dinâmica, palpação e percussão); - Auscultar o tórax antes e após sessão de RFR; - Avaliar e registar a saturação de oxigénio pré e pós sessão de RFR e durante se o utente manifestar sinais de cansaço. (Escala de Borg modificada); - Vigiar respiração; - Vigiar Ventilação; - Aplicar a escala de Borg para monitorização do cansaço/ dispneia; - Avaliar e registar tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória; - Otimizar o meio físico e a privacidade do	4-10-19: #Observei juntamente com o EEER (orientador) os exames de imagem do Sr. A.F., dos quais constava Rx tórax no dia 29/10 e TAC tórax supracitado (ver descrição acima referida); # O Sr. AF encontrava-se eupneico em repouso, SatO2 96% (ver registo de sinais vitais e RFR em apêndice I); TA: 124/79 mmHg; Apirético; Dor: 2 na escala numérica de avaliação da dor. # Avaliei a respiração: toracoabdominal, média amplitude, regular, sem tiragem dos músculos acessórios. #Auscultação torácica efetuada apresentando murmúrio pulmonar mantido em todos os campos pulmonares excetuando o 1/3 inferior esquerdo (base esquerda pulmonar) em auscultação posterior.

		ambiente para a prática da RFR; - Otimizar ventilação através de técnicas de posicionamento; - Executar técnicas de Reeducação Funcional Respiratória: ✓ Abertura costal global ✓ Abertura costal seletiva à direita ✓ Abertura costal seletiva à esquerda (maior ênfase nesta abordagem) ✓ Exercício de rotação escapulo umeral ✓ Expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa ✓ Técnica de percussão torácica ✓ Técnica de vibração torácica ✓ Técnica de compressão torácica ✓ Técnica de vibrocompressão torácica - Executar técnica de posicionamento: ✓ Posição de descanso e relaxamento ✓ Correção postural	# Apliquei a escala de Borg modificada: 3, correspondente a cansaço moderado, aquando das AVD, 0 em repouso. # Executei exercícios de RFR, com ênfase: ➤ Dissociação dos tempos respiratórios (com ênfase na respiração diafragmática), o Sr. A.F. revelou alguma dificuldade na respiração abdominal pois embora se observasse um padrão de respiração misto a excursão diafragmática era limitada; ➤ Abertura costal com bastão (improvisado de cabo da vassoura), ênfase na coordenação dos tempos respiratórios com o movimento, à elevação dos membros superiores deve fazê-lo em inspiração e expiração quando movimenta o bastão a favor da gravidade. ➤ Incentivei a realização do exercício de uma forma lenta, e assisti o movimento e a expansão torácica de forma a incentivar uma maior expansão torácica sobretudo a
--	--	---	--

		- Executar técnicas respiratórias: ✓ Reeducação Abdominodiafragmática posterior ✓ Reeducação da Hemicupula diafragmática esquerda ✓ Reeducação abdominodiafragmática anterior ✓ Reeducação costal inferior esquerda - Incentivar ao uso das técnicas respiratórias - Incentivar repouso - Incentivar o uso de dispositivos Respiratórios (Espirómetro de Incentivo) - Incrementar exercícios aeróbios de forma a aumentar gradualmente a tolerância ao esforço - Monitorizar o cansaço através do uso de escala de Borg modificada (na incrementação da atividade física) - Instruir/treinar sobre a utilização do	nível inferior. ➤ O exercício de abertura costal global com bastão foi realizado pelo utente cerca de 10 vezes, sendo que na última parte do exercício referia cansaço moderado (3 na escala de borg modificada, sendo que em repouso apresenta 0 cansaço); ➤ Incentivei junto com o enfermeiro orientador o Sr. A. F. e a Sra. M. F. ao cumprimento dos exercícios em séries de 10, 3X dia. De 5-10-19 a 9-10-19: # O Sr. AF encontrava-se eupneico em repouso, SatO2 96% (ver registo de sinais vitais e RFR em apêndice I); Normotenso; Apirético; Dor: 0 na escala numérica de avaliação da dor. # Avaliei a respiração: toracoabdominal, média amplitude, regular, sem tiragem dos músculos acessórios
--	--	--	---

		espirómetro de incentivo; - Registrar as intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da RFR (presente em apêndice I); - Aplicar a escala numérica de avaliação da dor;	#Auscultação torácica efetuada apresentando murmúrio pulmonar mantido em todos os campos pulmonares excetuando o 1/3 inferior esquerdo (base esquerda pulmonar) em auscultação posterior. Sendo que a diminuição do murmúrio na base do pulmão esquerdo com presença de crepitações foi à medida das visitas domiciliárias se dissipando e a auscultação foi-se alterando encontrando-se com murmúrio audível em todos os campos pulmonares e ausência de sons crepitantes. ➤ Dissociação dos tempos respiratórios (com ênfase na respiração diafragmática), o Sr. A.F. revelou ao longo das sessões de RFR uma melhoria bastante acentuada no controlo e dissociação dos tempos respiratórios. ➤ A ênfase na respiração diafragmática foi uma das técnicas onde o Sr. A.F. revelou melhorias significativas sendo possível registar uma maior excursão diafragmática
--	--	---	---

			ao longo das RFR. ➤ Abertura costal com bastão (improvisado de cabo da vassoura), o utente realizava na nossa presença os exercícios e com o treino e instrução descrevia executar as séries de 10 (repetições) três vezes por dia. ➤ Realizei exercícios de abertura costal seletiva com maior ênfase à esquerda. Pela adequada compliance física, como é visível na aplicação da escala de força muscular supramencionada (escala de avaliação da força muscular – MRCMS) do Sr. A. F. foram incrementados pesos para treino de resistência quer na abertura costal global, quer na seletiva. Desta forma adaptando à realidade do domicílio do utente fomos introduzindo nos exercícios garrafas de água com os respetivos volumes 0,5 L; 1L; 1,5 L. Fomos evoluindo no treino de resistência à medida das suas
--	--	--	--

			capacidades tendo por base a aplicação da escala de Borg modificada. ➤ Apliquei a escala de Borg modificada ao longo das sessões de RFR, sendo possível visualizar a aplicação da escala (supramencionada) apresentando aquando da avaliação inicial score 3 (cansaço moderado), e a 9/10 score: 1. ➤ Apliquei as técnicas respiratórias iniciais estabelecidas (dissociação dos tempos respiratórios e abertura costal global e seletiva), a reeducação diafragmática das hemicúpulas com maior ênfase na hemicúpula esquerda, sendo que o utente fazia o exercício em decúbito dorsal fletindo o membro inferior até à região torácica acompanhando a expiração e inspiração aquando do movimento de extensão do MI. ➤ Incrementei o uso do dispositivo respiratório: espirómetro de incentivo,
--	--	--	--

			tendo realizado instrução e treino com o Sr. A. F. e também com a sua esposa sobre a correta utilização do espirómetro de incentivo. ➤ À medida que avançamos nas sessões de RFR o próprio utente começou a estabelecer autonomamente objetivos de RFR, sendo mais visível na utilização do espirómetro em que estabeleceu determinados volumes alvo, bem como o respetivo tempo inspiratório de manutenção do volume. ➤ Avaliamos o Rx após implementação das sessões de RFR como se pode observar na pág. 29, sendo visíveis os ganhos resultantes da abordagem terapêutica e não terapêutica com a RFR. ➤ Iniciamos exercício aeróbio com subida de lances de escada em que coordenada a respiração com a cadência das escadas.
--	--	--	---

			14-10-19: O utente teve alta clinica, aquando da alta mantinha bom estado geral. Avaliei parâmetros Vitais: ➤ TA: 108/70 mmHg ➤ FC. 82 bpm ➤ SatO2: 98% ➤ Apirético ➤ Dor=0 ➤ Auscultei tendo verificado murmúrio em todos os campos pulmonares e ausência de sons respiratórios adventícios. Eupneico Respiração mista, profunda, sem esforço respiratório. ➤ Realizamos atividade física com supervisão, sendo que o utente subiu e desceu as escadas dos prédio cerca de 4 vezes (atividade incrementada gradualmente em sessões anteriores) sem evidência de esforço respiratório aquando
--	--	--	--

			da atividade e no final da mesma. ➤ Apliquei a escala de Borg modificada=0 (ausência de cansaço). Pelo que se levanta o diagnóstico de ventilação comprometida com o resultado de Enfermagem de Reabilitação para: Ventilação não Comprometida
--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica respiratória (critérios de diagnóstico: desconhece técnica respiratória para melhorar a ventilação)	Conhecimento sobre técnica respiratória, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação - Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação adequadas ao Sr. A. F.: ✓ Inspirações profundas ✓ Técnica de relaxamento ✓ Respiração com apneia pós fase inspiratória ✓ Dissociação dos tempos respiratórios ✓ Respiração abdominodiafragmática - Ensinar sobre o dispositivo- Espirómetro de Incentivo.	4-10-19: ➤ O Sr. A.F. na avaliação inicial que efetuei desconhecia as técnicas respiratórias para melhorar a sua ventilação. Ensinei o utente acerca da importância do uso adequado de técnicas respiratórias, reforçando a importância de manter as técnicas respiratórias mesmo após a alta, uma vez que realizadas de forma adequada as técnicas respiratórias serão uma mais valia quer para a otimização da ventilação, quer para a qualidade de vida do Sr. A.F. De 5-10-19 a 9-10-19: ➤ Reforcei em todas as sessões de RFR o ensino acerca das técnicas respiratórias com a ajuda do Sr. Enfermeiro [REDACTED] para que o utente reconhece a importância da sua utilização e aplicasse as técnicas no seu quotidiano.

			14-10-19: ➤ O utente demonstrou conhecer as técnicas respiratórias, relembrando os conteúdos abordados ao longo das sessões de RFR em que recomendámos o uso da técnica respiratória de modo continuado durante cerca de 6 meses de modo a evitar as complicações inerentes ao processo patológico da pneumonia. O utente demonstra conhecimento para o uso de técnica respiratória pelo que pode objetivar o conhecimento sobre técnica respiratória melhorado.
--	--	--	---

Potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas respiratórias (critérios de diagnóstico: Não faz uso adequado de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação)	Capacidade para usar técnicas respiratórias melhorado	- Avaliar a capacidade para usar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação - Instruir sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação: ✓ Instruir sobre Inspirações profundas ✓ Instruir sobre técnica de relaxamento ✓ Instruir sobre respiração com apneia pós fase inspiratória ✓ Instruir sobre dissociação dos tempos respiratórios ✓ Instruir sobre respiração abdominodiafragmática - Instruir sobre o uso do dispositivo-espírómetro de Incentivo - Instruir sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação: ✓ Correção Postural	4-10-19: ➤ Avaliei a capacidade do Sr. A. F. para o uso das técnicas respiratórias mais adequadas ao Sr. A.F. de acordo com a sua patologia respiratória tendo concluído que o Sr. A. F. não faz uso de técnicas respiratórias adequadas para otimizar a ventilação. Instruí e treinei técnicas respiratórias, tais como: ✓ Inspirações profundas ✓ Técnica de relaxamento ✓ Respiração com apneia pós fase inspiratória ✓ Dissociação dos tempos respiratórios - Respiração abdominodiafragmática ➤ Instruí e treinei técnica de posicionamento para otimizar a ventilação: ✓ Correção Postural ✓ Posição de descanso e relaxamento O Sr. A. F. apresentava maior dificuldade na respiração abdominodiafragmática e na
---	---	---	--

		✓ Posição de descanso e relaxamento - Treinar a técnica respiratória para otimizar e ventilação: ✓ Treinar as inspirações profundas complementando com o uso do dispositivo – Espirómetro de incentivo ✓ Treinar a técnica de relaxamento ✓ Treinar as posições de descanso ✓ Treinar a técnica respiratória de respiração com apneia pós inspiratória ✓ Treinar a dissociação dos tempos respiratórios ✓ Treinar a respiração abdominodiafragmática - Treinar sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação: ✓ Treinar a correção Postural ✓ Treinar a posição de descanso e relaxamento.	dissociação dos tempos respiratórios, assim como nas inspirações profundas. De 5-10-19 a 9-10-19: ➤ Ao longo das sessões de RFR o Sr. A. F. foi demonstrando melhorar gradualmente a capacidade para a utilização das técnicas respiratórias e de relaxamento supracitadas, melhorando o seu empenho nas técnicas e colocando algumas questões sobre as mesmas que foram esclarecidas com a instrução e o treino sobre as mesmas. 14-10-19: ➤ Aquando da alta o Sr. A. F. utilizava adequadamente as técnicas respiratórias e de relaxamento ao nível das inspirações profundas de destacar a importância do uso adequado e bem-sucedido do espirómetro de incentivo. Alcançando o objetivo de melhoria da capacidade para a utilização de técnicas respiratórias.
--	--	---	--

Expetorar Ineficaz em grau moderado (critérios de diagnostico: reflexo de tosse presente mas ineficaz pela presença de dor no hemitorax esquerda)	Expetorar eficaz	- Assistir a tossir - Executar Cinesiterapia Respiratória: ✓ Abertura costal global ✓ Abertura costal seletiva à direita ✓ Abertura costal seletiva à esquerda (maior enfase nesta abordagem) ✓ Exercício de rotação escapulo umeral ✓ Expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa ✓ Técnica de percussão torácica ✓ Técnica de vibração torácica ✓ Técnica de compressão torácica ✓ Técnica de vibrocompressão torácica Executar técnica de tosse: ✓ Técnica da expiração forçada (<i>Huff</i>); ✓ Técnica da tosse dirigida ✓ Técnica da tosse assistida - Executar o ciclo ativo das técnicas	4-10-19: ➤ O Sr. A.F. apresenta reflexo de tosse presente mas ineficaz, segundo o próprio defende-se da dor no hemitorax esquerdo. Iniciámos manobras de cinesiterapia respiratória tais como: ✓ Abertura costal global ✓ Abertura costal seletiva à direita ✓ Abertura costal seletiva à esquerda (maior enfase nesta abordagem) ✓ Exercício de rotação escapulo umeral ✓ Expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa ✓ Técnica de percussão torácica ✓ Técnica de vibração torácica ✓ Técnica de compressão torácica ✓ Técnica de vibrocompressão torácica ➤ Após as manobras de cinesiterapia respiratória foi efetuada incidência nas técnicas de tosse; Apresentou acessos de
---	--------------------------------	--	--

		respiratórias - Avaliar a tosse e secreções (quantidade, consistência e características); - Incentivar a ingestão hídrica (mais 1,500 ml); - Aplicar a escala numérica de avaliação da dor;	tosse produtiva em abundante/moderada quantidade durante a cinesiterapia respiratória, tendo culminado a primeira sessão com as técnicas de tosse para que minimizasse o esforço muscular ao tossir. ➤ Apliquei a escala numérica de avaliação da dor: 2. De 5-10-19 a 9-10-19: ➤ Durante as sessões de RFR o utente foi expetorando cada vez com mais facilidade, as técnicas de tosse foram sendo reforçadas e a dor sentida quando tossia foi minimizando. Dando especial enfase nas técnicas de tosse e nos exercícios de RFR, tais como: ✓ Técnica de percussão torácica ✓ Técnica de vibração torácica ✓ Técnica de compressão torácica ✓ Técnica de vibrocompressão torácica ➤ Avaliei a dor:0.
--	--	--	---

			14-10-19: ➤ O Sr. A.F. teve alta clínica, à medida que as sessões foram avançando as características da tosse foram-se alterando passando de secreções mucopurulentas para secreções mucosas até à ausência praticamente total de secreções brônquicas expelidas pelo utente, mantendo dor=0 ao nível do hemitórax. ➤ Relativamente ao diagnóstico de enfermagem: Expetorar Ineficaz em grau moderado, através da aplicação das técnicas supramencionadas, tal diagnóstico foi concluído atingindo o objetivo: Expetorar eficaz.
--	--	--	---

Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica da tosse (critérios de diagnóstico: conhecimento sobre técnica da tosse não demonstrado)	Conhecimento sobre técnica da tosse, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre técnica da tosse - Ensinar sobre técnica da tosse: ✓ Técnica da Tosse Dirigida ✓ Técnica da Tosse Assistida ✓ Técnica da Tosse Forçada - Ensinar sobre etiqueta respiratória	4-10-19: ➤ Avaliei o conhecimento do Sr. A. F. quanto ao uso de técnica da tosse constatando que o utente não demonstrava conhecimento sobre técnicas de tosse ➤ Numa primeira abordagem explicitámos a importância das técnicas da tosse para a resolução da sua patologia respiratória. ➤ Realizei ensinamentos de técnicas de tosse nomeadamente: ✓ Técnica da Tosse Dirigida ✓ Técnica da Tosse Assistida ✓ Técnica da Tosse Forçada ➤ Ensinei sobre etiqueta respiratória e sua importância. De 5-10-19 a 9-10-19: ➤ Ao longo das sessões de RFR reforcei os ensinamentos mencionados em plano, sendo que o conhecimento sobre as técnicas veio sendo demonstrado progressivamente.
---	---	--	--

			14-10-19: ➤ No dia da alta, o utente demonstrava conhecimentos sobre técnicas de tosse (melhorado) pelo que o objetivo foi atingido.
--	--	--	--

Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de tosse (critérios de diagnóstico: não executa adequadamente a técnica da tosse)	Capacidade para usar técnica de tosse, melhorada.	- Avaliar capacidade para usar técnica da tosse - Instruir sobre técnica de tosse ✓ Instruir sobre técnica da Tosse Dirigida ✓ Instruir sobre Técnica da Tosse Assistida ✓ Técnica da Tosse Forçada - Treinar técnica de tosse: ✓ Treinar a técnica da Tosse Dirigida ✓ Treinar a técnica da Tosse Assistida ✓ Treinar a técnica da Tosse Forçada	4-10-19: ➤ Avaliei a capacidade do Sr. A. F. quanto ao uso de técnica da tosse constatando que o utente não demonstrava conhecimento sobre técnicas de tosse ➤ Numa primeira abordagem explicitámos a importância das técnicas da tosse para a resolução da sua patologia respiratória. ➤ Instruí e treinei o Sr. A. F. para as técnicas de tosse nomeadamente: ✓ Técnica da Tosse Dirigida ✓ Técnica da Tosse Assistida ✓ Técnica da Tosse Forçada De 5-10-19 a 9-10-19: ➤ Ao longo das sessões de RFR reforcei as instruções e os treinos mencionados em plano, sendo que a capacidade sobre as técnicas de tosse veio sendo demonstrada
--	---	---	---

			progressivamente. 14-10-19: ➤ No dia da alta, o utente demonstrava: Capacidade para usar técnica de tosse, melhorada
--	--	--	--

Quadro nº 13 – Plano de Cuidados

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso do Sr. A. F. permitiu-me a mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do curso de especialização em enfermagem de reabilitação, constituindo-se num desafio, a articulação e mobilização desses conhecimentos teórico-práticos com o desenvolvimento de competências como futura enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este desafio traduz-se neste documento escrito que espero ter espelhado de forma real os cuidados especializados prestados ao Sr. A. F., bem como o seu planeamento e posterior avaliação.

Tive oportunidade de prestar cuidados de forma muito sólida, sempre com a supervisão do Sr. Enfermeiro orientador e com ganhos em saúde para o utente bastante positivos, tal como se pode constatar na avaliação dos planos de cuidados, na aplicação das escalas, recomendadas pelo colégio da especialidade de reabilitação em Enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2016), bem como nos exames auxiliares de diagnóstico efetuados pelo utente em que se destacam visíveis melhorias. O Sr. A. F. foi bastante colaborante e a sua receptividade à minha prática de cuidados traduziu-se numa mais-valia. Em consonância com as competências comuns do enfermeiro especialista destaco a responsabilidade profissional, ética e legal, pelo que a confidencialidade do utente foi salvaguardada e a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, onde teve lugar a colheita de dados e a Reabilitação Funcional Respiratória, (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A prática do EEER é baseada em modelos teóricos que regem os referenciais teóricos da profissão, neste caso específico, o modelo escolhido foi de Orem tendo por suporte os requisitos universais para o autocuidado, os sistemas de enfermagem utilizados foram o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Para a elaboração do plano de cuidados para o utente procurei utilizar a melhor e mais avançada evidência científica, assente nas boas práticas recomendadas, (Ordem dos enfermeiros, 2018). A escolha da terminologia usada para a construção do plano de cuidados teve por base o: Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, documento elaborado com o intuito de universalizar a linguagem traduzindo a prática dos EEER, tal como espero ter acontecido neste documento.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória. Porto: Medesign.
- ✓ Clayton, B. & Stock, Y. (2004). Fundamentos de Farmacologia. Loures: Lusodidata. ISBN: 978-972-8383-36-7.
- ✓ Direção-Geral da Saúde (2011). Antibioterapia na Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos Imunocompetentes. Lisboa: *Direção-Geral da Saúde*.
- ✓ Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa: *Direção-Geral da Saúde*.
- ✓ European Lung Foundation. (2013). *Lung Health in Europe*. United Kingdom: European Lung Foundation. Disponível em: https://www.europeanlung.org/assets/files/en/publications/lung_health_in_europe_facts_and_figures_web_vfour.pdf
- ✓ Infarmed (2017). Folheto informativo Amoxicilina e Ácido Clavulânico. Disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46751&tipo_doc=fi
- ✓ Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.) St. Louis: Mosby
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 350/2019, Série II de 2015-06-22, 16655-16659.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador da Boa Prática- Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-41-7
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos

Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568

- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.
- ✓ Romão F., Dias L., e Moreno M. (2014). Patologia Respiratória Restritiva. In Cordeiro, M., Menoita, E. (2014). Manual de Boas práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8

ANEXOS

ANEXO I- Escala de *Ashworth* Modificada

Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	
Score	Avaliação
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

ANEXO II – Medical Research Council Muscle Scale

<i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	
Grau 0	Sem movimentos visíveis, paralisia total
Grau 1	Contração visível ou palpável, mas sem movimento
Grau 2	Movimenta a articulação, não vence a gravidade
Grau 3	Movimentos contra a gravidade, não vence a resistência
Grau 4	Movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado
Grau 5	Força normal

APÊNDICE I – Instrumento de Registos de Enfermagem de Reabilitação- Reabilitação Funcional Respiratória



Registos Enfermagem de Reabilitação – Reabilitação Funcional Respiratória

Data Nasc: 15/06/1971 MASCULINO

Diagnóstico: Pneumonia base pulmonar esquerda

Antecedentes Pessoais e limitações à RFR: _____

Tei: _____

Fil: *

Avaliação		Data		4/10/19		7/10/19		8/10/19		9/10/19		13/10/19		14/10/19	
		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
Sinais Vitais	Tensão Art. (mm Hg)	124/75		123/82	—	117/72	—	108/72	—					108/70	
	Freq. Cardíaca (bpm)	85		82	—	96	—	70	—					82	
	Freq. Resp. (cpm)														
	Sat. O2 (%)	96%		96%	96	66	—	95	—					98%	
	Dor	0		0	0										
Consciência	Vigil, Prostrado, Estuporado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	atm
	Orientado, Confuso, Agitado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	
	Participativo, Não Participativo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			P	
Pele / Mucosas	COradas/ Descoradas	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			C	
Padrão Respiratório	Cianóticas/Ictéricas														
	Ventilação Espontânea/ Mecânica	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E			E	
	Oxigénio (L/m)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
	Simetria Tx (S/N)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S			S	
	Resp. – Torácica / Abdominal / Mista	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			M	
	Amplitude Superficial, Média, Profunda	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			(P)	
	Ritmo – Regular / Irregular	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R			R	
	Tiragem (S / N)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N			N	
	Tosse – Produtiva, Irritativa, Seca	S(P)	S(P)	S(P)	S(P)	S	S	S	S	S	S			—	
	Secreções	Purulentas Muco-Pur Mucosas Hemáticas	M	M	M	M	M	M	M	M	M			—	
		Fluidas Espessas	E	E	E	E	F	F	F	F	F			—	
		↑ +/- ↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓			—	
Palpação	Dispneia (escala Borg)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	
	Elasticidade (Mantida / Rigidez)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			M	
	Vibrações Vocais (↑/↓)	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑			↑	
		D	E	D	E	D	E	D	E	D	E			D	E
Auscultação	MV (=↑/↓)	1/3 Sup													
		1/3 Méd Lingula													
		1/3 Inf	↓(E)	↓(E)	↓(E)	↓(E)	↓(E)	↓(E)	↓(E)	—	—		↓	—	
Ruídos Adventícios	Roncos / Sibilos / Fervores	1/3 Sup													
		1/3 Méd Lingula													
		1/3 Inf	(C)	C	C	C↓	(C)↓	(C)↓	(C)↓	—	—			—	
Percussão	Maciez / Timpanismo														
Rx Tx	Derrame / Atelectasia / Pneumonia	(P)	(P)	(P)	(P)	(P)	(P)	(P)	(P)	(P)	(P)				

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA													
Data			5/10/19	7/10/19	8/10/19	9/10/19	13/10/19	14/10/19					
Posição de Descanso e relaxamento			S	S	S	S	S	S					
Mobilização Pescoço			S	S	S	S	S	S					
Controlo + Dissociação Tempos Resp			S	S	S	S	S	S					
Exercícios Reeducação Globais e Seletivos	Abdomino-Diafragmática	Global	S	S	S	S	S						
		Posterior c/ e s/ resistência	S	S	S	S	S						
		Hemicupula Dta											
		Hemicupula Esq											
	Costal	Anterior c/ e s/ resistência											
		Global c/ Bastão	S	S	Straining	3 (Inss)	For. correctiva	✓					
		Lateral Dto. c/ abdução MS											
		Lateral Esq. c/ abdução MS	S	S	S (Inss)	S. (Inss)	For. correctiva	✓					
		Ântero-Lateral Dto c/s resistênc.											
		Ântero-Lateral Esq c/s resistênc.											
		Postero-Lateral Dto c/s resistênc.											
		Postero-Lateral Esq c/s resistênc.											
	Mobilização Escápulo-umeral		S	S	S	S							
			D	E	D	E	D	E	D	E			
Drenagem Postural Clássica / Modificada	Lobo Superior												
	Lobo Médio/ Ling												
	Lobo Inferior												
Manobras Acessórias	Percussão												
	Vibração		S	S	S	—							
	Compressão		S	S	S	—							
Terapêutica de posição													
CATR (RAD – ER – HUFF – TEF)													
Tosse	Dirigida / Assistida	(D)	(D)	(D)	—	D	—						
	Eficaz / Ineficaz / Aspiração Secreç.	(E)	(E)	(E)	(E)	E	—						
Secreções	Purulentas Muco-Pur Mucosas Hemáticas	(M)	(M)	(M)	(M)	M	—						
	Fluidas / Espessas	(F)	(F)	(F)	(F)	F	—						
	↑ +/- ↓	↓ / ↑↑ (capir)	↓ / ↑↑ (capir)	↓	↓	↓↓	—						
Ensinos	Posição descanso e relaxamento	S ✓	S	S	S		✓ (S)						
	Controle e Diss.Tempos Respiratórios	✓	S	S	S		✓ (S)						
	Tosse Dirigida / Assistida	(D) ✓	(D)	(D)	—		(D)						
	Exercícios RFR	✓	S ✓	S	S		(S)						
	Ex. Fortalecim. Muscular	✓	S ✓	S	S		(S)						
	Outros						(S)						
O Enfermeiro/a		Assine	Assine	Assine	Assine		Assine						

Observações:

8/10/19 = Rx tonar cl melhoriz → ↓ tosse

9/10/19 = Inicia técnicas de conservação de energia / exercícios aeróbios (subir e descer escadas)

APÊNDICE IV – ESTUDO DE CASO DE UTENTE, UCC

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso do Sr A.P.R.

Local de Estágio- UCC

Marisa Isabel Da Silva Monteiro

Lisboa

2020



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso do Sr A.P.R.

Local de Estágio- UCC

Marisa Isabel Da Silva Monteiro

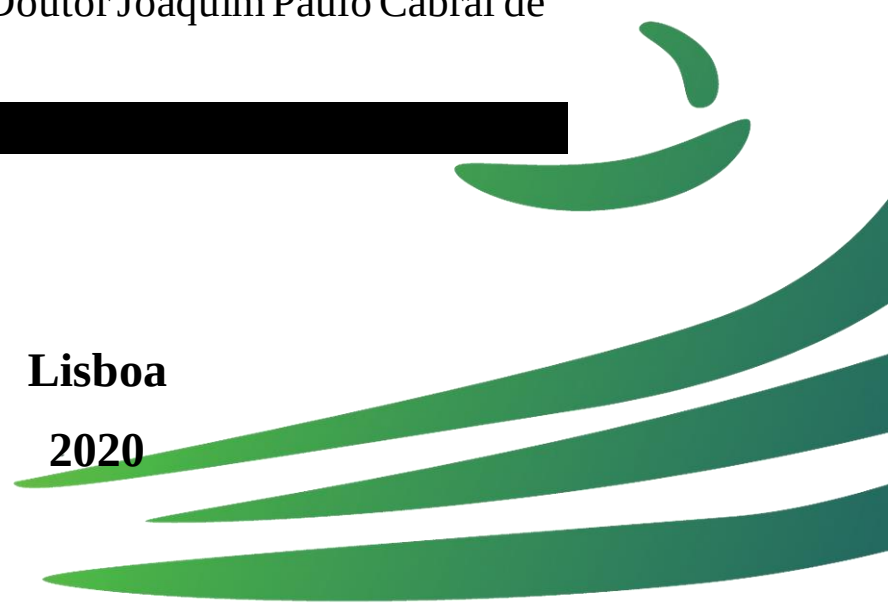
Docente Orientador: Prof. Doutor Joaquim Paulo Cabral de
Oliveira

Enfermeira Orientadora:



Lisboa

2020



SIGLAS

AA- Ar Ambiente

ABVD – Atividades Básicas Vida Diária

ACP- Auscultação cardiopulomonar

AIT- Acidente isquémico Transitório

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM – Diabetes Mellitus

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG- Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

FA- Fibrilhação Auricular

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

HTA- Hipertensão Arterial

INR- Razão Internacional Normalizada

IMC - Índice de Massa Corporal

MID – Membro Inferior Direito

MIF - Medida de Independência Funcional

MSD - Membro Superior Direito

MSE - Membro Superior Esquerdo

NIHSS - *National Institutes Health Stroke Scale*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RS- Ritmo Sinusal

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SU - Serviço de Urgência

TA - Tensão Arterial

TAC CE - Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

TFG- Taxa de Filtração Glomerular

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

INDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. COLHEITA DE DADOS	9
2.1. Dados pessoais	9
2.2. Histórico da Doença Atual/ Motivo do Internamento	9
2.3. Antecedentes Pessoais	10
2.4. Cirurgias Anteriores	10
2.5. Medicação Habitual	10
2.6. Hábitos Aditivos	10
2.7. Exposição a Poluentes	10
2.8. Alergias	11
2.9. Exames Auxiliares de Diagnóstico	11
2.10. Exame Clínico Objetivo	13
2.11. Diagnóstico Clínico	13
2.12. Internamento	14
2.13. Condições de habitação e Acessibilidades	15
2.14. Situação Familiar Atual	16
3. BREVE REVISÃO DA ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DO AVC	18
3.1. Breve Abordagem à Terapêutica farmacológica instituída ao Sr. A. P. R.	21
4. AVALIAÇÃO DO SR. A. P. R.	26

4.1. Avaliação Neurológica	26
4.1.1. Estado de Consciência e Orientação	26
4.1.2. Atenção e Memória	35
4.1.3. Linguagem	35
4.1.4. Estado Emocional	35
4.1.5. Capacidades Práticas	36
4.1.6. Avaliação dos Pares Cranianos	36
4.1.7. Sensibilidade	37
4.1.8. Força Muscular	37
4.1.9. Tônus Muscular	39
4.1.10 Coordenação de Movimentos	40
4.1.10. Equilíbrio/ Marcha	40
4.2. Avaliação do Risco de Queda	47
4.3. Avaliação do Risco de Úlcera por pressão	48
4.4. Avaliação do nível de dependência no autocuidado	49
5. IMPACTO NO AUTOCUIDADO	52
6. PLANO DE CUIDADOS	55
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXO I- Medical Research Council Muscle Scale	
ANEXO II – Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	

INDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Análises Clínicas	11
Quadro nº2 – Descrição de Atrovastatina	21
Quadro nº3- Descrição de ácido acetilsalicílico	22
Quadro nº4- Descrição de Apixabano	23
Quadro nº5- Descrição de Metformina	24
Quadro nº6 – Descrição de Bisoprolol	25
Quadro nº7- Escala de Glasgow	26
Quadro nº8 – Escala de NHISS	27
Quadro nº9 – Avaliação dos Pares Cranianos	36
Quadro nº10- Escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	38
Quadro nº11- Escala de Ashworth	39
Quadro nº12- Escala de Berg	41
Quadro nº13- Escala Functional Ambulation Categories	46
Quadro nº14 – Escala de Morse	47
Quadro nº15- Escala de Braden	48
Quadro nº16- Medida de Independência Funcional	49
Quadro nº 17- Escala de Barthel Modificada	50
Quadro nº18- Requisitos Universais de Autocuidado	52

1.INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na unidade curricular de Estágio com Relatório foi-me proposta a realização de um estudo de caso de um utente acompanhado pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de Reabilitação com a supervisão e orientação do Sr.^a Enfermeira orientadora [REDACTED].

O principal objetivo da realização do estudo de caso será a conceção e implementação de um plano de cuidados de reabilitação dirigido a um utente portador de AVC hemorrágico internado na Rede nacional de cuidados Continuados Integrados a ser acompanhado pela ECCI onde me encontro a estagiar, tal escolha converge com o desenvolvimento de competências previstas para o EEER que me propus desenvolver aquando da elaboração do projeto de estágio.

O desenvolvimento das competências comuns e específicas atribuídas ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concorre com os objetivos gerais de um EEER que são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto estima. De modo a alcançar tais objetivos o EEER desenvolve competências que lhe permitem: “Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”, Ordem dos Enfermeiros (2019a).

De modo a estruturar o presente estudo de caso, a primeira parte é referente à colheita de dados, na segunda parte abordarei resumidamente os conceitos de anatomia e fisiopatologia do AVC assim como, a sua abordagem farmacológica, seguindo-se a abordagem aos requisitos universais de autocuidado, baseado na teoria de Orem (2001), autora que escolhi para nortear a minha prática de cuidados. O último capítulo dedica-se à construção do plano de cuidados, que inclui diagnósticos de enfermagem com base no padrão documental de cuidados de Enfermagem de especialidade de Enfermagem de Reabilitação Ordem dos Enfermeiros (2015b), colmatando com as considerações finais.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1. Dados pessoais

Nome: A.P.R.

Género: Masculino

Idade: 72 anos

Etnia: Caucasiano

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casado

Profissão: Encarregado- Trabalhador da Construção Civil. Atualmente Reformado.

Residência: [REDACTED]

Pessoa significativa/ cuidador: Esposa colabora na prestação de cuidados de modo informal uma vizinha, amiga do casal.

Prestadora de Cuidados: Esposa com 70 anos.

Profissão da Cuidadora: Reformada (ex- lojista).

Habilitações Literárias da Cuidadora: 6º ano de escolaridade (equivalente à escolaridade obrigatória em Portugal).

2.2. História da Doença Atual/ Motivo do internamento

Utente previamente autónomo nas AVD, no dia 23 de maio de 2019 inicia quadro de mal-estar inespecífico e diminuição da força muscular no hemicorpo direito tendo sido ativada a via verde do AVC pelo CODU, aquando da chamada da D^a O. R. para o número nacional de emergência (112).

Por ausência de vagas no [REDACTED] (hospital da área de residência) foi contactado o [REDACTED], onde o utente foi admitido. Colocou-se de imediato a possibilidade de estar perante um acidente vascular cerebral, o que motivou a ativação da Via verde do AVC, pelo CODU. Para confirmação da possibilidade diagnóstica:

AVC

O utente foi submetido a Exames complementares de diagnóstico e a uma avaliação objetiva, que passo a descrever de seguida. Destacando que nesta fase o utente já se encontra em regime de ambulatório, pelo que os dados foram recolhidos através da documentação clínica presente no RSE, salvaguardando a identificação, a confidencialidade e o sigilo profissional.

2.3. Antecedentes Pessoais

O Sr. A.P. R. apresenta antecedentes pessoais de:

- HTA
- FA paroxística
- DM tipo II
- AIT e AVC no passado (2012), sem sequelas.
- Dilatação da Aorta descendente (49mm) seguido em consulta de cardiologia do HSM.

2.4. Cirurgias Anteriores

Quanto a antecedentes cirúrgicos o Sr. A. P. R. menciona não ter sido submetido a nenhum género de intervenções cirúrgicas.

2.5. Medicação Habitual

A medicação habitual descrita pelo Sr. A. P. R. e sua esposa:

- Apixabano 5mg;
- AAS 100 mg; ;
- Metformina 100 mg;
- Artrovastatina 10 mg;
- Bisoprolol 10 mg;

2.6. Hábitos aditivos

Atesta a ausência de hábitos ou adições atualmente e no passado. Consumo de álcool socialmente em moderada quantidade. Descreve ingestão de cafeína diariamente (2/3 cafés por dia).

2.7. Exposição a Poluentes

Exposição continua a poluentes pela profissão que ostentava, encarregado-Trabalhador da Construção Civil. Porém, por ter o cargo de encarregado de obras as suas funções são sobretudo de delegação de tarefas. Atualmente reformado.

2.8. Alergias

O Sr. A. P. R. desconhece qualquer tipo de alergias no seu historial de saúde associadas a medicamentos ou a alimentos.

2.9. Exames Auxiliares de Diagnóstico

a) Análises Clínicas:

Hemoglobina (Hb)	148 g/L
Plaquetas	239 10 ⁹ /L
Leucócitos	Sem leucocitose descrita
Neutrófilos	Sem neutrofilia descrita
TFG	59 ml/min
Creatinina	1.45mg/dL
Função Hepática	Sem alterações descritas
INR	2.4

Quadro 1 – Análises Clínicas

b) Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

O utente realizou vários exames complementares de diagnóstico para documentar o seu diagnóstico e evolução do mesmo, onde se destacam, segundo informação recolhida em diário clínico:

A TAC CE realizada a 23-05-2019 revelou: “Hematoma talâmico esquerdo com ruptura para o sistema ventricular”.

Repete TAC CE para estudo comparativo às 24H (24-05-2019) de internamento que mostra: *“incremento dimensional do hematoma extra-axial tálamo-capsular esquerdo, com inundação ventricular, nomeadamente do ventrículo lateral esquerdo com níveis hemáticos sedimentados nos cornos occipitais, coexistindo densidades hemáticas nos III e IV ventrículos, com maior efeito de massa sobre o parênquima cerebral adjacente e colapso parcial do III ventrículo, determinado por báscula direita da região talâmica.”*

TAC CE a 26-05-2019- *“ sem agravamento das alterações descritas nos exames de imagem anteriores”.*

c) Eletrocardiograma

O utente realizou ECG que revelou um ritmo cardíaco compatível com fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada.

d) Ecodoppler Transcraniano

O Ecodoppler transcraniano descrevia difícil janela acústica temporal bilateralmente, dificultando e limitando o estudo. Exame Ultrassonográfico sem alterações hemodinâmicas significativas nos segmentos arteriais estudados.

e) Ecodoppler Dos vasos do Pescoço

O ecodoppler dos vasos do pescoço revelou placas de ateroma fibrocálcicas na bifurcação carotídea e origem da carótida interna bilateralmente e sem repercussão hemodinâmica significativa. Restante estudo Ultrassonográfico sem alterações morfológicas e/ou hemodinâmicas significativas.

g) Ecocardiograma Transtorácico

Este exame documenta a Raiz Aórtica não dilatada. Aorta descendente ectasiada (48mm), com placa na porção anterior já descrita em estudos anteriores (que motiva seguimento no HSM e a toma de ACO). VCI ligeiramente dilatada com colapso inspiratório inferior a 50%.

2.10. Exame Clínico Objetivo

a) Avaliação Neurológica

O Sr. A. P. R. encontrava-se vígil, orientado no tempo, espaço e pessoa, colaborante. Sem alteração da linguagem ou disartria. Parésia facial Central direita menor com apagamento do sulco nasogeniano direito, sem efeito de campo ou oftalmoparésia. Pupilas isocóricas e isorreativas. Hemiparésia direita com queda precoce no Minganzinni e hemipostesia homolateral.

b) Avaliação de Parâmetros Vitais

Tensão Arterial (TA): 186/109 mmHg.

Frequência cardíaca (FC): 70b.p.m.

Saturação Periférica de oxigénio (SpO2): 97% (em ar ambiente).

Temperatura Corporal (timpânica): 36°C.

Dor: 0 (escala de numérica de avaliação da dor).

c) Parâmetros Antropométricos

Peso corporal: 85 Quilogramas.

Altura: 1,72 metros

IMC: 28,40.

2.11. Diagnóstico Clínico

AVC Hemorrágico, diagnóstico confirmado pelo exame objetivo conjuntamente com a realização de Exames Auxiliares de Diagnóstico, nomeadamente a TAC CE.

2.12. Internamento

A 23 de maio fica internado na Unidade Cérebro-Vascular do HSJ onde esteve até estabilização do quadro clínico e posterior transferência para o Hospital da área de residência (HGO).

A não realização de Angio TAC, aquando do diagnóstico de AVC prende-se com o facto de se tratar de um hematoma aparentemente hipertensivo e o utente ser portador de antiagregação plaquetária e anticoagulação (consoante terapêutica descrita anteriormente) apresentando alteração de INR: 2.4.

Destacando as intercorrências do internamento, o utente apresentou um vômito alimentar abundante após a realização da primeira TAC CE (23-05-19) com agravamento neurológico posterior, nomeadamente agravamento do défice motor, apresentando instalação da plegia do hemicorpo direito e alteração da linguagem emitindo alguns sons de difícil percepção. Apresentou igualmente um quadro de tosse produtiva com secreções mucopurulentas que se associou a aspiração de vômito alimentar (o episódio emético que apresentou na TAC CE) na via aérea confirmado com telerradiografia torácica descrita: “Infiltrado intersticial bilateral de predomínio esquerdo”, segundo a ACP: “roncos dispersos bilateralmente”.

A 29 de maio de 2019 o Sr. A.P.R. foi transferido para o [REDACTED] e aquando da alta descreve-se em diário clínico: “*O utente apresenta-se vígil, parcialmente orientado no tempo (refere corretamente o mês) e autopsiquicamente (erra na idade), desorientado no espaço, cumprindo ordens, disfasia motora com falta de palavra e diminuição da fluência verbal. Nomeação de objetos, repetição de frases e compreensão preservadas; sem défices campimétricos, sem alterações do olhar conjugado; parésia facial central direita, hemiparesia direita com plegia braquial e força muscular 1/5 no MID, anestesia dos membros direitos e hipostesia da face à direita. NHISS: 14, mRs de 5.*”

A alta do [REDACTED] teve lugar no dia 14 de Junho de 2019, sendo que a avaliação da alta, que se encontra descrita é sobreponível, no RSE pode ler-se: “*utente vígil, acerta no nome, erra na idade, ano e espaço. Afasia transcortical sensorial com nomeação comprometida, repetição mantida. Cumpre algumas ordens simples. Pupilas isocóricas e isorreativas. Sem alterações da oculomotricidade, sem nistagmo. Parésia facial direita do tipo central. Língua centrada à sua protusão. Sem*

assimetrias do véu do palato. Disartria moderada. Disfagia para líquidos. Mantém hemiparesia Direita com plegia braquial, hipotónica. Parésia crural G2. Anestesia algica MSD.”

Enquanto aguardava alta na RNCCI e uma vez que tinha lata clínica numa situação de elevada dependência a esposa deu continuidade ao internamento numa estrutura residencial para idosos, após esta residência, o utente teve internado numa unidade de média duração e reabilitação (UMDR) de onde foi transferido para a ECCI, nomeadamente UCC do [REDACTED] na segunda quinzena de Dezembro de 2019.

2.13. Condições de habitação e acessibilidade

O Sr. A.P.R. reside numa habitação do tipo moradia em banda com data de construção de meados da década de 70, com 3 andares, no piso 0 encontra-se a garagem, o piso 1 e 2 destinam-se a habitação cujo acesso se faz através de um lance com cerca de uma dezena de degraus. Previamente ao acidente vascular cerebral, o utente era independente na realização das AVD, pelo que o lance de escadas que lhe permitia aceder à sua habitação não constituía um obstáculo para o mesmo.

Após o incidente a que foi sujeito houve necessidade de repensar a habitação, desta forma a esposa adaptou com algumas obras a garagem que se situa no piso 0 da habitação, ou seja sem qualquer barreira habitacional, uma vez que a divisão se encontra o nível do chão. Desta forma a garagem foi transformada num T1 com áreas consideráveis o que permite livre deslocação da cadeira de rodas pela habitação (incluindo o quarto de dormir). Sala com kitchenette, zona de refeições partilhada de acessibilidade facilitada e casa de banho com porta de correr ampla, duche em piso plano (sem poliban, ou qualquer degrau de acesso). O casal concluiu as obras já no início de Janeiro de 2020, finalizando com a transformação do portão da garagem em janelas permitindo a entrada da luz. Para resolução a questão da manutenção da privacidade e ambiente seguro, uma vez que as janelas colocadas permitem durante a noite a visualização do interior da habitação (de fora para dentro), perante isto foi-lhes sugerido a colocação de cortinados de modo a garantir os requisitos de privacidade e segurança.

A habitação é arejada (inicialmente até demasiado, pois o portão da garagem permitia a entrada de ar exterior) temperatura é mantida aquecida com aquecedor a óleo que se encontra sempre ligado aquando da visita domiciliária e aparentemente

sem humidade. Em todos os contactos salienta-se o cuidado de ter o quarto a arejar abrindo as janelas diariamente.

2.14. Situação Familiar Atual

Sr. A.P.R. vive com a Esposa O.R., ambos reformados têm 2 filhos adultos que não coabitam com os pais. Cada um dos filhos reside em habitação própria com o seu novo núcleo familiar. De acordo com a estrutura e dinâmica global familiar podemos dizer que se trata de uma família com dependente, uma vez que um dos membros do casal é dependente dos cuidados de outro por situação de doença, que resultou em dependência na realização das AVD, (Caniço, Bairrada, Rodríguez, & Carvalho, 2010).

Ao nível da relação conjugal o utente e sua esposa constituem uma família tradicional que se define como uma família que é estruturada em função do género feminino e masculino com diferenciação entre eles e em que cada membro tem um papel pré estabelecido na família e na comunidade, (Caniço, Bairrada, Rodríguez, & Carvalho, 2010).

A esposa refere que antes da situação de doença, o marido era o elemento organizador das dinâmicas familiares, a seu cargo estava a gestão das despesas familiares e outras atividades de organização familiar, com a situação de doença tal dinâmica sofreu alterações o que sobrecarrega a Sr.^a O.R., de acordo com o que a mesma verbaliza. O internamento na ECCL requer como pré requisito que haja um cuidador presente, função que a Sr.^a O. R. assume partilhando com uma vizinha, amiga do casal que ajuda na prestação de cuidados, do ponto de vista informal.

De modo a tornar explícito a dinâmica global familiar ao nível estrutural e conjugal segue-se o Genograma familiar, presente na figura nº 1 do presente estudo de caso.

a) Genograma

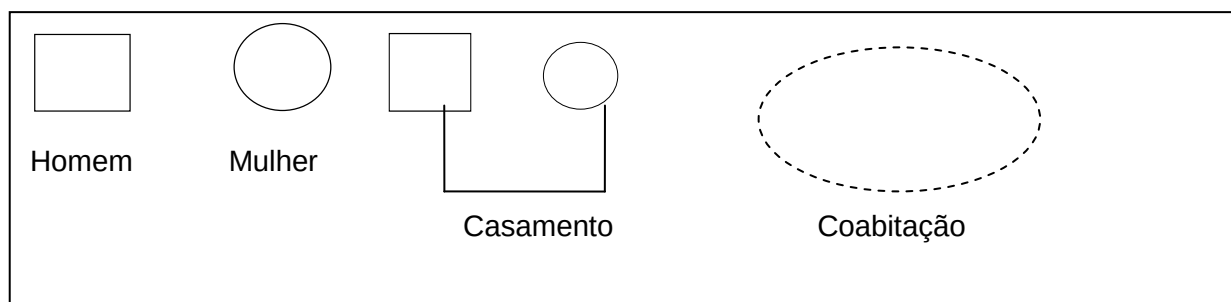
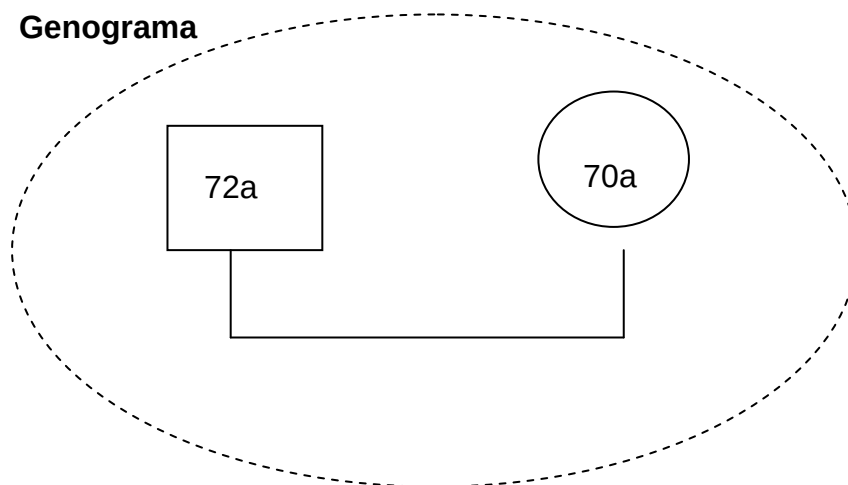


Figura nº1- Genograma familiar

3. BREVE REVISÃO DA ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DO AVC

O AVC hemorrágico é tido como uma condição grave para o qual é necessário um tratamento agressivo precoce. Este incidente de natureza espontânea, também designado como hemorragia intracerebral de origem não traumática, continua a ser considerado uma das causas mais significativas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. (Neto, 2015).

A hemorragia intracerebral causada pelo acidente vascular hemorrágico é identificada diretamente no parênquima cerebral destruindo o tecido cerebral, causando edema cerebral e sendo responsável pelo aumento da pressão intracraniana. O AVC hemorrágico assume maioritariamente uma etiologia hipertensiva, que leva a rutura de um vaso cerebral, assim sendo assumem maior prevalência nos utentes com antecedentes pessoais de hipertensão arterial. Entre outras possíveis causas destacam-se a anticoagulação oral e a terapêutica fibrinolítica. O Sr. A.P.R apresenta reunidas estas condições acima descritas que aumentam a predisposição para a ocorrência do AVC hemorrágico nomeadamente a HTA, a toma de anticoagulação oral e fibrinolíticos. (Urden, Stacy, & Lough, 2014).

Corroborando esta fonte, Neto (2015) acrescenta outros fatores de risco, igualmente presentes neste caso a que me proponho estudar, nomeadamente o fator idade superior a 55 anos, sendo que no caso do Sr. A.P.R. este apresenta 73 anos de idade, bem como a existência de hipercolesterolemia, também constatada nos antecedentes pessoais de A.P.R.

A fisiopatologia da hemorragia intracerebral é causada pela elevada pressão arterial de modo continuado que exercem força contra vasos arteriais menores que já se encontram danificados por formações arterioescleróticas, estas artérias sofrem rutura, devido ao aumento considerável da pressão arterial a que estão sujeitas, criando um hematoma (intracerebral). A pressão intracraniana aumenta vertiginosamente em resposta ao aumento do volume cerebral. A maioria dos utentes vítimas deste tipo de acidentes vasculares encontram-se inconscientes e com necessidade de ventilação mecânica invasiva. No entanto a descrição de ter

sido identificado um défice focal de início repentino juntamente com náuseas e por vezes vómitos, descritos por um familiar ou pessoa significativa também surgem associados a estes tipo de acidentes vasculares, seguindo-se de deterioração neurológica rápida. Os sinais e sintomas variam de acordo com área afetada do tecido cerebral. A perda de consciência é característico deste tipo de AVC, por outro lado a instalação dos sintomas progressivamente também é característico da hemorragia intracerebral contrastando com o AVC isquémico ou a hemorragia subaracnóideia, (Urden, Stacy, & Lough, 2014).

O diagnóstico definitivo do AVC hemorrágico é feito através de exame de imagem através das tomografias axiais computadorizadas cranioencefálicas. A realização de angiografia é apenas recomendada nos utentes candidatos a cirurgia ou sem nenhuma causa de hemorragia identificada. Na revisão da literatura elaborada por Neto (2015), a realização de tomografias axiais computadorizadas permitiu demonstrar que numa hora (60 minutos) 26% dos hematomas apresentam expansão e em 45% a 50% de todos os casos ocorre reexpansão. Este fenómeno foi claramente verificado na 2ª TAC CE de A. P. R., demonstrando aumento do hematoma intracerebral em relação à TAC CE realizado aquando da admissão no serviço de urgência. Ao nível da sua avaliação objetiva também podemos constatar esse fenómeno pela deterioração do seu estado de consciência, igualmente documentado nas primeiras 24h subsequentes ao AVC hemorrágico. O mesmo autor na sua revisão aponta que a deterioração do nível de consciência é atribuída à expansão do hematoma, assim como o risco de expansão se torna maior em utentes com toma prévia de anticoagulantes orais.

No caso do Sr. A. P. R. as lesões documentadas são no hemisfério esquerdo, que por sua vez produzem alterações no discurso e na linguagem. A comunicação alterada é uma condição que resulta da dificuldade no utente em expressar-se e partilhar pensamentos, ideias ou desejos. A área temporoparietal posterior contém a área de wernicke (centro recetor da fala). Ao nível da base do lobo frontal fica situada a área de broca que corresponde à área motora da fala. No caso específico do Sr. A.P.R podemos observar um comprometimento da linguagem que se verifica pela alteração do débito das palavras, contudo consegue manter uma comunicação e compreensão adequada. A deglutição constitui outra das funções alteradas quando ocorre uma lesão no hemisfério dominante. A deglutição normal ocorre em quatro fases controladas pelos pares cranianos. Danos ao cérebro, tronco cerebral

ou pares cranianos podem resultar em alterações de deglutição. O utente com AVC deve ser avaliado quanto ao risco de disfagia, neste estudo de caso, o utente inicialmente apresentava disfagia para líquidos (descrição em diário clínico do ■■■) e atualmente não apresenta disfagia, foi efetuada avaliação dos pares cranianos como se pode observar no capítulo relativamente à avaliação do doente, (Urden, Stacy, & Lough, 2014).

Em Suma, o AVC não se distribui espacialmente pelo cérebro, mas sim por territórios arteriais, o território atingido determina manifestações clínicas, manifestando-se com hemiparesia contralateral, entre outras alterações acima descritas (Ferro, 2013).

Numa fase inicial, assim que detetadas as alterações neurológicas do utente vítima de AVC hemorrágico ou isquémico, (apenas a TAC CE irá conseguir fazer o diagnóstico diferencial), o utente ou o seu familiar/ pessoa significativa devem contactar de imediato o 112, após este contato o centro de orientação de doentes urgentes (CODU) deverá confirmar a suspeita de AVC e proceder à ativação da Via Verde AVC, consoante está previsto em norma da DGS (Direção Geral de Saúde, 2017). A via verde mobiliza a equipa multidisciplinar hospitalar e pré-hospitalar para a assistência rápida e emergente aos utentes portadores de AVC, esta assistência está descrita na norma da direção geral de saúde que supracitei.

Após a fase emergente de auxílio a estes utentes, o utente deverá ser transferido para uma Unidade Cerebro Vascular, ou de cuidados intensivos, na medida em que a literatura evidencia um maior vigilância e deteção precoce de alterações de consciência nestas unidades de internamento, (Direção Geral de Saúde, 2017). No caso do nosso utente, este algoritmo verificou-se desde a admissão até ao internamento na UCV. No que diz respeito à avaliação para o início dos cuidados de reabilitação, esta deve ser efetuada nas primeiras 24-48h de internamento, deverá avaliar-se a escala de MIF e a escala de NHSS, que correspondem às escalas recomendadas para determinação se estamos perante um AVC grave, moderado ou leve. A base para esta prática de avaliação e intervenção precoce salienta que a reabilitação é um processo centrado no utente, orientado por objetivos que começa logo no primeiro dia após o AVC e que tem como finalidade melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível física, social, psicológica e economicamente. (Direção geral de saúde, 2011).

3.1. Breve Abordagem à Terapêutica farmacológica instituída ao Sr. A. P. R.

Atrovastatina	
Grupo farmacoterapêutico	Aparelho cardiovascular. Antidislipidémicos. Estatinas.
Mecanismo de ação	Inibidor seletivo e competitivo da redutase da HMG-CoA, impedindo assim a transformação em colesterol, no fígado os triglicéridos e o colesterol são incorporados nas VLDL. Diminuí os níveis plasmáticos de colesterol e as concentrações séricas das lipoproteínas. Demonstrou-se que as reduções em C-Total, C-LDL e apolipoproteína B reduzem o risco de eventos cardiovasculares e de mortalidade cardiovascular.
Indicações	Redução de níveis elevados de colesterol total (C-total), colesterol LDL (C-LDL), apolipoproteína B e triglicéridos. Prevenção primária do síndrome coronário e risco de AVC.
Efeitos secundários	Aumento das enzimas hepáticas cefaleia, insónia, epistaxis, bronquite, hiperglicemia, mialgia, rabdomiólise, disfunção erétil.

Quadro nº2- Descrição de atrovastatina

Fonte: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=584183&tipo_doc=rcm

Ácido Acetilsalicílico

Grupo farmacoterapêutico	Anticoagulantes e antitrombóticos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários. Analgésico não opioide, antipiretico
Mecanismo de ação	Antiagregantes irreversível, inibe a ativação plaquetária bloqueando a cicloxigenase plaquetária por acetilação e bloqueio da síntese do tromboxano A ₂ nas plaquetas inibição irreversível das enzimas cicloxigenases envolvidas na síntese das prostaglandinas.
Indicações	Prevenção secundária de enfarte do miocárdio. Angina de peito estável e instável em fase não aguda. Prevenção de oclusão do enxerto após enxerto por bypass da artéria coronária Angioplastia coronária, exceto durante a fase aguda. Prevenção secundária de acidentes isquémicos transitórios (AIT) e acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos, desde que não haja hemorragias intracerebrais .
Efeitos secundários	Aumento do risco de hemorragia, dispneia, náuseas ou vômitos, hemorragia gastrointestinal

Quadro nº 3- Descrição de Ácido acetilsalicílico

Fonte: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=630802&tipo_doc=rcm

Apixabano

Grupo farmacoterapêutico	Anticoagulantes e antitrombóticos, inibidores diretos do fator Xa
Mecanismo de ação	Inibidor reversível do fator Xa livre e do ligado ao coágulo, inibição indireta da agregação plaquetária pela inibição da cascata de coagulação comum.
Indicações	Prevenção de acidente vascular cerebral e embolismo sistémico em doentes com fibrilação auricular não valvular. Tratamento de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), e prevenção de TVP recorrente e EP em adultos.
Efeitos secundários	Anemia, hemorragia (epistaxis, ocular, gastrointestinal, hematúria), hematomas, hipotensão, aumento das enzimas hepáticas,

Quadro nº 4- Descrição de Apixabano

Fonte: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/eliquis-epar-product-information_pt.pdf

Metformina

Grupo farmacoterapêutico

Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas. Antidiabéticos orais –Biguanida.

Mecanismo de ação

A metformina é uma biguanida com efeito anti-hiperglicemiante que permite reduzir a glicose plasmática basal e pós-prandial. Não estimula a secreção de insulina e, por isso, não produz hipoglicemia.

A metformina pode atuar através de 3 mecanismos:

- Redução da produção da glicose hepática, por inibição da gliconeogénese e da glicogenólise.
- No músculo, aumentando a sensibilidade à insulina, melhorando a captação e utilização de glicose periférica.
- E retardando a absorção de glicose a nível intestinal

Indicações

Tratamento da diabetes mellitus tipo 2

Efeitos secundários

Alteração do paladar, alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, anorexia).

Quadro nº 5- Descrição de Metformina

Fonte: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3975&tipo_doc=rcm

Bisoprolol

Grupo farmacoterapêutico	Bloqueadores beta. Seletivos cardíacos
Mecanismo de ação	Agente bloqueante, altamente seletivo para os recetores β_1 , desprovido de atividade simpaticomimética intrínseca (ISA) e sem uma atividade relevante estabilizadora de membrana
Indicações	Insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, angina crónica estável.
Efeitos secundários	Bradicardia, agravamento da insuficiência cardíaca, cefaleia, náuseas, vômitos, obstipação, astenia, parestesias e alteração térmica das extremidades (diminuição).

Quadro nº 6- Descrição de Bisoprolol

Fonte: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50893&tipo_doc=rcm

4.AVALIAÇÃO DO SR. A.P.R.

4.1. Avaliação Neurológica

4.1.1. Estado de consciência e orientação

O Sr. A. P. R. encontra-se consciente, orientado autopsiquicamente, conseguindo dizer o nome, profissão. Parcialmente orientado alopsiquicamente, acentuando no mês e local onde se encontra, errando no dia do mês.

De modo a complementar a avaliação neurológica aplicaram-se as seguintes escalas: *National Institutes Health Stroke Scale* (NIHSS), uma ferramenta de avaliação que proporciona uma medida quantitativa do défice neurológico relacionado com o AVC, que no presente caso é considerado moderado a grave (presente em b) aplicação da NIHSS. De forma mais genérica mas também preconizada como escala de avaliação neurológica segue-se a aplicação da escala de coma de Glasgow.

a)Aplicação da escala de coma Glasgow

Escala de <i>Glasgow</i>			16/12/19	07/01/20
Abertura Ocular	Espontânea	4	4	4
	Por Ordem	3		
	À Dor	2		
	Nula	1		
Resposta Verbal	Orientada	5	5	5
	Confusa	4		
	Inapropriada	3		
	Incompreensível	2		
	Nula	1		
Reposta Motora	Obedece a Ordens	6	6	6

Localiza a Dor	5		
Foge à Dor	4		
Flexão Anormal	3		
Em Extensão	2		
Nula	1		
Score da Escala de Glasgow		15	15

Quadro nº 7- Escala de Glasgow

b) Aplicação da escala de NHISS

National Institutes Health Stroke Scale			
Instruções	Definição da escala	16/12/19	7/01/20
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o utente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	0 - Acordado: responde corretamente. 1 – Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 – Estuporoso: acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 – Comatoso: apenas respostas reflexas motoras ou automáticas, ou sem qualquer tipo de resposta.	0	0
1b. NDC Questões: O utente é questionado sobre mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Utentes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Utentes incapazes de	0 – Responde ambas as questões corretamente. 1 – Responde a uma questão corretamente. 2 – Não responde a nenhuma questão corretamente.	0	0

falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave ou qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o utente com dicas verbais ou não verbais.			
1c. NDC Ordens: O utente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o utente não responder à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Utentes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa	0 – Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 – Realiza uma tarefa corretamente. 2 – Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	0	0
2. Melhor Olhar Conjugado: teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálicos) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o utente tem um desvio conjugado do olhar, que é	0 – Normal. 1 – Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado. 2- Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não	0	0

revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o utente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou IV), pontue 1. O olhar é testado em todos os utentes afásicos. Utentes com trauma ou oclusão ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do utente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	revertidos pela manobra oculocefálica.
3. Campos visuais: Os campos visuais quadrantes superiores e inferiores são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O utente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado normal, se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o utente é invisual por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla	0 – Sem défices campimétricos. 1 – Hemianópsia parcial. 2 – Hemianópsia completa. 3 – Hemianópsia bilateral (invisual, incluindo cegueira cortical). 0 0

simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.			
4. Parésia facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o utente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos utentes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 – Movimentos normais simétricos. 1 – Paralisia facial minor (apagamento do sulco nasogeniano, assimetria no sorriso). 2 – Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 – Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).	1	1
5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos, O utente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita	0 – Sem queda, mantém braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 – Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 – Algum esforço contra a gravidade: o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 – Nenhum esforço contra a gravidade: o braço cai logo; pousado o membro faz algum movimento. 4 – Nenhum movimento. NT – amputação ou anquilose, explique_____	5a. 0 5b. 3	5a. 0 5b. 3

fundamentando esta escolha.	5a. Membro superior esquerdo 5b. Membro superior direito		
6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre em posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O utente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 – Sem queda, mantém a perna a 30º por um período de 5 segundos. 1 – Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 – Algum esforço contra a gravidade: a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 – Nenhum esforço contra a gravidade: a perna cai logo; pousado o membro faz algum movimento. 4 – Nenhum movimento. NT – amputação ou anquilose, explique_____ 6a. Membro inferior esquerdo. 6b. Membro inferior direito.	6a. 0 6b. 2	6a. 0 6b. 2
7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os <u>testes dedo-nariz e calcanhar-joelho</u> são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada	0 – Ausente. 1 – Presente em 1 membro. 2 – Presente em 2 membros. NT – amputação ou anquilose, Explique: Presença de espasticidade do MSD.		

ausente no utente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado no não testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.

8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou à resposta de retirada ao estímulo doloroso em utente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo, membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. deste modo, utentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. Um utente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o utente não responde e está quadriplégico pontue 2. Utentes em conta (item 1^a	0 – Normal; sem perda de sensibilidade. 1 – Perda de sensibilidade leve a moderada; o utente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar. 2 – Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	1 1
--	--	-------------------------------

=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.			
9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao utente para descrever o que está a <u>acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo.</u> A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedentes. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para <u>identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso.</u> O utente entubado deve escrever as respostas. O utente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no utente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a utentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.	0 – Sem afasia; normal. 1 – Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do utente. 2 – Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do utente. 3 – Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.	0	0
10. Disartria: Se o utente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o utente tem	0 – Normal 1 – Disartria leve a moderada; voz do utente arrastada pelo menos em algumas palavras,	1	1

afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerável não testável (NT) apenas se o utente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao utente a razão pela qual está a ser testado.	na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 – Disartria grave; voz do utente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria. NT – Entubado ou outra barreira física; explique_____		
11. Extinção e desatenção, antiga negligência: A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o utente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o utente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 – Nenhuma anormalidade. 1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 – Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.	0	0
Score		8	8

Gravidade do AVC	Classificação
Sem sintomas de AVC	0
AVC menor	1-4
AVC moderado	5-15
AVC moderado a grave	16-20
AVC grave	21-42

Quadro nº 8- Escala de NHISS

Fonte: <https://pseudomonas.jimdo.com/neurolog%C3%ADa/escalas/escala-de-nihss/>

4.1.2. Atenção e Memória:

Déficite de atenção, fácil distração a estimulação externa, como enunciado na avaliação da NIHSS. Memória a longo prazo e curto prazo comprometida, não identificando factos do passado (antigo presidente da república, por exemplo), sem a possibilidade de corroborar a informação fornecida em algumas questões do seu passado. Incapaz de recordar em curto espaço de tempo (cerca de cinco minutos) palavras fornecidas.

4.1.3. Linguagem

Discurso verbal fluente, mas com comprometimento no débito das palavras, cumpre ordens simples, dificuldade em cumprir ordens complexas, nomeação sem alterações, identifica objetos (4/5), bem como a sua funcionalidade, repetição sem alterações. Apresenta disartria ligeira, como verificado pela NIHSS.

4.1.4. Estado Emocional

Apresenta fáceis de tristeza, identificado pelo estreitamento da abertura ocular, aproximação das sobrancelhas e olhar maioritariamente para um plano inferior.

4.1.5. Capacidades práticas

Apenas executa determinadas atividades práticas com o hemisfério esquerdo quando estimulada, por exemplo na ingestão de água (levar copo à boca) ou participação no autocuidado higiene pessoal.

4.1.6. Avaliação dos pares cranianos

Pares Cranianos	
I - Olfativo	Apresenta alteração do olfato (perguntei ao utente se lhe cheirava a algo e que identificasse o cheiro pelo nome, Ex: sumo de limão e o Sr. A.P.R. não conseguiu identificar o cheiro) Identificando-se anosmia.
II - Óptico	Sem alteração nos campos visuais (solicitei ao utente para fechar um dos olhos e fixar a visão do olho aberto; de seguida deslocou-se um dedo para a periferia do campo visual do olho aberto e questionou-se a utente sobre até onde conseguia ver). Não apresentando ambliopia, amaurose, cegueira, escotomas, hemianopsia ou quadrantopsia.
III - Óculo-motor IV - Patético VI – Motor ocular externo	Sem alterações nos movimentos extraoculares (solicitou-se à utente que com a cabeça imóvel seguisse o movimento do meu, desenhando um H que percorre todos os campos de visão). Sem alterações no movimento conjugado dos olhos (pediu-se ao utente para olhar para um ponto mais afastado quanto possível, de ambos os lados, para cima e para baixo e na diagonal). Apresenta pupilas isométricas, de forma redonda e simétrica, ambas reativas à luz. Ausência de diplopia, estrabismo, nistagmo e ptose palpebral.
V- Trigémio	Efetuada pesquisa da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nos 3 andares da face (oftálmica, maxilar e mandibular), apresentando o utente alterações da sensibilidade térmica e dolorosa ao nível das 3 porções da hemiface direita. Reflexo córneo-palpebral bilateral mantido (realizou um pequeno toque com a ponta de uma compressa na superfície da córnea). Sem alteração nos movimentos mastigatórios. O utente consegue encerrar e mover a mandíbula bilateralmente.
VII - Facial	Apresenta discreta assimetria facial, com desvio da comissura labial para a esquerda (quase imperceptível) e

	discreto apagamento do sulco nasogeniano à direita - parésia facial central à direita (pediu-se ao utente para sorrir, franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras). Reconhece os sabores: doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua contudo com hiperreactividade aos sabores.
VIII – Estado-acústico	Sem diminuição da acuidade auditiva bilateralmente. Efetuado teste de Rinne e de Weber, utilizando o diapasão, não tendo alterações a este nível. Manifesta alterações no equilíbrio estático avaliado através da Escala de <i>Berg</i> .
IX - Glossofaríngeo	Reconheceu os sabores: doce, salgado e amargo no 1/3 anterior da língua
X - Vago	Sem alterações no tom de voz e sem presença de ronquidão ou tosse. Ligeiro desvio da úvula para a esquerda, (não foi testado o reflexo de vômito)
XI - Espinhal	Sem alteração dos movimentos da cabeça e músculos do pescoço. Contudo manifesta alteração da força do hemicorpo direito, como descrito pela avaliação da força segundo a <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> .
XII - Hipoglosso	Discreto desvio da língua para a direita quase não perceptível. Diferentes movimentos da língua sem alterações.

Quadro 9 – Avaliação dos Pares Cranianos

4.1.7.Sensibilidade

Apresenta alteração da sensibilidade superficial do hemicorpo direito, não reagindo à dor, à sensação térmica de frio e quente e ao toque comparativamente com o hemicorpo esquerdo, como descrito na Escala de NIHSS (parâmetro 8). Em relação à sensibilidade profunda apresenta alterações da sensibilidade postural, não sentindo pressão sobretudo ao nível do pé-direito, onde já existiu uma Úlcera por pressão, não identifica as posições corretas do corpo, alteração sensibilidade vibratória presente, testei usando o diapasão.

4.1.8.Força Muscular:

Avaliação da força muscular segundo *Medical Research Council Muscle Scale* (presente em c), apresentando parésia no hemicorpo direito, evidenciando também alteração da força no hemicorpo esquerdo em relação a determinadas mobilizações.

c) Aplicação da escala de avaliação da Força Muscular - *Medical Research Council Muscle Scale*

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular	
Cabeça/Pescoço	Flexão	5	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esquerdo	5	
	Flexão lateral direito	5	
	Rotação	5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	2	5
	Extensão	2	5
	Adução	2	5
	Abdução	2	5
	Rotação interna	2	5
	Rotação externa	2	5
	Circundação	2	5
	Elevação	2	5
	Depressão	2	5
Cotovelo	Flexão	3	5
	Extensão	3	5
Antebraço	Pronação	3	5
	Supinação	3	5
Punho	Flexão palmar	3	5
	Dorsiflexão	3	5
	Desvio radial	3	5
	Desvio cubital	3	5
	Circundação	3	5
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Dedos	Flexão	3	5
	Extensão	3	5
	Adução	3	5
	Abdução	3	5
	Circundação polegar	3	5
	Oponência polegar	3	5

Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femoral	Flexão	3	5
	Extensão	3	5
	Adução	3	5
	Abdução	3	5
	Rotação interna	3	5
	Rotação externa	3	5
	Circundação	3	5
Joelho	Flexão	3	5
	Extensão	3	5
Tíbio-társica	Flexão plantar	3	5
	Flexão dorsal	3	5
	Inversão	3	5
	Eversão	3	5
Dedos	Flexão	3	5
	Extensão	3	5
	Adução	3	5
	Abdução	3	5

Quadro nº 10 –Escala *Medical Research Council Muscle Scale*, consultar parametrização em anexo I.

Nota: De 16-12-2019 e 07-01-20 (sem alterações).

4.1.9. Tônus muscular:

Apresenta espasticidade moderada no hemicorpo direito, de predomínio distal e sem alterações do tônus no hemicorpo esquerdo, avaliado pela Escala de *Ashworth* Modificada, apresentada de seguida.

d) Aplicação da Escala de *Ashworth* Modificada

Escala de <i>Ashworth</i> Modificada avaliação a 16/12/19			
Membro superior		Membro inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
3	0	2	0

Escala de Ashworth Modificada avaliação a 07/01/20			
Membro superior		Membro inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
2	0	2	0

Quadro nº 11 – Avaliação do tônus Muscular consultar parametrização em anexo I.

4.1.10. Coordenação dos Movimentos

Ausência de alterações, pelo teste de *Barany*, realiza prova de movimentos alternados, dedo-nariz e calcanhar-joelho no hemicorpo esquerdo, demonstrado na NIHSS. Relativamente ao hemicorpo direito, com alterações devido ao défice de força muscular segundo a *Medical Research Council Muscle Scale* e presença de espasticidade (Escala de *Ashworth* Modificada).

4.1.11. Equilíbrio/Marcha

Alteração do equilíbrio estático em posição sentado. Segundo a Escala de *Berg* o Sr. A.P.R. apresenta equilíbrio diminuído. Incapacidade de realizar marcha devido ao défice de força do hemicorpo direito verificado através da *Medical Research Council Muscle Scale* e pelo equilíbrio diminuído representado pela Escala de *Berg*. Avaliação confirmada pela Escala *Functional Ambulation Categories*.

e) Aplicação da Escala de Berg

Escala de <i>Berg</i>		
	16/12/19	7/01/20
1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar as suas mãos para se apoiar)		
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente		
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos		
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas		
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se		
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se	x	x
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)		
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos		
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio		
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio	x	x
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)		
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto		
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão		x
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos	x	
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos		
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos		

4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)		
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos		
(3) controla a descida utilizando as mãos		X
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida		
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle		
(0) Necessita de ajuda para sentar-se	X	
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao cliente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira)		
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos		
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos		
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão		X
(1) necessita de uma pessoa para ajudar		
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança	X	
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)		
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança		
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão		
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos	X	X
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé		
(0) necessita de ajuda para não cair		
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)		
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança		
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão		

(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente permanecer por 30 segundos (1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos	x x
8. Alcançar a frente com o braço entendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o cliente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao cliente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco)	
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas) (3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas) (2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas) (1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão (0) perda de equilíbrio durante as tentativas/necessidade de suporte externo	x x
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato que está na frente dos seus pés)	
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança (3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão (2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente (1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair	x x
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de si por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do cliente para estimular o movimento)	
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso (3) olha para trás somente de um lado o lado contrário	

demonstra menor distribuição do peso (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (1) necessita de supervisão para virar (0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair	x	x
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário)		
(4) capaz de girar 360 graus, com segurança, em 4 segundos ou mãos (3) capaz de girar 360 graus, com segurança, somente para um lado em 4 segundos ou menos (2) capaz de girar 360 graus, com segurança, mas lentamente (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais (0) necessita de ajuda enquanto gira	x	x
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)		
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos (3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda (1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	x	x
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: demonstre para o paciente, coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se achar que não vai conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado)		
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos (2) capaz de dar um pequeno passo independentemente e permanecer por 30 segundos		

(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos		
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé	x	x
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que puder sem se segurar)		
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos		
(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos		
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente		
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair	x	x
Score	6	12

Classificação	
Equilíbrio Bom	41 a 56
Equilíbrio Médio	21 a 40
Equilíbrio Diminuído	0 a 20

Quadro nº12- Escala de Berg

Fonte: <https://academic.oup.com/ptj/article/88/5/559/2742392>

f) Aplicação da escala Funtional Ambulation categories

<i>Funtional Ambulation Categories</i>		
	16/12/19	7/01/20
0 - Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo.	x	
1 - Marcha terapêutica, não funcional. O cliente 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
2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa.		
3 - Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o cliente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita.		
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.		

Quadro nº13- Escala Funtional Ambulation Categories

Fonte: Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. Physical Therapy, 66(10), 1530–9.

4.2. Avaliação do Risco de Queda

a) Aplicação da escala de Morse

Escala de Morse		
História de Queda	Não	0
	Sim	25
Diagnóstico Secundário	Não	0
	Sim	25
Ajuda na Mobilização	Nenhuma/Acamado/Repouso no leito	
	Bengala/Andarilho/Canadiana	
	Apoio os móveis	30
Terapêutica Endovenosa	Não	0
	Sim	
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de rodas	0
	Lenta	
	Desequilíbrio fácil	
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	
Score		80

	Classificação
Baixo Risco	0 a 25
Médio Risco	26 a 50
Alto Risco	> 50

Quadro nº:14- Escala de Morse (avaliação de 16/12/19 e 07/01/20, sem alterações)

Fonte: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-manual-profissional-pdf.aspx>

4.3. Avaliação do Risco de Úlceras por Pressão

a) Escala de Braden

Escala de <i>Braden</i>			16/12/19	07/01/20
Perceção sensorial	Completamente limitada	1	1 (HD)	1 (HD)
	Muito limitada	2		
	Ligeiramente limitada	3		
	Nenhuma limitação	4		
Humidade	Pele constantemente húmida	1		
	Pele muito húmida	2		
	Pele ocasionalmente húmida	3		
	Pele raramente húmida	4	4	4
Atividade	Acamado	1		
	Sentado	2	2	2
	Anda ocasionalmente	3		
	Anda frequentemente	4		
Mobilidade	Completamente imobilizado	1		
	Muito limitada	2	2	2
	Ligeiramente limitada	3		
	Nenhuma limitação	4		
Nutrição	Muito pobre	1		
	Provavelmente inadequada	2		
	Adequada	3	3	3
	Excelente	4		
Fricção e forças de deslizamento	Problema	1	1	1
	Problema potencial	2		
	Nenhum problema	3		
Score			12	12

Classificação	
Baixo Risco	≥ 17
Alto Risco	≤ 16

Quadro nº 15 - Escala de Braden (HD – Hemicorpo direito)

Fonte: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

4.4. Avaliação do nível de dependência no Autocuidado.

a) Aplicação da escala MIF (Medida de Independência Funcional)

	16/12/19	7/01/20
Autocuidado		
Alimentação	3	3
Higiene Pessoal	1	2
Banho	1	2
Vestir Metade Superior	1	4
Vestir Metade Inferior	1	2
Utilização da Sanita	3	3
Controlo dos Esfíncteres		
Bexiga	7	7
Intestino	7	7
Mobilidade/Transferências		
Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	4
Sanita	1	4
Banheira, Duche	1	4
Locomoção		
Marcha, Cadeira de Rodas	1	1
Escadas	1	1
Comunicação		
Compreensão	7	7
Expressão	7	7
Cognição Social		

Interação Social	7	7
Resolução dos Problemas	4	4
Memória	4	4
Score	58	73

Níveis	(7) Independência Completa (em segurança, em tempo normal) (6) Independência Modificada (dispositivo)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada (5) Supervisão (4) Ajuda Mínima (Indivíduo $\geq 75\%$) (3) Ajuda Moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência Completa (2) Ajuda Máxima (indivíduo $\geq 25\%$) (1) Ajuda Total (indivíduo $< 25\%$)	Ajuda

Quadro nº 16 – Medida de Independência Funcional

Fonte: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/541/1/Guia%20SUDRM.pdf>

b) Aplicação da escala de Barthel Modificada

	16-12-19	7-01-20
Higiene Pessoal	0	0
Banho	0	0
Alimentação	5	5
Uso de sanitário	5	5
Subir escadas	0	0
Vestuário	0	5
Controlo da bexiga	10	10
Controlo do intestino	10	10
Deambulação	0	0
Transferência cadeira/cama	5	10
Score	35	45

Interpretação dos Resultados	
Totalmente independente	100
Dependência leve	99 a 76
Dependência moderada	75 a 51
Dependencia Severa	50 a 26
Dependencia total	<25

Quadro nº 17- Escala de barthel Modificada

Fonte: http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf

5. IMPACTO NO AUTOCUIDADO

Requisitos Universais de Autocuidado		
Manutenção de inspiração de ar suficiente.	O Sr. A.P.R. apresenta-se em todas as VD eupneico, pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem qualquer evidencia de sinais de dificuldade respiratória.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos.	O Sr. A.P.R. apresenta défice de ingestão hídrica (alvo: 1,5L/dia), Apresenta apetite diminuído, segundo o que refere a Sr. O.R. que prepara as refeições para ambos e incentiva o marido a alimentar-se adequadamente.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Promoção dos cuidados associados com a eliminação.	O Sr. A.P.R. é parcialmente dependente nos autocuidados associados com a eliminação. Usa fralda durante a noite, pelo que descreve tem continência de esfíncteres contudo pela questão da mobilidade comprometida apresenta os autocuidados de eliminação igualmente comprometidos. Deverá ser ensinado/ treinado à redução da ingestão hídrica no período noturno, bem como à antecipação das necessidades com vista à prevenção de acidentes de incontinência.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório.

Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso.	O utente apresenta parésia do hemicorpo direito segundo a <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>, com espasticidade moderada, avaliada pela Escala de <i>Ashworth</i> Modificada. Necessidade em Realizar mobilizações inicialmente passivas evoluindo para ativoassistidas no hemicorpo direito e ativas no hemicorpo esquerdo. Dificuldade na continuidade dos exercícios de reabilitação pelo fato do casal não valorizarem a continuidade do treino. Alterna períodos diurnos entre cadeira de rodas e cadeirão. Padrão de sono regular, cerca de 8 horas por noite, acorda cerca das 6h.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório.
Manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social	O Sr. A. P. R. anteriormente ao diagnóstico conduzia a viatura da família e o casal passeava bastante por se encontrarem reformados. Os filhos vivem distantes dos pais. Desta forma têm dificuldade em deslocar-se e permanecerem interativos socialmente. Têm sido incentivados a sair de casa, ir até ao café e a conviver com os vizinhos que são amigos de longa data.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento	O utente apresenta alto risco de queda pela avaliação na Escala de <i>Morse</i>, assim como alto risco de	Sistema de enfermagem totalmente

humano e para o bem-estar humano	desenvolver lesão por pressão conforme a Escala de <i>Braden</i> .	compensatório.
Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de normalidade.	A Sr. A. P. R. possui suporte familiar, tendo a esposa como principal cuidadora, os filhos têm pouca participação no processo de doença do pai. A esposa tem demonstrado sinais de cansaço evidente e medos associados à responsabilização que lhe é atribuída. O casal necessita de ajuda para se reorganizar e de maior sustentação da rede familiar e social.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório

Quadro nº 18 – Requisitos Universais de Autocuidado

6. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
Espasticidade em grau moderado ao nível do membro superior direito mais acentuado ao nível da mão direita (critérios de diagnóstico: Escala de Ashworth com evidencia de espasticidade moderada – grau 3)	Espasticidade em grau reduzido (melhoria do grau de espasticidade <3, escala de Ashworth)	- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo. - Executar técnica de posicionamento anti-espástico. - Executar técnica de relaxamento com alongamento. - Incentivar a execução de exercícios musculartoarticular. - Monitorizar espasticidade através da escala de Ashworth. - Monitorizar a Dor através da escala numérica de avaliação da dor à mobilização dos vários segmentos articulares. - Praticar exercícios de preensão do polegar com o utente. - Executar atividades terapêuticas com o utente (ponte, facilitação cruzada, rolar).	16/12/19 a 7/01/2020 - O utente apresenta sequelas de AVC instaladas com espasticidade ao nível do hemicorpo direito, mais acentuado ao nível da mão direita, escala de Ashworth de 3 na avaliação inicial. - Executei em todas as visitas domiciliárias técnicas de exercício muscular passivo que foram evoluindo para técnicas de exercício musculartoarticular ativoassistidas em todos os segmentos articulares(sessões de 10 repetições) - Ao nível da dor o utente apresenta dor à mobilização do punho direito e ao nível da articulação escapulo umeral de grau 3/4 (escala numérica de avaliação da dor), sem mobilizações dor: 0. - Foi efetuada técnica de massagem/ relaxamento ao nível do ombro com algumas melhorias durante as sessões. Aconselhado o casal a comunicar a questão do “ombro doloroso” ao médico assistente para a complementação com técnicas farmacológicas de alívio da dor. - Atualmente o utente apresenta diminuição da espasticidade, sobretudo ao nível da mão melhorando o grau de espasticidade para grau 2 (visível na aplicação das

			escala de Ashworth). - Foram aplicadas técnicas de melhoria da preensão do polegar (com vista à melhoria da mobilidade e aumento da capacitação nas AVD) utilizando molas de roupa, que a Sr.^a O R dispensou e o utente inicialmente não conseguia realizar a atividade e no final do exercício conseguia realizar a atividade com mínima ajuda. - Ao nível dos posicionamentos anti-espásticos, temos incentivado à posição de extensão palmar e dedos quando em posição de sentado, correto posicionamento do MID e na posição de deitado incentivado a Decúbito lateral direito que o utente não cumpre porque refere preferir a posição de dorsal, ainda que explicitados os convenientes da lateralização. - Foi incentivado e orientado para correção postural com vista à prevenção de complicações associadas a posturas incorretas, nomeadamente o descair para o lado mais afetado. - Objetivo parcialmente atingido: Espasticidade ao nível da mão direita melhorada (evidenciada pela aplicação da escala dirigida- Ashworth<3).
--	--	--	---

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação de
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício musculoesquelético (critérios de diagnóstico: Desconhece técnicas de exercício musculoesquelético)	Conhecimento sobre técnicas de exercício musculoesquelético, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre o uso de técnicas musculoesqueléticas do Sr. A.P.R. e da Srª O.R. - Ensinar sobre o uso de técnicas musculoesqueléticas ao Sr. A.P.R. e da Srª O.R.	16/12/19 a 7/01/2020: - Na avaliação inicial do utente não revelava conhecimentos acerca das técnicas de exercício musculoesquelético, nomeadamente no que diz respeito à mobilização passiva pelo hemicorpo menos afetado ao lado mais afetado do AVC hemorrágico (hemicorpo direito). - Foram ensinadas técnicas ao casal que permitissem dar continuidade aos exercícios musculoesqueléticos ativos e passivos acima definidos, de forma a conseguir atingir o objetivo de melhorar o conhecimento acerca destas técnicas. - O conhecimento sobre técnicas de exercício musculoesquelético do Sr. A.P.R. e da sua esposa encontra-se atualmente melhorado, a destacar que a vizinha também foi envolvida no processo de ensinamentos.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico. (critérios de diagnóstico: Desconhece técnicas de posicionamento antiespástico)	Conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de posicionamento antiespástico do Sr. A.P.R. e sua esposa. - Ensinar sobre técnica de posicionamento antiespástico o casal de utentes, nomeadamente o enfase na extensão da mão direita quando sentado na cadeira de rodas, correção postural e quando deitado rolar para decúbito lateral direito.	16/12/19 a 7/01/2020: - Na avaliação inicial do utente não revelava conhecimentos acerca das técnicas de posicionamento antiespástico, particularmente no que diz respeito ao correto posicionamento da mão direita para evitar a instalação definitiva ou agravada do padrão espástico. - Na posição deitado, o utente e a esposa não revelavam conhecimento sobre as técnicas de posicionamento que foram ensinadas por mim e pela Sr.^a Enfermeira Orientadora ao casal. - Em todas as visitas domiciliárias efetuadas foi efetuado o reforço do ensino relativo à correção de posicionamentos do hemitorpo direito na posição de sentado. Na posição de deitado o utente não aplica os ensinamentos, não adotando a posição de decúbito lateral direito por não se sentir confortável. - O conhecimento sobre técnicas de posicionamento antiespástico do Sr. A.P.R. e da sua esposa encontra-se atualmente melhorado.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício musculoesquelético melhoradas (critérios de diagnóstico: Uso inadequado de técnicas musculoesqueléticas)	Capacidade para executar técnicas de exercício musculoesquelético melhoradas.	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício musculoesquelético do Sr. A.P.R. e sua esposa. - Instruir o casal sobre técnicas de exercício musculoesqueléticos - Treinar técnicas de exercício musculoesqueléticos com o Sr. A.P.R. e sua esposa, incluindo também a vizinha, informal cuidadora.	16/12/19 a 7/01/2020: - Na avaliação inicial do utente não executava técnicas de exercício musculoesqueléticos de forma adequada em todos os segmentos do movimento. - Foi efetuada em praticamente todas as sessões instrução e treino dos exercícios musculoesqueléticos de todos os segmentos, com ênfase no hemitórax direito, lado mais afetado. - O Sr. A.P.R. e a Sr.ª O. R. revelam alguma resistência em dar continuidade aos exercícios musculoesqueléticos instituídos, contudo mantém-se o reforço da instrução e treino ao longo dos vários contactos domiciliários em cada sessão, 10 repetições em todos os segmentos com ênfase do HD. - Capacidade de executar técnicas de musculoesqueléticos melhorada, contudo com pouca adesão por parte do utente, nesta situação a vizinha tem sido apoio fundamental.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de posicionamento em padrão antiespástico. (critérios de diagnóstico: Não executa adequadamente técnicas de posicionamento antiespástico)	Capacidade para executar técnicas de posicionamento em padrão antiespástico, melhorada.	- Avaliar capacidade para executar técnicas de posicionamento em padrão antiespástico do Sr. A.P.R. e sua esposa. - Instruir o casal sobre técnicas de técnicas de posicionamento em padrão antiespástico - Treinar técnicas de posicionamento antiespástico com o o Sr. A.P.R. e sua esposa, incluindo também a vizinha, informal cuidadora.	16/12/19 a 7/01/2020: - Na avaliação inicial do utente não executava corretamente as técnicas de posicionamento antiespástico quer na posição de sentado, quer na posição de deitado. - Foi efetuada em praticamente todas as sessões instrução e treino das técnicas de posicionamento antiespásticos, com principal ênfase na mão direita (Grau 3 na escala de ashworth). - Tem-se verificado evolução ao nível da execução das técnicas de posicionamento antiespastico, nomeadamente na posição de sentado, onde se verifica melhoria da técnica aplicada para o correto posicionamento do braço e perna direita, com especial atenção ao posicionamento antiespástico da mão direita, evolução para Grau 2 na escala de Ashworth) - Capacidade de executar posicionamento antiespástico melhorada, contudo com pouca adesão na posição de deitado de DLD.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira de rodas e da cadeira de rodas para o cadeirão (sofá) ou sanitário (critério de diagnóstico: desconhece a técnica de adaptação para transferir-se).	Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorado.	- Avaliar o conhecimento sobre a técnica de adaptação para as transferências: - Cama-cadeira de rodas - Cadeira de Rodas- cama. - Cadeira de Rodas- cadeirão (sofá). - Cadeirão- Cadeira de Rodas. - Ensinar sobre técnica de adaptação para o utente efetuar as transferências.	16/12/19 a 7/01/2020: - Na avaliação inicial do utente e a esposa não apresentava conhecimentos que lhe permitissem efetuar as transferências. - Foi efetuada em todas as sessões ensino sobre técnicas de adaptação para as transferências. - Atualmente o utente já consegue nomear os passos necessários para se transferir. - Verifica-se melhoria do conhecimento acerca das técnicas de adaptação utilizadas para o transferir-se.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação de ER
Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira de rodas e da cadeira de rodas para o cadeirão (sofá) ou sanitário (critérios de diagnóstico: pela aplicação das escalas de escala de Barthel e escala de Berg nos itens transferências).	Capacidade para executar técnica de adaptação para transferir-se, melhorado.	- Avaliar a execução da técnica de adaptação para as seguintes transferências: - Cama-cadeira de rodas - Cadeira de Rodas- cama. - Cadeira de Rodas- cadeirão (sofá). - Cadeirão- Cadeira de Rodas. - Instruir o casal de utentes sobre a técnica de adaptação para as transferências - Treinar a técnica de adaptação para o utente efetuar as transferências, incluindo a esposa, sua principal cuidadora e a vizinha. - Monitorizar a escala de Barthel - Monitorizar a escala de Berg - Monitorizar escala de Morse	16/12/19 a 7/01/2020: - Na avaliação inicial o casal não utilizava adequadamente a técnica das transferências - Foi efetuada em todas as sessões instrução e treino sobre técnicas de adaptação para as transferências. - Atualmente o utente já consegue transferir-se com supervisão - Verifica-se melhoria da execução das transferências necessitando apenas de supervisão por parte da enfermagem aquando das visitas domiciliárias. Contudo com esposa verifica-se ainda o uso de técnico inadequado não garantindo as condições de segurança e prevenção do risco de quedas (avaliada a escala de Morse). Deste modo mantém-se em aberto este diagnóstico. Realça-se a melhoria do item transferências nas escalas de avaliação Berg e Barthel.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação de ER
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (critério diagnóstico: não demonstra conhecimento sobre técnica de adaptação para o vestuário, verificando-se nos itens da escala de MIF)	Conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado vestuário, melhorado.	- Avaliar o conhecimento da técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. - Monitorizar a escala de MIF (medida de independência funcional), com especial ênfase nos itens referentes ao autocuidado: vestuário. - Monitorizar a escala de Barthel, com especial ênfase no item referente ao autocuidado: vestuário.	16/12/19 a 7/01/2020: - Inicialmente o casal o Sr. A.P.R. era totalmente dependente da esposa no autocuidado vestuário. Ambos não apresentavam conhecimentos que lhe permitissem que o utente fosse independente neste autocuidado. - Foi efetuado ensino ao casal sobre técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário, tais como a preparação do vestuário, o uso de roupas largas, vestir primeiramente o lado mais afetado. - Apliquei as escalas de MIF e Barthel tendo-se verificado melhoria nos itens em questão. - Atualmente o casal possui conhecimentos sobre as técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário, pelo que se pode considerar que o conhecimento sobre as técnicas de adaptação para este autocuidado se encontram melhorados.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação de ER
Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (critério de diagnóstico: Uso não adequado das técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário, verificando-se nos itens correspondentes das escalas de avaliação do autocuidado: MIF e Barthel)	Capacidade para executar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, melhorada.	- Avaliar a capacidade de execução da técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Instruir sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. - Treinar as técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário com o utente e esposa. - Monitorizar a escala de MIF (medida de independência funcional), com especial ênfase nos itens referentes ao autocuidado: vestuário. - Monitorizar a escala de Barthel, com especial ênfase no item referente ao autocuidado: vestuário	16/12/19 a 7/01/2020: - Aquando da primeira visita domiciliária, o Sr. A. P.R. era totalmente dependente no autocuidado: vestuário da sua esposa. -Elaborámos sessões de treino e instrução em relação a esse autocuidado. - Apliquei a escala de Barthel e MIF, com especial atenção para estes autocuidados tendo-se verificado evolução após o estabelecimento de plano de cuidados com foco nesta AVD. - Deste modo, o utente atualmente consegue vestir a metade superior do corpo mas necessita de incentivo e encorajamento por parte da equipa de enfermagem, quanto à Sr. O. R. apresenta alguma tendência para substituir o utente nos seus autocuidados, mantendo-se em aberto o diagnóstico.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual estudo de caso do Sr. A.P.R. permitiu-me a mobilização de conhecimentos obtidos nas unidades curriculares do curso de especialização em enfermagem de reabilitação, constituindo-se num desafio, a articulação e mobilização desses conhecimentos teórico-práticos com o desenvolvimento de competências como futura enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Como tal, espero que este documento espelhe o árduo trabalho na mobilização de conhecimentos da academia para a prática dos cuidados. O desenvolvimento de competências que se pretende para aquisição do grau de mestre e especialista em ER só é possível, graças à Sr.^a enfermeira orientadora [REDACTED] que transmitindo os seus ensinamentos me impulsiona à prática de mais e melhores cuidados no planeamento constante que efetuamos no quotidiano do ensino clínico.

O Sr. A.P.R. e a sua esposa, ainda que em fase de organização perante a nova condição de saúde do utente no seu ambiente familiar (domiciliar) demonstraram um grau de colaboração elevado e a sua receptividade à minha prática de cuidados traduzem-se nalguns ganhos em saúde, documentados com o uso das escalas recomendadas pelo colégio da especialidade de reabilitação, (Ordem dos enfermeiros, 2016). Em conformidade com as competências comuns do enfermeiro especialista destaco a responsabilidade profissional, ética e legal, pelo que a confidencialidade do utente foi salvaguardada e a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, onde teve lugar a colheita de dados e os cuidados de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

No que concerne ao norteamento teórico deste processo, o modelo escolhido foi de Orem tendo por suporte os requisitos universais para o autocuidado, os sistemas de enfermagem utilizados foram o sistema parcialmente compensatório, totalmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Para a produção do plano de cuidados para o utente procurei utilizar a melhor e mais avançada evidência científica. A escolha da terminologia usada para a construção do plano de cuidados teve por base o: Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, documento organizado com o intuito de universalizar a linguagem, traduzindo a prática dos EEER, tal como espero ter sido bem-sucedido neste documento.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caniço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (Junho de 2010). Novos Tipos de Família . Coimbra.
- Direção geral de saúde. (27 de Dezembro de 2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de medicina Física e de Reabilitação*. Obtido em 7 de Janeiro de 2020, de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (13 de Julho de 2017). Via Verde de Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Obtido em 7/01/2020 de 01 de 2020, de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>. Norma nº015/2017
- Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J. & Pimentel, J. (2013). *Neurologia Fundamental: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Infarmed. (2015). Infomed - Atorvastatina. Obtido em 17 de 01 de 2020, de Infomed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=584183&tipo_doc=rcm
- Infarmed. (2016). Infomed - Apixabano. Obtido em 17 de 01 de 2020, de Infomed: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/eliquis-epar-product-information_pt.pdf
- Infarmed. (2017). Infomed - Metformina. Obtido em 17 de 01 de 2020, de Infomed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3975&tipo_doc=rcm
- Infarmed. (2018). Infomed - Bisoprolol. Obtido em 17 de 01 de 2020, de Infomed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50893&tipo_doc=rcm
- Infarmed. (2019). Infomed - Ácido Acetilsalicílico. Obtido em 17 de 01 de 2020, de Infomed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=630802&tipo_doc=rcm
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.) St. Louis: Mosby

- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da Republica nº 350/2019, Série II de 2015-06-22, 16655- 16659.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação. Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador da Boa Prática- Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-41-7
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). Critical Care Nursing. St. Louis, Missouri: Elsevier.

ANEXOS

ANEXO I- Medical Research Council Muscle Scale

<i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	
Grau 0	Sem movimentos visíveis, paralisia total
Grau 1	Contração visível ou palpável, mas sem movimento
Grau 2	Movimenta a articulação, não vence a gravidade
Grau 3	Movimentos contra a gravidade, não vence a resistência
Grau 4	Movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado
Grau 5	Força normal

ANEXO II – Escala de *Ashworth* Modificada

Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	
Score	Avaliação
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

APÊNDICE V – JORNAIS DE APRENDIZAGEM

JORNAL DE APRENDIZAGEM Nº 1

O que aconteceu... a unidade curricular: Estágio com Relatório teve início no dia 23 de setembro de 2019 com uma sessão na escola para esclarecimento de dúvidas e explicitação de como iria decorrer o estágio, onde tivemos oportunidade de reunir com o docente orientador que nos forneceu as indicações relativas ao início deste percurso. Assim sendo, no dia seguinte teve início o estágio, no meu caso específico, na Unidade de Hospitalização Domiciliária do [REDACTED] [REDACTED] tive oportunidade de conhecer a equipa que constitui o serviço, composta por 10 enfermeiros, 4 destes enfermeiros são especialistas em enfermagem de reabilitação (incluindo o Sr. Enfermeiro chefe). O enfermeiro que me foi atribuído foi o enfermeiro [REDACTED], a sua vasta experiência nesta área de cuidados, bem como as competências que o descrevem parecem ser prometedoras de um estágio rico em experiências e partilha (de conhecimentos técnico científicos e de vivências profissionais). Nestes primeiros 3 dias de estágio tive oportunidade de conhecer a estrutura física do serviço, alguns dos elementos que constituem a equipa pluridisciplinar, aperceber-me das dinâmicas do serviço e prestar cuidados de enfermagem de reabilitação. Desta forma, o primeiro utente a quem tive oportunidade de prestar cuidados tratava-se de um senhor com uma artrite séptica do joelho que durante o internamento hospitalar convencional tinha ficado acamado com um índice de dependência bastante elevado, neste contexto foi transferido para a UHD e submetido a um programa de reabilitação motora, quando o visitei pude constatar que já tinha adquirido marcha com apoio, sendo que faziam parte dos objetivos dos EEER que ele deambulasse sem apoio de canadianas, nos dias que se seguiram tive oportunidade de fazer treino de marcha sem apoio e treino de equilíbrio com o Sr. F.

O que penso e como me sinto... sinto-me uma privilegiada por ter tido oportunidade de efetuar o ensino clínico nesta unidade prestigiada e pioneira neste tipo de internamento, o enfermeiro orientador transmitiu-me uma confiança muito positiva pelos vastos conhecimentos técnico-científicos que possui. No entanto é uma área desconhecida (cuidar do utente em âmbito de HD) na minha prática onde espero francamente atingir os melhores resultados no meu desenvolvimento de competências, como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

A prestação de cuidados de reabilitação ao Sr. F. foi bastante positiva, a colaboração e empatia que desenvolvemos nesta relação terapêutica foi uma mais-valia no processo.

O que correu bem nesta experiência... a forma como fui acolhida na equipa foi extremamente positiva, assim como a forma como fui acolhida pelos utentes nas suas casas (receava um pouco esta recetividade), de facto os utentes mostraram muita recetividade e adesão aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Destacando o Sr. F. que para além de ter uma excelente recetividade ao treino de marcha, demonstrava igual recetividade às instruções dadas para que pudesse realizar o seu treino de forma independente.

O que correu menos bem... foi sem dúvida a ansiedade da minha parte perante este novo desafio, que se traduz no receio de poder não estar à altura daquilo que é esperado de mim... são as minhas expectativas pessoais e o desejo que corra tudo bem...

Analisando... a integração à equipa irá desenvolver-se durante as próximas semanas, a gestão das minhas emoções e sentimentos pessoais devem ser feitas de forma a não interferir no meu desempenho, a busca de conhecimento teórico para sustentar as competências técnico científicas a que me proponho atingir serão uma das prioridades ...

Concluindo, é minha intenção desenvolver competências como enfermeira especialista de reabilitação neste contexto clínico, que de facto se apresenta como uma mais-valia, quer pela recetividade da equipa, quer pela recetividade dos utentes aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Tive igualmente oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a um utente portador de pneumonia e um outro utente portador de infeção respiratória (DPOC agudizada) ... deste modo reflete-se a riqueza e diversidade do contexto onde me encontro inserida, bem como o desafio que se alvora saindo da área convencional da prestação de cuidados (hospitalar) para o foco dos cuidados centrados na pessoa (na sua própria casa).

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce.”

Fernando Pessoa

JORNAL DE APRENDIZAGEM Nº2

O que aconteceu...

“Vocês fazem um trabalho muito sério parecer uma brincadeira, de forma muito competente”

J.B.A.

Foi assim que presenteou o nosso dia, numa das visitas domiciliárias no âmbito da Unidade de Hospitalização Domiciliária um dos utentes a quem tenho tido oportunidade de prestar cuidados de reabilitação. Trata-se de um senhor de 91 anos com um internamento hospitalar convencional com a duração de 3 meses por situação de prostatite. Durante o internamento desenvolveu um estado confusional com períodos de agitação psicomotora que o acometeram ao leito, tendo sido imobilizado para sua proteção. A esposa descreve que o durante o internamento manteve-se no leito imobilizado pelos episódios de agitação psicomotora, tendo-se verificado declínio funcional, o utente encontrava-se dependente no autocuidado andar e transferir-se. Perante esta situação, a esposa do Sr. J. B. A. Procurou outras situações que permitissem ao utente dar continuidade ao tratamento instituído no seu próprio domicílio, tendo tido conhecimento da Unidade de Hospitalização Domiciliária e solicitada transferência do utente para esta Unidade. Enquanto estagiária do ensino clínico da especialização em Enfermagem de Reabilitação nesta UHD, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação ao Sr. J. B. A. O planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação teve como objetivo que o utente adquirisse novamente a marcha com o auxílio de dispositivos de apoio de marcha (andarrilho) que já utilizaria antes do internamento hospitalar.

As primeiras sessões de reabilitação no utente foram essencialmente diagnósticas e simultaneamente de estabelecimento de relação terapêutica, na medida em que o Sr. J. B.A. apresenta muito receio de quedas e adota uma postura defensiva quando pretendia executar a técnica do levante e da transferência para a cadeira. Foi necessário criar uma relação terapêutica e de confiança com o utente e com a sua esposa para que estes exercícios pudessem ser efetuados superando o medo do utente. De modo que, a frase supracitada é a demonstração de ter conseguido superar o medo que o impedia de colaborar nas atividades desenvolvidas. É também a demonstração que o EEER necessita de estratégias

adaptativas e de resolução de problemas que lhe permitam “ chegar” até aos seus utentes atingindo de forma positiva os seus objetivos no planeamento dos cuidados.

O que penso e como me sinto...

Ter a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação nas suas mais diversas áreas é uma mais-valia para o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista de reabilitação. Neste caso concreto, para além de desenvolver as competências específicas do EEER, é deveras importante para o utente criar um ambiente seguro e terapêutica, competência comum aos enfermeiros especialistas, (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Numa primeira abordagem para conseguir que o utente sentisse confiança nos cuidados prestados foi necessária, alguma adaptação, contudo com a experiência ampla do Sr. Enfermeiro [REDACTED], a prestação de cuidados de ER desenvolveu-se de forma consistente e adaptativa, de acordo com as reais necessidades do Sr. A. F. sendo possível progredir com resultados positivos na implementação do planeamento dos cuidados.

O que correu bem nesta experiência ...

Os resultados conseguidos com a implementação do plano de reabilitação ao Sr. J. B.A., o modo como abordámos o utente e conseguimos que este execute as atividades por nós propostas, encontrando-se neste momento a realizar treino de marcha com apoio, à semelhança do que já acontecia previamente ao internamento, quando se deslocava com andarilho.

O utente e a sua esposa são muito gratos à equipa da UHD, sendo que a satisfação dos utentes é um dos melhores indicadores de avaliação dos cuidados prestados, uma vez que abordagem de cuidados deverá sempre ser centrada no utente e sua família indo de encontro às suas necessidades (reais!).

O que correu menos bem nesta experiência ...

Ao prestar cuidados como enfermeira especialista de reabilitação em contexto domiciliário há que ter em conta os mais variadíssimos contextos e adequar a prática dos cuidados especializados de reabilitação, procurando que estes sejam o mais adaptados possíveis à pessoa e sua família, nestes moldes percorro os meus primeiros passos, sendo que aliada ao conhecimento técnico científico há todo um

manancial de experiências que me esperam no decorrer dos ensinamentos clínicos e futuramente como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Como refere muitas vezes o Sr. Enfermeiro orientador: “ *É fácil substituir totalmente a pessoa no autocuidado afetado (exemplo: da pessoa que não quer comer e é entubada nasogastricamente para a alimentarmos) o difícil é convencermos a pessoa a superar-se no seu autocuidado (com o mesmo exemplo: a pessoa que não quer comer e que o EEER a convence de todos os benefícios que essa atividade tem para si) convencendo-a a alimentar-se de forma independente).*”

Analisando...

O estado confusional é atualmente uma identidade descrita como “delirium” afetando cerca de 50% com internamento hospitalar, é fator precipitante de aumento do tempo de internamento e um indicador de mau prognóstico. Caracteriza-se por uma síndrome neuropsiquiátrica aguda específica, definida como uma perturbação transitória da atenção e cognição, de início súbito e curso flutuante, com evidência de uma causa subjacente. As potenciais complicações associadas ao *delirium* incluem: diminuição da colaboração, tendência de fuga associando-se a quedas e lesões, imobilidade, úlceras de pressão, incontinência urinária, aumento do tempo de internamento (aumento médio de oito dias) e do número de admissões hospitalares, défice cognitivo temporário ou declínio cognitivo permanente, demência, declínio funcional, entre outros, de acordo com Sousa, (2015).

Por outro lado, o declínio funcional é resultante não só de uma deficiência orgânica, mas da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, à limitação de suas atividades, à restrição da participação social e aos fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho nas AVD, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores do estado funcional. Nesta sequência, as hospitalizações podem resultar em repercussões na capacidade funcional e em mudanças na qualidade de vida, muitas vezes de forma irreversível, descritos por Cunha et. al (2009).

Nesta breve abordagem teórica, temos que o declínio funcional e o delirium aparecem como termos associados, na medida em que, o delirium poderá ter como consequência o declínio funcional. Importa referir que um dos denominadores comuns a ambos é a hospitalização (do idoso) em contexto institucional. O internamento domiciliário, entre outras vantagens traduz-se numa solução viável

para evitar estes acontecimentos, tal como pudemos analisar no caso supracitado, o utente voltou a casa, recuperou gradualmente a sua funcionalidade e recuperou do seu estado confusional. Pelo facto desta experiencia ser pioneira, alguns dos indicadores/ factores a contemplar ainda não se encontram devidamente documentados, no entanto a experiencia empírica permitiu-nos constatar que de facto, a Hospitalização domiciliária poderá ser uma mais valia para os utentes idosos prevenindo os estados de delirium, bem como o declínio funcional inerente à hospitalização convencional.

O enfermeiro especialista em ER para ter sucesso na sua prestação de cuidados depende dos seus maiores aliados: o utente e sua família e isso constitui em si um dos maiores desafios que encontramos no nosso quotidiano, na medida em que as pessoas para aderirem ao planeamento dos cuidados têm que se sentir envolvidas e parte integrante desse mesmo planeamento, devem ser “ouvidas” na definição dos objetivos e na consecução dos mesmos, tal como está previsto no regulamento das competências específicas do EEER, este concebe, monitoriza e implementa planos de enfermagem de reabilitação diferenciados baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, (Ordem dos enfermeiros, 2019b).

Em jeito de conclusão, a experiência documentada traduziu-se numa mais-valia na medida em que o utente atualmente colabora e executa nas atividades de ER que lhe são pedidas e o desafio inicial de conseguir reabilitar o Sr. J. B.A. foi bem-sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (JORNAL DE APRENDIZAGEM, Nº2)

Cunha, F., Cintra, M., Cunha, L., Couto, E., Giacomini, K., (2009) Factores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (475- 487);

Sousa, C. (2015). Delirium no idoso. Dissertação de Mestrado. Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.

JORNAL DE APRENDIZAGEM Nº 3

O que aconteceu...

Ao longo do ensino clínico apercebi-me que a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da UHD se desenrola nos mais variados cenários contrariando o ambiente hospitalar que podemos sumariamente descrever como um ambiente mais controlado.

A equipa multidisciplinar, no caso concreto, a equipa de enfermagem pela sua larga experiência de prestação de cuidados em contexto de Hospitalização Domiciliária contorna os mais variadíssimos aspetos que poderiam constituir limitações à prática. Passando para exemplos concretos, se o utente necessita de realizar determinadas técnicas respiratórias tais como abertura costal com bastão, o Sr. Enfermeiro Especialista Orientador solicita à família um cabo de vassoura, ou mesmo de uma pá e depois de lhe retirar as extremidades são transformadas num bastão adaptado, técnicas respiratórias estas bastante desenvolvidas por nós no desenrolar do estágio. Relembrando um outro exemplo na prática dos exercícios de resistência que pressupõe a incrementação de carga, se forem referentes aos membros superiores é pedido aos utentes que o façam com garrafas de água cheias (pela questão da estabilidade) de 0,5L, 1L, 1,5L respetivamente. Quando se trata de introduzir resistências a nível abdominal, ou torácico é pedido aos utentes que com as embalagens (cheias) do sal ou do açúcar, as coloquem ao nível abdominal e costal de forma a obtermos efeito semelhante aos pesos utilizados em ambiente hospitalar ou nos ginásios destinados à Reabilitação Funcional Respiratória. Uma outra adaptação que tive oportunidade de realizar num exercício com um utente portador de DPOC, o Sr. Enfermeiro [REDACTED] solicitou à família uma garrafa de água de 1,5L com cerca de 2/3 de volume tendo introduzido uma sonda de aspiração que adaptou por forma a transformá-la numa tubuladura (conceito de palhinha mais comprida) para que pudéssemos treinar com o utente as técnicas de expiração, no âmbito do planeamento de cuidados a este utente em episódio de exacerbação da sua DPOC.

Ainda exemplificando a adaptação dos cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto de UHD, temos exemplo de um utente com espondilodiscite de L4- L5, utente a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação que de forma a facilitar as atividades de transferência para a posição de sentado,

bem como o rolar na cama de forma a adaptar autonomamente o colete de Jewett foi-lhe solicitado que adaptasse na cama (nas barras laterais do estrado) dois cintos de couro que o Sr. F. possuía e que funcionavam como alavancas e suporte para estas atividades, ao invés de solicitar ao utente que adquirisse outras adaptações e evitando o investimento avultado (e desnecessário) numa cama articulada.

Para terminar a descrição da situação gostaria de relatar também uma das adaptações utilizadas num utente que já tinha descrito no jornal de aprendizagem anterior com declínio funcional após internamento prolongado em que o objetivo principal para o utente seria aquisição da marcha com apoio (à semelhança do que acontecia previamente ao internamento) e nesta situação por forma a realizar exercícios de adução e abdução dos membros inferiores o Sr. Enfermeiro [REDACTED] transformou uma luva num balão para que o utente conseguisse visualizar o modo correto de realizar o exercício e treinasse de forma adequada o que pretendíamos com a realização do exercício.

O que penso e como me sinto...

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família assume as mais variadas áreas de atuação quer ao nível dos focos de enfermagem propriamente ditos nos diagnósticos de enfermagem e sobre as quais vamos incidir o nosso planeamento de cuidados, quer ao nível da diversidade de contextos sociofamiliares e económicos sobre os quais assenta o cenário da prestação de cuidados do EEER no âmbito da hospitalização domiciliária. A adaptação a estas realidades e a fuga à realidade hospitalar convencional consiste para mim num enorme desafio ao qual pretendo cada vez mais adaptar-me superando as minhas expectativas, as do Sr. Enfermeiro orientador enquanto mentor e avaliador da minha prestação, bem como do Sr. Professor Joaquim Paulo, docente orientador nos ensinos clínicos (unidade Curricular estágio com relatório).

Mais uma vez o sentimento de gratidão emerge destas experiências tão ricas e variadas que o ensino clínico na UHD me possibilita vivenciar, pelo que a multivariabilidade de situações com que me deparo às quais tenho possibilidade de desenvolver competências como vindoura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

O que correu bem nesta experiência... pelo descrito anteriormente a minha capacidade de adaptação enquanto estudante de mestrado da especialidade em enfermagem de reabilitação foi de uma enorme preponderância para que a adaptação aos mais variados contextos fosse bem-sucedida. Aprender com o Sr. Enfermeiro Orientador a dar respostas válidas e concretas às necessidades dos utentes de acordo com aquela que é a realidade desses utentes, atendendo a cada situação de forma particular e individualizando a prestação de cuidados de ER. Destaco igualmente como ponto bastante positivo a capacidade de aliarmos à nossa prática profissional, as nossas competências teóricas científicas, mas também como enfermeiros que somos, a nossa vertente humana, emocional e de empatia para com as mais variadas situações com que nos deparamos.

“Sinto e penso logo existo”, A. Damásio

O que correu menos bem nesta experiência...

Se por um lado a minha capacidade de adaptação e a minha vontade de autossuperação no desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, por outro lado todos os processos de adaptação e todas as realidades novas trazem consigo dúvidas e receios que com ajuda do Sr. Enfermeiro orientador foram passíveis de serem superadas, transformando desta forma os desafios e as barreiras em aprendizagem e superação.

Analisando... A unidade de hospitalização Domiciliária do Hospital [REDACTED] cobre uma área geográfica importante compreendendo o concelho de [REDACTED] sendo delimitado pelos concelhos [REDACTED]. A vastidão geográfica que caracteriza a amostra populacional do [REDACTED] traduz-se na diversidade de situações com que nos deparamos na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A estratificação social e económica é uma realidade com que o EEER se depara e que apresenta uma evidência major neste contexto, uma vez que ao entrar dentro da casa da pessoa tomamos contacto de uma forma muito próxima com a realidade e o contexto social, familiar e económico da pessoa, e este contato é efetuado de forma

mais íntima nesta inovadora concepção de cuidados quando comparado com o internamento hospitalar convencional.

A heterogeneidade de situações socioeconómicas que espelha esta população reflete vários indicadores entre eles a equidade do acesso aos cuidados de saúde, a acessibilidade aos mesmos incluídos no conceito central de Universalidade, tais conceitos abordados na Unidade Curricular de Enfermagem e Políticas de Saúde do curso de mestrado de especialização em Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, o EEER deve adequar a sua prática de cuidados à realidade social e familiar e económica da pessoa e sua família tendo por base os conceitos supracitados de universalidade, equidade e igualdade no acesso aos cuidados de saúde.

De acordo com o relatório primavera do observatório português dos sistemas de saúde que aborda os conceitos supracitados focando-se no conceito de universalidade considera que este tem como “objetivo garantir que todos os membros da população e suas comunidades tenham acesso de aos serviços de saúde preventiva, curativa de reabilitação e paliativa, com efetiva qualidade de sem serem expostos a dificuldades financeiras”, (OPSS, 2019).

Para o observatório, as questões relacionadas com o fardo financeiro associada à prática de cuidados de saúde são de extrema importância, aniquilar esse fardo manifesta-se numa prática de cuidados de saúde equitativa, onde toda a população pode usufruir de cuidados de saúde independentemente das suas limitações financeiras. Assim relembrando o início do jornal de aprendizagem, sempre que a equipa de enfermagem, ou neste caso específico o Sr. Enfermeiro orientador na UHD transfere os gastos desnecessários na aquisição dos mais variados equipamentos para a utilização de objetos comuns, substituindo a aquisição de pesos por garrafas de água, pacotes de sal e açúcar, bastões por cabos de vassoura ou de pás adaptados, camas articuladas por adaptações como cintos de couro, práticas estas aparentemente simples, mas que se traduzem na expressão maior de possibilitar a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação em populações socialmente desfavorecidas (a heterogeneidade socioeconómica supracitada), garantindo a todos os elementos da população e da comunidade o acesso à reabilitação sem “serem expostos a dificuldades financeiras” (OPSS, 2019).

Concluindo...

O enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação nas competências que lhe estão previstas nomeadamente (J1) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, **em todos os contextos da prática de cuidados** (indo de encontro ao supramencionado), no seu enunciado descritivo, identifica as **necessidades de intervenção especializada** no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária, (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim no desenvolvimento desta competência tive oportunidade de conceber implementar e avaliar os planos de cuidados de ER e **programas especializados** adaptando da forma anteriormente descrita, no que **concerne aos materiais utilizados** e reajustando **sempre em função da pessoa e sua família** que privilegiam bastante com o uso de tais estratégias na utilização dos recursos disponíveis, possibilitando o acesso à reabilitação e menorizando as dificuldades financeiras que poderiam sentir na aquisição de material para a prática dos cuidados de enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (JORNAL DE APRENDIZAGEM Nº3)

- Observatório Nacional dos Sistemas de Saúde (2019). Relatório Primavera 2019. OPSS. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf>. Acedido em: 30 de novembro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.

JORNAL DE APRENDIZAGEM Nº4

O que aconteceu...

No dia 25 de novembro de 2019 deu-se início o ensino clínico na Unidade de Cuidados na Comunidade no âmbito do 10º curso de mestrado na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, integrado na unidade curricular: Estágio com Relatório, cujo principal objetivo passa pelo desenvolvimento das competências atribuídas ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

O que penso e como me sinto...

Na minha experiência profissional que teve início em Agosto de 2006 como enfermeira generalista fiz um percurso de desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, ligado ao ambiente hospitalar, mais especificamente numa Unidade de Cuidados Intensivos. A oportunidade que me foi dada de desenvolver competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação no âmbito dos cuidados na comunidade constitui para mim uma mais-valia e simultaneamente um desafio.

O que correu bem nesta experiência...

Se por um lado, no estágio anterior que teve lugar numa Unidade de Hospitalização Domiciliária já tinha surgido a oportunidade de cuidar dos utentes nas suas casas, por outro lado os cuidados não deixavam de ser do âmbito hospitalar e os próprios utentes apresentavam por isso mesmo características diferentes. Neste contexto a ER, no âmbito da UCC apresenta outro tipo de desafios, cuidar da pessoa inserida na comunidade quando a experiência hospitalar curativa já cessou, quando os défices associados à patologia inicial já estão instalados, quando é necessário reinserir estes utentes de volta ao seu contexto social, familiar e comunitário.

A Sra. enfermeira [REDACTED], especialista em enfermagem de reabilitação será a minha orientadora neste campo de estágio, na entrevista inicial ao campo de estágio foi possível a nossa apresentação inicial, desde cedo deu para perceber a sua experiência como EEER bem como as competências nesta área de cuidados,

pelo que se torna um privilégio para mim como estudante poder usufruir da sua orientação e acompanhamento nesta jornada de desenvolvimento de competências.

O que correu menos bem nesta experiência...

Por se tratar de uma realidade tão específica e no qual dou os primeiros passos torna-se importante perceber em termos organizacionais, bem como as dinâmicas das equipas da comunidade as quais sem a respetiva pesquisa e documentação não será possível. Por este motivo, passo a descrever e enquadrar as dinâmicas organizacionais da equipa de cuidados na comunidade onde tenho oportunidade de desenvolver o ensino clínico.

Analisando...

A UCC do [REDACTED] integra num Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) [REDACTED]-[REDACTED] que se constitui por Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiares (USF) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Na constituição da UCC, temos as ECCI.

O modelo conceptual das ECCI encontra-se alicerçado na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, de maneira a que “esta recupere as funcionalidades afetadas pela situação de saúde baseando-se na continuidade de cuidados sem hiatos, articulando os diferentes níveis de cuidados. Identifica-se numa abordagem centrada na pessoa, operacionalizada através de um plano de intervenção, documentado e fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar.”, (ACSS, 2007).

De acordo com o documento supracitado, a missão destas equipas passa por contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados no âmbito domiciliário e comunitário, especificamente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco de dependência física e funcional ou doença. Atua ainda na educação para a saúde e na integração de redes de apoio à comunidade na implementação de unidades móveis de intervenção.

O espaço físico da UCC encontra-se num edifício onde se encontram também em funcionamento duas USF, no rés-do-chão, numa zona não acessível ao público. Tem 6 salas divididas pelas especialidades da equipa de enfermagem. A equipa é

composta por um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, um enfermeiro especialista em saúde comunitária, dois especialistas de saúde materna e obstétrica, um elemento especialista em saúde infantil e dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Conta ainda com o apoio de 3 assistentes operacionais, dois dos quais exercem simultaneamente a função de motoristas. Existe ainda uma fisioterapeuta na equipa, que de acordo com a organização da ECCI apenas se ocupam da reabilitação pessoas em situação de fratura osteoarticular que não necessitem de cuidados de enfermagem. O enfermeiro de reabilitação desempenha o papel de Enfermeiro Gestor de Caso, desempenhando neste contexto um papel de extrema importância pois é responsável pela admissão dos utentes inseridos na rede nacional de cuidados continuados integrados, todo o seu acompanhamento enquanto necessitam de cuidados de enfermagem e a respetiva alta ou encaminhamento para as unidades de rede. As unidades de rede variam quanto à sua tipologia (Unidades de alta, média e curta duração) e são referenciados os utentes de acordo com as suas necessidades de cuidados de enfermagem, dependência nas AVD, sobrecarga do cuidador (Unidades de descanso do cuidador) ou ainda Unidades de cuidados paliativos que se especializam neste tipo de cuidados específicos para dar resposta às necessidades de cuidados paliativos dos utentes inseridos na rede nacional de cuidados integrados na comunidade.

A ECCI funciona em dias úteis, constituindo-se dois turnos: 8h30 às 15h30 e 11h00 às 18h00, sendo possível prestar cuidados de ER a quatro/cinco pessoas com necessidade de cuidados de reabilitação por dia. Esta dotação referente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados por EEER encontra-se devidamente definida pela Ordem dos enfermeiros com base nas dotações seguras definidas pela OCDE.

O número total de doentes a cargo da ECCI corresponde a 45 doentes, com um número médio de lotação de aproximadamente de 30 doentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. A referenciação destes doentes pode ser efetuada através do hospital [REDACTED] que corresponde à área geográfica da UCC, das respetivas USF ou ainda de outros hospitais (se o doente pertencer à área de residência da UCC).

O tempo médio de prestação de cuidados a estas pessoas varia, sendo de aproximadamente 3 meses. A alta dos doentes é dada através da avaliação dos objetivos estabelecidos, implicando que estes sejam atingidos. Sempre que os

objetivos não são atingidos o plano de cuidados é reajustado, adaptado às necessidades da pessoa.

À semelhança da realidade nacional os utentes são maioritariamente pessoas idosas, sendo que a média de idades se encontra nos 70 anos. O rácio de doentes por enfermeiro é estabelecido de acordo com o número de doentes que necessitar de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo que serão divididos pelos dois enfermeiros de reabilitação que compõe a equipa da UCC. Nesta fase, a Sr^a enfermeira [REDACTED] é a única enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação no ativo, uma vez que a colega se encontra ausente por motivos de licença de parentalidade.

Em termos de referenciação, os utentes pertencentes às respetivas USF ainda que temporariamente necessitem de cuidados de ER, voltam à sua origem (USF) garantindo que o médico de família assegure a articulação com a comunidade. Após a alta hospitalar dos doentes referenciados à ECCI é realizada uma visita domiciliária de avaliação até às 72 horas que idealmente deveria ser realizada em conjunto com médico de família, enfermeiro da ECCI, enfermeiro de família e assistente social, na presença de um cuidador efetivo.

O plano de reabilitação é estabelecido de acordo com a avaliação do estado funcional do doente, através da utilização de escalas como a Medida de Independência Funcional (MIF), Índice de Barthel e avaliação do equilíbrio corporal. São posteriormente estabelecidos objetivos que serão reavaliados mensalmente e reajustados de acordo com a evolução do doente.

Concluindo...

Entender a dinâmica do serviço onde me encontro inserida começou por ser primordial para uma adequada integração, objetivo este que consta dos objetivos definidos no projeto que me propus desenvolver. Nesse sentido, analisar a dinâmica organizacional e a forma como o encaminhamento, referenciação e acompanhamento dos utentes é efetuado desde a sua admissão à alta é de extrema importância para que o meu desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação se possa desenvolver em pleno e devidamente integrada na equipa que acolhe este ensino clínico inserido no 10º Curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação.

Bibliografia

ACSS (2007), A EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
Orientações para a sua constituição nos centros de saúde, acedido em:
<http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>

JORNAL DE APRENDIZAGEM Nº5

O que aconteceu...

Ao longo do ensino clínico na UCC fui-me deparando com as mais diversas realidades, tal como já tinha dito em reflexão anterior, a realidade de prestação de cuidados de enfermagem no contexto comunitário constitui um desafio e simultaneamente uma oportunidade de desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

A minha carreira de enfermeira generalista foi desenrolada no âmbito hospitalar e sobretudo ligada aos cuidados intensivos, onde a perspetiva do cuidar assume dimensões de caráter curativo, apenas excecionalmente nos deparamos com situações paliativas ou em fim de linha com situações de limitações terapêuticas em utentes cujos cuidados de saúde curativos nada mais têm para oferecer. Terá sido esta a efetiva realidade onde desenvolvi competências como enfermeira de cuidados gerais. Contudo nesta oportuna e contextualizada experiência nos cuidados de saúde comunitários deparo-me com algumas situações, entre os utentes que me são atribuídos e de um modo geral, os utentes que se encontram internados na ECCI, situações estas designadas genericamente de paliativas.

Particularizando a experiência vivida, o utente que nos foi atribuído o Sr. S. tem como diagnóstico clínico uma neoplasia da cabeça/ pescoço, tratando-se de uma lesão estenosante com compromisso da via aérea, motivo pelo qual foi traqueotomizado, estando descrito em diário clínico que a evolução tumoral progrediu e que o prognóstico do utente está reduzido a dias/ semanas. O utente em questão foi encaminhado para enfermagem de reabilitação, numa primeira fase da doença para cuidados de cinesiterapia respiratória dada a sua patologia de base com compromisso da via aérea/ risco aumentado de infeção respiratória, onde a Sr.^a enfermeira orientadora [REDACTED] terá intervindo, ficando como elemento de referência deste utente e família.

Na fase em que se encontra o utente os cuidados de saúde curativos já se extinguíram, tendo sido o utente encaminhado para equipa de cuidados paliativos do seu hospital de referência e simultaneamente numa abordagem pluridisciplinar o utente mantém-se acompanhado pela equipa de ECCI que integro, em contexto de

ensino clínico. A família do utente por ter a referência de enfermagem de reabilitação da Sr.^a enfermeira especialista orientadora, com quem estabeleceu laços de empatia e confiança voltou a solicitar cuidados de enfermagem de reabilitação. Desta forma, como aluna de enfermagem de reabilitação foi-me proposto pela Sr.^a enfermeira [REDACTED], a prestação de cuidados a este utente.

O que penso e como me sinto...

Esta nova contemplação de cuidar o utente em contexto paliativo, como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação exigiu de mim um redimensionamento da visão dos cuidados de enfermagem e até mesmo de mim, como a enfermeira (pessoa) que cuida do outro, também eu consciente da minha finitude, das minhas limitações pessoais, mas da forma profissional como essas limitações pessoais devem (ou não) ser transpostas para os cuidados de enfermagem de reabilitação, com objetivos muito concretos de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como de melhorar a qualidade de vida do utente (e sua família) em fim de vida.

O que correu bem nesta experiência...

Esta experiência de prestação de cuidados no âmbito paliativo foi deveras gratificante. A família, nomeadamente a principal cuidadora do Sr. S., sua esposa inicialmente apresentava uma postura defensiva em relação aos cuidados prestados e sobretudo à comunicação de emoções, acabando por se criar um ambiente terapêutico que proporcionou à esposa do utente um incentivo à comunicação de emoções, manifestando de forma mais espontânea a sua tristeza perante a condição de saúde do marido. No que diz respeito aos (restantes) cuidados de enfermagem de reabilitação, têm sido efetuadas sessões de reeducação funcional respiratória, adaptadas às limitações do utente com ênfase nas técnicas de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, abertura costal global recorrendo à musicoterapia*, otimizando o ambiente físico e promovendo um ambiente seguro e terapêutico com os objetivos de controlo dos sintomas, conforto e alívio da dor, uma vez que todas estas intervenções de enfermagem de reabilitação concorrem igualmente para algumas das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, fulcrais em utentes portadores de neoplasia.

O que correu menos bem nesta experiência...

A bagagem que trazemos connosco no que concerne ao manancial de competências pessoais, profissionais teórico científicas e ao contexto onde as desenvolvemos na profissão e disciplina de enfermagem dita a forma como encaramos o cuidar em enfermagem, deste modo, o ter vivenciado maioritariamente o cuidar em enfermagem num modelo com matrizes curativas exigiu de mim um redimensionamento pessoal e profissional, no teor do ensino clínico com que me deparei, em desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Assim sendo, nas mais diversas realidades com que me deparo nos ensinos clínicos esta flexibilidade é naturalmente exigida, o que na gíria designamos como “sair da nossa zona de conforto”.

Analisando...

Os cuidados paliativos são designados como “ *cuidados ativos, coordenados e globais prestados (...), em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento (...).*”, (Diário da Republica, 2012, p. 5119).

A enfermagem de reabilitação surge no âmbito dos cuidados paliativos como essencial, permitindo uma melhoria da funcionalidade do utente, dentro das suas limitações previamente avaliadas e perante os objetivos de enfermagem de reabilitação previamente delineados. A procura da melhor funcionalidade e melhor conforto possível, por maior que seja a incapacidade que possa deter, ou mesmo por menor tempo de vida que apresente são identificados por Costa e Othero, (2014) e corroborados por Ribeiro, (2017) como objetivos fundamentais no planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto paliativo de prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Deste modo, no meu percurso de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação esta é uma das áreas em que me proponho desenvolver competências, atendendo ao facto de que o utente e família em questão se mostraram bastante colaboradores nos cuidados prestados, alinhando-se com os objetivos estabelecidos pela Sr.^a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, minha orientadora e cuja experiência nesta área de

cuidados é preponderante e facilitadora para o meu desenvolvimento de competências, nesta área tão sensível aos cuidados de enfermagem.

O conforto e alívio dos sintomas são bastante sensíveis aos cuidados de enfermagem e isso é visível em cada visita domiciliária concretizada ao utente e sua família, uma vez que no imediato as intervenções de enfermagem de reabilitação surtem efeito, avaliando as intervenções obtemos resultados de relaxamento do utente, facilidade de comunicação de emoções por parte da esposa, otimização das técnicas respiratórias que permitem o alívio dos sintomas de dificuldade respiratória, entre outros resultados sensíveis às intervenções de enfermagem de reabilitação.

Recordando as premissas iniciais que visam o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista em de enfermagem de reabilitação, encontra-se previsto no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que o mesmo deverá cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Destaco neste encadeamento o conceito de *“ao longo do ciclo de vida, neste contexto paliativo de prestação de cuidados que descrevo, bem como o conceito subjacente “em todos os contextos da prática de cuidados”, reforçando a diversidade e a necessidade de adaptação que o EEER deve ter na sua prática de cuidados no quotidiano.*

Concluindo...

Destaco a oportunidade que tive em vivenciar os mais variados contextos que concorrem com os objetivos de estágio, mas também com contextos mais variados e que me permitem desenvolver competências teórico científicas baseadas nas evidências mais recentes que salientam a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito dos cuidados paliativos, (Ribeiro, 2017). Esta visão alargada e integrada dos cuidados de enfermagem de reabilitação resulta na melhoria do bem-estar do utente e família, proporcionando conforto e qualidade nesta fase do ciclo de vida em que se encontram, sendo esta a primazia dos cuidados de enfermagem de reabilitação com enfoque nas pessoas e nos seus acontecimentos de vida. *“ As coisas vulgares que há na vida não deixam saudades (...) há gente que fica na história, na história da gente (...) Há dias que marcam a alma e a vida da gente ...”,* *(Letra e Música de Jorge Fernando, em contexto da musicoterapia introduzida na prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação, como a musica preferida do Sr. S.)

Referências Bibliográficas

Diário da República (2012), Lei de bases dos cuidados paliativos. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012-%E2%80%93-Assembleia-da-Rep%C3%BAblica-%E2%80%93-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acedido em: 1 de fevereiro de 2020

Costa, A., Othero, M. (2014). Reabilitação em cuidados paliativos. Lusodidacta: Loures.

Ribeiro, C. D., (2017). Necessidades da pessoa em situação paliativa: perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. (Dissertação de Mestrado).

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.

**APÊNDICE VI- INSTRUMENTO DE REGISTO PARA PROGRAMA
EXERCÍCIOS NO ÂMBITO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA**

Registos de Enfermagem no Programa de Reabilitação Cardíaca

Classificação da New York Heart Association para a Insuficiência Cardíaca

Classificação NYHA Classificação da New York Heart Association para a Insuficiência Cardíaca	
Classe I	Ausência de sintomas, tolera atividade física normal
Classe II	Confortável em repouso; atividade física normal provoca sintomas
Classe III	Confortável em repouso, atividade física menos que normal provoca sintomas
Classe IV	Pode haver sintomas em repouso; sintomas com qualquer atividade física

Estádio	Designação
I	- Relaxamento (Exercícios respiratórios-RAD, DTR) - Flexão/Extensão da anca, joelho, antebraço e ombro: 2 séries de 5 a 10 repetições - Ponte: 2 séries de 5 a 10 repetições - Abertura costal global com bastão: 2 series de 5 a 10 repetições
II	5 a 10 minutos de cicloergómetro
III	5 a 10min de marcha
IV	10 a 15 min de marcha
V	10 a 15 min de marcha e 5 min em escadas

Estádios do programa ERC

(Programa adaptado de TD, Delgado, 2017)

Escala de Borg Modificada

Classificação da dispneia	
Nada	0
Muito, muito leve	0.5
Muito leve	1
Leve	2
Moderada	3
Um pouco severa	4
Muito severa	7
Muito, muito severa (quase máximo)	9
Máximo	10

Insuficiência cardíaca

Isêmica ☐ Alcoólica ☐ Idiopática ☐ Outra _____

Classe funcional: _____ Função Ventricular: _____

Último internamento: _____ Outro(s): _____

Fatores de Risco Cardiovasculares

Pro-BNP inicial _____ Pro-BNP final _____

☐ HTA ☐ DM ____ ☐ Dislipidemia ☐ Tabagismo ☐ Sedentarismo ☐ Stress ☐ Obesidade

Prática : ☐ Sim ☐ Não Frequência : _____ Tipologia : _____

Exercício Físico

Habitação, Acessibilidade e AVD

Percepção da importância do exercício: _____

Convivência: _____ Suporte familiar: _____

Escadas: ☐ Sim ☐ Não Quantidade: _____ Tipo de Habitação: _____

Outros: _____

Avaliação Inicial – programa ERC

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

Total: Dependência:

Registo durante o programa de ERC

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

		Tempo	TA Repouso	FC Repouso	FC Max	TA após	FC após	Borg	Voltas	Metros	Degraus

Data	Estádio	Tempo	TA Repouso	FC Repouso	FC Max	TA após	FC após	Borg	Voltas	Metros	Degraus

Data	Estádio	Tempo	TA Repouso	FC Repouso	FC Max	TA após	FC após	Borg	Voltas	Metros	Degraus

Avaliação Final – programa ERC

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

Total: _____ Dependência: _____

**APÊNDICE VII- INSTRUMENTO PARA REGISTO DE DADOS
SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO,
UCC**

INSTRUMENTO PARA REGISTO DE DADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO UCC (original em Excel®)

Instrumento de Colheita de dados de enfermagem de reabilitação UCC - Microsoft Excel

Base Inserir Esquema de Página Fórmulas Dados Rever Ver

Colar Calibri 12 A⁺ A⁻ Moldar Texto Geral Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Eliminar Formatar Soma Automática Preenchimento Limpar Ordenar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

Área de Transferência Tipo de Letra Alinhamento Número Estilos Células

I21 fx

	A	B	C	D	E	F
2						
3	Nome	Idade	Cuidador Informal	Cuidador Formal / Descrição do apoio	Idade do CI	Diagnóstico Clínico
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

Enfermagem de Reabilitação Pronto 100%

Instrumento de Colheita de dados de enfermagem de reabilitação UCC - Microsoft Excel

Base Inserir Esquema de Página Fórmulas Dados Rever Ver

Calibri 12 A A

Color

Área de Transferência

Tipo de Letra

Alinhamento

Moldar Texto

Unir e Centrar

Geral

Número

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Estilos

Inserir Eliminar Formatar

Células

Soma Automática

Preenchimento

Limpar

Edição

Ordenar e Filtrar

Localizar e Selecionar

I21

fx

	I	J	K	L	M	N	O
1	Indicadores na Admissão						
2	Autocuidados	Andar; Equilíbrio; Transferir-se; Posicionar-se	Ventilação; Expetorar; Limpeza das Vias aéreas		Espasticidade; Movimento Muscular		Deglutição
3	Barthel	Berg	London Chest Activity of Daily Living	Borg Modificada	Ashworth Modificada	Medical Research Council Muscle Scale	Guss
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							

Enfermagem de Reabilitação

Pronto

70%

Instrumento de Colheita de dados de enfermagem de reabilitação UCC - Microsoft Excel

Base Inserir Esquema de Página Fórmulas Dados Rever Ver

Colar Tipo de Letra Alinhamento Número Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Eliminar Formatar Soma Automática Preenchimento Limpar Ordenar e Filtrar Localizar e Selecionar

Q1 f Indicadores na Alta

	Q	R	S	T	U	V	W
1	Indicadores na Alta						
2	Focos de Enfermagem De Reabilitação	Intervenções De ER	Autocuidados	Andar; Equilíbrio; Transferir-se; Posicionar-se	Ventilação; Expetorar; Limpeza das Vias aéreas		
3	Dias de Internamento e ECCI	Nº de visitas efetivas	Barthel	Berg	London Chest Activity of Daily Living	Borg Modificada	Ashworth I
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							

Enfermagem de Reabilitação

Pronto Contar: 20 70%

Instrumento de Colheita de dados de enfermagem de reabilitação UCC - Microsoft Excel

Base Inserir Esquema de Página Fórmulas Dados Rever Ver

Colar Área de Transferência Tipo de Letra Alinhamento Número Estilos Células Edição

Albertus Extra E 28 Geral

Moldar Texto Unir e Centrar

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Eliminar Formatar

Soma Automática Preenchimento Limpar Ordenar e Filtrar Localizar e Selecionar

Q1 Indicadores na Alta

	U	V	W	X	Y	Z	AA
1	Indicadores na Alta						
2	Ventilação; Expetorar; Limpeza das Vias aéreas		Espasticidade; Movimento Muscular		Deglutição	Transição de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	
3	London Chest Activity of Daily Living	Borg Modificada	Ashworth Modificada	Medical Research Council Muscle Scale	Guss	Motivo Alta	Data da Alta
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							

Enfermagem de Reabilitação

Pronto Contar: 20 70%

APÊNDICE VIII- APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO, UHD

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA (E SUA FAMÍLIA) EM SITUAÇÃO DE PNEUMONIA

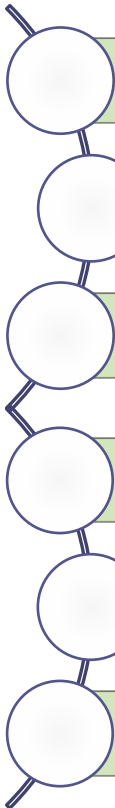
DOCENTE ORIENTADOR: PROFº DOUTOR JOAQUIM PAULO OLIVEIRA

ENFERMEIRO ORIENTADOR: [REDACTED]

DISCENTE: MARISA MONTEIRO (Nº 3109)

Lisboa , 11 de Novembro de 2019

SUMÁRIO



Colheita de Dados
Avaliação de Enfermagem de Reabilitação
Requisitos Universais de Autocuidado
Plano de Cuidados
Avaliação
Bibliografia

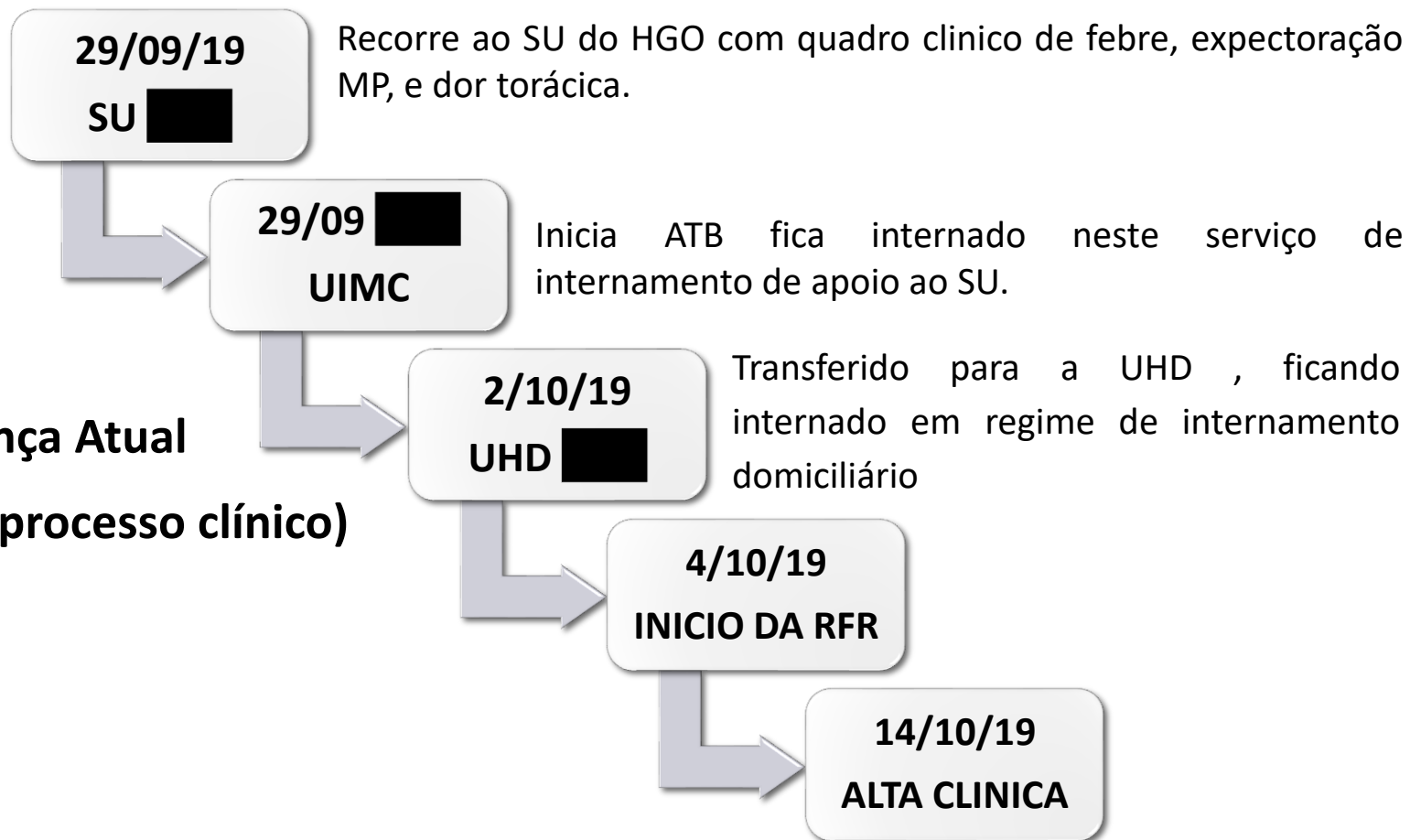
COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais

- ❖ Nome: A.F.
- ❖ Nacionalidade: Brasileira
- ❖ Idade: 49
- ❖ Género: Masculino
- ❖ Profissão: Estucador (montador de tetos)
- ❖ Etnia: Caucasiana
- ❖ Residência: [REDACTED]
- ❖ Naturalidade: Lisboa
- ❖ Estado Civil: Casado
- ❖ Habilitações Literárias: Curso médio equivalente ao 9º ano de escolaridade (Portugal)
- ❖ Condições Habitacionais: Vive numa habitação alugada, num apartamento no R/C, de construção de há cerca de 70 anos, sem elevador, subindo 1 lance de escadas com 3 degraus acede à sua habitação. É composta por 4 divisões sem degraus. Coabita com a esposa e 2 filhas menores.

COLHEITA DE DADOS

História da Doença Atual (informação do processo clínico)



COLHEITA DE DADOS

**Telerradiografia do
Tórax de 29/09/19**



COLHEITA DE DADOS

Descrição da telerradiografia do tórax de 29/09/19:

Correspondente ao nome e género, identificada a data da realização, bem como a sua orientação (direita/esquerda), centrada, com incidência postero-anterior, **penetração** da imagem **adequada**, sendo possível identificar as estruturas da caixa torácica. Observa-se o **tórax bem inspirado**.

Denota-se uma **hipotransparência do lobo inferior do pulmão esquerdo**, seios cardio-frénico relativamente bem definidos bilateralmente e **apagamento do seio costo-frénico à esquerda**.
Abaulamento da hemicúpula diafragmática esquerda.

COLHEITA DE DADOS

Tomografia axial Computorizada

Realiza TC tórax para exclusão de Derrame Pleural Esquerdo: "**Densificação heterogénea dos segmentos basais do LIE, com áreas de consolidação de distribuição preferencial peribrônquica, atribuível a broncopneumonia.** Sem imagens de cavitação nem derrame pleural acompanhante. Árvore traqueo-brônquica globalmente permeável. Não se observam valorizáveis adenomegalias mediastínico-hilares. (...)."

COLHEITA DE DADOS

Antecedentes Pessoais de Saúde

- ❖ Hábitos Aditivos: Nega
- ❖ Alergias: Desconhecidas
- ❖ alergias medicamentosas
- ❖ ALERGIA AO CAMARÃO
- ❖ Co Morbilidades: Desconhecidas
- ❖ Terapêutica Habitual: Não apresenta.
- ❖ Antecedentes Pessoais: Hérnia Umbilical; gonalgia Direita (desporto de moderado impacto).

COLHEITA DE DADOS

Exame Físico Sumário

Pele/Mucosas: Corada e Hidratada. Bom estado geral.

Peso/Altura/
IMC: 82Kg/ 1,80m/25,30.

Abdómen: Abdómen livre, Hérnia Umbilical. Ausência de Edemas ao nível dos membros Inferiores (MI).

Sinais vitais: TA - 98/60 mmHg ; FC - 88 bpm; Temp. - 39.4°C; FR - 21cpm; Sat. - 92%; Dor – $\frac{3}{4}$ (escala numérica de avaliação da dor)

COLHEITA DE DADOS

Hemoglobina (Hb)	143 g/L
VGM	87.8 fL
Plaquetas	206 10^9 /L
Leucócitos	18.2 * 10^9 /L
Neutrófilos	91.2 %
Glucose	129 mg/dL
Ureia	36 mg/dL
Creatinina	1.0 mg/dL
Sódio	133 mmol/L
Potássio	4.3 mmol/L
PCR	38.57 mg/dL

COLHEITA DE DADOS

Gasometria

Em ar ambiente (à entrada) com hipoxemia, pH: 7,466; pO₂: 68,9mmHg; pCO₂: 31,3 mmHg; Lactatos: 2,4

Auscultação cardiopulmonar

(descrita em diário clínico à entrada do **Presença de ferveores crepitantes localmente na ½ inferior do hemitórax esquerdo.** utente): Audíveis S1 e S2. Murmúrio Vesicular mantido.

Diagnóstico Clínico

Pneumonia lobar (Lobo inferior do Pulmão Esquerdo) adquirida na Comunidade (PAC- pneumonia adquirida na Comunidade)

Abordagem Terapêutica na Pessoa com Pneumonia

Farmacológica

- Antibioterapia e tratamento sintomático (ex: analgesia, antipiréticos, oxigenoterapia, BCD)

Não farmacológica

- Reabilitação Funcional Respiratória (Branco et al., 2012)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Índice de Barthel Modificado

Higiene Pessoal	5
Banho	5
Alimentação	10
Toilete	10
Subir escadas	10
Vestuário	10

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Índice de Barthel Modificado	
Controlo da bexiga	10
Controlo do Intestino	10
Deambulação	15
Transferência cadeira/cama	15
Score	100

❖Independente no autocuidado (avaliação de 4-10-19 e 14-10-19)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Medida de Independência Funcional

Controlo dos Esfíncteres

Alimentação	7 (Independência Completa)
Higiene Pessoal	7 (Independência Completa)
Banho	7 (Independência Completa)
Vestir metade superior	7 (Independência Completa)
Vestir metade inferior	7 (Independência Completa)
Utilização da Sanita	7 (Independência Completa)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Medida de Independência Funcional

Autocuidado

Bexiga	7 (Independência Completa)
Intestino	7 (Independência Completa)

Mobilidade/Transferências

Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	7 (Independência Completa)
Sanita	7 (Independência Completa)
Banheira, Duche	7 (Independência Completa)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Medida de Independência Funcional

Locomoção

Marcha, Cadeira de Rodas	7 (Independência Completa)
Escadas	7 (Independência Completa)

Comunicação

Compreensão	7 (Independência Completa)
Expressão	7 (Independência Completa)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Medida de Independência Funcional

Cognição Social

Interação Social	7 (Independência Completa)
Resolução dos Problemas	7 (Independência Completa)
Memória	7 (Independência Completa)

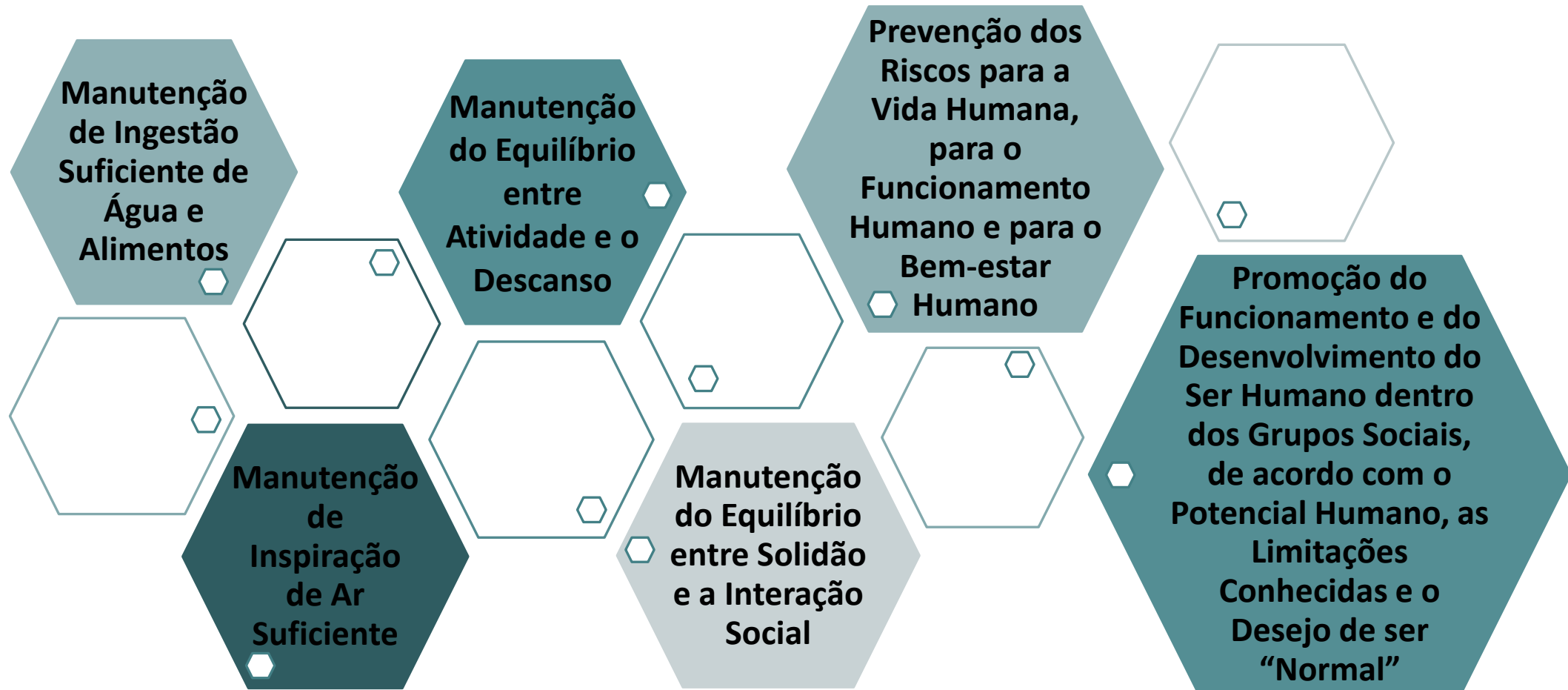
Score 126 (Independente no Autocuidado)

❖ Avaliação de 4/10/19 e de 14/10/19

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Escala de Borg Modificada		4-10-19	9-10-19	14-10-19
0	Nenhuma			0
0,5	Muito, muito leve			
1	Muito leve		1	
2	Leve			
3	Moderada	3		
4	Pouco Intensa			
5	Intensa			
6				
7	Muito intensa			
8				
9	Muito, muito intensa			
10	Máxima			

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO



REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Manutenção
de Ingestão
Suficiente de
Água e
Alimentos

❑ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação

❖ O Sr. A.F. apresenta défice de ingestão hídrica (alvo: 1,5L/dia) com o objetivo de fluidificar secreções.

❖ Apresenta apetite diminuído numa fase inicial.

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Manutenção
de Inspiração
de Ar
Suficiente

- ☐ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação
- ☐ Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório

❖ O Sr. A.F. ostenta dispneia moderada (3 na Escala de *Borg* Modificada) sem necessidade de aporte de O2 adicional. Necessita de implementação do plano de RFR e de treino instrução para a realização dos exercícios respiratórios

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Manutenção
do Equilíbrio
entre
Atividade e o
Descanso

❑ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação

❖ O Sr. A.F. tem força muscular mantida (avaliação pelo *Medical Research Council Muscle Scale*), contudo pela avaliação de dispneia (escala de Borg modificada) é necessário incrementar à RFR gradualmente a tolerância ao esforço.

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Manutenção
do Equilíbrio
entre Solidão
e a Interação
Social

❑ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação

❖ O Sr. A.F. reside com a esposa e suas filhas, nas visitas domiciliárias da UHD podemos verificar que se encontra sempre acompanhado da sua esposa, sua principal cuidadora.

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Prevenção dos
Riscos para a Vida
Humana, para o
Funcionamento
Humano e para o
Bem-estar
Humano

❑ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação

❖ O Sr. A.F. e sua esposa foram instruídos pela equipa de UHD a reconhecer sinais de alarme, ou quaisquer alterações significativas, tendo os contactos da equipa à sua disposição.

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Promoção do
Funcionamento e do
Desenvolvimento do
Ser Humano dentro
dos Grupos Sociais, de
acordo com o
Potencial Humano, as
Limitações Conhecidas
e o Desejo de ser
“Normal”

❏ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação

❖ O Sr. A.F. possui suporte familiar e social está inserido numa comunidade (igreja) que o apoia, referindo várias vezes o apoio dos seus “irmãos”. O utente gostaria de voltar a jogar futebol de modo lúdico como fazia anteriormente.

PLANO DE CUIDADOS

[Estudo de Caso MM Final.pdf](#)



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



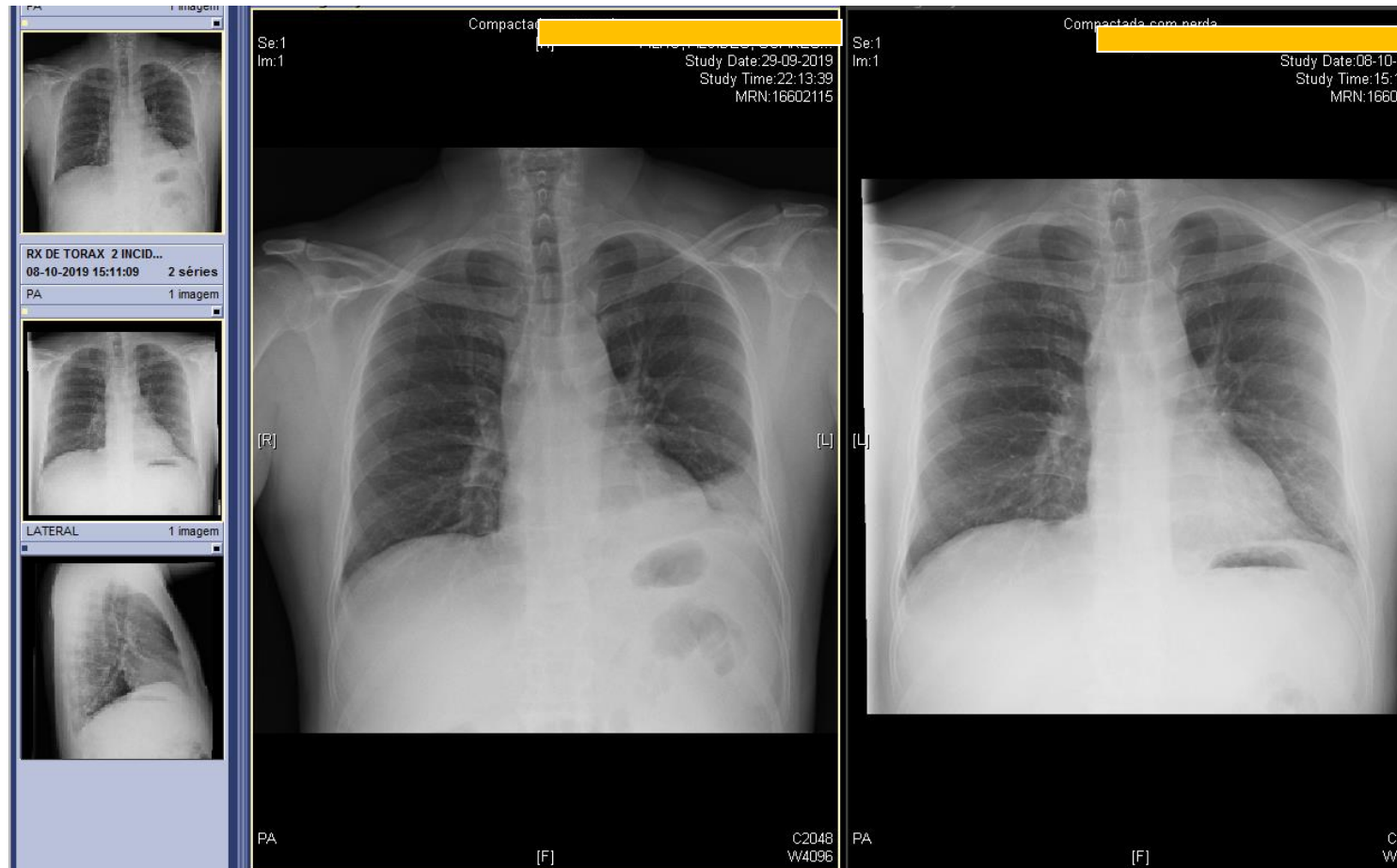
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Telerradiografia do Tórax

Correspondente ao nome e género, identificada a data da realização, bem como a sua orientação (direita/esquerda), centrada, com incidência postero-anterior, penetração da imagem inadequada, contudo é possível identificar as estruturas da caixa torácica. Observa-se o tórax aparentemente bem inspirado.

Seios cardio-frénico e seios cardiofrenicos relativamente bem definidos bilateralmente (cardiofrenico esquerdo com apagamento pela sombra cardíaca).

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A comparação das imagens radiológicas torna mais perceptível as diferenças existentes entre dois exames radiológicos. De uma forma resumida, podemos observar que a hipotransparência existente lobo inferior do pulmão esquerdo se dissipa na telerradiografia de 4-10-19, assim como a imagem sugestiva de abaulamento da hemicúpula diafragmática esquerda parece já não ser visível neste segundo exame. Na abordagem lateral torna-se visível o seio cardiofrenico que aparentemente não se encontrava bem visível na telerradiografia de 4-10 na abordagem postero-anterior, assim como a definição da hemicúpula diafragmática esquerda.

❖ **Denote-se que tais alterações de imagem decorrem após cerca de 4 sessões de RFR e cerca de 4 dias de antibioterapia dirigida.**

REFLEXÃO

“ É fácil substituir totalmente a pessoa no autocuidado afetado, o difícil é convencermos a pessoa a superar-se no seu autocuidado ... “

Enfermeiro [REDACTED]

BIBLIOGRAFIA

-
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória. Porto: Medesign.
 - Direção-Geral da Saúde (2011). Antibioterapia na Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos Imunocompetentes. Lisboa: *Direção-Geral da Saúde*.
 - Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa: *Direção-Geral da Saúde*.
 - European Lung Foundation. (2013). *Lung Health in Europe*. United Kingdom: European Lung Foundation. Disponível em: https://www.europeanlung.org/assets/files/en/publications/lung_health_in_europe_facts_and_figures_web_vfour.pdf
 - Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.) St. Louis: Mosby
 - Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da Republica nº 350/2019, Série II de 2015-06-22, 16655- 16659.
 - Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
 - Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
 - Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador da Boa Prática- Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-41-7
 - Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568
 - Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.
 - Romão F., Dias L., e Moreno M. (2014). Patologia Respiratória Restritiva. In Cordeiro, M., Menoita, E. (2014). Manual de Boas práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930- 86-8

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA (E SUA FAMÍLIA) EM SITUAÇÃO DE PNEUMONIA

DOCENTE ORIENTADOR: PROFº DOUTOR JOAQUIM PAULO OLIVEIRA

ENFERMEIRO ORIENTADOR: ENFº ESPECIALISTA [REDACTED]

DISCENTE: MARISA MONTEIRO (Nº 3109)

Lisboa , 11 de Novembro de 2019

APÊNDICE IX - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO, UCC

10º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO DO SR. A. P. R.

DOCENTE ORIENTADOR: PROF DOUTOR JOAQUIM PAULO CABRAL

ENFERMEIRA ORIENTADORA: [REDACTED]

DISCENTE: MARISA MONTEIRO, Nº 3109

LISBOA, JANEIRO DE 2020

SUMÁRIO

Colheita de Dados
Avaliação de Enfermagem de Reabilitação
Requisitos Universais de Autocuidado
Plano de Cuidados
Avaliação
Referências Bibliográficas

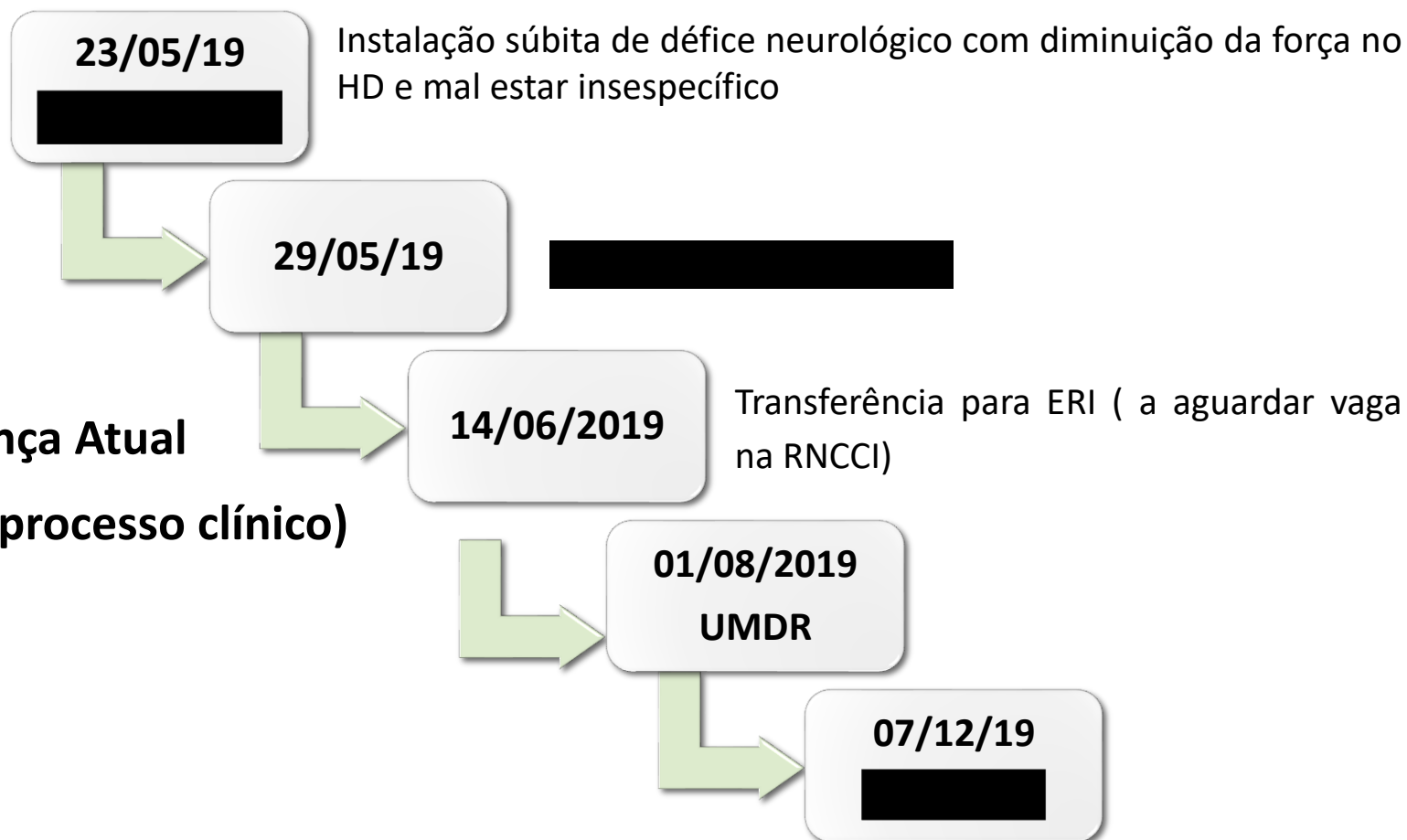
COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais

- ❖ Nome: A.P R.
- ❖ Data de Nascimento: 16-11-1947
- ❖ Idade: 73 anos.
- ❖ Género: Masculino
- ❖ Profissão: Reformado
- ❖ Etnia: Caucasiana
- ❖ Residência: [REDACTED]
- ❖ Nacionalidade: Portuguesa
- ❖ Estado Civil: Casado
- ❖ Habilitações Literárias: 6º ano de escolaridade.
- ❖ Condições Habitacionais: Vive numa moradia, o R/C da moradia que corresponde à garagem foi adaptada para receber o Sr. A.P. R. após o internamento.

COLHEITA DE DADOS

História da Doença Atual
(informação do processo clínico)



COLHEITA DE DADOS

TAC CE
23/05/19

“Hematoma talâmico esquerdo com ruptura para o sistema ventricular”

TAC CE
24/05/19

“Incremento dimensional do hematoma extra-axial tálamo-capsular esquerdo, com inundação ventricular, nomeadamente do ventrículo lateral esquerdo com níveis hemáticos sedimentados nos cornos occipitais (...) maior efeito de massa sobre o parênquima cerebral adjacente e colapso parcial do III ventrículo, determinado por báscula direita da região talâmica.”

TAC CE
28/05/19

“Sem agravamento das alterações descritas nos exames de imagem anteriores”

COLHEITA DE DADOS

Antecedentes de Saúde

- ❖ **Hábitos Aditivos:** Cafeína
- ❖ **Alergias:** Desconhecidas
- ❖ **Co Morbidades:**
HTA, DMII, Hipercolesterolémia; FA paroxística; AIT/ AVC em 2012 sem sequelas; Dilatação da AO descendente
- ❖ **Terapêutica Habitual:** Apixabano 5 mg; AAS 100 mg; Metformina 100 mg; Artrovastatina 10 mg; Bisoprolol 10 mg.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Exame Físico Sumário

Pele/Mucosas: Corada, hidratadas. Sem edemas.

Peças dentárias: Incompleta, mastigação eficaz.

Abdómen: Mole e depressível, indolor à palpação, padrão de eliminação intestinal mantido.

Sinais vitais: TA - 131/75mm/Hg; FC - 66bpm; Temp. - 36°C;; Dor - Grau 0 em repouso/mobilizações do hemicorpo esquerdo. Dor Grau 3/4 mobilizações do hemicorpo direito ao nível da articulação escapuloumeral.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação Neurológica

Estado de Consciência e Orientação:	Consciente, orientado autopsiquicamente, conseguindo dizer o nome, profissão. Parcialmente orientado alopsiquicamente, acentuando no mês e local onde se encontra, errando no dia do mês. (NIHSS).
Atenção e Memória:	Sem alterações (NIHSS).
Linguagem:	Discurso verbal fluente, mas com comprometimento no débito das palavras, cumpre ordens simples, nomeação sem alterações, identifica objetos, repetição sem alterações. Apresenta disartria ligeira (NIHSS).
Estado Emocional:	Apresenta fácies de tristeza, aquando da VD a esposa refere que o utente fica bastante satisfeito com a intervenção dos cuidados de reabilitação.
Capacidades práticas:	Executa determinadas atividades práticas com o HE quando estimulado.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação Neurológica

Pares Cranianos:

V – Trigémio	Alterações da sensibilidade térmica e dolorosa ao nível das 3 porções da HD
VII - Facial	Apresenta discreta assimetria facial, com desvio da comissura labial para a esquerda (quase impercetível) e discreto apagamento do sulco nasogeniano à direita - parésia facial central à direita
XII - Hipoglosso	Discreto desvio da língua para a direita. Diferentes movimentos da língua sem alterações.

❖ Restantes Pares Cranianos sem alterações.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação Neurológica

Sensibilidade:	Apresenta alteração da sensibilidade superficial do HD, não reagindo à dor, à sensação térmica de frio e quente e ao toque comparativamente com o hemicorpo esquerdo, como descrito na Escala de NIHSS (parâmetro 8). Em relação à sensibilidade profunda apresenta alterações da sensibilidade postural, não sentindo pressão sobretudo ao nível do pé-direito.
Força Muscular:	Parésia no hemicorpo direito. (Escala MRCMS)
Tónus muscular:	Espasticidade moderada no HD (Ashworth G3). Sem alterações do tónus no HE.
Coordenação dos Movimentos:	Sem alterações HE. HD (não testado, pela presença de espasticidade moderada e diminuição da FM)
Equilíbrio/Marcha:	Equilíbrio diminuído (estático na posição de sentado), incapacidade de realizar marcha. (E. BERG)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Medida de Independência Funcional

Autocuidado

Alimentação	Ajuda Moderada (3)
Higiene Pessoal	Ajuda total (1)
Banho	Ajuda total (1)
Vestir Metade Superior	Ajuda total (1)
Vestir Metade Inferior	Ajuda total (1)
Utilização da Sanita	Ajuda Moderada (3)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Medida de Independência Funcional

Controlo dos Esfíncteres

Bexiga	Independência Completa (7)
Intestino	Independência Completa (7)

Mobilidade/Transferências

Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	Ajuda total (1)
Sanita	Ajuda total (1)
Banheira, Duche	Ajuda total (1)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

Medida de Independência Funcional

Locomoção

Marcha, Cadeira de Rodas	Ajuda Total (1)
Escadas	Ajuda Total (1)

Comunicação

Compreensão	Independência Completa (7)
Expressão	Independência Completa (7)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no Autocuidado

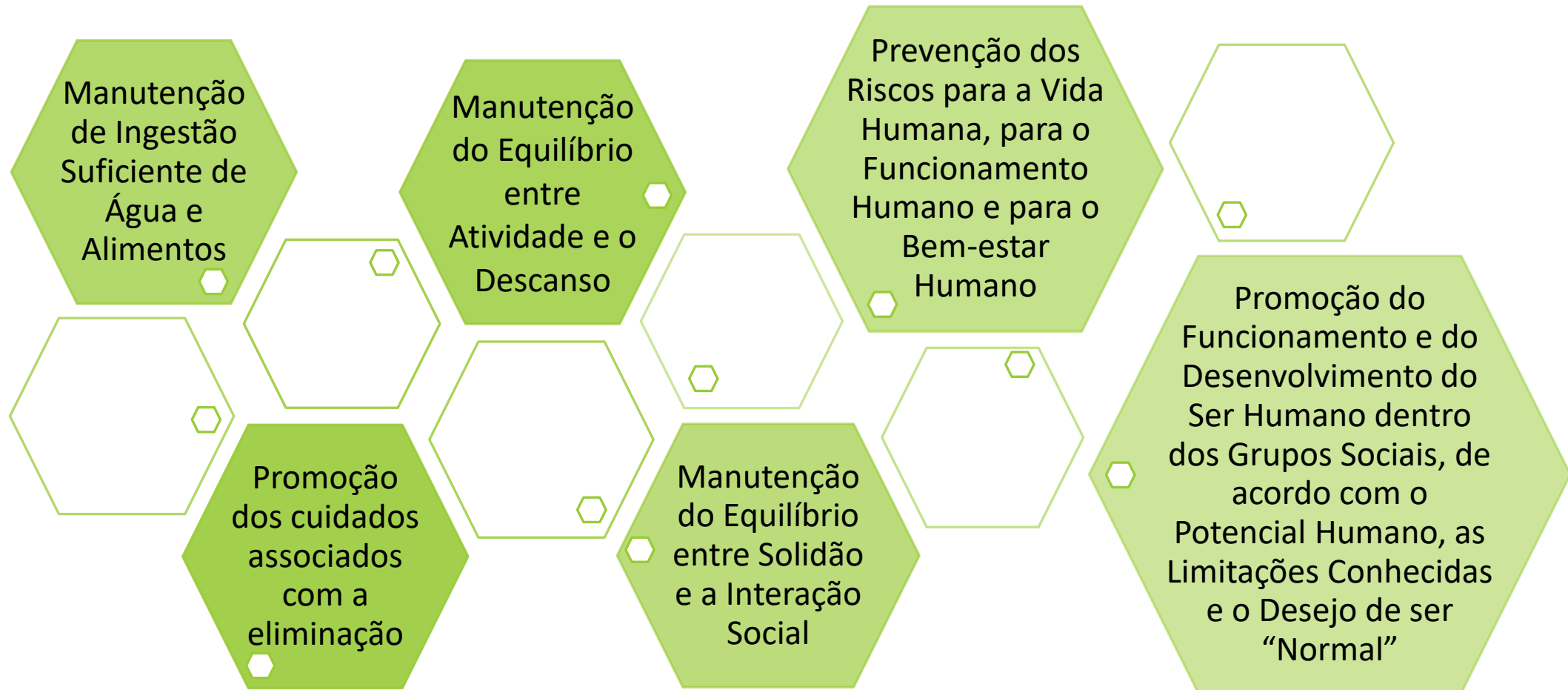
Medida de Independência Funcional

Cognição Social

Interação Social	Independência Completa (7)
Resolução dos Problemas	Ajuda Mínima (4)
Memória	Ajuda Mínima (4)

Score: 58

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO



REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

**Promoção
dos cuidados
associados
com a
eliminação**

- ☐ Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório
 - ☐ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação
-
- ☐ Usa fralda durante a noite
 - ☐ Continência de esfíncteres
 - ☐ Mobilidade comprometida apresenta os autocuidados de eliminação igualmente comprometidos.
 - ☐ Deverá ser ensinado/ treinado à redução da ingestão hídrica no período noturno, bem como à antecipação das necessidades com vista à prevenção de incidentes.

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Manutenção
do Equilíbrio
entre
Atividade e o
Descanso

- ☐ Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório
 - ☐ Sistema de Enfermagem Apoio-Educação
-
- ☐ Parésia do hemicorpo direito (*Medical Research Council Muscle Scale*).
 - ☐ Espasticidade moderada (Escala de *Ashworth* Modificada).
 - ☐ Alterna períodos diurnos entre cadeira de rodas e cadeirão.
 - ☐ Padrão de sono regular, cerca de 8 horas por noite.

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Prevenção dos
Riscos para a Vida
Humana, para o
Funcionamento
Humano e para o
Bem-estar
Humano

- ☐ Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório
- ☐ O Sr. A.P.R apresenta alto risco de queda (Escala de *Morse*).
- ☐ Alto risco de desenvolver lesão por pressão (Escala de *Braden*).

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Espasticidade em grau moderado ao nível do membro superior direito mais acentuado ao nível da mão direita (critérios de diagnóstico: Escala de Ashworth com evidencia de espasticidade moderada – grau 3)	Espasticidade em grau reduzido (melhoria do grau de espasticidade <3, escala de Ashworth)	- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo. - Executar técnica de posicionamento anti-espástico. - Executar técnica de relaxamento com alongamento. - Incentivar a execução de exercícios musculartoarticular passivos - Monitorizar espasticidade através da escala de Ashworth. - Monitorizar a Dor através da escala numérica de avaliação da dor à mobilização dos vários segmentos articulares. - Praticar exercícios de preensão do polegar com o utente. - Executar atividades terapêuticas com o utente (ponte, facilitação cruzada, rolar).

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício musculoesquelético (critérios de diagnóstico: Desconhece técnicas de exercício musculoesquelético)	Conhecimento sobre técnicas de exercício musculoesquelético, melhorado.	-Avaliar conhecimento sobre o uso de técnicas musculoesqueléticas do Sr. A.P.R. e da Srª O.R. - Ensinar sobre o uso de técnicas musculoesqueléticas ao Sr. A.P.R. e da Srª O.R.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício musculoesquelético melhoradas (critérios de diagnóstico: Uso inadequado de técnicas musculoesqueléticas)	Capacidade para executar técnicas de exercício musculoesquelético melhorada.	- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício musculoesquelético do Sr. A.P.R. e sua esposa. - Instruir o casal sobre técnicas de exercício musculoesqueléticos - Treinar técnicas de exercício musculoesqueléticos com o o Sr. A.P.R. e sua esposa, incluindo também a vizinha, informal cuidadora.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico. (critérios de diagnóstico: Desconhece técnicas de posicionamento antiespástico)	Conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão antiespástico, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre técnicas de posicionamento antiespástico do Sr. A.P.R. e sua esposa. - Ensinar sobre técnica de posicionamento antiespástico o casal de utentes, nomeadamente o ênfase na extensão da mão direita quando sentado na cadeira de rodas, correção postural e quando deitado rolar para decúbito lateral direito.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de posicionamento em padrão antiespástico. (critérios de diagnóstico: Não executa adequadamente técnicas de posicionamento antiespástico)	Capacidade para executar técnicas de posicionamento em padrão antiespástico, melhorada.	- Avaliar capacidade para executar técnicas de posicionamento em padrão antiespástico do Sr. A.P.R. e sua esposa. - Instruir o casal sobre técnicas de técnicas de posicionamento em padrão antiespástico . - Treinar técnicas de posicionamento antiespástico com o Sr. A.P.R. e sua esposa, incluindo também a vizinha, informal cuidadora.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira de rodas e da cadeira de rodas para o cadeirão (sofá) ou sanitário (critério de diagnóstico: desconhece a técnica de adaptação para transferir-se).	Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorado.	- Avaliar o conhecimento sobre a técnica de adaptação para as transferências: - Cama-cadeira de rodas - Cadeira de Rodas- cama. - Cadeira de Rodas- cadeirão (sofá). - Cadeirão- Cadeira de Rodas. - Ensinar sobre técnica de adaptação para o utente efetuar as transferências.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (critério diagnóstico: não demonstra conhecimento sobre técnica de adaptação para o vestuário, verificando-se nos itens da escala de MIF)	Conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado vestuário, melhorado.	- Avaliar o conhecimento da técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. - Monitorizar a escala de MIF (medida de independência funcional), com especial ênfase nos itens referentes ao autocuidado: vestuário. - Monitorizar a escala de Barthel, com especial ênfase no item referente ao autocuidado: vestuário.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira de rodas e da cadeira de rodas para o cadeirão (sofá) ou sanitário (critérios de diagnóstico: pela aplicação das escalas de escala de Barthel e escala de Berg nos itens transferências).	Capacidade para executar técnica de adaptação para transferir-se, melhorado.	-Avaliar a execução da técnica de adaptação para as seguintes transferências: Cama-cadeira de rodas; Cadeira de Rodas- cama. - Instruir o casal de utentes sobre a técnica de adaptação para as transferências - Treinar a técnica de adaptação para o utente efetuar as transferências, incluindo a esposa, sua principal cuidadora e a vizinha. - Monitorizar a escala de Barthel - Monitorizar a escala de Berg - Monitorizar escala de Morse

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (critério diagnóstico: não demonstra conhecimento sobre técnica de adaptação para o vestuário, verificando-se nos itens da escala de MIF)	Conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado vestuário, melhorado.	- Avaliar o conhecimento da técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. - Monitorizar a escala de MIF (medida de independência funcional), com especial ênfase nos itens referentes ao autocuidado: vestuário. - Monitorizar a escala de Barthel, com especial ênfase no item referente ao autocuidado: vestuário.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (critério de diagnóstico: Uso não adequado das técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário, verificando-se nos itens correspondentes das escalas de avaliação do autocuidado: MIF e Barthel)	Capacidade para executar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, melhorada.	- Avaliar a capacidade de execução da técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Instruir sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. - Treinar as técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário com o utente e esposa. - Monitorizar a escala de MIF (medida de independência funcional), com especial ênfase nos itens referentes ao autocuidado: vestuário.

AVALIAÇÃO

Escala de Ashworth Modificada	16/12	7/01
Membro Superior Direito	3	2
Membro Superior Esquerdo	0	0
Membro Inferior Direito	2	2
Membro Inferior Esquerdo	0	0

Escala de Berg	16/12	7/01
Equilíbrio Sentado	2	3
Posição de pé para sentado	0	3
Transferências	0	2
Score total	6	12

AVALIAÇÃO

Medida de Independência Funcional	16/12	7/01
Autocuidado Vestir Metade Superior	Ajuda Total (1)	Ajuda Mínima (4)
Autocuidado Vestir Metade Inferior	Ajuda Total (1)	Ajuda máxima (2)
Autocuidado Higiene Pessoal/Banho	Ajuda Total (1)	Ajuda máxima (2)
Transferências	Ajuda Total (1)	Ajuda Mínima (4)
Score	58	63
Índice de Barthel modificado	35	45

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (Junho de 2010). Novos Tipos de Família . Coimbra.
- Direção geral de saúde. (27 de Dezembro de 2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de medicina Física e de Reabilitação*. Obtido em 7 de Janeiro de 2020, de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (13 de Julho de 2017). Via Verde de Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Obtido em 7/01/2020 de 01 de 2020, de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>. Norma nº015/2017
- Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J. & Pimentel, J. (2013). *Neurologia Fundamental: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.) St. Louis: Mosby
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 350/2019, Série II de 2019-06-22, 16655- 16659.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação. Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador da Boa Prática- Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-41-7
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 - 4750.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical Care Nursing*. St. Louis, Missouri: Elsevier.

10º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO DO SR. A. P. R.

DOCENTE ORIENTADOR: PROF DOUTOR JOAQUIM PAULO CABRAL

ENFERMEIRA ORIENTADORA: [REDACTED]

DISCENTE: MARISA MONTEIRO, Nº 3109

LISBOA, JANEIRO DE 2020

**APÊNDICE X – APLICAÇÃO DA MINIMENTAL STATE
EXAMINATION (MMSE)**

Mini Mental State Examination (MMSE)

Nome: _____

Idade: 51 anos

Data da avaliação: 31 / 12 / 2019

517133

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

- 1.1. Em que ano estamos?
- 1.2. Em que mês estamos?
- 1.3. Em que dia do mês estamos?
- 1.4. Em que dia da semana estamos?
- 1.5. Em que estação do ano estamos?
- 1.6. Em que país vive?
- 1.7. Em que distrito vive?
- 1.8. Em que terra vive?
- 1.9. Em que casa estamos?
- 1.10. Em que andar estamos?

2019 ✓
____ (janeiro)

____ (2ª feira) ✓
____ (inverno)
Portugal ✓

30 E ✓

Pontos: 6

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor."

Pêra ✓
Gato ✓
Bola ✓

Pontos: 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois, ao número encontrado, volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar."

27 ✓ 24 — 21 ✓ 18 — 15 —

Pontos: 2

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar."

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Pontos: 0

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio ✓
Lápis ✓

Pontos: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Pontos: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa." (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita 1
Dobra ao meio 0
Coloca onde deve 1

Pontos: 2

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz." Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS". Sendo analfabeto, lê-se a frase.

Fechou os olhos

Pontos: 1

e. "Escreva uma frase inteira aqui." (Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)

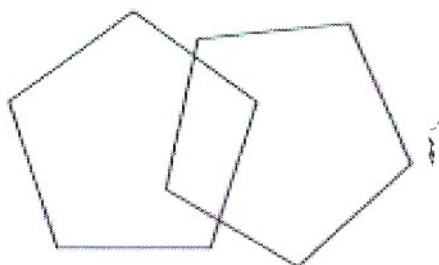
Pontos: 1

* tu estás doente.

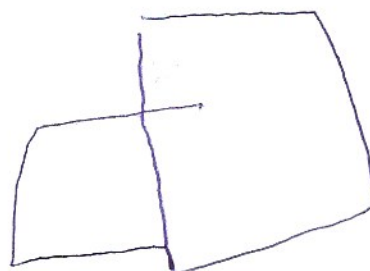
6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO:



CÓPIA:



Pontos: 18

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤27 pontos

FECHE OS OLHOS

ANEXOS

**ANEXO I – INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO FUNCIONAL
RESPIRATÓRIA, UHD**

[Colocar etiqueta do doente]

Antecedentes Pessoais e limitações à RFR: _____

[illegible]

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA															
Data			_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		
Posição de Descanso e relaxamento															
Mobilização Pescoço															
Controlo + Dissociação Tempos Resp															
Exercícios Reeducação Globais e Seletivos	Abdomino-Diafragmática	Global													
		Posterior c/ e s/ resistência													
		Hemicupula Dta													
		Hemicupula Esq													
		Anterior c/ e s/ resistência													
	Costal	Global c/ Bastão													
		Lateral Dto. c/ abdução MS													
		Lateral Esq. c/ abdução MS													
		Ântero-Lateral Dto c/s resistênc.													
		Ântero-Lateral Esq c/s resistênc.													
		Postero-Lateral Dto c/s resistênc.													
		Postero-Lateral Esq c/s resistênc.													
	Mobilização Escápulo-umeral														
			D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
Drenagem Postural Clássica / Modificada	Lobo Superior														
	Lobo Médio/ Ling														
	Lobo Inferior														
Manobras Acessórias	Percussão														
	Vibração														
	Compressão														
Terapêutica de posição															
CATR (RAD – ER – HUFF – TEF)															
Tosse	Dirigida / Assistida														
	Eficaz / Ineficaz / Aspiração Secreç.														
Secreções	Purulentas Muco-Pur Mucosas Hemáticas														
	Fluidas / Espessas														
	↑ +/- ↓														
Ensinos	Posição descanso e relaxamento														
	Controle e Diss.Tempos Respiratórios														
	Tosse Dirigida /Assistida														
	Exercícios RFR														
	Ex. Fortalecim. Muscular														
	Outros														
O Enfermeiro/a															

Observações:

**ANEXO II – INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO MOTORA,
UHD**

Registos Enfermagem de Reabilitação – Reabilitação Funcional Motora

[Colocar etiqueta do doente]

Diagnóstico: _____

Antecedentes Pessoais e limitações à RFM: _____

Avaliação		Data		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_		_/_/_	
		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
Sinais Vitais	Tensão Art. (mm Hg)														
	Freq. Cardíaca (bpm)														
	Freq. Resp. (cpm)														
	Sat. O2 (%)														
	Dor														
Consciência	Vigil, Prostrado, Estuporado														
	Orientado, Confuso, Agitado														
	Participativo, Não Participativo														
Pele / Mucosas	COradas/ Descoradas Cianóticas/Ictéricas														

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE														
Hemicorpo			Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto.	Esq.	Dto	Esq	Dto	Esq
Membro Superior	Superficial	Táctica												
		Térmica												
		Dolorosa												
	Profunda	Vibratória												
		Postural												
Membro Inferior	Superficial	Táctica												
		Térmica												
		Dolorosa												
	Profunda	Vibratória												
		Postural												

Legenda: N= Normal; D = Diminuído; A = Ausente; NT = Não Testado

AVALIAÇÃO DA FORÇA / AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE														
Hemicorpo			Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto.	Esq.	Dto	Esq	Dto	Esq
Membro Superior	Braço		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Antebraço		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Mão		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Dedos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Membro Inferior	Quadril		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Joelho		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Tornozelo		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Pé		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Legenda: Colocar Grau de Força (escala de Lower) __/ e grau espasticidade (Classificação de Ashworth) /__

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO													
Equilíbrio			Est.	Din.	Est.	Din.	Est.	Din.	Est.	Din.	Est.	Din.	Est.
Sentado													
Em pé													

Legenda: Est. = Estático; Din. = Dinâmico. Colocar avaliação: E = Estável; I = Instável; NT = Não Testado

Data	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Mobilizações Articulares													
Hemicorpo		Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto.	Esq.	Dto	Esq	Dto	Esq
Membro Superior	Ombro												
	Antebraço												
	Punho												
	Dedos												
	Polegar (oponência)												
Membro Inferior	Coxofemoral												
	Joelho												
	Tibiotársica												
	Dedos												

Legenda: P = Passiva; AA = Activa Assistida; A = Activa; R = Resistida; NE = Não Executado

Outras Actividades Terapêuticas													
	Ensino	A/I	Ensino	A/I	Ensino	A/I	Ensino	A/I	Ensino	A/I	Ensino	A/I	
Posicionamento Anti-Espástico													
Rolamento Lado Afectado													
Rolamento Lado São													
Ponte													
Auto-mobilização													
Carga no Cotovelo													
Facilitação Cruzada													
Oscilação Pélvica													
Treino Equilíbrio (Estático/ Dinâmico e Sentado / Em pé)													
Transferência													
Correcção Postural (com Espelho)													
Treino de AVD's (Alimentação, Higiene, Vestir e Despir; Eliminação)													
Treino de Marcha (andarilho, Canadianas, Bengala, Independente)													
Treino de Motricidade Fina													
Treino de Exercícios Faciais													
Exercícios Terapêuticos com Bola Suíça													
Exercícios Terapêuticos com Halteres													
Exercícios Terapêuticos com Fita Elástica													
Outros													

Legenda: A = Assistido pelo Enfº; I = Independente na execução

Observações

**ANEXO III –INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE
ENFERMAGEM, ECCI**



Avaliação Inicial de Enfermagem

Nome: _____ Idade: _____

Diagnóstico: _____

Estado Civil:

- ☐ Casado ☐ União de Facto ☐ Viúvo
☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Outro _____

Tipo/Motivo de Referenciação: _____

Nº Processo: _____

1ª Avaliação da ECCL (data): _____

História Sociofamiliar

Agregado familiar/ Coabitação

- ☐ Só ☐ Conjugue/companheiro ☐ Filho(a) ☐ Irmã(o)
☐ Pai/Mãe ☐ Neto (a) ☐ Nora ☐ Outro _____

Ocupação/Profissão: _____

Habilitações literárias _____

Atividades/Participação Social: _____

Condição Económica: _____

Participação Social

- ☐ Alargada ao mundo exterior (sociedade e mundo)
☐ Centrada no meio habitacional (vizinhança, comunidade)
☐ Centrada no domicílio (casa ou instituição)
☐ Isolamento social
☐ Outra _____

Acessibilidades e Condições Habitacionais

Acessos

- ☐ Escadas
☐ Rampa
☐ Elevador
☐ Outras _____

Tipo de habitação

- ☐ Moradia
☐ Apartamento
☐ Barraca
☐ Outras _____

Barreiras arquitetónicas

- ☐ Não tem
☐ Exteriores _____
☐ Interiores _____

Observações: _____

Rede de Apoio Formal, Informal e Cuidadores

Cuidadores Informais

- ☐ Só ☐ Pai ☐ Voluntária
☐ Conjugue/companheiro ☐ Mãe ☐ Vizinha
☐ Filho(a) ☐ Neto (a) ☐ Outro _____
☐ Irmã(o) ☐ Nora ☐ Não há cuidadores informais

Cuidados Prestados Pelo Cuidado Informal

- ☐ Adquirir bens/serviços ☐ Transferências ☐ Alimentação
☐ Tarefas domésticas ☐ Posicionamentos ☐ Saúde

☐ Higiene pessoal

☐ Deambulação

☐ Outros _____

Cuidador Informal Principal

Nome: _____ Idade _____

Relação/grau de parentesco: _____ Habilitações literárias _____

Contacto: _____ Situação Profissional _____

Situação de saúde do cuidador

Capacidade de cuidar (perspetiva do cuidador)

- ☐ Sente-se capaz de continuar a cuidar
☐ Sente-se incapaz de continuar a cuidar
☐ Solicita algum apoio na prestação de cuidados

☐ Declara esgotamento emocional e físico

☐ Não se aplica

☐ Situação acolhimento em instituição

Tempo de prestação de cuidados

- ☐ <1 Mês
☐ 1 a 6 meses
☐ 6 – 12 meses
☐ >12 meses

Tempo de prestação de cuidados por dia

- ☐ Pontual
☐ 8 horas
☐ 24 horas

Rede de Apoio Formal

Instituição: _____

Horário: _____

Tipo de apoio: _____

Historia Clínica

Ocorrências relevantes: _____

Antecedentes pessoais: _____

Medicação de ambulatório

Uso de tabaco

- ☐ Não
☐ Sim

Uso de Álcool

- ☐ Não
☐ Sim

Uso de Drogas

- ☐ Não
☐ Sim

Observações _____

Observação geral

Nível de consciência

- ☐ Consciente ☐ Vigil ☐ Torpor ☐ Outras

Nível de colaboração

- ☐ Activo ☐ Passivo ☐ Não Colaborante ☐ Outro

Orientação

- ☐ Orientado ☐ Desorientado espacialmente
☐ Desorientado temporalmente ☐ Desorientado E-T

Comunicação

- ☐ Sem dificuldades ☐ Com dificuldades ☐ Não comunica ☐ Observações _____

Alterações sensoriais

- ☐ Auditivas ☐ Visuais ☐ Outras ☐ Observações _____

Mobilidade geral

- ☐ Totalmente acamado ☐ Parcialmente acamado ☐ Deambula em casa

☐ Caminha fora de casa ☐ Auxiliar de marcha _____

Avaliação do autocuidado

Alimentar-se

Autônomo ☐ Necessita de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Estado de Nutrição/ hidratação _____

Dificuldades em deglutir ☐ sim ☐ Não

Sonda Nasogástrica ☐ N° _____ Colocada em: Prótese Dentária ☐ sim ☐ Não

Perturbações Gástricas (náuseas, vômitos, disfagia, outras) _____

Uso Sanitário

Autônomo ☐ Necessita de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Hábitos de Eliminação Vesical: _____

Catéter Vesical ☐ Tipo _____ N° _____ Colocado em: / /

Hábitos de Eliminação Intestinal: _____

Ostomias _____

Higiene

Hábitos de Higiene: _____

Autônomo ☐ Necessita de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Posicionar-se / Transferir-se

Autônomo ☐ Necessita de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Utiliza meios auxiliares de marcha: Sim ☐ Não ☐ Qual? _____

Refere dor à mobilização? Sim ☐ Não ☐

Outras alterações _____

TA = _____ / _____ mmHg FC = _____ bpm FR = _____ rpm T(ax) = _____ °C Dor: _____ VAS
Glicemia Capilar = _____ mg/dl Peso _____ Altura _____ Cintura _____

	Força muscular (Escala Lower)	Tônus muscular (Escala modificada de Ashworth)	Amplitudes articulares (M) mantidas; (D) diminuídas
MSD			
MID			
MSE			
MIE			

Postura e encurtamentos musculares

Marcha

☐ Estável ☐ Instável ☐ Ausente
☐ Auxiliares de marcha ☐ Observações _____

Sensibilidade Superficial				Sensibilidade Profunda			Coordenação motora	Equilíbrio
	Tátil	Térmica	Dolorosa	De pressão	Vibratória	Proprioceptiva		
Face							☐ Dedo nariz ☐ Calcanhar joelho (P) presente;	☐ Sentado estático ☐ Sentado dinâmico ☐ Em pé estático ☐ Em pé dinâmico
MSD								
MSE								
Tronco								
MID								

MIE						(D) diminuída; (A) ausente	(0) Ausente, (1) Deficiente, (2) Razoável, (3) Bom
(0) Anestesia, (1) Hipostesia, (2) Sensibilidade normal, (3) Hiperstesia							

Avaliação respiratória

Tipo

- ☐ Costal superior
- ☐ Costal médio
- ☐ Costal inferior
- ☐ Abdomino-diafragmático

Mobilidade da grelha costal

- ☐ Mantida
- ☐ Aumentada
- ☐ Diminuída
- ☐ Assimétrica

Ritmo respiratório

- ☐ Eupneia
- ☐ Taquipneia
- ☐ Bradipneia

Tosse

- ☐ Produtiva
- ☐ Seca
- ☐ Eficaz
- ☐ Não- eficaz

Expetoração

- ☐ Abundantes
- ☐ Pouco abundantes
- ☐ Viscosas
- ☐ Fluidas
- ☐ Mucosas
- ☐ Purulentas
- ☐ Mucopurulentas
- ☐ Hemoptoica

			Dto	Esq
Auscultação pulmonar	Murmúrio Vesicular	1/3 Sup		
		1/3 Méd		
		1/3 Inf		
	Ruidos Adventícios	1/3 Sup		
		1/3 Méd		
		1/3 Inf		

Sinais e sintomas:

(localizar na imagem)

- ☐ Edemas
- ☐ Ulceras de pressão
- ☐ Outras feridas
- ☐ Dor
 - ☐ Nociceptiva
 - ☐ Neuropática
 - ☐ Somático
 - ☐ Visceral
 - ☐ Desafferenciação lancinante
- ☐ Outros _____

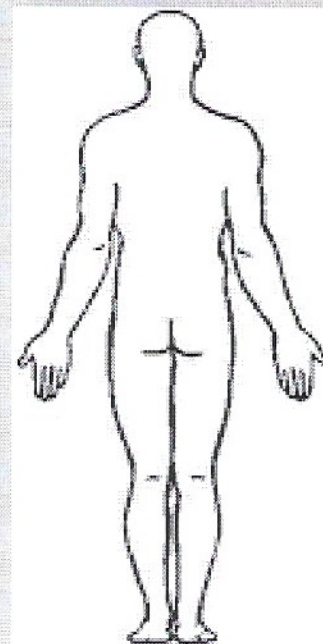
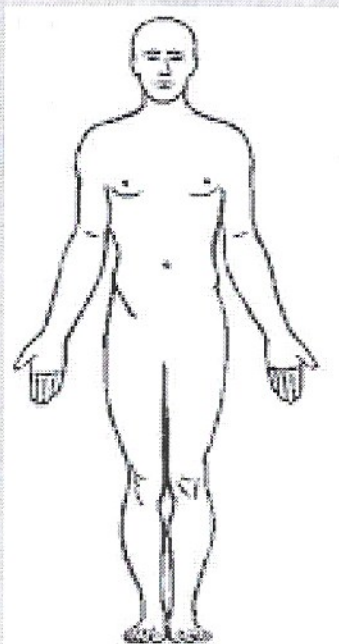
Dor

Frequência _____

Quando surge _____

O que agrava _____

O que alivia _____



Ajudas Técnicas Adquiridas/Necessárias

- ☐ Cama articulada
- ☐ Grades laterais
- ☐ Colchão anti-escaras
- ☐ Almofada anti-escaras
- ☐ Calcanheiras
- ☐ Cotoveleira

- ☐ Fraldas
- ☐ Cadeira de banho giratória
- ☐ Cadeira-sanitária
- ☐ Grua de transferência
- ☐ Tabua de transferência
- ☐ Canadianas

- ☐ Tripé
- ☐ Andarilho
- ☐ Cadeira de rodas
- ☐ Outras _____

☐ Caminha fora de casa ☐ Auxiliar de marcha _____

Avaliação do autocuidado

Alimentar-se

Autônomo ☐ Precisa de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Estado de Nutrição/ hidratação _____

Dificuldades em deglutir ☐ sim ☐ Não

Sonda Nasogátrica ☐ Nº _____ Colocada em: Prótese Dentária ☐ sim ☐ Não

Perturbações Gástricas (náuseas, vômitos, disfagia, outras) _____

Uso Sanitário

Autônomo ☐ Precisa de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Hábitos de Eliminação Vesical: _____

Cateter Vesical ☐ Tipo _____ Nº _____ Colocado em: / /

Hábitos de Eliminação Intestinal: _____

Ostomias _____

Higiene

Hábitos de Higiene: _____

Autônomo ☐ Precisa de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Posicionar-se / Transferir-se

Autônomo ☐ Precisa de Ajuda ☐ Dependente ☐ Especifique _____

Utiliza meios auxiliares de marcha: Sim ☐ Não ☐ Qual? _____

Refere dor à mobilização? Sim ☐ Não ☐

Outras alterações _____

TA = ____ / ____ mmHg FC = ____ bpm FR = ____ rpm T(ax) = ____ °C Dor: ____ VAS
Glicemia Capilar = ____ mg/dl Peso ____ Altura ____ Cintura ____

	Força muscular (Escala Lower)	Tônus muscular (Escala modificada de Ashworth)	Amplitudes articulares (M) mantidas; (D) diminuídas
MSD			
MID			
MSE			
MIE			

Postura e encurtamentos musculares

Marcha

☐ Estável ☐ Instável ☐ Ausente
☐ Auxiliares de marcha ☐ Observações _____

Sensibilidade Superficial			Sensibilidade Profunda			Coordenação motora	Equilíbrio
	Tátil	Térmica	Dolorosa	De pressão	Vibratória	Proprioceptiva	
Face							☐ Sentado estático ☐ Sentado dinâmico ☐ Em pé estático ☐ Em pé dinâmico
MSD						☐ Dedo nariz	
MSE						☐ Calcanhar joelho	
Tronco							
MID						(P) presente;	

Quadro 13b - Medida de Independência Funcional (MIF) – níveis de independência.

Pontuação	Níveis
	Independência - Sem ajuda
7	Total independência (com segurança e em tempo normal)
6	Independência modificada (ajuda técnica)
	Dependência modificada - Ajuda
5	Supervisão, orientação ou preparo
4	Ajuda mínima (indivíduo faz mais que 75% das tarefas sozinho)
3	Ajuda moderada (indivíduo faz 50% a 74% das tarefas sozinho)
2	Ajuda máxima (indivíduo faz 25% a 49% das tarefas sozinho)
1	Ajuda total (indivíduo não faz as tarefas sozinho)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Melhor resposta verbal	Melhor Resposta Motora
1. Ausente	1. Ausente	1. Ausente
2. Com estímulo doloroso	2. Sons incompreensíveis	2. Decerebração
3. Com estímulo verbal	3. Palavras inapropriadas	3. Decorticação
4. Espontânea	4. Desorientado	4. Retirada
	5. Orientado	5. Localiza estímulo
		6. Segue comandos

ESCALA DE EDMONTON

DATA: ____/____/____

Sem dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem fadiga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior fadiga possível
Sem náusea	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Bom apetite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Boa sensação de bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar
Sem falta de ar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível

Plano de intervenção

Expetativas do utente/familiares:

Objetivos a curto prazo:

Objetivos a longo prazo:

Atividades a desenvolver:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Massagem☐ Exercícios de alongamento☐ Mobilização articular☐ Fortalecimento muscular☐ Atitudes terapêuticas de facilitação neurológica/movimento☐ Treino proprioceptivo☐ Treino equilíbrio/controlo postural☐ Treino de marcha☐ Treino de escadas☐ Programa de exercícios☐ Readaptação ao esforço☐ Gestão da dor☐ Técnicas de relaxamento☐ Ensino/treino de controlo respiratório☐ Aspiração de secreções | <ul style="list-style-type: none">☐ Ensino sobre higiene brônquica☐ Ensino/treino de levantar e transferências☐ Ensino/treino de mobilidade no leito☐ Ensino/treino de posicionamentos☐ Ensino/treino AVD e AIVD☐ Ensino/treino de atividades lúdicas☐ Ensino/treino ao cuidador☐ Entrega de manuais de auxílio ao utente/cuidador☐ Informação sobre fatores de risco☐ Educação de medidas de prevenção da queda☐ Proposta de alterações habitacionais☐ Proposta de aquisição de ajudas técnicas☐ Encaminhamento para outros técnicos/serviços da UCC☐ Encaminhamento para unidades da RNCCI☐ Outros _____ |
|---|---|

Primeira avaliação (data)

Enfermeira gestora (nome)

O seu nome:

Data de hoje:



COPD Assessment Test

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

Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da 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 descrever presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz

☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

Estou muito triste

PONTUAÇÃO

Nunca tenho tosse

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Tenho tosse o tempo todo

Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

O meu peito está cheio de catarro (secreção)

Não sinto nenhuma pressão no peito

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sinto uma grande pressão no peito

Não sinto falta de ar quando subo luma ladeira ou um andar de escada

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada

Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa

Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar

Durmo profundamente

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar

Tenho muita energia (disposição)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Não tenho nenhuma energia (disposição)

**PONTUAÇÃO
TOTAL**

O teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logotipo CAT é uma marca comercial de grupo de empresas GlaxoSmithKline.
©2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Escala de Ashworth modificada

0 = sem aumento do tonus muscular

1 = leve aumento do tonus muscular manifestado por uma "pega e soltura" ou por resistência mínima no final do arco de movimento, quando o membro afetado é movido em flexão ou extensão.

1+ = leve aumento do tonus muscular manifestado por uma "pega seguida de mínima resistência" através do arco de movimento restante (menos que metade do arco de movimento total)

2 = Aumento mais marcado do tonus muscular, manifestado através da maior parte do arco de movimento, mas o membro afetado é facilmente movido.

3 = Considerável aumento do tonus muscular. O movimento passivo é difícil.

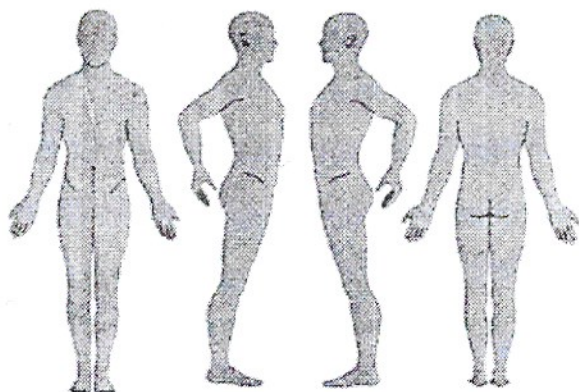
4 = A parte afetada está rígida em flexão ou extensão

ESCALA DE MORSE			
ITEM	ESCALA		SCORE
1. Queda imediatamente antes ou nos últimos 3 meses	Não	0	
	Sim	25	
2. Diagnostico secundario	Não	0	
	Sim	25	
3. Apoio para deambulação	Nenhum/apoiado/acamado	0	
	Canadianas/bengala/andarrilho	15	
	Apoia-se na mobilia	30	
4. Medicação e/ou heparina intravenosa	Não	0	
	Sim	20	
5. Marcha	Normal/acamado/cadeira de rodas	0	
	Desiquilibrio fácil	10	
	Défice na marcha	20	
6. Estado Mental	consciente das suas limitações	0	
	Não consciente das suas limitações	15	
TOTAL			

NÍVEL DE RISCO

Risco	Pontuação	Medidas a Tomar
Baixo Risco	0 - 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 - 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>=51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

Registo /Avaliação de Úlceras / Feridas Escala REVECH



Itens					
1 Dimensão da lesão					
0.	Área = 0 cm ²				
1.	Área < 4cm ²				
2.	Área = 4 <16 cm ²				
3.	Área =16<36 cm ²				
4.	Área = 36<64 cm ²				
5.	Área = 64<100 cm ²				
6.	Área > 100 cm ²				
2 Profundidade / tecidos atingidos					
0.	Pele intacta regenerada/cicatrizada				
1.	Atingimento da derme e epiderme				
2.	Atingimento do tecido celular subcutâneo (tecido adiposo sem atingir fáscia muscular)				
3.	Atingimento muscular				
4.	Atingimento ósseo e / ou tecidos anexos (tendões, ligamentos, capsula articular, ou necrose negra que não permite visualizar tecidos subjacentes)				
3 Bordos					
0.	Não Destintos ; (ausência de bordos de ferida)				
1.	Difusos				
2.	Delimitados				
3.	Lesados				
4.	Espessos ("envelhecidos"; "Evertidos")				
4 Tipo de tecido presente no leito da ferida					
0.	Tecido regenerado/ cicatrizado				
1.	Tecido epitelial				
2.	Tecido de granulação				
3.	Tecido desvitalizado e /ou fibrinoso				
4.	Necrótico (necrose negra seca ou húmida)				
5 Exsudado					
0.	Húmido				
1.	Molhado				
2.	Saturado				
3.	Com fuda de exsudado ou seco				
6 Infecção /inflamação (sinais de biofilme					
6.1	Dor aumentada	sim =1 Não =0			
6.2	Eritema perilesional	sim =1 Não =0			
6.3	Edema perilesional	sim =1 Não =0			
6.4	Calor /pele quente	sim =1 Não =0			
6.5	Exsudado aumentado	sim =1 Não =0			
6.6	Exsudado purulento	sim =1 Não =0			
6.7	Tecido friável ou facilmente sangrante	sim =1 Não =0			
6.8	Ferida estagnada, sem evolução	sim =1 Não =0			
6.9	Tecido compatível com biofilme	sim =1 Não =0			
6.10	Odor	sim =1 Não =0			
6.11	Hipergranulação	sim =1 Não =0			
6.12	Aumento do tamanho da ferida	sim =1 Não =0			
6.13	Lesões satélite	sim =1 Não =0			
6.14	Descoloração /palidez dos tecidos	sim =1 Não =0			
Somar todos os itens					
Pontuação Total (max=35 ; Min = 0)					

Escala de sobrecarga do cuidador

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nome: _____

N.º	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?					

