

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR

OBSTRUTIVA CRÓNICA NO REGRESSO A CASA:

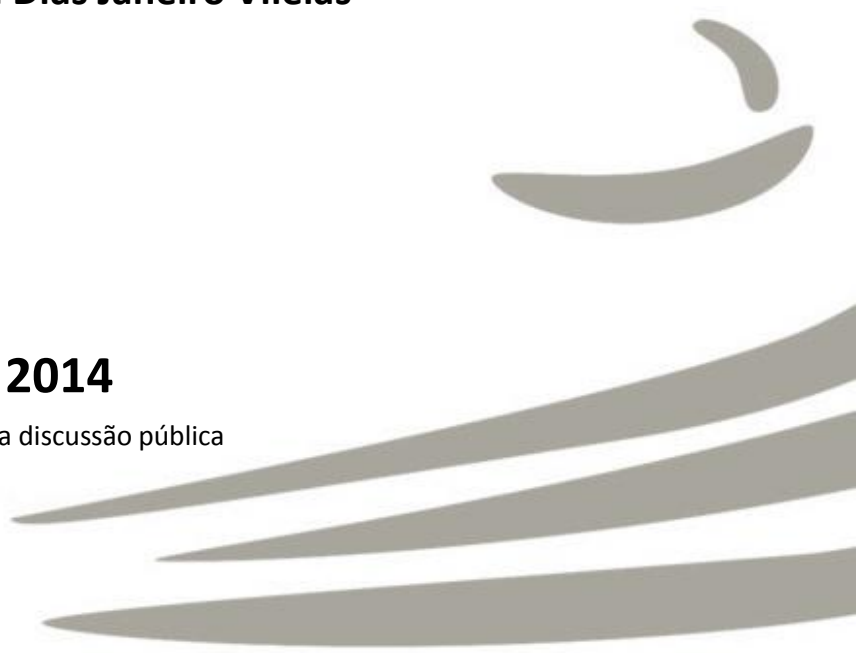
Intervenção do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR

OBSTRUTIVA CRÓNICA NO REGRESSO A CASA:

Intervenção do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas

Docente orientador: Professor Joaquim Paulo Oliveira

2014



*“O teu êxito depende muitas vezes do
êxito das pessoas que te rodeiam”.*

Benjamin Franklin

DEDICATÓRIA

A Deus, pela força e inspiração ao longo de todo este percurso...

Ao Gonçalo, pelas ausências e pouco tempo que lhe dediquei durante esta longa jornada e a quem dedico um amor incondicional.

Ao José pelo amor que nos une, pela paciência e incomensurável auxílio nas horas em que o dever académico se erguia acima de outras exigências.

Ao meu pai pelo estímulo constante desde pequenina, pelo orgulho demonstrado e que apesar da distância me apoia incondicionalmente.

À minha mãe, pela sua solicitude, zelo e amor constantes, mesmo na presença de palavras menos doces.

Ao Professor Joaquim Paulo Oliveira pela sua incansável disponibilidade, amabilidade, exigência e orientações que clarificaram todo este percurso.

À minha enfermeira chefe Luísa Barbosa pelo estímulo constante e disponibilidade na resolução de questões relacionadas com incompatibilidade de horário para realização de estágio.

Às enfermeiras Sandra Saias e Milene Silvestre que supervisionaram o meu estágio e que partilharam comigo o seu saber-ser, saber-estar e saber-fazer.

A todos os elementos das equipas pluridisciplinares com os quais trabalhei em parceria.

A todas as pessoas a quem prestei cuidados e que foram a base deste projeto.

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é altamente incapacitante, constituindo um problema de saúde pública de elevada magnitude. O impacto negativo que tem na sociedade em geral e na qualidade de vida destas pessoas, nomeadamente na sua vida pessoal, familiar, profissional e social, limita-as nas suas atividades diárias. Por conseguinte, cuidar de pessoas com DPOC no domicílio pode constituir um desafio para elas próprias e para a família. Assim, o objeto de estudo deste percurso formativo foi “Cuidar da pessoa com DPOC no regresso a casa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

Este relatório revela um percurso académico, pessoal e profissional que constitui uma síntese e reflexão integradoras das competências adquiridas. Articulada com a experiência prática proporcionada pelos estágios, destaca-se a mobilização da Teoria das Transições e da evidência científica, que contribuíram para o desenvolvimento de competências gerais e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O método utilizado para desenvolver as competências centrou-se no modelo reflexivo e construtivista.

Como resultados, o enfoque na promoção de processos de transição saudáveis da pessoa doente e família no momento de regresso a casa, permitiu desenvolver atividades e reflexões que pretenderam responder aos objetivos. Dos resultados destacam-se a elaboração dum artigo científico focando as experiências dos cuidadores de pessoas com DPOC, sessões de educação para a saúde e de formação e um *poster* sobre a reabilitação da pessoa com DPOC. O desenvolvimento de intervenções de enfermagem que procuraram devolver à prática estratégias para a continuação dum trabalho que responde à complexidade dos cuidados holísticos à pessoa com DPOC, foi uma preocupação em todo o percurso formativo.

Muito há ainda para aprender; este é apenas o início de um caminho que se pretende longo e profícuo em cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa doente e família.

Palavras-Chave: Pessoa/família com DPOC; Transição; Regresso a casa; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

The chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is highly disabling, providing a public health problem of great magnitude. The negative impact it has on society in general and these people's quality of life, particularly in their personal, family, professional and social life, limits them in their daily activities. Therefore, caring for people with COPD at home can be a challenge for themselves and for the family. Thus, the object of this training path was "Caring for people with COPD to homecoming: Intervention of Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing."

This report reveals an academic, personal and professional route which is an integrative summary and reflection of the acquired skills. Combined with the practical experience provided by internships, it is protruded the mobilization of the Transitions Theory and scientific evidence, that contributed to the development of Specialist Nurse's general and specific skills in Rehabilitation Nursing.

The method used to develop these skills focused on a reflective and constructivist model.

As a result, the focus on promoting healthy transition processes of the sick person and family when they are returning home, allowed developing activities and reflections intended to meet the objectives. The results highlight the development of a scientific article focusing on the experiences of caregivers of people with COPD, sessions of health education and training and a poster about the rehabilitation of people with COPD. The development of nursing interventions that sought to return to practice strategies for the continuation of a work that responds to the complexity of holistic care to people with COPD, has been a concern along the all formative path.

There is still much to learn; this is just the beginning of a path that intends to be long and fruitful in quality nursing care to the sick person and family.

Key-Words: Person/family with COPD; Transition; Home return; Rehabilitation Nursing.

ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA.....	11
1- PERTINÊNCIA DA ESCOLHA DA ÁREATEMÁTICA.....	13
2- ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	19
2.1- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: considerações gerais.....	22
2.2- Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na vida da pessoa doente e sua família.....	24
2.3- A pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e o regresso a casa.....	28
2.4- A Enfermagem de Reabilitação e a sua importância na promoção da qualidade de vida da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.....	30
3- O PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS..	34
3.1- Análise do percurso efetuado na área da reabilitação sensório motora.....	34
3.1.1- Caraterização do local de estágio.....	35
3.1.2- Descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas.....	36
3.2- Análise do percurso efetuado na área da reabilitação funcional respiratória.....	48
3.2.1- Caraterização do local de estágio.....	48
3.2.2- Descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas.....	49
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICES	
APÊNDICE I	-Cronograma individual de estágio
APÊNDICE II	-Resultado das entrevistas para caraterização e justificação da escolha do local de estágio “Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), E.P.E.”

APÊNDICE III	-Planeamento de atividades
APÊNDICE IV	-Resultado da entrevista à enfermeira chefe do Serviço de Cardiologia/Neurologia do CHBM, E.P.E.” para caraterização e justificação da escolha do local de estágio
APÊNDICE V	-Resultado da entrevista à enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) do Serviço de Cardiologia/Neurologia do CHBM, E.P.E.” para caraterização e justificação da escolha do local de estágio
APÊNDICE VI	-Guião de entrevista às enfermeiras chefes para caraterização e escolha dos locais de estágio
APÊNDICE VII	-Cronograma de atividades
APÊNDICE VIII	-Guião de entrevista às enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação para caraterização e escolha dos locais de estágio
APÊNDICE IX	-Reflexão sobre a 1ª semana de estágio no Serviço de Cardiologia/Neurologia
APÊNDICE X	-Reflexões sobre a 2ª a 5ª semanas de estágio no Serviço de Cardiologia/Neurologia
APÊNDICE XI	-Processo de enfermagem do Sr. A.M.- Serviço de Cardiologia/Neurologia
APÊNDICE XII	-Processo de enfermagem do Sr. N.F.- Serviço de Cardiologia/Neurologia
APÊNDICE XIII	-Resultado da entrevista à enfermeira chefe do Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia (SPUFO) do CHBM, E.P.E para caraterização e justificação da escolha do local de estágio

APÊNDICE XIV	Resultado da entrevista à EEER do SPUFO do CHBM, E.P.E para caracterização e justificação da escolha do local de estágio
APÊNDICE XV	-Manual de Enfermagem de Reabilitação em linguagem CIPE
APÊNDICE XVI	-Reflexão sobre a 1ª semana de estágio no SPUFO
APÊNDICE XVII	-Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) adaptada ao contexto de internamento
APÊNDICE XVIII	-Reflexão sobre as últimas semanas de estágio no SPUFO
APÊNDICE XIX	-Reflexão sobre a 4ª a 7ª semanas de estágio no SPUFO
APÊNDICE XX	-Reflexão sobre a 2ª semana de estágio no SPUFO
APÊNDICE XXI	-Guião para avaliação de conhecimentos sobre a DPOC
APÊNDICE XXII	-Processo de Enfermagem da Srª C. -SPUFO
APÊNDICE XXIII	-Grelha de observação para avaliação dos ensinamentos efetuados à pessoa com DPOC
APÊNDICE XXIV	-Grelhas de observação para avaliação dos ensinamentos efetuados sobre a técnica específica de utilização dos diferentes inaladores
APÊNDICE XXV	-Processo de Enfermagem do Sr T. -SPUFO
APÊNDICE XXVI	-Reflexão sobre a 3ª semana de estágio no SPUFO
APÊNDICE XXVII	-Folha de avaliação de conhecimentos sobre estratégias promotoras da reabilitação da pessoa com DPOC
APÊNDICE XXVIII	-Folheto de divulgação da sessão de formação “Contributo do enfermeiro generalista para a reabilitação da pessoa com DPOC”

- APÊNDICE XXIX -Sessão de formação: “Contributo do enfermeiro generalista para a reabilitação da pessoa com DPOC”**
- APÊNDICE XXX -Avaliação da sessão de formação “Contributo do enfermeiro generalista para a reabilitação da pessoa com DPOC”**
- APÊNDICE XXXI -Poster: “Contributo do enfermeiro generalista para a reabilitação da pessoa com DPOC”**
- APÊNDICE XXXII -Guião de entrevista ao familiar/cuidador da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica**
- APÊNDICE XXXIII -Artigo: “Experiência vivida do cuidador da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”**

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na Área de Enfermagem de Reabilitação ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Recorrendo a uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, este documento pretende descrever e analisar todo o meu percurso formativo no decorrer do referido estágio, na aquisição e desenvolvimento de competências para a assistência especializada de Enfermagem de Reabilitação. É minha intenção ainda, demonstrar a minha capacidade para identificar problemas e desenvolver estratégias/soluções adequadas, refletir e analisar criticamente as atividades desenvolvidas não só do ponto de vista teórico, mas também do ponto de vista ético e social. Por fim, tenciono demonstrar a capacidade para transmitir adequadamente as minhas conclusões sobre esta etapa da minha formação.

Todo o meu percurso foi realizado tendo sempre em conta particularmente as unidades de competência J1.1, J1.2, J1.3, J1.4, J2.1, J2.2, J3.1 e J3.2 (OE, 2010) com o propósito de contribuir para a otimização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no cuidar da pessoa com DPOC no regresso a casa, e consequente promoção da qualidade de vida destas pessoas quer a nível pessoal, familiar e profissional, quer enquanto cidadãos de uma sociedade onde devem estar capacitados para exercerem os seus deveres mas também para usufruírem plenamente dos seus direitos.

O referencial teórico de enfermagem que norteou todo o meu exercício profissional durante o estágio foi a Teoria das Transições de Meleis, que concebe a doença como um processo de transição, definindo-o como "uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro" (Chick & Meleis, 1986, p.239), o que exige do ser humano, a ação de estratégias e recursos de suporte, disponíveis ou não, com vista à adaptação fácil e saudável, perante a vivência de uma nova realidade. Face a esta experiência de vida a pessoa doente é levada invariavelmente a incorporar novos conhecimentos, com o objetivo de modificar os

seus comportamentos e definir um novo *self* no contexto social, durante o período em que ocorre a transição do estado (Chick & Meleis, 1986). Desta forma, a missão do enfermeiro de reabilitação é a de gerir as transições que a situação de incapacidade provoca, minimizando o mais possível as desvantagens que delas decorrem e sempre no contexto de equipa pluridisciplinar. A sua intervenção não é só com e para estas pessoas mas também o é com e para as pessoas que fazem parte do seu ambiente afetivo próximo.

Este relatório encontra-se assim dividido em quatro partes, em que a primeira consiste na justificação da pertinência da escolha da temática, com os pressupostos e referenciais teóricos que suportaram essa escolha bem como a concretização do estágio. Na segunda parte procedo ao enquadramento concetual da temática, considerando sempre o binómio pessoa/família e enfatizando sempre a promoção da qualidade de vida pessoal, familiar, profissional e social da pessoa com DPOC. Na terceira exponho o percurso desenvolvido durante todo o estágio, sendo que optei por analisar numa primeira fase o estágio efetuado na área da reabilitação sensório motora no Serviço de Cardiologia/Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. e posteriormente, no Serviço de Pneumologia e Unidade funcional de Oncologia (SPUFO) da mesma instituição, para aquisição de competências na área da reabilitação funcional respiratória, de acordo com o cronograma individual de estágio (Apêndice I). Caraterizarei de uma forma sucinta ambos os locais de estágio, após o que farei uma descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em cada percurso, fazendo referência aos objetivos definidos para cada um. Por fim, a parte correspondente às considerações finais expõe de forma reflexiva e crítica os contributos pessoais e profissionais resultantes de toda a formação, bem como as dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas para as ultrapassar.

1- PERTINÊNCIA DA ESCOLHA DA ÁREA TEMÁTICA

As doenças respiratórias são a principal causa de morte no mundo, representando 18,7% do total de óbitos (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2011) e continuam a ser uma das principais causas de morbilidade (Chan et al, 2011), com tendência clara para o aumento da sua incidência e prevalência de acordo com Caress, Luker, Chalmers & Salmon (2009), tanto em Portugal como no resto do mundo. Ainda de acordo com o ONDR (2011), em Portugal, as doenças respiratórias crónicas atingem 40% da população, em que a asma representa 10%, a rinite 25% e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) 14,2% das pessoas com mais de 40 anos.

Sendo a DPOC uma doença crónica, ela própria constitui também uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo (Berjon-Aparício, 2007; Chan et al, 2011). Atualmente, a DPOC é responsável por 3 milhões de mortes anuais no mundo, responsável por 5,36% dos óbitos (ONDR, 2010, 2011) o que a coloca no 4º lugar como causa de morte (Berjon-Aparício, 2007; Effing et al, 2009; Utens et al, 2010; Disler, Inglis & Davidson, 2013).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2005) esta patologia, em 1990, ocupava internacionalmente o 12º lugar como causa de incapacidade, prevendo-se, de acordo com Chan et al (2011), que em 2020 possa vir a ocupar o 5º lugar, a seguir à patologia cardíaca, depressão, acidentes de viação e doenças cérebro vasculares. Não obstante, Chan et al (2011) consideram ainda que em 2020 a DPOC será classificada em 3º lugar entre as mais importantes causas de morte, assim como Berjon-Aparício (2007) e Utens et al (2010) que justificam esta previsão com o aumento do consumo de tabaco, especialmente entre as mulheres de países de baixo e médio nível socioeconómico, e com o envelhecimento da população.

Os dados epidemiológicos apresentados são importantes para percebermos o impacto que a DPOC tem na sociedade em geral e na vida destas pessoas em particular, nomeadamente na sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

Perante estas evidências, urge assim contrariar os factos, congregando esforços para uma intervenção sistematizada que diminua todos estes valores e que fundamentalmente melhore a qualidade de vida destas pessoas.

A literatura caracteriza a DPOC como um problema de saúde pública de elevada magnitude (Effing et al, 2009; Chan et al, 2011; Wong, Carson & Smith, 2012), pelo que se tornou imperiosa uma intervenção de saúde pública de âmbito nacional, planeada e especificamente dirigida aos três níveis de prevenção da doença. Surgiu assim o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica inspirado no Projeto GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*), em cumprimento do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 (DGS, 2005). Este programa tem como objetivos gerais inverter a tendência de aumento da prevalência da DPOC, melhorar o estado de saúde e a funcionalidade da pessoa com esta patologia e por fim reduzir a mortalidade por esta doença (DGS, 2005).

De acordo com a DGS (2010) e o ONDR (2010, 2011), os internamentos por DPOC em Portugal constituem a 2ª causa de internamento por doença respiratória. Segundo informação fornecida pelo relatório do ONDR (2011), em 2010 foram internados 8991 doentes com o diagnóstico principal de DPOC, sendo que 2% foram ventilados e, destes, 13% faleceram. Ainda, em 2010 foram internados 25182 doentes com DPOC como co morbilidade. Apesar de haver grande variabilidade de ano para ano, os internamentos hospitalares por agudização da DPOC têm vindo a aumentar e quase duplicaram desde 1994 (ONDR, 2011), sendo que entre 2002 e 2006 a mortalidade por DPOC aumentou 5,7%.

Paralelamente, e face à visão economicista governamental para reduzir o despesismo na saúde, observa-se uma tendência para reduzir a permanência dos indivíduos nas unidades de saúde e para delegar muitos cuidados, então anteriormente assegurados pelas unidades hospitalares, para os serviços de apoio à comunidade e, consequentemente para as famílias. Face a esta realidade, as pessoas doentes com internamentos reduzidos transportam situações de

dependência, por vezes total, a uma terceira pessoa. Em consequência desta conjuntura, emerge uma nova e vasta categoria de pessoas que se tornam os principais municiadores no apoio à satisfação das necessidades e à realização das atividades de vida diária (AVD) da pessoa com DPOC: os cuidadores informais.

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do regresso a casa ao ajudar a pessoa com DPOC na sua recuperação e a facilitar o seu familiar na aquisição de competências para o papel de cuidador. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros torna-se igualmente importante no sentido de ajudar estas pessoas a ultrapassarem a fase mais crítica da recuperação: a transferência de cuidados do hospital para o domicílio. O enfermeiro ocupa uma posição privilegiada no sistema de saúde, por se encontrar vinte e quatro horas junto da pessoa a vivenciar o seu processo de doença. Consequentemente, este profissional de saúde tem a responsabilidade de desenvolver um conjunto de intervenções à pessoa doente (neste caso à pessoa com DPOC), ao prestador de cuidados e respetiva família (com atenção nos projetos de saúde individuais), de modo a proporcionar-lhes uma adequada transição de cuidados do meio hospitalar para o domicílio, ajudando-os a desenvolver e aprimorar novas competências na prestação de cuidados.

De acordo com a DGS (2005), o tratamento da pessoa com DPOC está diretamente dependente da vontade e da capacitação da própria e da sua família para gerir o plano terapêutico instituído, gerindo assim a própria doença. Por esta razão, e segundo Effing et al (2009) e Payne, Wiffen & Martin (2012), é fundamental a educação terapêutica da pessoa com DPOC, de forma a poder melhorar as suas competências e capacidade para lidar com a doença. A intervenção junto destas pessoas deve ser realizada nos diferentes níveis de cuidados de saúde, quer em consultas, quer ao nível da intervenção domiciliária, quer a nível de programas de reabilitação. É, por isso, imperativo salientar a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) para a otimização das potencialidades destes cidadãos e para a sua reeducação funcional e consequente reinserção social e reintegração profissional (Hesbeen, 2010) e promoção da sua qualidade de vida.

De facto, o enfermeiro, com especial destaque para o EEER, tem um papel fundamental na assistência e na maximização das capacidades da pessoa com deficiência, limitação da atividade ou outras necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010).

O artigo 64º da Constituição menciona que em relação aos cidadãos, “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” e cabe ao estado “garantir o acesso de todos os cidadãos...aos cuidados de reabilitação” (Lei Constitucional, 2001). Compete-nos assim a nós, enfermeiros de reabilitação como elementos de uma equipa multidisciplinar, assegurar a prestação destes cuidados especializados a todos os cidadãos que deles necessitem, sendo que na DPOC, o acompanhamento periódico é fundamental para retardar a progressiva perda de funcionalidade decorrente da evolução da doença (DGS, 2005). Em suma, o objetivo primordial da nossa intervenção é promover a autogestão da DPOC junto da pessoa/família doente, imprescindível para a melhoria da sua qualidade de vida e para influenciar favoravelmente a história natural da doença (ONDR, 2011).

Ao exercer a minha atividade profissional numa Unidade de Ambulatório de Pneumologia, nomeadamente em Hospital de Dia, onde cuido diariamente de pessoas com DPOC e suas famílias, confronto-me frequentemente com diversos tipos de necessidades. Estas necessidades são na sua maioria originadas por: défice de conhecimento relativamente a esta patologia, desvalorização da situação clínica e, finalmente, pelo facto de, quer as pessoas doentes quer os seus familiares, não possuírem competências, nomeadamente, para a gestão da doença e do plano terapêutico.

O objetivo das minhas intervenções é a promoção da qualidade dos cuidados conducentes a uma melhoria da qualidade de vida destas pessoas, traduzida em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma, senti necessidade de adquirir e/ou desenvolver competências que me permitissem intervir de forma mais eficaz e sistematizada, na reabilitação destas pessoas.

Concomitantemente aos objetivos pessoais e porque os considero extremamente importantes para a consecução de qualquer trabalho, a escolha desta área temática foi também impulsionada pela necessidade de adquirir e desenvolver competências definidas pelo processo de Bolonha inerentes ao 2º ciclo de estudos, de acordo com o artigo 2º do Regulamento de Mestrado (ESEL, 2013).

Como referi anteriormente, o referencial teórico de enfermagem que sustentou a minha tomada de decisão relativamente ao tema escolhido e suportou todo o trabalho desenvolvido foi a Teoria das Transições de Meleis. Esta opção deveu-se sobretudo ao facto de a pessoa, ao longo do seu ciclo de vida individual, que decorre incorporado e regulado pelo ciclo de vida familiar, experienciar múltiplas situações de mudança, inerentes às relações intra e interpessoais que desenvolve (Zagonel, 1999).

Perante as limitações/incapacidades geradas pela DPOC, estas situações de mudança tomam proporções mais abrangentes e de carácter por vezes dramático à medida que as pessoas se movimentam juntas durante os seus ciclos de vida, quer pessoal quer familiar. A adaptação da pessoa/família à DPOC pode provocar alterações profundas na vida das pessoas e dos que lhes são significativos, com consequências importantes no bem-estar e na saúde. Para Zagonel (1999), este movimento significa mudança, processo e resultados e designa-se por transição.

Segundo Schumacher & Meleis (1994), a transição é um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem, dado que as relações enfermeiro/doente ocorrem frequentemente durante períodos transicionais de instabilidade, precipitados por mudanças de desenvolvimento, situacionais ou de saúde-doença.

Assim, e de acordo com Meleis (2010), os enfermeiros capacitam as pessoas para as ajudar a compreenderem e lidarem com os processos de transição, proporcionando a aquisição de novas competências relacionadas com a saúde e experiências de doença. Estes profissionais de saúde facilitam-lhes os processos de transição que experienciam, atuando quer de forma preventiva quer terapêutica, no

sentido de reorganizar os momentos transicionais. Desta forma e ainda segundo a autora, a intervenção terapêutica é contextualizada como ocorrendo depois das consequências das transições serem experienciadas e a intervenção preventiva como ocorrendo antes das transições ou antes das consequências.

Por conseguinte, tendo por base a teoria de Meleis e a sua centralidade no seio da profissão, parece relevante assumir o cuidado transicional (Zagonel, 1999) uma área de interesse para a disciplina e profissão de enfermagem, nomeadamente na área de reabilitação. Este conceito esteve sempre presente, não só na elaboração do projeto de formação bem como na consecução do mesmo ou seja, em todo o percurso realizado durante o estágio.

2- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Sendo a DPOC responsável por elevadas taxas de mortalidade e morbidade como evidenciado anteriormente, é oportuno caracterizá-la para identificar as repercussões que ela pode ter na pessoa e sua família e para justificar o contributo da revisão da literatura em todo o trabalho que desenvolvi ao longo do estágio.

Desta forma, irei abordar de uma forma breve, alguns assuntos como fisiopatologia, sinais e sintomas da doença e dados epidemiológicos. Aprofundar estes conceitos revelou-se de extrema importância porque, ao conhecer melhor esta patologia, permitiu-me perceber a interferência que a mesma tem na realização das AVD destas pessoas, nomeadamente nas incapacidades/limitações que ela pode originar a nível pessoal, familiar, profissional e social. Perante as evidências documentadas pude proceder a uma avaliação correta das necessidades das pessoas com DPOC/famílias que cuidei. A revisão da literatura permitiu-me ainda identificar os vários fatores de risco para esta patologia e perceber a importância do cumprimento do plano terapêutico instituído, para planejar, implementar e avaliar as minhas intervenções.

Outro assunto que irei explorar refere-se ao impacto que a DPOC tem na qualidade de vida destas pessoas/famílias; muni-me assim de evidências sobre os seus comportamentos relativamente à patologia, sobre os sentimentos que vivenciam nos processos de transição que experienciam, sobre a forma como percebem a sua doença, como se ajustam às perdas dela decorrentes e quais as suas expectativas para o futuro. Tudo isto me permitiu compreender mais facilmente os comportamentos das pessoas que cuidei e assim identificar as suas necessidades de cuidados especializados, fatores de extrema importância para desempenhar o meu papel como elemento facilitador desses processos.

O regresso a casa das pessoas com DPOC constituiu outro motivo de pesquisa de evidência científica que me proporcionou adquirir conhecimentos sobre a importância que os cuidadores informais têm neste processo e sobre a necessidade de também eles serem alvo de cuidados para concluírem de forma saudável o seu

próprio processo de transição para cuidadores. Esta pesquisa alertou-me para o facto de não existirem estudos na área de intervenção de enfermagem de reabilitação direccionados para identificar as necessidades de apoio às pessoas que cuidam de pessoas com DPOC, tendo-me motivado a realizar um artigo de revisão da literatura sobre as suas vivências. Percebi ainda o quão importante é a necessidade de capacitar a própria pessoa para o autocuidado e gestão da sua patologia, capacitando também os cuidadores informais, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio. Percebi também a importância da preparação precoce e contínua do regresso a casa e da necessidade do acompanhamento por toda a equipa de saúde, quer durante o internamento, quer no domicílio. Isto foi importante para poder planear atempadamente as minhas intervenções e sempre em parceria com as pessoas doentes/famílias que cuidei, com a equipa e com os recursos da comunidade.

Por fim mas não com menor relevância, abordarei conceitos que se relacionam com a importância da enfermagem de reabilitação na promoção da qualidade de vida da pessoa com DPOC. De acordo com as evidências encontradas, que enfatizam o investimento na reabilitação destas pessoas como imprescindível para uma gestão mais eficaz da sua doença e consequente melhoria da sua qualidade de vida, programei, implementei, avaliei e reformulei as minhas intervenções sempre o mais precocemente possível. Fi-lo de forma contínua, sempre em parceria com os restantes membros da equipa pluridisciplinar, com a pessoa com DPOC e sempre que possível com a sua família/cuidador e com os recursos da comunidade, o que se revelou uma mais-valia para obter ganhos em saúde. O facto de perceber que o EEER tem um papel importante e indispensável na informação, educação e capacitação da pessoa com DPOC e sua família para o autocontrolo da patologia, possibilitou-me intervir estrategicamente junto das mesmas de acordo com as necessidades identificadas e obter resultados que se traduziram em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados que prestei.

O EEER deve possuir um “corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas

sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 125/2011 das Competências do EEER, p.8658). Como tal e, para desenvolver as minhas competências de pesquisa, o meu raciocínio científico, a minha autoaprendizagem e ao mesmo tempo conhecer e aplicar as melhores evidências científicas sobre a pessoa com DPOC e sua família, durante os diferentes contextos de aprendizagem, recorri à plataforma EBSCOhost e ao Google académico. Esta pesquisa foi igualmente importante para verificar o estado de arte sobre a temática de enfermagem que norteou o meu percurso formativo.

Assim, utilizando as bases de dados científicos *CINAHL Plus with Full Text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina* e *MEDLINE with Full Text*, limitando os resultados a texto completo e a data de publicação entre março de 2008 e março de 2013, tal como recomendam alguns autores (Melnik & Fineout-Overholt, 2005; Vilelas, 2009). Na equação de pesquisa, utilizei os seguintes descritores: [(COPD) AND (discharge) AND (nurs*)]. Em relação à filtragem e recuperação dos artigos, identifiquei um artigo na CINAHL, sete na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, um na *MedicLatina* e sete artigos na MEDLINE. Dos 16 artigos e após aplicação dos critérios de inclusão (pessoas com DPOC, intervenções de enfermagem, resultados que visassem a capacitação da pessoa/família para o cuidar no domicílio), selecionei apenas doze. Pesquisei também no Google académico para complementar a fundamentação da área temática.

Face ao exposto, julgo que através desta minha atividade, consegui que os conhecimentos adquiridos pela minha experiência profissional aprofundados pelos conteúdos ministrados no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na Área de Enfermagem de Reabilitação fossem integrados com a minha capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados como futura EEER.

2.1- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: considerações gerais

O projeto GOLD (2010) define DPOC como uma doença prevenível e tratável com algumas componentes extra pulmonares significativas que podem contribuir para a gravidade individual, assumindo assim especial importância, não só a avaliação diagnóstica como também a adequação do programa de tratamento e reabilitação. A sua componente pulmonar caracteriza-se por uma limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível (DGS, 2005; GOLD, 2010; Utens et al, 2010; Chan et al, 2011; Jeppesen et al, 2012; McLean, Nurmatov, Liu, Pagliari, Car & Sheikh, 2012; Disler et al, 2013). Esta limitação é geralmente progressiva (DGS, 2005; GOLD, 2010; Utens et al, 2010; Disler et al, 2013) e ainda de acordo com DGS (2005) e GOLD (2010), está associada a uma resposta inflamatória anômala do pulmão a partículas nocivas ou gases. Crawford & Harris (2008), McLean et al (2012) e Wong et al (2012) consideram que a origem desta limitação é uma associação de doença das pequenas vias aéreas (bronquite obstrutiva) e destruição do parênquima (enfisema). Para McLean et al (2012), a destruição do parênquima pulmonar leva à perda de ligações alveolares das pequenas vias aéreas e diminui a elasticidade retrativa do pulmão. Por sua vez estas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas se manterem abertas durante a expiração. A inflamação crônica origina modificações e estreitamento das pequenas vias aéreas e os sintomas, que incluem expectoração, tosse e dispneia, são crônicos e progressivos ao longo do tempo (DGS, 2005; Yu, Lee & Woo, 2007; Utens et al, 2010).

A prevalência da DPOC aumenta com a idade, sendo mais elevada no sexo masculino, embora tenha vindo a aumentar nas mulheres, consequência do aumento da prevalência do tabagismo no sexo feminino (DGS, 2005). Desta forma, o consumo do tabaco constitui o principal fator de risco de DPOC, estando presente em mais de 90% dos casos, continuando assim a contribuir para a elevada prevalência da doença tanto no mundo em geral, como no nosso país em particular. Todavia, Salvi & Barnes (2009) referem que cerca de 25% a 45% das pessoas com DPOC nunca fumaram, remetendo-nos assim para a importância de outros fatores causadores e/ou de agravamento desta patologia. Para corroborar esta ideia, White

(2010) refere que cerca de três biliões de indivíduos, ou seja, metade da população mundial está exposta ao fumo de combustão da biomassa, comparativamente a cerca de um bilião de fumadores. Isto significa, que num futuro próximo a exposição a este poluente poderá vir a ser o maior fator de risco para a DPOC (Franchi, 2009; White, 2010).

Segundo Menzin et al (2008) e o Projeto GOLD (2010), os dados epidemiológicos atuais e o aumento dos mesmos projetados para 2020, aos quais fiz referência anteriormente, refletem o abuso continuado do tabaco e as mudanças na estrutura etária das populações dos países em desenvolvimento, cuja esperança média de vida é maior, atingindo assim a idade na qual a DPOC se instala. Todos os valores atrás mencionados são ainda justificados pela crescente inexistência de hábitos salutogénicos como o exercício físico e um regime alimentar adequado às necessidades diárias, pelas infeções respiratórias recorrentes e pela constante exposição a alérgenos ocupacionais; esta exposição inadequada resulta frequentemente do não cumprimento ou inexistência de normas de segurança e higiene no trabalho. Todos estes fatores estão condicionados pela ainda grande falta de informação que existe entre os cidadãos, no que diz respeito à prevenção da doença e consequente promoção da sua saúde: o incumprimento do plano terapêutico pelos mais diversos motivos, o desconhecimento da própria doença, assim como dos fatores de risco e do seu provável agravamento.

Verifica-se, desta forma, uma tendência crescente para o aumento significativo da perda de funcionalidade e consequente diminuição da produtividade da população ativa e dos custos que daí advêm, factos que são corroborados pelas evidências referenciadas nos relatórios da ONDR (2009, 2010, 2011) em que se estima que existam em Portugal mais de 500.000 pessoas com DPOC. Apesar de se ter constatado uma diminuição de 8,8% na mortalidade destas pessoas em Portugal, esta patologia representa ainda a quinta causa de morte no país.

Perante os dados apresentados, podemos estimar o impacto que esta patologia tem, quer a nível económico, quer social. A DGS (2005), Effing et al (2009) e McLean et

al (2012), salientam que a incidência/prevalência desta patologia tem acentuadas repercussões negativas na qualidade de vida destas pessoas e suas famílias, assim como no seio profissional e social, limitando-as nas suas atividades diárias e causando um inevitável impacto na sociedade, com substanciais e crescentes encargos pessoais, dos serviços médicos e sociais.

Em síntese, pode-se dizer que a DPOC é uma doença crónica com efeitos a longo prazo, que tenderá a agravar-se sem o tratamento adequado. O facto de ser uma doença com custos elevados para os sistemas de saúde e que fomenta a incapacitação de muitos doentes, confere-lhe um papel de destaque entre as doenças crónicas e faz com que a DPOC seja um sério problema de saúde pública. Sendo uma doença progressiva e incapacitante, pode levar a pessoa doente à dependência física e psicológica. A DPOC interfere tanto na qualidade de vida dos doentes como dos seus familiares, que muitas vezes se tornam responsáveis pelo cuidado à pessoa doente. Assim, de seguida irei explicar o impacto da DPOC na vida da pessoa doente e sua família.

2.2- Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na vida da pessoa doente e sua família

Nas pessoas com DPOC, os sintomas, sobretudo a dispneia, causam-lhes limitações funcionais que frequentemente interferem na realização das AVD, restringem a sua participação na sociedade e propiciam o aparecimento de quadros de depressão e ansiedade com significativa diminuição na sua qualidade de vida (Tarrés, 2002; Pagani, 2008). Para Caress et al (2009), esta patologia, para além dos sintomas físicos que causa, provoca ainda consideráveis sintomas de angústia, reduzida capacidade de autocuidado, pânico e internamentos hospitalares recorrentes. Como referem Utens et al (2010), Sorknaes, Madsen, Hallas, Jest & Hansen-Nord (2011), as exacerbações da DPOC têm um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas doentes e no prognóstico da mesma.

Campos (2004) cita os resultados de um estudo - *Confronting COPD in America* (Halpern, Stanford & Borker, 2003) – obtidos a partir de uma amostra randomizada e casual composta por 26.880 pessoas norte-americanas com DPOC no domicílio, baseados num inquérito que revelou que os principais sintomas da doença (acordar por causa da tosse e/ou sibilos e/ou dispneia; dispneia; tosse produtiva) estão presentes quase diariamente no quotidiano da maioria (90%) das pessoas doentes. A maior parte destas consideraram-se limitadas pela DPOC e pouco mais que metade (51%) disse que a doença limitava o seu trabalho. Foi demonstrado o impacto da dispneia nas atividades, considerada como fator limitante no quotidiano das pessoas com DPOC. Ainda neste estudo, cerca de um quarto dos portadores desta patologia consideraram-se inválidos por causa dos seus problemas respiratórios. A esmagadora maioria relatou ter receio de ter uma exacerbação dos seus sintomas fora de casa, tinha dificuldade em fazer planos, entrava em pânico quando não conseguia respirar adequadamente, ficava embaraçada em público por causa da tosse e considerava que o futuro seria ainda pior. Apesar do nível elevado de comprometimento funcional, pouco menos que um quarto (23%) das pessoas descreveram a sua condição como "grave", 38% como "moderada" e 34% como "leve". O autor ressalta o contraste entre a classificação médica da gravidade da doença e a perceção desse grau pelas pessoas doentes e afirma que nos dados de auto perceção, há a tendência, destas mesmas pessoas, de subestimarem o grau de controlo dos sintomas (Campos, 2004).

Ketelaars, Schlösser, Mostert, Abu-Saad, Halfens & Wouters (1996) estudaram os determinantes da qualidade de vida em 126 pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 80 anos, com DPOC grave, e concluíram que os dados sociodemográficos e económicos não se correlacionavam com as componentes de qualidade de vida. Os autores sugeriram como explicação que os participantes do seu estudo se ajustavam às perdas psicossociais e, como eram na maioria idosos, teriam desenvolvido novas atitudes e adequado o seu estilo de vida às limitações decorrentes da doença, encarando-as como consequência natural da idade. Contudo, referem que outros autores têm encontrado uma relação positiva entre o padrão socioeconómico, a idade e a qualidade de vida (Ketelaars et al, 1996).

Cuidar das pessoas com DPOC no domicílio pode constituir um desafio para elas próprias e para os seus cuidadores/famílias, dado que implica o manuseamento, o contato direto com tecnologias complexas como por exemplo, oxigenoterapia de longa duração e dispositivos para ventilação não invasiva. Outro desafio para estas pessoas será o cumprimento do plano terapêutico que consiste na sua grande maioria em terapêutica inalatória diversificada que requer uma técnica inalatória específica. Como referem Harris (2007) e Yu et al (2007), as pessoas com DPOC e os seus cuidadores/famílias enfrentam uma situação difícil, evidenciando muitas vezes sentimentos de isolamento do resto da sociedade, sendo que concebem a exacerbação aguda da doença como bem-vinda, quando esta é causadora de internamento. Estas pessoas sentem-se familiarizadas com os profissionais de saúde, considerando as readmissões como oportunidades de se encontrarem com amigos, o que, apesar de tudo, considero ser uma mais-valia para o estabelecimento de uma relação de parceria pessoa doente/enfermeiro/cuidador/família.

Apesar do envolvimento e da forte ligação afetiva pelo outro, o cuidador primário fica sobrecarregado, renuncia a sua vida pessoal e sofre imposição das circunstâncias para assumir esse papel (Gregory, 2005; Simonetti & Ferreira, 2008). Assim, cuidar da pessoa com DPOC exige uma reorganização familiar e adaptação à evolução e experiências da doença. Num estudo, Kanervisto, Kaistila & Paavilainen (2007), concluíram que os cuidadores familiares de pessoas com doença crónica apresentavam uma carga elevada no seu papel dentro da família e mais responsabilidade financeira, mostrando uma certa globalidade da sobrecarga de cuidados. Neste sentido, Spiliopoulos, Donoghue, Clark & Dunford (2008) e Disler et al (2013), afirmam ser de extrema importância a intervenção da equipa multidisciplinar, com ênfase na equipa de enfermagem, para capacitar a pessoa doente/cuidador/família a gerir a DPOC no domicílio.

Todas estas transformações/incapacidades/limitações com que a pessoa com DPOC e seus cuidadores/famíliares se deparam, decorrentes desta patologia, implicam alterações nas suas vidas e geram necessidade de iniciar processos de mudança, de aprendizagem/capacitação para adaptação a essa(s) mudança(s). Dado que os

ciclos de vida da pessoa com DPOC e do(s) seu(s) cuidador(es) se inter cruzam, ambos vivenciam processos de transição condicionados pela doença e ambos necessitam de intervenção especializada para que estes processos se concluam com resultados positivos. A transição é em si, um fenómeno multidimensional cujo desenvolvimento está relacionado com vários fatores, facilitadores ou inibidores, que dependem da vivência de cada pessoa face aos significados que dão às experiências de saúde e doença, do grau de envolvimento no processo de transição e da percepção sobre os fenómenos (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000). Ainda que a capacidade de adaptação da pessoa e sua família face à mudança dependa destes fatores, a transição para Chick & Meleis (1986) tem uma componente essencialmente positiva, uma vez que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança maior maturidade e estabilidade. Assim, o EEER deve promover a aquisição de conhecimentos e aptidões para gestão e auto controlo da DPOC ou aprendizagem de habilidades para desempenhar o papel de cuidador informal no domicílio, sempre com o propósito final da obtenção de ganhos em saúde, traduzidos em melhoria da qualidade de vida destas pessoas. É ainda do âmbito do EEER, enquanto membro de uma equipa pluridisciplinar, intervir para assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas doentes, prevenir complicações, evitar incapacidades; através da sua intervenção terapêutica visa melhorar as funções residuais destas pessoas, manter ou recuperar a independência na realização das AVD e minimizar o impacto das incapacidades. Para isso, usa técnicas específicas da sua área de especialização, e simultaneamente intervém ao nível da educação da pessoa doente e seus cuidadores/familiares, quer em situações de internamento hospitalar, em planeamento de alta precoce, continuidade de cuidados e/ou reintegração na comunidade (OE, 2010).

Para Meleis & Trangenstein (1994), a enfermagem é a arte e a ciência facilitadora das transições da saúde das populações e do seu bem-estar e preocupa-se com os processos e as experiências dos seres humanos que estão a atravessar transições. Por conseguinte, é da responsabilidade do enfermeiro intervir como agente promotor de transições saudáveis. Numa primeira fase, a função do enfermeiro consiste em

ajudar a pessoa a tomar consciência das mudanças que estão a ocorrer e das repercussões na sua vida pessoal, familiar, profissional e social. De seguida é imperativo perceber qual o projeto de vida desta pessoa/família perante essas mudanças e ajudá-la no planeamento e concretização do mesmo. A capacidade dos enfermeiros compreenderem o comportamento das pessoas que cuidam, é imperativo para fazer diagnósticos e intervenções adequados, dado que estão na posição mais oportuna para aceder às suas necessidades biopsicossociais durante o período de transição de papéis e providenciar as intervenções necessárias baseadas nas necessidades individuais criadas por essa transição (Meleis, 2010).

Em síntese, a DPOC predispõe o aumento de acontecimentos adversos relacionados com a saúde, como as exacerbações da doença e os internamentos cada vez mais frequentes, prenunciando a incapacidade progressiva na realização das AVD e a degradação da qualidade de vida. A adesão ao regime terapêutico é fundamental, dado que além de possibilitar o alívio dos sintomas e melhorar a capacidade funcional, visa igualmente evitar a progressão da doença e reduzir a mortalidade. Assim, a preparação do regresso a casa de forma adequada, através da promoção do autocuidado, gestão do regime terapêutico pela pessoa doente/cuidador/família e da articulação dos cuidados com a comunidade, facilita a continuidade dos cuidados e a adesão ao plano terapêutico, fundamentais para o controlo do estado de saúde e para a promoção da qualidade de vida.

2.3- A pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e o regresso a casa

É inquestionável a importância que os cuidadores informais/familiares assumem no contexto da continuidade de cuidados no regresso a casa de pessoas com doença crónica, sendo que o impacto produzido na saúde pelo desempenho da função, quer no próprio quer na pessoa a quem o cuidado é prestado, representa um desafio para os profissionais de saúde no que concerne à oferta de estratégias de intervenção facilitadoras dos processos de transição que ambos atravessam (Andrade, 2009). O enquadramento familiar das pessoas com incapacidades/limitações pode revelar-se problemático, tendo como condicionantes os aspetos económicos e profissionais e o

facto de, as pessoas em estádios mais avançados da doença, necessitarem de um cuidador para as ajudar na realização das AVD.

Dado que o cuidador informal da pessoa com DPOC tem um papel importante na gestão do plano terapêutico e na identificação de sinais e sintomas de agravamento da mesma, Caress et al (2009) consideram fundamental que a intervenção dos profissionais de saúde tenha o seu enfoque não só na educação da pessoa com DPOC mas também do(s) seu(s) cuidador(es). Contudo, como referem Brereton, Carroll & Barnston (2007), apesar de existirem estudos no âmbito de intervenções dirigidas para as pessoas doentes e seus cuidadores informais, embora mais na área do AVC e demências, nomeadamente ao nível da reabilitação funcional, é escassa a evidência sobre intervenções dirigidas especificamente aos cuidadores e com o objetivo de facilitar o seu processo de transição para prestadores de cuidados, especialmente na área da intervenção de enfermagem. Caress et al (2009) corroboram esta evidência quando mencionam que são escassos os estudos especificamente concebidos para identificar as necessidades de apoio às pessoas que cuidam de pessoas com DPOC, como também é reduzida a pesquisa baseada na avaliação de intervenções de apoio a estes cuidadores.

De modo a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio após a alta hospitalar da pessoa com DPOC, é importante que o cuidador informal seja considerado como parceiro, e sujeito de cuidados, devendo ser-lhe disponibilizada informação, acompanhamento e treino, como nos refere Silva (2006). Não obstante, a preparação do regresso a casa deverá ser um processo contínuo e gradual a iniciar-se na admissão hospitalar e acompanhado por toda a equipa de saúde.

No que se refere à intervenção de enfermagem, a facilitação do processo de adaptação do familiar/vizinho/amigo a prestador de cuidados merece uma atenção particular, uma vez que o objetivo desta intervenção é o de ajudar as pessoas a gerirem as transições ao longo do ciclo de vida. Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista da pessoa doente e do cuidador informal e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva a ambos.

Como refere Meleis (2010), quando os doentes e suas famílias não são cuidados durante os seus processos de transição, experienciam muitas complicações e possíveis readmissões.

Em síntese, o planeamento dos cuidados na preparação para a alta permite identificar o mais precocemente possível as dificuldades de pessoa e sua família, procurando estabelecer uma linha de orientação no nosso cuidar, de forma sistematizada e personalizada. A educação para o autocuidado desde o início do internamento e a sua continuidade no domicílio através da articulação dos cuidados na comunidade permitem a transição saudável da pessoa com DPOC e sua família, em que ambas são capazes de manter (adesão ao tratamento) e gerir (tomada de decisão) o regime terapêutico, dando resposta aos diferentes sinais e sintomas que surjam, evitando as agudizações e a progressão da doença, e consequentemente evitando as alterações da funcionalidade e perda de independência.

2.4- A Enfermagem de Reabilitação e a sua importância na promoção da qualidade de vida da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

No que se refere à prevenção e tratamento da pessoa com DPOC, concomitantemente aos projetos desenvolvidos quer pelo Ministério da Saúde, quer por organizações não-governamentais, é urgente desenvolver estratégias a nível nacional ou individualmente junto destas pessoas e suas famílias aos três níveis de prevenção. Há que reduzir os fatores de risco, investindo em programas de educação para a saúde. É igualmente imprescindível investir na gestão do plano terapêutico, ensinado as pessoas com DPOC e seus cuidadores/familiares a identificarem fatores de agravamento da doença, a cumprirem o plano terapêutico, nomeadamente a utilizarem de forma correta a terapêutica inalatória, e a adquirirem hábitos de vida salutogénicos a nível individual, familiar e social. Revela-se ainda de importância extrema o investimento na reabilitação como parte desse mesmo plano, com o objetivo da redução dos sintomas, melhoria da qualidade de vida (Payne et al, 2012) e aumento do bem-estar físico e social da pessoa na realização das atividades de vida diária (Cazzola, Donner & Hanania, 2007). Em suma, o objetivo

da reabilitação é o de ajudar estas pessoas a gerirem a sua doença crónica de forma mais eficaz (Spiliopoulos et al, 2008; Disler et al, 2013).

Segundo Ninot, Moullec, Desplan, Prefaut & Varray (2007), ensaios clínicos randomizados mostram que programas multidisciplinares de reabilitação em internamento melhoram *scores* de dispneia e tolerância ao exercício físico em pessoas com DPOC. Esta informação é corroborada por Payne et al (2012), que evidenciam a eficácia dos programas de reabilitação na melhoria da tolerância ao exercício físico, na otimização da funcionalidade, em qualquer estadio da doença com consequente aumento da qualidade de vida destas pessoas. Magalhães (2009) refere também que, na generalidade, todas as pessoas com DPOC apresentam melhorias quando submetidas a estes programas, ao nível da dispneia, autocuidado e autocontrolo e qualidade de vida. Bausewein, Booth, Gysels & Higginson (2013) justificam ainda a melhoria da função emocional como resultado da aplicação dos programas de reabilitação. A DGS (2009), Magalhães (2009) e Chan et al (2011) enfatizam a necessidade de implementação destes programas durante o internamento e da continuidade destes programas após a alta hospitalar, quer em regime de ambulatório, quer no domicílio.

Berjon-Aparício (2007), Spiliopoulos et al (2008) e Disler et al (2013) são unânimes ao definirem a reabilitação pulmonar como um programa de intervenção multidisciplinar contínuo de cuidados para pessoas com DPOC. Desta forma, a reabilitação revela-se de inquestionável importância, não só em contexto de internamento hospitalar por agudização da DPOC com o objetivo de uma recuperação mais rápida e que deve ser iniciada no momento de admissão como referem Chan et al (2011), mas também em períodos de estabilização da doença, envolvendo não só a pessoa doente como também o(s) seu(s) cuidador(es) e família. Magalhães (2009) refere-se a esta continuidade como uma razão para o sucesso dos programas de reabilitação.

Chan et al (2011), Effing et al (2009) e Jeppesen et al (2012) consideram que o início precoce de programas de reabilitação pode reduzir o tempo de internamento,

bem como os seus custos e as readmissões. Disler et al (2013) referem ainda que estes programas devem ser fundamentados num diagnóstico científico, envolvendo abordagens terapêuticas, suporte emocional e social, educação e readaptação física e devem ser planeados para otimizar a autonomia e o desempenho físico e social do indivíduo. É essencial ainda que estes programas sejam aplicados individualmente (Spiliopoulos et al, 2008).

Na gestão dos programas de reabilitação respiratória, Magalhães (2009) evidencia o papel do EEER, como sendo um profissional com competências para dotar a pessoa de capacidades e conhecimentos para lidar com a sua doença, promovendo a vontade das mesmas para conduzir os seus novos projetos de vida e de saúde. Caress et al (2009) enfatizam a atuação deste membro da equipa pluridisciplinar fundamentalmente no apoio, na educação e no cuidar destas pessoas e seus cuidadores/famílias ajudando-as a entender a causa da dificuldade respiratória e a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como da sua abordagem. Não obstante a importância da intervenção do EEER na fase de cronicidade da doença, o seu papel assume igual importância na fase de agudização, desde o momento da sua admissão no Serviço de Urgência ou já em contexto de internamento, em que para além de ajudar a estabilizar a sua situação clínica se preocupa em proceder à sua preparação para a reintegração comunitária.

Dado que a fisiopatologia da DPOC reduz o benefício que poderia ser alcançado somente com a terapêutica farmacológica, é imprescindível a intervenção da enfermagem de reabilitação que, de acordo com Effing et al (2009), se traduz em estratégias para a promoção da cessação tabágica, melhoria da tolerância ao esforço, otimização da técnica inalatória, nutrição adequada às suas necessidades e à sua condição clínica, auto tratamento das exacerbações e estratégias de *coping* para a realização das AVD, entre outras. A DGS (2009, p.1) corrobora esta informação, quando define os objetivos da educação como sendo:

habilitar o doente a lidar com o tratamento e prevenção das complicações da doença; promover uma modificação do comportamento e estilo de vida; tornar o doente o mais possível autónomo no auto-controlo da doença e no recurso aos serviços de saúde

A informação, capacitação e educação da pessoa com DPOC e seu(s) cuidador(es)/família para autonomizar o mais possível a pessoa na gestão da sua doença, conhecendo a intervenção adequada a adotar nas várias fases e estádios da doença, é a chave para a auto gestão, a auto monitorização e a gestão sintomática desta patologia, reduzindo assim o impacto da mesma na qualidade de vida. Importa referir que Galvão & Vilelas (2013) afirmam que estes três conceitos estão relacionados com o autocuidado, sendo que a auto gestão pode estar associada à capacidade da pessoa, em conjunto com a sua família, a comunidade e os profissionais de saúde, para gerir os sintomas físicos e psicossociais, os tratamentos, as potenciais mudanças de estilo de vida, assim como as consequências culturais e espirituais das doenças crónicas. A auto monitorização refere-se à supervisão de parâmetros físicos específicos ou sintomas de determinada condição de saúde; finalmente, a gestão dos sintomas inclui estratégias de tratamento ou ações de autocuidado para evitar resultados negativos. Para tal, o EEER deve capacitar a pessoa doente e sua família a lidar com o tratamento e prevenção das complicações da doença e promover uma modificação do comportamento e estilo de vida, no sentido de os tornar o mais autónomos possível no autocontrolo da doença e no recurso aos serviços de saúde (DGS, 2009). A aquisição destas competências resulta de processos de transição ou transições (Meleis, 2010). Estas são necessárias à prática de cuidados de enfermagem especializados para que o enfermeiro possa estabelecer objetivos no decorrer do programa de reabilitação; e contribuem para uma melhor compreensão do impacto dos cuidados nos resultados e causas da transição. Considerando a transição como um processo, o objetivo pode ser antecipar pontos nos quais a pessoa tem mais possibilidade de atingir picos de vulnerabilidade no que respeita à doença. Assim, esforços serão desenvolvidos para estabelecer e reforçar defesas e modificar perigos. Quanto mais cedo as dúvidas e incertezas forem reconhecidas e trabalhadas, mais cedo a transição para a recuperação será alcançada.

3- O PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A unidade curricular Estágio com Relatório teve por base a elaboração de um projeto que me permitiu direcionar a minha aprendizagem de acordo com os meus interesses e conciliá-los com as necessidades de cuidados de saúde da população de quem cuido, adquirindo e desenvolvendo competências específicas na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação, fomentando a investigação e a reflexão crítica da prática. A escolha dos locais de estágio foi efetuada com base no conhecimento prévio adquirido sobre cada contexto após as entrevistas realizadas às enfermeiras chefe e especialista em Enfermagem de Reabilitação, considerando sempre o potencial dos mesmos na promoção de aprendizagens e aquisição de competências na área de especialização em questão, bem como os objetivos gerais e específicos definidos para cada um.

3.1- Análise do percurso efetuado na área da reabilitação sensório motora

Perante a necessidade de complementar a aquisição e otimização de competências adquiridas na área da reabilitação respiratória com as da área sensório motora, realizei um estágio no Serviço de Cardiologia/Neurologia, mais concretamente na valência de Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., que decorreu no período de 1 a 31 de outubro de 2012, como demonstrado no cronograma individual de estágio (Apêndice I).

Relativamente ao percurso na área da reabilitação sensório motora, o respetivo plano de atividades foi concebido para ser colocado em prática no Serviço de Medicina da referida instituição. Um dos fatores que motivou a escolha deste serviço foi tratar-se de um contexto de internamento no qual não exerço funções há 18 anos. Através da informação recolhida nas entrevistas para caraterizar e justificar a escolha do local de estágio referido (Apêndice II) concluí que o mesmo me permitiria otimizar os conhecimentos práticos na área da reabilitação, mobilizando os conhecimentos teóricos apreendidos durante o 1º ano do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Porém,

por questões inerentes à indisponibilidade súbita das duas enfermeiras especialistas para supervisionar o meu estágio, cerca de quinze dias antes do seu início, a Direção de Enfermagem da instituição em questão prontamente propôs a concretização do mesmo na valência de Neurologia. Esta opção teve em conta a especificidade das pessoas doentes que este serviço assistia, os objetivos e as atividades por mim delineadas para adquirir as competências nesta área específica do cuidar em enfermagem e a disponibilidade da EEER do referido serviço para supervisionar o meu estágio.

3.1.1- Caracterização do local de estágio

A inesperada e súbita alteração do local de estágio previamente escolhido para aquisição de competências de EEER na área sensório motora impulsionou a necessidade de realizar entrevistas às enfermeiras chefe e especialista do Serviço de Cardiologia/Neurologia. Estas entrevistas tiveram como finalidade caracterizar este local e desta forma perceber se permitia a consecução prática do projeto que elaborei para o mesmo e consequentemente, atingir os objetivos a que me propus. Perante a análise dos resultados das entrevistas, percebi que não necessitava de reformular o plano de atividades (Apêndice III), mais propriamente no que se refere aos objetivos específicos delineados e às atividades a desenvolver para os concretizar e assim adquirir e otimizar as competências conferidas a cada um deles.

Desta forma, ao realizar estas entrevistas (Apêndices IV e V), tomei conhecimento que este serviço constituía uma área de internamento com um total de 22 camas. Integrava as valências de Cardiologia, com 10 camas, de Unidade de Cuidados Diferenciados Coronários (UCDC) com seis camas, sendo que a especialidade de Neurologia dispunha de seis camas para internamento de doentes desta especialidade. Constatei também que as patologias mais frequentes na valência de Neurologia eram os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), quer de causa hemorrágica, quer isquémica, sendo que era fundamental a intervenção de cuidados especializados de enfermagem na reabilitação sensório motora destas pessoas. Outro aspeto que influenciou a escolha deste local foi o tempo médio de

internamento, de cerca de 15 dias, bem como a taxa de ocupação, de 93%, ambas facilitadoras da implementação de programas de reabilitação.

No que diz respeito a enfermeiros com especialização na área de Enfermagem de Reabilitação, existiam dois no serviço, sendo que um exercia funções na valência de Cardiologia, mais propriamente na UCDC e o outro elemento prestava cuidados na área de Neurologia, embora ambos prestassem também cuidados gerais a todas as pessoas que cuidavam.

3.1.2- Descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas

A definição de objetivos para este estágio surgiu como resposta à necessidade de aquisição de competências profissionais. Assim sendo, defini e concretizei atividades que me permitiram a consecução desses mesmos objetivos, como evidenciado no apêndice III. A formulação do objetivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema (...) vincula-se diretamente à própria significação da tese proposta pelo projeto” (Marconi & Lakatos, 2003, p.219). Leite (2004), por sua vez, afirma que objetivo geral é aquilo que se pretende alcançar.

Assim, como **objetivo geral** para este estágio defini:

ADQUIRIR COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO CUIDAR DE PESSOAS COM ALTERAÇÕES SENSORIO MOTORAS

Porque os objetivos específicos “apresentam caráter mais concreto (...) permitindo, de um lado, atingir o objetivo geral e, de outro, aplicá-lo a situações particulares” (Marconi & Lakatos, 2003, p.219), necessitei de definir **objetivos específicos** que passo a nomear:

Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do Serviço de Cardiologia/Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.

O estágio foi parte do processo da minha formação, estabelecendo a integração entre a formação académica e o mundo profissional, através de uma (re) aproximação contínua da teoria à realidade social. O estágio fundamenta-se num compromisso formalizado entre o estudante, a instituição de ensino e o hospital (Abreu, 2003) com base num plano de atividades que materializa a extensão do projeto individual ao ambiente de trabalho. Para operacionalizar estas fases fui recebida no Serviço de Cardiologia /Neurologia pela enfermeira chefe que me apresentou a todos os elementos da equipa do serviço. De seguida proporcionou-me uma visita guiada pelo espaço físico do mesmo, após o que procedi à realização de uma entrevista semi estruturada com a referida enfermeira com os objetivos de caracterizar este local de estágio e de compreender a gestão de recursos humanos e de cuidados de enfermagem (Apêndice VI). Os dados recolhidos foram muito importantes na medida em que, ao permitirem-me caracterizar o serviço, percebi que possuía critérios adequados à realização das atividades a que me propus, aos quais já fiz referência. Ao compreender a gestão de recursos humanos do mesmo para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Reabilitação, deu-me assim oportunidade de calendarizar os dias presenciais de estágio bem como de elaborar o respetivo cronograma de atividades (Apêndice VII).

Entrevistei ainda a EEER que me supervisionou o estágio em questão. Com a realização desta entrevista pretendi compreender a gestão de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação bem como conhecer as competências do EEER mais aplicadas diariamente neste serviço (Apêndice VIII). Desta forma, ao tomar conhecimento que na valência de Neurologia só existia uma enfermeira com especialização em Enfermagem de Reabilitação a prestar cuidados nesta área, para além de também prestar cuidados de enfermagem gerais, esta alertou-me para o facto de que muitas vezes a prestação de cuidados gerais e especializados são indissociáveis uma da outra. Os momentos de prestação de cuidados como por exemplo os cuidados de higiene e conforto, constituem

momentos importantes de contato próximo com a pessoa doente e de avaliação das suas necessidades e limitações para definir planos de intervenção, com o objetivo final de a capacitar para uma transição saudável. Podem ainda constituir espaços promotores de cuidados de reabilitação, bem como de avaliação de progressos, rentabilizando o tempo do enfermeiro e evitando o cansaço da pessoa doente. Depreendo assim que cuidar em enfermagem tem a sua expressão na relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, sendo esta interação a responsável pela compreensão do outro na sua singularidade. Cuidar de pessoas centra-se num todo coerente e indivisível, onde todas as dimensões se relacionam, sendo que o que é importante para a pessoa cuidada depende da sua perceção, das suas vivências, do sentido que esse todo faz na sua vida (Hesbeen, 2010).

A realização desta entrevista (Apêndice V) permitiu-me também perceber a importância que a enfermeira com especialização nesta área tem como agente de educação para a saúde e de mudança junto das pessoas doentes e suas famílias/cuidadores, estimulando-os à adoção de hábitos de vida saudáveis. Mais ainda, revelou-me o seu papel como elemento de mudança na realização de sessões de formação em serviço sobre cuidados de Enfermagem de Reabilitação que podem ser prestados pelos colegas generalistas, com inúmeros ganhos em saúde para as pessoas doentes.

Esta entrevista teve ainda o objetivo de perceber a articulação de cuidados de enfermagem especializados com a família/cuidador, com a restante equipa multidisciplinar e com a comunidade, o que se revelou de extrema importância para o planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com os objetivos definidos. De facto, a continuidade de cuidados é fundamental para que a pessoa doente tenha cuidados continuados e um nível de cuidados pós-alta de elevada qualidade (Pereira, 2002).

Conhecer a equipa multidisciplinar e assistir às suas reuniões que se realizavam às terças-feiras, no momento da visita da equipa de saúde aos doentes, revelou-se imprescindível porque fiquei a perceber a forma de articulação entre os vários membros e a importância da intervenção de cada um junto das pessoas doentes e

suas famílias/cuidadores para a promoção da sua reabilitação e para ajudar na readaptação dos seus projetos de vida. Constatei ainda que o papel do EEER era fundamental no seio da equipa, não querendo contudo considerá-lo como o único importante mas querendo evidenciá-lo, pois é este elemento que está sempre disponível para a pessoa doente, é o profissional que lhe presta cuidados mais diretos e em permanência, é quem se preocupa com o que ela considera ser a sua qualidade de vida, com o seu projeto de vida, e com todos os processos de transição em que se encontra, precipitados pela sua nova condição de saúde. É nesta vertente humanista que a relação de ajuda com o outro é primordial, uma vez que a mesma, para além de ajudar na cura, contribui para a autorrealização da pessoa cuidada (Phaneuf, 2005). É também pela condição inerente aos cuidados que o enfermeiro presta, neste caso mais especificamente o EEER, o profissional que funciona como elemento chave da equipa pluridisciplinar pois muitas vezes é ele quem identifica necessidades cuja satisfação depende das intervenções de outros elementos da equipa e que são fulcrais para a viabilização e progressão de todo o processo de reabilitação das pessoas doentes e suas famílias.

No que diz respeito aos registos de Enfermagem de Reabilitação eram informatizados de acordo com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e realizados em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), o que permite assim uma uniformização dos registos, uma linguagem comum e consequentemente o incentivo à investigação (ICN, 2011).

No que se refere a projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação existentes no serviço, identifiquei a existência de um projeto nesta área do cuidar, direcionado especificamente para pessoas com patologia cardíaca, sendo que a valência de neurologia só existia neste serviço há cerca de um ano. Não obstante, privilegiava-se a reabilitação das pessoas doentes que necessitassem destes cuidados especializados, quer a nível sensório motor quer a nível respiratório, desde o momento de admissão, o mais precocemente possível.

Quanto às normas vigentes na instituição, consultei-as *on line*, no portal interno da instituição. Estas normas, não sendo especificamente para prestação de cuidados de enfermagem especializados, são normas que têm que ser cumpridas para uma prestação de cuidados de qualidade, quer gerais quer, em qualquer área de especialização de enfermagem pelas quais me orientei e oriento a minha conduta e prática diárias. Assim, conhecendo a realidade do serviço em termos de cuidados de enfermagem, as minhas intervenções tiveram sempre por base o preconizado no Código Deontológico art. 83º (OE, 2009) quando refere que o enfermeiro deve respeitar a pessoa doente relativamente aos cuidados na saúde ou doença. Ainda para Hesbeen (2010) ser prestador de cuidados implica pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. Exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade.

O diagnóstico de situação que fiz foi sempre com o objetivo de ajudar a cuidar da pessoa e sua família, pois como nos diz Collière (1999) cuidar é ajudar o outro a garantir o que é necessário para continuar a vida, sendo este o fundamento de todos os cuidados. Corroborando, Hesbeen (2010) refere que os enfermeiros são seres com qualidades especiais, que se dedicam às pessoas, com intenção de as ajudar e auxiliar nas situações de vida próprias.

Conhecer a metodologia de trabalho de enfermagem por enfermeiro responsável também foi essencial não só para mais facilmente me integrar na equipa percebendo o seu funcionamento, como também para poder programar as minhas intervenções junto das pessoas doentes e suas famílias em consonância com as intervenções dos colegas.

No decorrer desta primeira semana, ao observar de forma participante a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com alterações sensório motoras, para além dos aspetos relacionados com as funções do enfermeiro especialista no serviço atrás mencionadas, tomei conhecimento dos equipamentos de apoio disponíveis no serviço, planeando assim as minhas intervenções de acordo com os recursos. Conhecendo outros produtos de apoio

referenciados pelos docentes na componente teórica do curso, pela enfermeira orientadora do estágio ou mesmo pelos próprios doentes e familiares, tive oportunidade de sugerir a aquisição de alguns pelo serviço ou pelos doentes, quando fundamentais para o seu processo de reabilitação e se constituíssem elementos facilitadores e/ou promotores de processos de transição saudáveis.

Para atingir o objetivo de conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do Serviço de Cardiologia/Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. (Apêndice III), planeei ainda identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa com alterações sensório motoras e sua família. Assim, presenciei os momentos em que a enfermeira orientadora teve o primeiro contacto com os doentes/famílias a quem prestou cuidados, tendo a preocupação de fazer uma colheita de dados que lhe permitisse avaliar as suas necessidades de cuidados, quer a nível de cuidados de enfermagem quer de outros elementos da equipa e posteriormente proceder a uma articulação com os outros membros em questão. Foi também notória a sua preocupação em validar esta necessidade com a pessoa doente/família, monitorizando sempre os cuidados prestados e procurando envolver sempre a família/cuidador de forma a preparar o regresso a casa, potenciando o desenvolvimento das suas capacidades remanescentes no processo de reabilitação.

Por fim, mas não considerando menos importante, quero ainda salientar que, a observação participante na prestação de cuidados às pessoas/famílias com alterações sensório motoras durante esta primeira semana, para além de tudo o que me foi permitido apreender e a que já fiz referência, facilitou-me o contacto com todas elas porque na minha atividade profissional diária desde há cerca de 18 anos só contato com pessoas doentes em regime de ambulatório e cujas necessidades se focalizam mais na área respiratória e não a nível sensório motor. Por outro lado, também estava um pouco afastada das rotinas inerentes a um serviço de internamento e das necessidades dos doentes e suas famílias inerentes ao facto de estarem internados.

Após este período inicial e cumprindo a calendarização das atividades (Apêndice VII), senti-me plenamente integrada na equipa multidisciplinar, com um pouco mais de ênfase na equipa de enfermagem, uma vez que exerço funções nesta instituição e já conhecia alguns elementos da equipa. Senti-me também integrada na sua metodologia de trabalho, o que foi facilitado pelo que considero excelente acompanhamento e disponibilidade quer da enfermeira chefe no momento de apresentação à equipa e na visita ao serviço, como da enfermeira orientadora na disponibilidade e competência para me orientar, para me ensinar, corrigir e aconselhar e partilhar comigo os seus conhecimentos e a sua experiência nesta área de especialização.

A análise reflexiva que realizei segundo o ciclo de Gibbs, de todas as atividades que planeei para este objetivo, permitiu-me tomar consciência da importância de cada uma delas para a consecução do mesmo (Apêndices IX e X).

Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com alterações sensório motoras, promovendo a sua capacidade funcional para realização das AVD de forma independente.

Chick & Meleis (1986) defendem que as pessoas doentes estão a vivenciar um processo de saúde-doença, e que este é considerado uma transição, ou seja uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro e é um processo despoletado por acontecimentos críticos e mudanças nos indivíduos ou nos ambientes em que se inserem. Meleis (2010) acrescenta que, apesar de as pessoas enfrentarem muitas mudanças durante a sua vida, os profissionais de enfermagem só ficam face a face com elas quando as pessoas atravessam transições relacionadas com a sua saúde, bem-estar e com a capacidade de cuidarem de si próprias. Desta forma, é imperativo que os enfermeiros identifiquem as necessidades das pessoas que cuidam durante o processo de transição saúde-doença que estas experienciam, para que possam em parceria com elas e suas famílias/cuidadores, estabelecer planos de intervenção para colmatar essas necessidades, autonomizando-as o mais possível na realização das AVD. É

imperioso salientar a importância do papel do EEER para a otimização das potencialidades destes cidadãos e para a sua reeducação funcional e consequentes reinserção social e reintegração profissional (Hesbeen, 2010) e promoção da sua qualidade de vida.

Durante esta etapa da minha formação recorri, sempre que necessário, à pesquisa bibliográfica que promoveu a prática baseada na evidência, de acordo com as alterações sensório motoras manifestadas pelas pessoas que cuidei em consequência das suas patologias (Apêndices XI e XII); esta postura permitiu-me proceder a uma avaliação correta da situação clínica das mesmas e identificar as suas necessidades de cuidados especializados, as suas incapacidades e o seu potencial de reabilitação, tendo em conta as suas capacidades remanescentes, delineando planos de intervenção adequados, considerando estas pessoas não como unidades isoladas, mas como elementos de uma relação numa rede social de pessoas que lhes são significativas.

Para a consecução do objetivo em questão foi primordial a avaliação da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação nas pessoas com alterações sensório motoras a quem prestei cuidados especializados. Para isso usei escalas de avaliação da funcionalidade sendo inquestionável a importância da sua utilização para identificar as limitações/incapacidades, o grau de dependência da pessoa na realização das atividades de vida diária e a restrição da sua participação na sociedade. Tudo isto, conjuntamente com a avaliação das suas potencialidades, como revelam os processos de enfermagem que elaborei de duas pessoas/famílias que cuidei (Apêndices XI e XII), permitiu-me delinear planos de intervenção de acordo com a nova realidade de cada pessoa/família, objetivando assim uma reabilitação que lhes permitisse uma reintegração na sociedade em que se inseriam, usufruindo dos seus direitos, mas cumprindo também os seus deveres enquanto pessoas e enquanto cidadãos. Em suma, a concretização desta atividade permitiu-me prestar cuidados de acordo com as necessidades e capacidades das pessoas com alterações sensório motoras.

Consequentemente a esta atividade, implementei planos de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função motora e sensorial. Tomando como exemplo uma das pessoas que cuidei com AVC, o plano de intervenção que planeei, implementei e avaliei revelou-se indispensável para a sua progressiva melhoria. Os progressos foram notórios na realização de algumas atividades de vida, pois de acordo com o plano de cuidados que cumpri (Apêndice XI), as melhorias foram evidentes, sendo que esta pessoa não colaborava inicialmente nos posicionamentos, na alimentação, nos cuidados de higiene, na transferência para a cadeira de rodas e no final do estágio alimentava-se sozinha, posicionava-se no leito de forma quase independente e colaborava nos cuidados de higiene e no vestir e despir. Recorrendo ainda ao caso anterior, durante o período em que prestei cuidados à pessoa, tive necessidade de reajustar o plano de intervenção, redefinindo as estratégias, como por exemplo o estabelecimento de um programa de treino de marcha, que não foi possível cumprir devido ao facto desta apresentar falta de equilíbrio em pé, até à data de conclusão do estágio. Tive por isso que dar ênfase à recuperação da força muscular e do equilíbrio sentado para um posterior equilíbrio em pé e treino de marcha. Desta forma, foi inquestionável a importância da avaliação diária dos resultados sensíveis aos cuidados que prestei, quer através da observação, quer da entrevista à pessoa doente/família e utilizando sempre as escalas de avaliação da funcionalidade, para reformular os planos de intervenção adaptando-os à pessoa com alterações sensitivo motoras e sua família, no sentido da obtenção de ganhos em saúde. A avaliação e reformulação dos planos de intervenção revelaram-se por isso indispensáveis pois só avaliando o resultado das minhas intervenções pude reformular as mesmas recorrendo a outras atividades para alcançar os objetivos pretendidos.

Relativamente à implementação de intervenções de educação, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho das AVD segundo os objetivos individuais e familiares, esta revelou-se também essencial para a capacitação, autonomia a qualidade de vida das pessoas doentes/famílias que cuidei: tomo como exemplo o dia em que a esposa de um doente o visitou e por ele ser dextro e apresentar hemiplegia à direita que o incapacitava de se alimentar de

forma autónoma, esta queria dar-lhe a comida à boca. A intervenção junto da esposa naquele momento teve como objetivo capacitá-la para autonomizar o mais possível o doente na atividade de vida em questão, estimulando a auto estima deste e reabilitando simultaneamente a função motora que se encontrava alterada.

No que diz respeito ao ensino, treino e supervisão de produtos de apoio/dispositivos de compensação tendo em vista a máxima capacidade funcional, não existiam no serviço em questão, por exemplo tábuas de transferência, cintos para transferência, cadeira de rodas elétrica para promover a autonomia da pessoa doente na sua mobilidade. De outra forma, e porque o EEER não precisa necessariamente de produtos de apoio para promover a reabilitação das pessoas que cuida, apercebi-me que este é frequentemente confrontado com situações de incapacidade das pessoas que cuida que se resolvem com o simples substituir uma colher de metal por uma de plástico e essa colher deixa de ser um obstáculo à independência da pessoa no que se refere à sua alimentação: no caso de uma pessoa que era dextra, deixou de poder alimentar-se sozinha por apresentar hemiplegia à direita e por apresentar diminuição da força no membro superior esquerdo, não conseguia segurar na colher. A incapacidade que tinha de se alimentar pela sua mão ficou resolvida com a simples substituição por uma colher de plástico pelo facto de esta última não ser tão pesada e por isso mais facilmente manuseável. Em suma, todas as minhas intervenções de ensino, treino e supervisão da utilização dos produtos de apoio junto das pessoas/famílias que cuidei tiveram como objetivo a máxima capacidade funcional da pessoa com alterações sensório motoras para realização das AVD de forma independente.

Sabendo que a doença é um processo de transição (Meleis, 2010) e que o enfermeiro se encontra em permanente interação com a pessoa doente e sua família que vivenciam múltiplas transições que permeiam todos os momentos da vida, considero premente envolver a família como parceira de cuidados desde o momento de admissão da pessoa na instituição de saúde para se poder preparar a alta o mais precocemente possível. Dessa forma, o envolvimento da família como parceira de cuidados contribui para que a mesma se sinta mais confiante e capacitada para dar

continuidade aos cuidados iniciados no hospital, promovendo a independência para as AVD e mantendo o estado de saúde do doente (César & Santos, 2005; Pompeo et al, 2007). Bocchi (2004) e Spech (2007) salientam ainda que é o enfermeiro, enquanto membro de uma equipa pluridisciplinar, o profissional mais habilitado para realizar a orientação da família e da pessoa doente, seja pelo facto de estar mais presente durante a assistência ou pelo carácter holístico da enfermagem, possuindo assim uma oportunidade de desenvolver a sua função de educador, estabelecendo uma relação de confiança e parceria com estas.

Desta forma, mais uma vez a colheita de dados foi imprescindível para identificar os cuidadores das pessoas a quem prestei cuidados especializados durante o internamento e após a alta, o que me permitiu promover o seu envolvimento o mais precocemente possível. Mais uma vez tomo como exemplo uma pessoa com tetraplegia por lesão vertebro medular em que a pessoa que se assumiu como cuidadora foi a namorada por impossibilidade de envolvimento de outros familiares. Foi com satisfação que me apercebi da recetividade, empenho e colaboração que a mesma demonstrou no processo de aprendizagem no cuidar.

Consequentemente, tendo por base a avaliação inicial desta pessoa e o papel que desempenhava antes da situação atual, planeei, implementei e avaliei os cuidados prestados à pessoa/família com alterações sensório motoras, nesta fase de transição de papéis, quer do doente, quer da sua namorada. De acordo com Meleis (2010), transição de papéis denota uma mudança nas relações de papéis, expectativas ou capacidades. As transições de papéis requerem que a pessoa incorpore conhecimento novo, altere o seu comportamento e assim mude a sua definição de si mesma no seu contexto social. Um número de transições de papéis estão relacionados com o ciclo de saúde-doença e devem ser tidas em conta pelos profissionais de saúde, mais propriamente pelo enfermeiro devido à sua posição estratégica.

Os cuidados que prestei a esta pessoa e sua cuidadora foram sempre planeados em parceria com estas, explicando-lhes sempre a razão dos mesmos e tendo sempre

em conta as suas sugestões e a sua vontade. Apesar de a realização das AVD de forma independente não ter sido possível durante este período, foram muito importantes todas as intervenções de ensino e treino que planeei e executei junto da pessoa/cuidadora, como por exemplo o ensino sobre prevenção de disreflexia autónoma e seu tratamento, técnicas de posicionamentos terapêuticos para prevenir anquiloses, espasticidade e posicionamentos para prevenção de úlceras de pressão (Apêndice XII). Uma vez que a transição exige do ser humano a ação de estratégias e recursos de suporte com vista à adaptação fácil e saudável, perante a vivência de uma nova realidade (Chick & Meleis, 1986), como futura EEER, as minhas intervenções junto dessa pessoa/família face a esta experiência de vida tiveram o objetivo de facilitar a incorporação de um novo conhecimento, no sentido de modificar os seus comportamentos e definir um novo *self* no contexto social (Chick & Meleis, 1986).

A análise que fiz sobre a minha prática especializada em Enfermagem de Reabilitação no decorrer deste estágio, relatadas nos apêndices IX e X, permitiu-me refletir sobre a importância das minhas intervenções junto das pessoas/famílias de forma a capacitá-las para as ajudar a compreenderem e lidarem com os processos de transição, proporcionando a aquisição de novas competências relacionadas com a saúde e experiências de doença e facilitando-lhes os processos de transição que experienciaram, atuando quer de forma preventiva quer terapêutica (Meleis, 2010).

A análise reflexiva que realizei permitiu-me também corrigir alguns comportamentos que inconscientemente adotei e que ao identificá-los, por vezes com a ajuda da enfermeira orientadora do estágio, os modifiquei, obtendo assim resultados positivos. Exemplo disso foi o facto de nos primeiros dias de contacto com as pessoas doentes, uma das minhas preocupações ter sido a de adquirir destreza manual nas mobilizações, desvalorizando os aspetos relacionados com a mecânica corporal para prevenção de lesões musculares articulares relacionadas com o trabalho, sendo que, gradualmente, consegui melhorar a minha postura. Inicialmente também cometi alguns erros como o não abordar as pessoas com hemiplegia pelo lado afetado e dar-lhes pouco tempo para elas se expressarem, aspetos que fui

corrigindo, o que se revelou fundamental para a promoção da melhoria das minhas intervenções junto das mesmas.

3.2- Análise do percurso efetuado na área da reabilitação funcional respiratória

O estágio para aquisição de competências na área da reabilitação respiratória decorreu no período de 5 de novembro de 2012 a 31 de janeiro de 2013, no Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia (SPUFO) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E como se verifica no cronograma individual de estágio (Apêndice I). A unidade curricular Estágio com Relatório teve como elemento estrutural um projeto que direcionou toda a minha aprendizagem e que foi concebido para cuidar da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica no regresso a casa.

3.2.1- Caracterização do local de estágio

Compreender o funcionamento e a organização deste contexto da prática assumiu especial importância uma vez que constituiu o ponto de partida para o desenvolvimento das atividades planeadas (Apêndice III). O referido serviço constituía uma área de internamento com um total de 29 camas. Integrava as valências de Pneumologia, de Isolamento de doentes com tuberculose ativa e multirresistente, com nove camas para cada uma destas áreas e a Unidade Funcional de Oncologia com um total de 11 camas. As patologias mais frequentes eram as infeções das vias aéreas inferiores, os pneumotórax espontâneos, as neoplasias do pulmão e outras (uma vez que integrava a valência de Oncologia), as doenças pulmonares obstrutivas crónicas (DPOC) agudizadas e as pneumonias. O facto de a DPOC ser uma das patologias mais frequentes neste serviço, constituiu um dos fatores impulsionadores da minha escolha.

A minha preferência por este local de estágio deveu-se também ao facto do tempo médio de internamento que caracterizava os doentes ali internados ser de aproximadamente 8 dias, bem como a taxa de ocupação, de cerca de 85%, ambos propícios ao desenvolvimento de um programa de reabilitação adequado a pessoas

com patologias do foro respiratório. Outro dos motivos da minha opção foi ter constatado a existência de articulação e aceitação do trabalho desenvolvido pela EEER, pelos restantes elementos da equipa pluridisciplinar. O facto de ter verificado que a equipa de enfermagem privilegiava o envolvimento da família/cuidador na prestação dos cuidados especializados ao doente para a preparação do regresso a casa também foi uma das razões desta escolha. Assim, o SPUFO reuniu as condições necessárias ao projeto que desenvolvi na área dos cuidados respiratórios especializados, sendo que também dispunha de uma equipa motivada e recetiva à aprendizagem e por isso à supervisão de alunos em ensino clínico.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo preconiza a presença da “Pessoa Significativa” junto da pessoa doente, escolhida por esta, podendo permanecer junto dela durante todo o período de internamento, no horário das 13h00 às 19h00, o que se revelou um fator condicionante para a escolha deste local, uma vez que a intervenção do EEER no cuidar da pessoa com DPOC para o regresso a casa também é muito importante no que se refere ao envolvimento da família em todo este processo de transição.

A dotação de pessoal do serviço em questão incluía uma EEER, que apesar de colaborar na gestão do mesmo, prestava cuidados aos doentes internados na sua área de especialização desde há três anos e seis meses, contando por isso com experiência na área da reabilitação respiratória.

No que diz respeito aos registos, estes eram informatizados e realizados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

3.2.2- Descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas

A definição de objetivos para este estágio emergiu da necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais na área de especialização em questão. Dessa forma, defini e concretizei atividades que me permitiram a

consecução desses mesmos objetivos, como demonstrado no apêndice III, aos quais vou fazer referência de seguida e de uma forma pormenorizada.

Assim, defini como **objetivo geral** para este estágio:

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO CUIDAR DA PESSOA COM DPOC E SUA FAMÍLIA DURANTE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA O REGRESSO A CASA.

Uma vez que os objetivos específicos permitem a consecução do objetivo geral nas suas especificidades e uma vez que procurei dar resposta a problemas parcelares que me surgiram durante a elaboração do projeto de formação, necessitei por isso de definir **objetivos específicos**:

Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.

O conhecimento da estrutura física e funcional do serviço revelou-se um fator facilitador da minha integração no próprio local bem como na equipa, essencial para o desempenho pessoal e profissional no decorrer do estágio, para a aquisição das competências requeridas e para a progressiva autonomia que adquiri durante o mesmo na prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação. Para Saldanha (1979, pag.82), “integrar é um conjunto de meios e processos usados para o aperfeiçoamento de indivíduos na execução de determinadas funções e atividades”. Relativamente à profissão de enfermagem, Luz (2001) refere ainda que a integração é fundamental ao processo dos enfermeiros que iniciam funções, contribui para a promoção da autoconfiança e ajuda a compreender a inter relação dos serviços intervenientes nos cuidados de enfermagem. A mesma autora salienta que todas as organizações têm necessidade de proceder à integração do seu pessoal bem como é uma necessidade de qualquer elemento que integra uma organização.

Desta forma, mais uma vez a realização das entrevistas semiestruturadas às enfermeiras chefe e especialista em Enfermagem de Reabilitação, cujos guiões se encontram respetivamente nos apêndices VI e VIII, se revelaram imprescindíveis para a caracterização deste local de estágio e posterior escolha do mesmo para aquisição de competências na área da reabilitação respiratória. Como se pode verificar pela leitura do apêndice XIII, mais concretamente a entrevista realizada à enfermeira chefe, possibilitou-me compreender a gestão de recursos humanos, com particular interesse no horário de trabalho da EEER, para elaborar o cronograma de estágio (Apêndice I). Permitiu-me ainda conhecer a gestão de cuidados de enfermagem, com especial atenção na utilização do método por enfermeiro responsável e na atribuição de doentes por número de horas de cuidados de acordo com a classificação por graus de dependência, aspetos importantes para a organização do trabalho a realizar.

No que se refere à entrevista com a EEER (Apêndice XIV) foi igualmente imprescindível para compreender a gestão de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação no que se refere aos doentes atribuídos, cuidados prestados, continuidade dos cuidados nos turnos seguintes e ajudas técnicas disponíveis, para poder delinear os planos de intervenção e organizar as minhas intervenções. Para que isso acontecesse foi também importante ter um conhecimento inicial sobre quais as competências da enfermeira especialista mais aplicadas diariamente: perceber que apesar de este ser um serviço maioritariamente com pessoas com doenças do foro respiratório, este elemento valoriza igualmente a reabilitação nestas suas duas vertentes, reforçando o aspeto de serem frequentemente indissociáveis.

O facto de ter procedido à consulta das normas, protocolos e projetos existentes no serviço, permitiu-me identificar um de entre os muitos projetos existentes no mesmo, que foi de encontro ao meu projeto de formação. Desta forma, este projeto com o tema “Respirar melhor para melhor viver- DPOC”, que foi elaborado e desenvolvido pela EEER consistia numa avaliação inicial da pessoa relativamente ao conhecimento que tinha sobre a sua doença, assim como na avaliação das

limitações/incapacidades na realização de atividades de vida diária ocasionadas pela mesma, utilizando a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL), adaptada ao contexto de internamento hospitalar. Posteriormente eram realizados ensinamentos sobre as necessidades identificadas, com o objetivo de capacitar a pessoa doente e o seu cuidador a gerir a sua doença, processo este que se iniciava no momento de admissão e prosseguia até a alta, procedendo-se a reavaliações diárias e adequando estes ensinamentos às necessidades atuais e reais da pessoa e/ou do seu cuidador.

Porque o regresso a casa representa um momento crítico e complexo para a pessoa assim como para o seu cuidador informal, para Meleis (2010) é o enfermeiro que ocupa uma posição estratégica e fundamental nos vários processos de transição, dando suporte à tomada de decisão da pessoa e seus cuidadores para a concretização de transições saudáveis que beneficiem o autocuidado e autocontrolo.

Tomei ainda conhecimento do projeto “Família cuidada”, que também se revelou útil durante o estágio, uma vez o meu projeto de formação foi dirigido à pessoa doente e sua família, sendo inquestionável a importância da pessoa significativa para o envolvimento nos cuidados e preparação para a alta. Outros projetos desenvolvidos no serviço como “Promover adesão à ventilação não invasiva em ambulatório”, “Melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente submetido a terapêutica inalatória durante o internamento e após a alta” e “Deixar de fumar” também se revelaram de particular interesse na intervenção da Enfermagem de Reabilitação da pessoa com DPOC.

Perante a identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família, apercebi-me mais uma vez da harmoniosa e indispensável interligação que existia entre os enfermeiros que prestavam cuidados gerais e a enfermeira que prestava cuidados especializados em reabilitação neste serviço pois existindo no mesmo um “Enfermeiro de Referência” para cada doente, foi muitas vezes junto deste elemento que obtive informação indispensável para a prática de cuidados especializados.

O facto de ter recorrido à observação participante na prestação de cuidados à pessoa com DPOC durante a primeira semana de estágio permitiu-me identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família, bem como identificar as intervenções de enfermagem conducentes à otimização do processo de regresso a casa da pessoa com DPOC e sua família.

Durante a referida semana procedi ainda à realização de alguns registos de Enfermagem de Reabilitação em linguagem CIPE na aplicação informática “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem” (SAPE), o que me possibilitou identificar a inexistência de alguns diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação bem como os possíveis *status* e respetivas intervenções pré definidos na aplicação. Perante esta lacuna, sujeitei-me com frequência a consultar o manual da CIPE, prescindindo de algum do tempo projetado para a prestação de cuidados especializados, tendo que recorrer frequentemente à redação de notas de exceção. Desta forma, durante o decorrer do estágio elaborei, em parceria com a enfermeira orientadora do estágio, um **manual de Enfermagem de Reabilitação em linguagem CIPE** (Apêndice XV) para posteriormente ser inserido na aplicação SAPE e assim facilitar a elaboração dos registos de Enfermagem de Reabilitação, com menos dispêndio de tempo e com mais visibilidade para esta tão importante área do cuidar, contribuindo desta forma para a promoção da qualidade de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação.

Novamente me refiro à importância da análise reflexiva que fiz sobre a prática para a consecução do objetivo a que me propus e que está patente no apêndice XVI.

Em suma, este período de conhecimento da dinâmica organizacional e do funcionamento do SPUFO constituiu simultaneamente um período relevante para a minha adaptação à organização e funcionamento do mesmo, à equipa multidisciplinar, às pessoas internadas e suas famílias.

Satisfazer as necessidades de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com DPOC e sua família promotores de um processo de transição saudável para o regresso a casa.

Para conseguir alcançar este objetivo, foi primordial a avaliação das necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, especificamente da função respiratória da pessoa com DPOC e sua família. Assim, assistindo às passagens de turno, observando os doentes, consultando os processos clínicos e procedendo à colheita de dados junto destes e sempre que possível junto das suas famílias e ainda dos respetivos enfermeiros de referência, identifiquei necessidades não só a nível respiratório como também a nível neuro motor. A utilização de escalas de avaliação da atividade, aquando da avaliação inicial e sempre que necessário, nomeadamente a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) adaptada ao contexto de internamento como revela o apêndice XVII constituiu um instrumento essencial para planear e prestar cuidados de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa com DPOC. É indispensável referir que só assim pude avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e redefinir os planos de intervenção de acordo com os resultados obtidos, sempre em parceria com a pessoa e/ou sua família e sempre com vista à obtenção do autocuidado e autocontrolo e consequentes ganhos em saúde.

Percebendo como a pessoa realizava as suas atividades de vida diária no período que antecedeu o internamento, qual a perceção que a própria tinha da sua situação atual, quais as expectativas e as necessidades que tinha para o regresso a casa e para a sua vida futura, pude identificar as suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação; reunir todas estas informações permitiu-me consciencializar as pessoas/famílias que cuidei das necessidades de alteração de comportamentos para poderem concretizar de forma saudável os seus processos de transição de regresso a casa, respeitando sempre a sua vontade e os seus objetivos. Deste modo, como refere Hesbeen (2010), a função do EEER, descrita de acordo com uma metáfora, é a de oferecer um mapa de estradas à pessoa que lhe mostra os vários caminhos que pode percorrer e os

diversos lugares onde poderá chegar “...e utilizar os seus recursos para dialogarem sobre as diferentes possibilidades e para a acompanhar na escolha que tenha feito...” Hesbeen (2010, p. 76).

Todas as atividades referidas se revelaram importantes para uma avaliação correta das necessidades reais de cada pessoa doente/família e para um posterior planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação que permitiram a promoção de capacidades adaptativas para um processo de transição saudável de regresso a casa da pessoa com DPOC, de acordo com os objetivos da pessoa e sua família.

Mais uma vez se revelou imprescindível a pesquisa bibliográfica que promoveu a prática baseada na evidência. Esta facilitou-me a compreensão aprofundada das necessidades das pessoas com DPOC, no geral. Ao mesmo tempo contribuiu para a identificação das AVD comprometidas das pessoas com DPOC e sua família que cuidei e para o planeamento de intervenções individualizadas e adequadas fundamentadas na melhor evidência científica. Foi também uma preocupação constante ter em atenção que cada pessoa, cada família, cada cuidador tinha as suas necessidades pessoais de acordo com o seu projeto de vida, e as intervenções de enfermagem tiveram de inevitavelmente respeitar essa singularidade e tiveram de ser pensadas e planeadas em parceria com cada pessoa, cada família, cada cuidador, tiveram de ser avaliadas e sempre que necessário os planos de intervenção foram redefinidos com cada um dos intervenientes.

Para tornar esta exposição mais esclarecedora, refiro-me ao exemplo de uma pessoa com DPOC que acompanhei desde o momento de admissão até ao momento do regresso a casa. Ao proceder à elaboração da sua história de saúde e à avaliação das suas necessidades de cuidados especializados, constatei que a pessoa estava a vivenciar um processo de transição saúde-doença porque no período que antecedeu o internamento esta não referia quaisquer défices na realização das atividades avaliadas de acordo com a Escala LCADL adaptada. Apesar de o facto de ser fumadora desde há cerca de 20 anos constituir um fator de risco, esta pessoa não referia sintomatologia nem incapacidades na realização das

AVD para além do cansaço moderado ao subir escadas que, segundo a mesma, sempre desvalorizou considerando que seria uma sintomatologia devida ao excesso de trabalho. Simultaneamente a este processo de transição e de acordo com Schumacher & Meleis (1994), esta pessoa estava a vivenciar um processo de transição situacional de regresso a casa.

Logo percebi que era urgente intervir a partir daquele momento para primeiramente perceber se esta estava consciente das mudanças que estavam a acontecer na sua vida, porque, como referem Chick & Meleis (1986) e Meleis et al (2000), para estar em transição a pessoa tem que ter consciência das mudanças que estão a ocorrer. Ainda de acordo com as autoras, se as mudanças não atingiram o nível da consciencialização ou estão a ser negadas (quer de forma consciente ou não), então a pessoa não está ainda em transição, significando que existem barreiras que têm que ser ultrapassadas e mais uma vez compete ao enfermeiro intervir para impulsionar todo esse processo. Revelou-se também urgente identificar as suas necessidades de cuidados de enfermagem especializados, capacitá-la para estas novas mudanças e ajudá-la a redefinir o seu projeto de vida, atuando assim como agente facilitador destas transições. Mais uma vez saliento a importância de cuidar destas pessoas desde o momento de admissão até ao momento da alta, uma vez que há muito trabalho a realizar pelo EEER concomitantemente ao trabalho dos outros profissionais da equipa.

Assim, identifiquei várias necessidades de cuidados especializados nesta pessoa doente (Apêndice XVIII). Desta forma, após a avaliação inicial elaborei um plano de intervenção que teve como focos de atenção as necessidades identificadas. Posteriormente, planeei, implementei e avaliei diariamente os cuidados conjuntamente com a pessoa/família. Mais uma vez as atividades planeadas e desenvolvidas se revelaram fundamentais para satisfazer as necessidades de cuidados especializados em reabilitação; esta pessoa tomou consciência das mudanças que estavam a ocorrer e percebeu que necessitava de adquirir conhecimentos e competências para desenvolver comportamentos adaptativos e para vivenciar estas transições de forma saudável, com consequentes ganhos em saúde traduzidos em melhoria da sua qualidade de vida.

Com o decorrer do internamento a pessoa adquiriu conhecimentos promotores da obtenção do autocuidado e autocontrole que a capacitaram a cumprir o plano terapêutico estabelecido em internamento e posteriormente em ambulatório. Foi ainda muito importante a realização diária de cinesiterapia respiratória sempre em parceria com as fisioterapeutas, que permitiu uma recuperação mais rápida da pessoa, assim como a capacitou para realizar alguns dos exercícios em ambulatório, dando continuidade à sua reabilitação no domicílio. Outra intervenção de Enfermagem de Reabilitação extremamente importante foi a promoção do autoconhecimento através do ensino, instrução e treino de exercícios de tolerância ao esforço assim como estratégias de conservação de energia na realização de algumas atividades de vida da forma mais autónoma possível como tomar banho, vestir-se, comer e beber, e movimentar-se, onde se incluiu o treino de exercícios na bicicleta estática e o subir escadas porque na sua residência tinha que subir até ao segundo andar. Perante as avaliações diárias dos resultados obtidos verificou-se a necessidade de algumas redefinições no plano de intervenção, paralelamente à progressiva tolerância ao esforço que esta pessoa foi adquirindo. Todas as atividades foram planeadas, validadas e reformuladas envolvendo a pessoa em todo o processo terapêutico de acordo com os objetivos pré-estabelecidos.

Durante todo este meu percurso apercebi-me também da importância que na verdade a família tem no processo de reabilitação, neste caso da pessoa com DPOC, no processo de transição para o regresso a casa. É importante que a família seja considerada como parceira, e sujeito de cuidados, sendo-lhe disponibilizada informação, acompanhamento e treino, como nos refere Silva (2006), sendo que ela própria também está em processo de transição, quer motivada pelo processo de saúde doença do seu familiar, quer pelo processo de transição do seu regresso a casa. Foram evidentes as dúvidas, os medos, as questões colocadas pelas famílias, as suas necessidades de conhecimento, de aprendizagem para cuidarem do seu familiar. Foram também evidentes as necessidades por mim identificadas de aquisição de saberes/habilidades das famílias para cuidarem dos seus familiares com DPOC, apesar de por vezes não estarem conscientes dessas mesmas necessidades.

Como referem Chick & Meleis (1986), sendo os processos de transição pessoais e não estruturados, relacionam-se, assim como os seus resultados, com as definições e redefinições do eu e da sua situação e com as mudanças de papéis. Meleis (2010) concebe papel como sendo decorrente da interação de atores num sistema social. O papel emerge como uma reciprocidade na qual a interação ou a mudança social ocorre e é vista em termos de outros papéis relevantes. O papel que o ator elege desempenhar é derivado das suas ações voluntárias motivadas pelos retornos esperados e claro, recebidos pelos outros. O papel assumido pelo ator numa determinada situação é validado quando os outros indicam aceitação dessa atribuição. Assim, os papéis escolhidos pela pessoa são validados pela aceitação dos outros que lhe são significativos como o enfermeiro e os membros da sua família. Uma vez que o papel evolui, a necessidade de retribuir torna-se uma necessidade pelos benefícios recebidos, de forma a continuar a recebê-los. Ainda de acordo com a autora, quando cuidam das pessoas, os enfermeiros deparam-se com inúmeras situações de alteração de papéis. Estes estão na posição mais oportuna para providenciar as intervenções necessárias baseadas nas necessidades individuais e privações criadas por essas transições.

Sabendo que a pessoa se insere numa família, numa comunidade de onde frequentemente emergem os seus cuidadores, é extremamente importante que o EEER esteja atento não só às necessidades da pessoa doente mas também, e de igual forma, às necessidades das suas famílias/ cuidadores. Quando um membro da família fica doente a dinâmica familiar tende a ajustar-se à crise. Os papéis tanto da pessoa doente como da família vão ser reorganizados. Ambas dever-se-ão consciencializar dos papéis que terão que desempenhar nos diversos processos de transição pelos quais irão atravessar e alterar comportamentos para concretizem os seus próprios processos de transição de uma forma saudável. Para que isso aconteça é ainda indispensável o compromisso da pessoa/família no processo de transição, que se define como a demonstração de envolvimento inerente à transição, sendo que o nível de consciencialização influencia de tal forma o nível de compromisso que este pode não ocorrer sem a consciencialização (Meleis et al, 2000).

Para evidenciar a importância das atividades desenvolvidas neste estágio para satisfazer as necessidades de cuidados especializados de reabilitação não só à pessoa com DPOC mas também à sua família promotores de um processo de transição saudável para o regresso a casa, tomo como exemplo outra pessoa que cuidei e sua família, em que mais uma vez a avaliação das suas necessidades e capacidades se revelou fundamental para a elaboração de estratégias de intervenção; as necessidades identificadas foram não só a nível respiratório como também a nível motor, uma vez que para além de apresentar problemas do foro respiratório aos quais faço referência no apêndice XIX, também tinha problemas de equilíbrio corporal. Ao avaliar junto da família os conhecimentos desta sobre a doença e sobre como cuidar da sua familiar no sentido de a autonomizar e a ajudar a autocontrolar a DPOC, apercebi-me da sua falta de conhecimento relativamente a todos estes assuntos e a forma errada como atuavam no sentido de substituir a pessoa na realização das suas atividades de vida diária. Para além do processo de transição de saúde-doença desta pessoa, uma vez que a DPOC tinha sido diagnosticada recentemente e do processo de transição da mesma para o regresso a casa, constatei ainda a presença de sentimentos de medo e angústia desta família (filha e duas sobrinhas) perante o seu processo de transição para cuidadoras, pois não sabiam como lidar com a situação. Segundo Schumacher & Meleis (1994), as transições são processos complexos e múltiplas transições podem ocorrer simultaneamente durante um período de tempo.

Assim sendo, concebi e implementei programas de treino de reeducação funcional respiratória e de treino de equilíbrio e de AVD visando a redução da incapacidade no desempenho dessas mesmas atividades, otimizando o processo adaptativo da pessoa com DPOC no regresso a casa. Procedi diariamente à avaliação e reformulação diária desses programas em consonância com os progressos conseguidos, sendo que esta pessoa já revelava alguns progressos com consequentes ganhos em saúde. No que se refere aos familiares, elaborei um plano de intervenção que consistiu na realização de sessões de formação que abordaram assuntos como supervisionar a realização de exercícios respiratórios, o cumprimento do plano terapêutico, estimular a realização de atividades de vida de forma

autônoma, de exercício físico para fortalecimento muscular e para tolerância ao esforço, entre outros. Avaliei ainda os resultados sensíveis aos cuidados especializados que prestei e reformulei-os sempre que necessário de acordo com os objetivos delineados em parceria com a pessoa/família, promovendo desta forma a otimização do processo adaptativo da família da pessoa com DPOC no regresso a casa.

Recorrendo à análise reflexiva sobre a prática, tomei consciência da importância das atividades desenvolvidas ou seja, das minhas intervenções especializadas para satisfazer as necessidades de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com DPOC promotores de um processo de transição saudável para o regresso a casa (Apêndice XX), apercebendo-me também da importância do envolvimento da família como parceira em todo este processo do cuidar.

Otimizar os conhecimentos da pessoa com DPOC e sua família sobre o autocontrolo e autocuidado no âmbito da reabilitação funcional respiratória visando a melhoria da qualidade de vida.

Para a concretização deste objetivo as atividades desenvolvidas por mim assumiram-se imprescindíveis para a consecução do mesmo: a realização de entrevistas informais com as pessoas com DPOC e/ou suas famílias permitiram-me fazer um diagnóstico da situação, ou seja, identificar as suas necessidades de aquisição de conhecimentos e posteriormente planejar e elaborar sessões de educação para a saúde e conceber e implementar programas de treino de reeducação funcional respiratória e/ou programas de treino de exercícios. Todas estas atividades visaram a redução da incapacidade no desempenho das atividades de vida diária, maximizando a autonomia das pessoas/famílias que cuidei com a consequente melhoria da sua qualidade de vida. Para a realização das referidas entrevistas senti necessidade de elaborar um **guião para avaliação de conhecimentos sobre a DPOC** (Apêndice XXI). Este instrumento constituiu uma ótima ajuda na condução das entrevistas informais, principalmente, porque me permitiu ter um discurso dirigido para os objetivos que pretendia alcançar, não me

esquecendo de nenhum tópico importante para o planeamento das minhas atividades.

Novamente, o contacto direto com a pessoa doente/família, a sua observação na realização das AVD, a consulta do processo clínico e a recolha de informação junto de outros elementos de equipa, mais propriamente junto do enfermeiro de referência, foram cruciais para obter informação sobre as necessidades de conhecimento de ambos. Tudo isto possibilitou-me desenvolver atividades que promoveram a otimização dos conhecimentos da pessoa com DPOC e sua família sobre o autocontrolo e autocuidado, não só no âmbito da reabilitação funcional respiratória como também neuro motora, uma vez que estão intimamente associadas. Refiro-me por exemplo a uma das pessoas/famílias que cuidei, com as quais concebi e implementei um programa de treino de reeducação funcional respiratória, em que para proceder ao ensino sobre exercícios de treino ao esforço por exemplo na marcha, tive necessidade de conceber e implementar simultaneamente um programa para otimizar o equilíbrio corporal, uma vez que este estava comprometido, condicionando assim a eficácia do primeiro (Apêndice XXII).

A pesquisa bibliográfica realizada sobre a DPOC revelou-se igualmente importante para realizar as entrevistas a que me referi, onde as questões colocadas iam de encontro às dificuldades mais evidenciadas. Essa pesquisa permitiu-me ainda relembrar e/ou aprofundar conhecimentos para proceder à realização das sessões de educação para a saúde. Deste modo os vários instrumentos de registo que elaborei para avaliação de conhecimentos dos ensinos realizados, constituíram uma mais-valia para a avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e consequentemente da necessidade de redefinição dos planos de intervenção, nomeadamente uma **grelha de observação para avaliação dos ensinos efetuados** (Apêndice XXIII). Como se pode verificar pela observação da referida grelha, para uma correta gestão da patologia em questão e promoção do autocontrolo da mesma, para além da importância da aquisição de conhecimento em todos os itens, a realização da técnica inalatória na utilização da inaloterapia é fundamental. Assim, para avaliação do conhecimento adquirido nesta área, elaborei

grelhas de observação para avaliação da técnica específica de utilização de cada um dos diferentes inaladores utilizados pelas pessoas que cuidei, quer durante o internamento ou para utilizarem em contexto de ambulatório (Apêndice XXIV).

Relativamente à utilidade da conceção e implementação de programas de treino de reeducação funcional respiratória, quero enfatizar que foi inquestionável para a consecução do objetivo em análise. Dou como exemplo uma das pessoas que cuidei, em que avaliei as suas necessidades de cuidados especializados e elaborei um plano de intervenção que teve como focos de atenção as necessidades identificadas, nomeadamente limpeza ineficaz das vias aéreas, dispneia funcional, conhecimento insuficiente sobre a sua doença, sobre a tosse, sobre a técnica respiratória e sobre a técnica inalatória. Desta forma, planeei, implementei e avaliei diariamente conjuntamente com a pessoa, os cuidados prestados. As atividades planeadas e desenvolvidas revelaram-se fundamentais para satisfazer as necessidades de cuidados especializados em reabilitação porque permitiram a esta pessoa desenvolver capacidades adaptativas para um processo de transição saudável de regresso a casa, tendo adquirido alguns conhecimentos sobre a necessidade de evitar o agravamento da sua doença cumprindo o plano terapêutico estabelecido: aprendeu como realizar a técnica inalatória para cumprir de forma correta a terapêutica inalatória, conseguiu tossir de forma eficaz para permitir a limpeza das vias aéreas, alguns dos aspetos fundamentais para controlo da sua patologia, quer enquanto esteve internada quer quando regressou a casa. De acordo com o **processo de enfermagem** que realizei desta pessoa (Apêndice XXV), tive ainda oportunidade de diariamente ensinar, instruir e treinar exercícios de cinesiterapia respiratória que tiveram como objetivo primordial a sua reabilitação e recuperação em internamento, mas também a capacitaram a realizar estes exercícios no domicílio com vista à continuidade da sua reabilitação. Outra das necessidades desta pessoa foi a de realizar treino ao esforço, visando a redução da incapacidade no desempenho das AVD, realizando algumas delas da forma mais autónoma possível como tomar banho, vestir-se, comer e beber, e movimentar-se,

sendo que tive necessidade de redefinir o plano de intervenção, à medida que ela revelou maior tolerância ao esforço.

Todas as atividades foram sempre planejadas de acordo com os objetivos da pessoa e foram igualmente validadas com ela, da mesma forma que as diversas redefinições do plano de intervenção.

De acordo com Schumacher & Meleis (1994), um dos indicadores de transição saudável, é a mestria de novos comportamentos. A mestria que significa domínio, conhecimento profundo, revela um progresso nas competências da pessoa, que lhe permitem viver a transição com sucesso. Assim, posso dizer que esta pessoa estava a vivenciar um processo de transição saudável uma vez que adquiriu competências, adquiriu novos conhecimentos sobre a sua doença que lhe permitiram tomar consciência do *self*, que por sua vez lhe possibilitaram adotar novos comportamentos para uma melhor adaptação à realidade ou seja, para um maior e melhor autocontrolo da patologia e autocuidado. Autocuidado, segundo a CIPE define-se como uma “atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2011, p.41).

A avaliação e reformulação dos programas de treino motor e cardio respiratório foram imprescindíveis para a promoção da otimização dos conhecimentos das pessoas com DPOC que cuidei e suas famílias, porque estes programas foram-se desta forma adequando aos ganhos em conhecimentos de ambas, às suas necessidades reais, bem como aos resultados esperados.

Mais uma vez a análise reflexiva sobre a prática permitiu-me pensar sobre todo o trabalho realizado com estas pessoas e enquanto membro de uma equipa pluridisciplinar, planejar e reorganizar todas as minhas intervenções tendo em vista a promoção de ganhos em saúde para as mesmas, traduzidos em melhoria da qualidade de vida pessoal, familiar, social e profissional (Apêndice XXVI).

Sensibilizar para a importância da intervenção dos enfermeiros na continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação funcional respiratória à pessoa com DPOC e sua família, no processo de transição de regresso a casa.

Uma vez que a enfermeira que supervisionou este meu estágio era a única com especialização em Enfermagem de Reabilitação existente no serviço e prestava cuidados em regime de horário fixo, a prestação de cuidados especializados nesta área não tinha assim continuidade nos turnos da tarde, noite e fins-de-semana. Desta forma, nas passagens de turno e/ou junto do enfermeiro de referência da cada doente, comuniquei sempre as necessidades de reabilitação que identifiquei, as minhas intervenções e os resultados obtidos, sensíveis aos cuidados de enfermagem. O objetivo do ênfase nesta articulação foi o da continuidade de cuidados aos doentes, contudo, permitiu ainda dar visibilidade à importância destas intervenções bem como sensibilizar a equipa para a importância destes cuidados especializados na obtenção de ganhos em saúde, na preparação precoce para a alta e no envolvimento da família como parceira no cuidar.

Para que se proporcionasse (e que se continue a proporcionar) a continuidade de cuidados especializados em reabilitação a estas pessoas e suas famílias, em turnos em que não estava presente a EEER, identificámos algumas intervenções inerentes à prestação de cuidados gerais que assim o permitissem como por exemplo incentivar os doentes a realizarem os exercícios respiratórios ensinados e treinados por mim e /ou pela enfermeira especialista, incentivar os doentes a realizarem da forma mais autónoma possível as AVD, entre outros. Perante o exposto, identificou-se como imprescindível o contributo dos enfermeiros generalistas para a continuidade de cuidados de reabilitação quer respiratória quer neuro motora. Identificámos assim a necessidade de realizar uma sessão de formação em serviço relativa ao tema **“Contributo do enfermeiro generalista para a reabilitação do doente com DPOC”** para que esta continuidade de cuidados fosse de alguma forma assegurada (e tenho a pretensão que continue a ser, após o meu contributo durante o estágio).

Para a concretização deste objetivo foram imprescindíveis todas as atividades por mim elaboradas, entre as quais a elaboração da **folha de avaliação de conhecimentos sobre intervenções de enfermagem promotoras da reabilitação da pessoa com DPOC** (Apêndice XXVII), que no período que antecedeu a sessão de formação em questão, distribuí aos enfermeiros do serviço e que me permitiu apreciar os conhecimentos dos mesmos. Este instrumento de avaliação de conhecimentos, tendo sido igualmente preenchido pelos enfermeiros formandos nesta formação em serviço, após a realização da mesma, permitiu-me assim avaliar os ganhos em conhecimento por eles obtidos.

O **folheto de divulgação da sessão** (Apêndice XXVIII) que elaborei e distribui atempadamente aos enfermeiros do serviço foi também de extrema importância para a participação destes na formação. Toda a pesquisa bibliográfica que realizei para elaboração da sessão permitiu-me alicerçá-la em evidências científicas. A **sessão de formação** (Apêndice XXIX) foi fundamental para a sensibilização dos enfermeiros no seu contributo na reabilitação destas pessoas dentro da sua área de competências, o que se evidencia pela **avaliação** que fiz da mesma e que pode ser consultada no apêndice XXX.

O **poster** que elaborei (Apêndice XXXI), que dá relevância aos conteúdos mais importantes abordados durante a sessão e que suscitaram mais interesse aos formandos, foi igualmente importante para a sensibilização dos mesmos relativamente ao assunto em questão. Este *poster*, ficando em exposição no serviço em que desenvolvi o estágio, permite dar visibilidade à importância da intervenção do EEER nas pessoas com DPOC; permite ainda lembrar a importância do contributo do enfermeiro generalista em todo este processo, bem como constituir uma fonte de informação para as pessoas internadas com DPOC e suas famílias sobre os ensinamentos realizados pelo enfermeiro especialista bem como alguns exercícios de reeducação funcional respiratória realizados durante o internamento e aos quais deverá dar continuidade quando regressar a casa.

Uma das minhas preocupações durante este estágio foi a continuidade de cuidados de reabilitação às pessoas com DPOC internadas neste serviço. Considero que com as atividades desenvolvidas, no que se refere ao objetivo em questão, sensibilizei os enfermeiros generalistas para este assunto tão importante e que nem sempre é valorizado pelos mesmos. Desta forma, durante a sessão de formação, estes elementos intervieram frequentemente com questões pertinentes que denotavam interesse sobre o assunto. Mais ainda, quando questionava as pessoas que cuidei se por exemplo se tinham lembrado de fazer os exercícios respiratórios que tinham aprendido, com frequência obtinha respostas afirmativas. Algumas pessoas referiram que por vezes, durante os turnos da tarde, eram alertados pelos enfermeiros generalistas para realizar os exercícios respiratórios que tinham aprendido; também encontrei com alguma frequência os doentes em posição de descanso e relaxamento nas crises de dispneia; ao realizarem os registos, os enfermeiros faziam frequentemente referência à capacidade da pessoa com DPOC controlar a respiração mencionando a dissociação dos tempos respiratórios. Apraz-me ainda fazer referência ao estímulo constante de alguns enfermeiros às pessoas com DPOC bem como aos seus cuidadores/familiares para realizarem as AVD como comer e beber e cuidar da sua higiene da forma mais independente possível e ensinando-os/treinando-os a realizarem AVD utilizando estratégias para conservação de energia.

Compreender as estratégias que a família utiliza para gerir as dificuldades no processo de transição para cuidador da pessoa com DPOC.

No que se refere a este objetivo, devido ao facto de só ter cuidado de uma pessoa com DPOC cuja família se envolveu no seu processo de reabilitação estando ela própria em processo de transição para cuidadora, não tive oportunidade de elaborar o artigo a que me propus sobre este assunto, por não ter dados suficientes para o fazer. Para atingir o presente objetivo, necessitei de elaborar um **guião de entrevista ao familiar/cuidador da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica** (Apêndice XXXII). Ao avaliar junto da família os conhecimentos desta sobre a doença e sobre como cuidar da sua familiar no sentido de a autonomizar e

autocontrolar a DPOC, apercebi-me da sua falta de conhecimento relativamente a todos estes assuntos e a forma errada como atuavam no sentido de substituir a pessoa na realização das suas AVD. Para além do processo de transição de saúde-doença desta pessoa, uma vez que a DPOC lhe fora diagnosticada recentemente, e do processo de transição da mesma para o regresso a casa, constatei ainda a presença de sentimentos de medo e angústia desta família perante o seu processo de transição para cuidadora, pois não sabia como lidar com a situação. Constatei porém que uma das estratégias utilizadas pela família era a de substituir a pessoa nas atividades que lhe causavam cansaço ou dispneia como os cuidados de higiene. Outra das estratégias utilizadas era o assegurar que a pessoa cumpria o plano terapêutico nomeadamente a terapêutica inalatória, supervisionando somente o horário das tomas e não a realização da técnica. A família também utilizava a estratégia de assegurar que a pessoa comparecia às consultas médicas calendarizadas, desconhecendo que a sua familiar beneficiaria também da intervenção da Enfermagem de Reabilitação.

O facto de ter realizado pesquisa bibliográfica sobre esta questão permitiu-me perceber que existe alguma evidência científica sobre as necessidades dos cuidadores, sentimentos vivenciados pelos mesmos no processo de transição para cuidador e consequentes alterações na sua vida, mas não sobre estratégias que utilizam para gerir as dificuldades no referido processo de transição, no que se refere a intervenções junto da pessoa com DPOC. Verifiquei ainda a existência de alguma evidência sobre intervenções ao cuidador, mas nada que avaliasse essas intervenções, especialmente o que se refere a Enfermagem de Reabilitação. Dessa forma, para aumentar os meus saberes enquanto futura EEER e de alguma forma contribuir para o aumento dos saberes da disciplina de enfermagem, realizei uma **revisão simples da literatura** de forma a descrever as experiências dos cuidadores da pessoa com DPOC bem como das repercussões que este papel tem nas suas vidas e na das pessoas de quem cuidam. Assim, tomando conhecimento das suas vivências e por isso enriquecendo o nosso conhecimento sobre esse assunto, ficamos mais despertos para conseguirmos perceber quais as suas necessidades de cuidados enquanto gente que cuida de gente (Wanda Horta, 1979). A elaboração do

referido **artigo** (Apêndice XXXIII) incentiva-nos a refletir sobre a importância da intervenção da Enfermagem de Reabilitação para responder a essas necessidades. Os estudos encontrados sugerem-nos a necessidade de mais investigação sobre intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao cuidador e sua avaliação e ainda sobre as estratégias que os cuidadores informais das pessoas com DPOC utilizam para gerir as dificuldades no referido processo de transição. Desta forma, teremos assim um contributo para nos ajudar a perceber o porquê dessas estratégias e a definição de planos de intervenção adequados, promovendo assim ganhos em saúde quer para a pessoa doente quer para os seus cuidadores informais.

Contribuir para a promoção da continuidade de cuidados da pessoa com DPOC e sua família no regresso a casa.

No que se refere a este objetivo, a análise reflexiva que fiz sobre as estratégias de Enfermagem de Reabilitação com vista à preparação da pessoa com DPOC e sua família para o regresso a casa permitiram-me cuidar destas pessoas desde o primeiro momento em que tive oportunidade de lhes prestar cuidados especializados, identificando as suas necessidades, elaborando planos de intervenção, avaliando resultados e reformulando esses mesmos planos. Tudo isto me levou a perceber que o regresso a casa se prepara desde o momento da admissão, para que a pessoa possa perceber as mudanças que estão a acontecer, os conhecimentos que tem que adquirir para modificar comportamentos que a vão capacitar a concretizar o seu novo projeto de vida. Desta forma, estes cuidados não podem cessar no momento da alta hospitalar. A reabilitação deve ser continuada após a alta hospitalar, como evidenciam Harris (2007), Payne (2011) e Bausewein et al (2013). Há que encaminhar estas pessoas para os recursos da comunidade para que todo o trabalho por nós desenvolvido não termine no momento do regresso a casa porque a reabilitação destas pessoas é contínua; precisam de ser acompanhadas periodicamente de acordo com as necessidades/capacidades de cada uma.

Surgiu assim a necessidade de identificar os **recursos da comunidade** para posteriormente os mobilizar para que esta continuidade fosse assegurada. Desta forma, estabeleci contacto telefónico com os centros de saúde da área de influência do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (Apêndices XVIII e XIX) e percebi que eram escassos os recursos nomeadamente de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e os poucos enfermeiros que prestavam cuidados na sua área de especialização só o faziam quando tinham disponibilidade para tal. Mais ainda, as pessoas doentes tinham que ser referenciadas através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para poderem usufruir desses mesmos cuidados.

Para promover a maximização da autonomia e qualidade de vida da pessoa com DPOC e sua família, é necessário mobilizar os recursos da comunidade. São os recursos existentes na comunidade que, de acordo com Meleis et al (2000), vão contribuir para facilitar ou inibir as transições, assumindo-se desta forma como um fator importante para os processos de transição e consequentemente para os resultados obtidos. Desta forma, sempre em parceria com os elementos da equipa pluridisciplinar, nomeadamente com o médico e assistente social, procedi à elaboração da carta de referenciação para a RNCCI, onde mencionei os problemas por mim identificados durante o internamento da pessoa e o programa de intervenção estabelecido, bem como os resultados obtidos sensíveis aos cuidados especializados prestados e as necessidades promotoras da continuidade de cuidados após a alta.

O único recurso por nós identificado, durante o estágio, para a pessoa com DPOC e sua família recorrerem após o regresso a casa, com vista à continuidade de cuidados especializados em reabilitação foi o Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Embora a equipa de saúde desta valência não fosse dotada de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, foi importante proceder ao seu encaminhamento para assegurar a continuidade de cuidados especializados: na instituição em que realizei este estágio, logisticamente não é permitido ao profissionais de enfermagem

requererem intervenção da equipa de medicina física e reabilitação. Desta forma, sempre que as pessoas que cuidámos necessitavam de usufruir de cuidados especializados em reabilitação após a alta, fizemos sentir à equipa médica essa necessidade e assim esta requisitava a intervenção da equipa de MFR. Mais ainda, na carta de alta mencionei sempre as necessidades identificadas de cuidados especializados e as minhas intervenções durante o internamento e as necessidades de cuidados de reabilitação após a alta.

Lamentamos o facto da inexistência de EEER que promovam a continuidade de cuidados após a alta. Assim, na realidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, são os técnicos de fisioterapia que asseguram esses cuidados. Todavia são os EEER os que estão despertos para a pessoa como um todo e para a sua individualidade, promovendo a reabilitação da pessoa na sua totalidade, enquanto pessoa com uma vida pessoal, familiar, profissional e social, inserida no seu meio envolvente, com um projeto de vida para concretizar adequado às suas capacidades e às suas necessidades.

a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se...toda a pessoa interage com o ambiente...na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde desenvolve processos intencionais baseados nos seus valores, crenças e desejos da sua natureza individual, permite-nos um entendimento no qual cada pessoa vivencia um projeto de saúde...assim, a pessoa tem de ser encarada como um ser uno e indivisível. (OE, 2002, p.40)

Por outro lado, o que caracteriza a intervenção do enfermeiro relaciona-se com a própria natureza da sua profissão, que lhe permite uma maior proximidade com as pessoas que cuida, principalmente em situações de internamento em que permanece junto das mesmas durante todo o turno e está numa posição privilegiada em que lhe é facultada a possibilidade de identificar as necessidades destas enquanto seres singulares mas em toda a sua globalidade.

Ao enfermeiro especialista exige-se a prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente, junto das pessoas, famílias ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui – Decreto Lei 437/91, (Capítulo II,

referente ao conteúdo funcional). Por esta razão, a intervenção do EEER é de extrema importância na detecção, gestão e na eliminação dos obstáculos, reduzindo o grau de incapacidades (quando prevalecem), proporcionando uma melhor qualidade de vida à pessoa doente e seus familiares, através da aquisição de um grau máximo de independência. Segundo Hesbeen (2010), o EEER possui competências técnicas, científicas, profissionais e relacionais e distingue-se dos outros por atuar na deficiência, incapacidade e desvantagem; os seus objetivos são analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que as geram.

Outra das atividades por mim desenvolvidas para a promoção da continuidade de cuidados da pessoa com DPOC e sua família no regresso a casa foi a articulação com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Pneumologia (HDP) da instituição para dar continuidade a alguns cuidados especializados que prestei às pessoas/ famílias que cuidei. Refiro-me assim ao facto de sempre que necessário, contactar telefonicamente um elemento desta equipa para calendarização de sessões para reavaliação dos ensinamentos realizados. As enfermeiras generalistas da equipa do HDP, com alguma formação e experiência profissional nesta área, procederam à reavaliação periódica dos ensinamentos realizados em internamento, nomeadamente no que diz respeito à terapêutica inalatória e à ventiloterapia domiciliária, solicitando a intervenção da EEER do SPUFO sempre que necessário. Apesar destes elementos da equipa pluridisciplinar não prestarem cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, a sua intervenção é importante para de certa forma dar continuidade a alguns cuidados prestados pela enfermeira especialista, ainda que na sua área de intervenção. Como referi anteriormente, a equipa de enfermagem do HDP participou ativamente na implantação dos projetos “Promover adesão à ventilação não invasiva em ambulatório” e “Melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente submetido a terapêutica inalatória durante o internamento e após a alta” desenvolvidos no SPUFO em parceria com o HDP.

Refletir sobre a importância da prática de enfermagem especializada em reabilitação para a promoção da continuidade de cuidados da pessoa com DPOC e sua família no regresso a casa (Apêndices XVIII e XIX) foi primordial para perceber que se, ao

tomarmos conhecimento de que as respostas na comunidade no que se refere a cuidados de enfermagem especializados em reabilitação não são as desejáveis, não tomarmos a iniciativa de mobilizar esses recursos por forma a proporcionar uma maior visibilidade da necessidade destes profissionais especializados, essa necessidade não se vai fazer sentir na comunidade. Para isso temos que ser nós a tornar esse problema notório, para que ele seja percebido pelos órgãos de gestão da RNCCI e de outras instituições de saúde da comunidade, e para que as necessidades das populações em termos de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação sejam colmatadas.

Como dotar as equipas da RNCCI e outras unidades onde se prestam cuidados de saúde, de EEER se na comunidade não existe evidência dessa necessidade? Compete-nos a nós evidenciar essa carência, intervindo no sentido de demonstrar a importância de todo o trabalho realizado e os resultados obtidos sensíveis aos cuidados por nós prestados. Mesmo sabendo que não existem recursos na comunidade para dar resposta às necessidades das pessoas no que se refere a cuidados de enfermagem especializados em reabilitação, temos de fazer sempre o encaminhamento das pessoas que necessitam desses mesmos cuidados, para que haja evidência dessa mesma necessidade e sejam tomadas medidas para a satisfazer.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivada pela obtenção de uma melhor capacidade de dar resposta às necessidades da pessoa/família com patologia respiratória, ingressei no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na Área de Enfermagem de Reabilitação. Dessa forma, a totalidade do trabalho desenvolvido teve como ponto de partida o propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas com DPOC e seus cuidadores informais. Todo o percurso de desenvolvimento pessoal e profissional realizado foi norteado pelo conceito de enfermeiro especialista ou seja, aquele que é detentor de

um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2009, p.10)

Ainda de acordo com OE (2009), a expansão da clínica especializada em enfermagem possibilita a estimulação da investigação clínica da disciplina, permitindo ainda a identificação e clarificação do alvo de intervenção das várias áreas de especialização, bem como valorizar os ganhos em saúde da população alvo da intervenção dessas especialidades. Eleva-se assim a importância não só da componente prática de todo o percurso realizado mas também a componente teórica da especialização na área de Enfermagem de Reabilitação. Como refere Benner (2001), a prática assume-se como mais complexa, mais objetiva e com maior possibilidade de apreensão, mas a teoria dá-nos aquilo que pode ser explicado e formalizado.

O percurso formativo do Curso e a elaboração do presente relatório constituíram um desafio pessoal e profissional na capacidade de pesquisa, no desenvolvimento de conhecimentos e na aquisição de competências, tanto as comuns de Enfermeiro Especialista como as competências específicas do EEER.

Quero salientar o facto de este percurso ter sido ser efetuado tendo em vista a aquisição e desenvolvimento de competências, pois permitiu-me refletir sobre o meu desempenho e sobre a verdadeira essência dos cuidados que prestamos e sobre o papel do EEER como agente de mudança nas equipas de saúde e na sociedade. As experiências vividas e refletidas durante os dois períodos de estágio que realizei tiveram impacto no meu desenvolvimento pessoal e profissional como início de um percurso, numa continuidade de formação/ação, em que continuarão a ser mobilizadas as competências adquiridas.

No que concerne à aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, desenvolvi uma prática profissional e ética em todas as minhas intervenções, sendo que as estratégias de resolução foram sempre desenvolvidas em parceria com as pessoas/famílias que cuidei, avaliando e partilhando sempre com a restante equipa pluridisciplinar os resultados obtidos. Relativamente à prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, prestei cuidados especializados respeitando sempre o direito à privacidade, à confidencialidade e ao acesso à informação e à autodeterminação.

No que se refere ao **domínio da gestão da qualidade**, atuei sempre no sentido de obter um ambiente um ambiente terapêutico e seguro, quer para as pessoas doentes/famílias, quer para os outros elementos da equipa de saúde.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, geri os cuidados prestados de forma a otimizar a resposta da equipa de saúde, reconhecendo-me pessoal e profissionalmente como um elemento essencial da equipa, atuando sempre em articulação com os restantes elementos. Baseei sempre a minha *práxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, sendo que atuei como formadora oportuna em contexto de trabalho, tendo avaliado o impacto da formação que realizei. Por fim, demonstrei conhecimentos na avaliação das necessidades das pessoas doentes/famílias, no planeamento, implantação,

avaliação e reformulação dos planos de intervenção e apliquei-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

Relativamente às competências de EEER, considero que adquiri a competência **de cuidar de pessoas com necessidades especiais, neste caso no momento do ciclo de vida da idade adulta/idoso, em contexto de internamento hospitalar da prática de cuidados**; recolhi informação pertinente e utilizei escalas de avaliação da funcionalidade para avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar AVD de forma independente, o que permitiu diagnosticar necessidades reais da cada pessoa doente/família, de intervenção especializada. Consequentemente, concebi, implementei e avaliei planos de intervenção especializada com vista à qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade, através da promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição, nomeadamente de saúde/doença, de regresso a casa e no caso da família, de transição para o papel de cuidadora.

Adquiri ainda a competência de **capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, na medida em que elaborei e implementei programas de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade, à maximização da autonomia e da qualidade de vida. Promovi igualmente a mobilidade, desenvolvendo ações autónomas e/ou pluridisciplinares, de acordo com o enquadramento social, político e económico das pessoas/famílias que cuidei.

Por fim mas não com menos importância, considero ainda a aquisição da competência de **maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**: baseei sempre a minha prática especializada em sólidos conhecimentos sobre as funções motora e respiratória. Só desta forma pude avaliar as necessidades, planear, ensinar, instruir e treinar técnicas para maximizar o desempenho a nível motor e/ou cardio respiratório. Refiro-me ainda ao facto de ter promovido sempre uma relação de parceria com a pessoa, tendo sempre os seus objetivos pessoais, o seu projeto de saúde e de vida como eixos norteadores de

toda a minha conduta. Ao proceder à avaliação dos programas de treino motor e cardio respiratório, tive necessidade de reformular alguns, em função dos resultados obtidos, relativamente aos resultados esperados e de acordo com as diferentes pessoas, famílias e contextos da prática de cuidados.

Após terminar esta etapa da minha formação, percebi que o nosso tempo é o tempo da pessoa/família, ou seja, que a singularidade de cada pessoa/família que cuidamos define o tempo que cada uma tem para se capacitar para determinada atividade ou situação e esse mesmo tempo é aquele que nós temos de dispor e para o qual definimos toda a nossa intervenção. Percebi ainda que os mais pequenos acontecimentos, os mais pequenos progressos são enormes vitórias para as pessoas/famílias em processo de reabilitação e para nós, que cuidamos, e é o que nos motiva a dar continuidade a todo o trabalho desenvolvido.

Ainda me apraz fazer referência ao facto de o EEER constituir um agente de mudança de comportamentos, quer das pessoas que cuida, quer dos seus familiares para que estes últimos possam adquirir conhecimentos/comportamentos de cuidadores neste processo de reabilitação. Assim, atuamos no sentido de ajudar ambos a vivenciarem transições duma forma saudável para aumentarem os resultados saudáveis (Meleis, 2010) ou seja, para que os resultados obtidos traduzam ganhos em saúde. O EEER assume-se ainda como agente de mudança junto de outros profissionais que fazem parte da equipa pluridisciplinar. Ao fazer esta afirmação refiro-me por exemplo à minha intervenção junto das assistentes operacionais que, com o objetivo de auxiliarem a pessoa na realização das suas AVD, substituíam-na, interpondo-se inconscientemente à sua reabilitação. Mais uma vez se revelou fundamental o papel que cada profissional da equipa de saúde tem na reabilitação destas pessoas.

Mais exponho ainda que, quando me referi aos objetivos que delinee para este estágio, em todas as atividades que desenvolvi com o propósito da consecução dos mesmos, tive um papel importante como agente de mudança de comportamentos dos enfermeiros generalistas do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar

Barreiro Montijo, E.P.E., pois também estes, sendo que de forma inconsciente, muitas vezes substituíam a pessoa em algumas atividades de vida que de certo modo não favoreceram o processo de reabilitação. Também promovi a aquisição de conhecimento destes profissionais para supervisionarem o desempenho das assistentes operacionais junto das pessoas com DPOC de forma a cuidarem delas promovendo a sua reabilitação.

Após refletir sobre o trabalho desenvolvido durante este percurso em que acompanhei pessoas doentes e suas famílias em vários processos de transição, apercebo-me que falei frequentemente do conhecimento, o que vai de encontro ao que refere Meleis (2010) ao afirmar que as transições de papéis requerem que a pessoa incorpore conhecimento novo, altere o seu comportamento e assim mude a sua definição de si mesmo no seu contexto social, fazendo também referência ao facto de as transições criarem um solo fértil (Chick & Meleis, 1986) para aquisição de conhecimento novo. Reportando-me ainda às reflexões sobre a minha prática diária enquanto estudante de Enfermagem de Reabilitação, foram muito importantes para pensar sobre as minhas intervenções junto das pessoas com DPOC e suas famílias e também enquanto membro da equipa pluridisciplinar, para poder perceber quais as atitudes mais ou menos corretas de cada um de nós, mudar o meu comportamento sempre que necessário e promover também algumas mudanças nos outros profissionais passíveis de trazerem benefícios quer às pessoas que cuidamos quer à dinâmica da própria equipa. Schon (1994) reforça esta ideia quando diz que quando alguém reflete sobre a sua ação torna-se um pesquisador no contexto da prática. Em suma, as análises reflexivas (Apêndices IX, X, XVI, XVIII, XIX, XX e XXVI) que fiz segundo o ciclo de Gibbs durante este percurso permitiram-me tomar consciência da importância de cada uma das atividades realizadas para a consecução dos respetivos objetivos delineados.

Gostaria ainda de realçar que apesar dos obstáculos com que me deparei, nomeadamente a mudança inesperada de local de estágio e a falta de tempo para coordenar as atividades profissionais com as académicas e a vida familiar, consegui atingir os objetivos a que me propus e desenvolver uma aprendizagem muito

enriquecedora, obtendo excelentes contributos para melhorar o meu desempenho profissional e a qualidade dos cuidados às pessoas com DPOC.

Como aspetos facilitadores, saliento a receptividade que tive por parte das equipas pluridisciplinares dos diferentes locais de estágio ao meu projeto e a diversidade de experiências a eles inerentes. A capacidade de comunicação, de liderança, de conhecimento interpessoal e de aceitação da crítica constituíram premissas igualmente facilitadoras deste percurso, pelas quais pautei todo o meu desempenho e que me permitiram progredir pessoal e profissionalmente sendo que eu própria vivenciei um período de transição. Segundo Chick & Meleis (1986), há que ter sempre em consideração como a transição e os eventos associados são percebidos pela pessoa que os experiencia, bem como é imprescindível perceber qual o significado que a situação tem para a pessoa, sendo este significado a única base válida pela qual o enfermeiro planeia a sua intervenção.

Como projetos futuros saliento a minha intenção de incentivar a atual equipa pluridisciplinar do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, a desenvolver um projeto de acompanhamento e reabilitação dos doentes com patologia respiratória crónica, em articulação com o Hospital de Dia de Pneumologia, com os seguintes objetivos: controlar a tendência evolutiva na história natural das patologias respiratórias crónicas; melhorar a acessibilidade, o acompanhamento e a continuidade de cuidados à população alvo; melhorar a autonomia e reinserção social do doente/família e reduzir os reinternamentos por agravamento da doença respiratória crónica.

Finalmente pretendo aliar a minha prática com a melhor evidência científica, procurando incessantemente os melhores resultados científicos para obter uma maior satisfação profissional e uma excelência do cuidar da pessoa com necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Uma vez que o conhecimento deve ser divulgado para a comunidade de enfermagem, é meu objetivo investir cada vez mais na publicação de estudos, em revistas nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Andrade, C. (2009). Transição para Prestador de Cuidados. *Pensar Enfermagem*,13(1), 61-71. Acedido em: 5-7-2013. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf.
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M. & Higginson, I. (2013). Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*,2. Acedido em : 12-12-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=76981c64-6b54-4f59-b8b2-3d7ae6cac28f%40sessionmgr198&vid=2&hid=119>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berjon-Aparício, S. (2007). Assessing the impact of health policies on COPD. *British Journal Of Community Nursing*, 12(6), 253-59. Acedido em: 2-09-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=56aedb43-d4d8-4d29-a0ab-31bb14ca36d2%40sessionmgr111&hid=119>.
- Bocchi, S. (2004). O Papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 569-573. Acedido em: 28-9-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a11v57n5.pdf>.
- Brereton, L., Carroll, C.& Barnston, S.(2007). Interventions for adult family caregivers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 867-884.
- Campos, H. (2004). Asma e DPOC: vida e morte. *Boletim de Pneumologia Sanitária*,12(1), 39-55. Acedido em: 2-09-2013. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0103-460X2004000100006&script=sci_arttext.

- Caress, A., Luker, K., Chalmers, K. & Salmon, M. (2009). A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(4), 479-491. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02556.x.
- Cazzola, M., Donner, C. & Hanania, A. (2007). One hundred years of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory medicine*, 101(6), 1049-1065. Acedido em: 2-09-2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S095461110700042X/1-s2.0-S095461110700042X-main.pdf?_tid=68cf8d3a-a264-11e3-b41a-00000aacb360&acdnat=1393803969_80c737dfca64604db7a58cbf30b56f64.
- César, A. & Santos, B. (2005). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 647-652. Acedido em: 16-3-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a04v58n6.pdf>.
- Chan, F., Wong, F., Yam, C., Cheung, W., Wong, E., Leung, M. & ... Yeoh, E. (2011). Risk factors of hospitalization and readmission of patients with COPD in Hong Kong population: analysis of hospital admission records. *BMC Health Services Research*, 11(186), 1-6. DOI:10.1186/1472-6963-11-186.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In: Chinn, P. *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (pp.237-257). Rockville, M.D.: Aspen.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Crawford, A. & Harris, H. (2008). COPD: help your patients breathe easier. *Registered Nurse Journal*, 71(1), 21-27. Acedido em: 26-5-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009771698&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Direção Geral da Saúde (DGS) Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005). *Programa nacional de prevenção e controlo da doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: 3-10-2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2009). *Orientações técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido em: 21-4-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2010). *Informação complementar sobre a DPOC em Portugal*. Acedido em: 3-6-2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

Disler, R., Inglis, S. & Davidson, P. (2013). Non-pharmacological management interventions for COPD: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2. **DOI:**10.1002/14651858.CD010384.

Effing, T., Monninkhof, E., van der Valk, P., Zielhuis, G., Walters, E., van der Palen, J. & Zwerink, M. (2009). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 4. Acedido em: 16-10-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009607814&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2013). *Regulamento de Mestrado*. Artigo 2º: objetivos do curso. Acedido em: 19-6-2013. Disponível em: http://www.esel.pt/esel/pt/servicosapoio/secretaria/servicos_academicos/regulamentos/regulamentos.htm.

Franchi, M. (2009). EFA: *Livro Sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Europa*. Respira.

Galvão, T. & Vilelas, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225-230. **DOI:** 10.5935/1415-2762.20130019.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2010). *Global strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2010)*. Acedido em: 26-5-2013. Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport_April112011.pdf.

Gregory, S. (2005). Living with chronic illness in the family setting. *Sociology of Health & Illness*, 27(3), 372-392. **DOI:** 10.1111/j.1467-9566.2005.00447.x.

Harris, S. (2007). COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature. *British Journal Of Community Nursing*, 12(9), 411-415. Acedido em: 26-5-2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18026004&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Horta, W. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU.

International Council of Nurses (ICN) (2011). *CIPE Versão 2-Classificação Internacional para a prática de Enfermagem* (Castro, H.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (tradução do original do Inglês ICPN Version 2-International Classification for Nursing Practice, 2010).

Jeppesen, E., Brurberg, K., Vist, G., Wedzicha, J., Wright, J. & Greenstone, M. (2012). Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 5, **DOI:** 10.1002/14651858.CD003573.pub2.

Kanervisto, M., Kaistila, T. & Paavilainen, E. (2007). Severe chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nursing and Health Sciences*, 9(1), 40-47. Acedido em: 7-3-2013. Disponível em: <http://www.sosiaaliportti.fi/File/db268bdd-dbcf-4b87-92de-050c63753d9a/nursing.pdf>.

Ketelaars, C., Schlösser, M., Mostert, R., Abu-Saad, H., Halfens, R. & Wouters, E. (1996). Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 51:39-43. **DOI:**10.1136/thx.51.1.39.

Lei Constitucional nº 1/2001 de 12 dezembro (2001) Diário da República I Série-A, Nº 286 (12-12-2001) 8183.

Leite, F. (2004). *Metodologia científica: iniciação à pesquisa científica, métodos e técnicas de pesquisa, metodologia da pesquisa e do trabalho científico*. Fortaleza: UNIFOR.

Luz, M. (2001). Programa de Integração para Enfermeiros. *Servir*, 49(6), 288-294.

Magalhães, M. (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica-DPOC: Da evidência científica à mudança das práticas. *Revista Investigação em Enfermagem*, Ago, 26-39.

- Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- McLean, S., Nurmatov, U., Liu, J., Pagliari, C., Car, J. & Sheik, A. (2012). Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of General Practice*, 62(604), 739-49. DOI: 10.3399/bjgp12X658269.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259. Acedido em: 11-5-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7885855>.
- Meleis, A., (Ed) (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im E., Hilfinger M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2005). Rapid critical appraisal of randomized controlled trial (RCTs): an essential skill for evidence-based practice (EBP). *Pediatric Nursing*, 31 (1), 50-52. Acedido em: 11-5-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=56aedb43-d4d8-4d29-a0ab-31bb14ca36d2%40sessionmgr111&hid=119>.
- Menzin, J., Boulanger L., Marton, J., Guadagno, L., Dastani, H., Dirani R., ... & Shah H. (2008). The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in a U.S. Medicare population. *Respiratory Medicine*, 102(9), 1248-1256. Acedido em: 13-11-2013. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0954-6111/PIIS0954611108001431.pdf>.
- Ninot, G., Moullec, G., Desplan, J., Prefaut, C. & Varray, A. (2007). Daily functioning of dyspnea, self-esteem and physical self in patients with moderate COPD before, during and after a first inpatient rehabilitation program. *Disability And Rehabilitation*, 29(22), 1671-1678. Acedido em: 26-5-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17852227&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) (2009). *Relatório do ONDR: saúde respiratória uma responsabilidade global*. Acedido em: 2-6-2013. Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2009.pdf.

- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) (2010). *Relatório do ONDR: Estado da saúde respiratória em Portugal*. Acedido em: 2-6-2013. Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2010.pdf.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) (2011). *Relatório do ONDR: Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Acedido em: 4-6-2013. Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em: 15-11-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Ordem dos enfermeiros (OE) (2009). *Caderno temático. Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista*. Acedido em: 21-6-2013. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>.
- Ordem dos enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Acedido em: 21-6-2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Pagani, N. (2008). *Percepção sobre qualidade de vida em pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. (Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde). UnB - Faculdade de Ciências de Saúde, Brasil.
- Payne, C., Wiffen, P. & Martin, S. (2012). Interventions for fatigue and weight loss in adults with advanced progressive illness. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*,1. DOI: 10.1002/14651858.CD008427.pub2.
- Pereira, F. (2002). Cuidados Continuados: um desafio dos cuidadores de saúde primários. *Geriatrics*, 15(146), 33-40.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.

- Pitta, F. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(1), 1-21. Acedido em 17-6-2013. Disponível em: [http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/RPP_2008_1_27_02_Pneumo_14-1 - Artigo Original - London Chest Activity.pdf](http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/RPP_2008_1_27_02_Pneumo_14-1_-_Artigo_Original_-_London_Chest_Activity.pdf)
- Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R. & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-50. Acedido em: 23-2-2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002007000300017&lang=pt&tlng=pt.
- Regulamento nº 125/2011. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República II série, N°35(18-02-2011). 8658-59.
- Saldanha, G. (1979). *Manual de Pessoal*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos.
- Salvi, S. & Barnes, P. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease in non-smoker. *Lancet*, 374(9691), 733-743. Acedido em: 14-11-2013. Disponível em: http://www.goldcopd.it/materiale/gr_lavoro10/copdns.pdf.
- Schon, D. (1994). *Le praticien réflexif*. Montréal: edition Logiques.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Silva, J. (2006). *Quando a Vida Chegar ao Fim*. Lisboa: Lusociência.
- Simonetti, J. & Ferreira J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42(1), 19-25. Acedido em: 10-12-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>.
- Sorknaes, A., Madsen, H., Hallas, J., Jest, P. & Hansen-Nord, M. (2011). Nurse teleconsultations with discharged COPD patients reduce early readmissions-an interventional study. *The Clinical Respiratory Journal*, 5(1), 26-34. DOI:10.1111/j.1752-699X.2010.00187.x.

- Specht, D. (2007). Ensino do Paciente. In: Timby, B. *Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Spiliopoulos, N., Donoghue, J., Clark, E., & Dunford, M. (2008). Outcomes from a Respiratory Coordinated Care Program (RCCP) providing community-based interventions for COPD patients from 1998 to 2006. *Contemporary Nurse*, 31(1), 2-8. Acedido em: 10-12-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9a71812-37b3-49ac-bb59-acb4f8d0a0de%40sessionmgr198&vid=11&hid=119>.
- Tarrés, P. (2002). Un caso clínico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) In: Lopes B., editores. *Terapia ocupacional em geriatria 15 casos prácticos* (pp 221-8). Madrid: Panamericana.
- Utens, C., Goossens, L., Smeenk, F., van Schayck, O., van Litsenburg, W., Janssen, A. & ... Rutten-van Mölken, M. (2010). Effectiveness and cost-effectiveness of early assisted discharge for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: the design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 10(618), 1-12. DOI:10.1186/1471-2458-10-618.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: edições Sílabo.
- White, P. (2010). COPD in primary care: a time of opportunity. *British Journal of General Practice*. 60(576), 477-478. Acedido em: 10-12-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894374/pdf/bjgp60-477.pdf>.
- Wong, C., Carson, K. & Smith, B. (2012). Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. DOI: 10.1002/14651858.CD000994.pub2.
- Yu, D., Lee, D. & Woo, J. (2007). The revolving door syndrome: the Chinese COPD patients' perspectives. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(9), 1758-1760. Acedido em: 26-5-2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17727594&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32. Acedido em: 10-12-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma individual de estágio

89

**APÊNDICE II - Resultado das entrevistas para caracterização e
justificação da escolha do local de estágio
“Serviço de Medicina do CHBM, E.P.E.”**

**Resultado das entrevistas para caracterização e justificação da
escolha do local de estágio “Serviço de Medicina” do Centro
Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

Participante: Enfermeira chefe do Serviço de Medicina.

Caraterizar o serviço

Questão nº1 – O serviço de Medicina integra o serviço de Medicina I e de Medicina II. Uma vez que irá realizar o seu estágio no serviço de Medicina I vamos reportar-nos somente a este, cuja lotação é de 30 camas. As patologias mais frequentes neste serviço causadoras de internamento são os acidentes vasculares cerebrais e as infeções respiratórias. A DPOC surge frequentemente como patologia associada. Relativamente à taxa de ocupação, esta foi de 92,4 % no ano de 2011, com valores de 96,3% até Fevereiro do corrente ano, tendo sido o tempo médio de internamento de 13,7 dias, quer no ano transato, quer até fevereiro deste ano. Relativamente ao horário das visitas é o normalizado para esta instituição: a visita social tem o horário das 18h00 às 19h00 e a visita significativa das 13h00 às 19h00.

Questão nº2 – A população de doentes e suas famílias a quem prestamos cuidados tem poucas habilitações literárias e apresenta carências a nível social. Por isso é comum a existência de doentes/famílias encaminhados para o serviço social que, por não reunirem condições no momento da alta para regressar ao domicílio ou outra instituição que os acolha, são transferidos para o Hospital do Montijo, aguardando resolução do seu

caso. No que diz respeito ao suporte familiar, as famílias de uma forma geral manifestam interesse pela situação do seu familiar e tentam acompanhar a sua situação/evolução. Por sua vez, a equipa de enfermagem privilegia o apoio à família dos doentes que cuida, procedendo aos ensinamentos aquando da preparação para a alta e permitindo, caso se justifique a presença dos familiares fora do horário das visitas.

Compreender a gestão de recursos humanos

Questão nº3 – A equipa de enfermagem é composta por 21 enfermeiros que prestam cuidados gerais aos doentes/famílias. A equipa conta ainda com a enfermeira chefe, com especialização na área da enfermagem médico cirúrgica e três enfermeiros especializados em reabilitação, sendo que um deles não presta cuidados aos doentes, colaborando só na gestão do serviço e substituindo a enf^a chefe quando necessário. Outro destes 3 enfermeiros presta cuidados especializados, colaborando ainda na gestão, enquanto que o outro elemento, para além de prestar cuidados gerais aos doentes, presta ainda cuidados na sua área de especialização. A enf^a que irá supervisionar o estágio da enf^a Sandra Vilelas está em regime de horário fixo e presta cuidados na área da reabilitação há cerca de um ano e três meses.

Compreender a gestão de cuidados de enfermagem

Questão nº4 – O método de trabalho vigente no serviço é o método por enfermeiro responsável, privilegiando-se porém a entreajuda na equipa. A distribuição de trabalho é feita de acordo com a classificação de doentes por graus de dependência e no turno da manhã estão cinco enfermeiros, enquanto que no turno da tarde são em número de três, assim como na noite. A equipa preconiza o envolvimento da família nos cuidados,

embora esta última não seja muito receptiva a este pedido de colaboração.

No que diz respeito aos registos de enfermagem são informatizados, realizados de acordo com a CIPE, quer os gerais quer os especializados.

Participante: Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação do Serviço de Medicina

Compreender a gestão de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação

Questão nº1 – Não tenho doentes atribuídos. Assisto sempre às passagens de turno, momento propício ao conhecimento da situação/evolução clínica de todos os doentes, assim como à tomada de conhecimento dos doentes admitidos, valorizando sempre os aspetos da reabilitação. Posteriormente procedo à avaliação dos doentes admitidos para avaliação da necessidade de cuidados especializados na minha área de intervenção. Relativamente à continuidade dos cuidados nos turnos seguintes, apesar de não serem prestados cuidados especializados nos turnos da tarde e da noite, dou conhecimento dos cuidados prestados aos enfermeiros responsáveis por esses doentes, sendo que a articulação com os enfermeiros de cuidados gerais é uma mais valia para toda a equipa da qual o doente é parte integrante. É oportuno referir ainda que procedo sempre à avaliação dos cuidados prestados atualizando o plano de cuidados sempre que necessário.

Quanto aos recursos materiais disponíveis para os cuidados de reabilitação temos os andarilhos, as cadeiras de rodas e o elevador de doentes.

Questão nº2 – Os cuidados especializados que presto aos doentes são individualizados, adequados às necessidades dos mesmos e às suas patologias; por isso presto não só cuidados de reabilitação motora mas também respiratórios, embora a taxa de doentes com AVC no serviço muito elevada, o que justifica a elevada prestação de cuidados na área motora. Atuo ainda como agente de mudança de comportamentos promotores de saúde quer junto dos doentes e suas famílias quer junto dos profissionais de saúde. No que se refere à formação em serviço, privilegio os momentos das reuniões de serviço para a formação, uma vez que a disponibilidade da equipa em contexto de trabalho ou fora do horário de trabalho é escassa.

Questão nº3 – A equipa multidisciplinar valoriza e tem em consideração as minhas opiniões/decisões. Os fisioterapeutas que prestam cuidados aos doentes do serviço só o fazem a nível ou motor ou respiratório, sendo que quando necessitam de cuidados nas duas vertentes, a enfermeira de reabilitação articula a sua prestação de cuidados de acordo com estes técnicos, complementando assim o seu trabalho e satisfazendo as necessidades dos doentes. A partir do momento em que os doentes fazem o levante e reúnem condições para se deslocarem ao ginásio, os cuidados de reabilitação são prestados somente pelos fisioterapeutas. Os enfermeiros generalistas aguardam que seja o enfermeiro de reabilitação a fazer o 1º levante aos doentes e solicitam a sua colaboração sempre que necessário.

Questão nº4 – A partir do momento em que temos conhecimento da alta do doente, envolvemos a família/cuidador neste processo, fazendo os ensinamentos adequados às necessidades dos mesmos. É preocupação do serviço avaliar, até ao 10º dia de internamento, os cuidados prestados em casa para uma preparação adequada e atempada da sua alta. Caso o doente necessite de cuidados da equipa de saúde no domicílio, o enfermeiro e o médico referenciam o doente para uma unidade de convalescença (até

30 dias) sendo a instituição responsabilizada por isso, para uma unidade de convalescença de média duração (60 dias), em que a família comporta uma parte dos custos ou de longa duração (90 dias), sendo os gastos imputados à segurança social. Claro que este processo tem que ter autorização do doente e da família. Caso seja necessário apoio domiciliário, o caso é referenciado para a assistência social.

As famílias e os próprios doentes verbalizam com frequência o grau de satisfação com o trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem, tanto de cuidados gerais como de reabilitação, fazendo-o por vezes pessoalmente.

Identificar projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação.

Questão nº5 – Não existe programa sistematizado de reabilitação. A intervenção de enfermagem de reabilitação é realizada de acordo com as necessidades de cada doente/família e todas essas intervenções têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida individual, familiar e social do doente. Como já referi, avalio sempre o resultado das minhas intervenções e atualizo os planos de cuidados sempre que necessário.

Questão nº6 – Gostaria de ter mais disponibilidade para prestar cuidados especializados e para realizar formação em serviço nesta área do cuidar, fazendo-o sempre que a participação direta na gestão do serviço me permite. Gostaria também de dispor de mais ajudas técnicas para os cuidados especializados e de ter mais enfermeiros a prestar cuidados na área da reabilitação, para satisfazer na totalidade as necessidades dos doentes que assistimos.

APÊNDICE III - Planeamento de atividades

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidar da pessoa com DPOC e sua família durante o processo de transição para o regresso a casa.

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
Responsabilidade profissional, ética e legal. A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. 1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J1.1 Cuida de pessoas com	1-Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço de pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.	-Entrevista semiestruturada com o enfermeiro gestor do serviço e/ou enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; -Consulta das Normas e Protocolos do serviço; -Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família; -Observação participante na prestação de cuidados à pessoa com DPOC; -Identificação do procedimento de preparação da pessoa com DPOC e sua família para o regresso a casa; -Análise reflexiva sobre a prática.	Humanos: Professor orientador; Supervisor clínico; Equipa de enfermagem Materiais: Manuais de normas e protocolos; Guião da entrevista Físicos: Serviço de Pneumologia Temporais: ver cronograma 1	Indicadores para avaliação -Conhecer o sistema de gestão de recursos humanos e materiais passíveis de serem mobilizados na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação; -Conhecer a equipa multidisciplinar; -Conhecer a metodologia de trabalho de enfermagem; -Conhecer as funções do enfermeiro especialista; -Conhecer as normas, protocolos e projetos existentes no serviço; -Identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família; -Identificar as intervenções de enfermagem conducentes à otimização do processo de regresso a casa da pessoa com DPOC e sua família; -Elaborar uma análise reflexiva segundo o ciclo de Gibbs.

necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.				Crerérios de avaliaão: -De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram importantes para a minha adaptaão à organizaão e funcionamento servio de pneumologia, à equipa multidisciplinar, às pessoas internadas e suas famlias. -Reflete sobre a prxis de enfermagem, descrevendo o que aconteceu, os sentimentos e pensamentos que ocorreram, o que salienta de bom e de mau na experincia, analisa a situaão, expoe o que poderia ter feito e estabelece um plano de aão para implementar se a situaão ocorrer de novo; importncia das atividades para atingir o objetivo.
Responsabilidade profissional, tica e legal A1. Desenvolve uma prtica profissional e tica no seu campo de intervenão A2. Promove prticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais Gesto da qualidade B3. Cria e mantm um ambiente teraputico e seguro. Desenvolvimento das	2-Satisfazer as necessidades de cuidados especializados de reabilitao à pessoa com DPOC e sua famlia promotores de um processo de transio saudvel para o regresso a casa.	-Realizao de pesquisa bibliogrfica que promova a prtica baseada na evidncia; -Avaliao das necessidades de cuidados de enfermagem, especificamente da funo respiratria da pessoa com DPOC e famlia; -Prestao de intervenes de enfermagem de reabilitao que visam a promoo de capacidades adaptativas para um processo de transio	Humanos: Professor orientador ; Supervisor clnico; Equipa de enfermagem; Pessoas com DPOC e suas famlias. Materiais: EBSCOhost; Livros e revistas cientficos; Sistema de Classificao de Doentes; Processo de Enfermagem; Escalas de avaliao da funcionalidade;	Indicadores para a avaliao -Elabora documento que fundamenta a sua pesquisa; -Utiliza as escalas de avaliao da funcionalidade para prestar cuidados de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa com DPOC e sua famlia; -Planeia, implementa e avalia os cuidados prestados à pessoa com DPOC, com vista à obtenção do autocuidado e autocontrolo; -Redefine o plano de interveno adaptando-o à pessoa com DPOC e

aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. 1 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 incapacidades. J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo a 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, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório,		saudável de regresso a casa da pessoa com DPOC, de acordo com os objetivos da pessoa e sua família: *planeamento, implementação e avaliação de planos de intervenção. * envolvimento da família como parceira de cuidados. -Análise reflexiva sobre a prática.	Produtos de apoio. Físicos: Serviço de Pneumologia Temporais: Ver cronograma 2.	sua família para obter ganhos em saúde; -Otimiza o processo adaptativo da pessoa com DPOC e sua família no momento do regresso a casa. -Elabora a análise reflexiva segundo o ciclo de Gibbs. Crítérios de avaliação -De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para satisfazer as necessidades de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com DPOC e sua família promotores de um processo de transição de regresso a casa saudável. -Reflete sobre a prática de enfermagem especializada em reabilitação e sobre a importância desta para atingir o objetivo.
--	--	---	--	---

da eliminação e da sexualidade.				
J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas				
Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
Responsabilidade profissional, ética e legal A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de	3-Otimizar os conhecimentos da pessoa com DPOC e sua família sobre o autocontrolo e autocuidado no âmbito da reabilitação funcional respiratória visando a melhoria da qualidade de vida.	-Realização do diagnóstico de situação, através de observação, entrevistas semiestruturadas ou questionários à pessoa com DPOC e família; -Pesquisa bibliográfica; -Realização da fundamentação teórica; -Elaboração de sessões de educação para a saúde à pessoa com DPOC e sua família; -Avaliação das sessões de educação para a saúde; - Conceção e implementação de programas de treino de reeducação funcional respiratória; -Conceção e implementação	Humanos: Professor orientador ; Supervisor clínico; Equipa de enfermagem; Pessoas com DPOC e suas famílias. Materiais: Guião da entrevista ou questionário; EBSCOhost; Livros e revistas científicos; Produtos de apoio; Folha de avaliação de conhecimentos; Folheto informativo; Estudo científico. Físicos: Serviço de pneumologia Temporais: Ver cronograma 3.	Indicadores para a avaliação -Realiza o diagnóstico de situação; -Elabora documento que fundamenta a sua pesquisa; -Elabora sessões de educação para a saúde à pessoa com DPOC e sua família; -Avalia os ganhos em conhecimentos da pessoa com DPOC e sua família. -Concebe e implementa programas de treino de reeducação funcional respiratória; -Concebe e implementa programas de treino de exercícios visando a redução da incapacidade no desempenho das atividades de vida diária; -Avalia e reformula os programas de treino motor e cardiorrespiratório. -Ensina, treina e supervisiona a

conhecimento. 1 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 incapacidades. J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo a 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, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade. J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas. 2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da		de programas de treino de exercícios visando a redução da incapacidade no desempenho das atividades de vida diária; -Avaliação e reformulação dos programas de treino motor e cardio-respiratório. -Ensino, treino e supervisão da utilização dos produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; -Análise reflexiva sobre a prática.		utilização dos produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; CrITÉRIOS de avaliação -De que modo as atividades desenvolvidas foram úteis para os ganhos em conhecimento da pessoa com DPOC e sua família para otimizar e /ou reeducar a função respiratória; -Reflete sobre a prática de enfermagem especializada em reabilitação e sobre a importância desta para atingir o objetivo.
--	--	---	--	---

participação para a reinserção e exercício da cidadania J2.1 Elabora e implementa plano de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. 3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório; J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.				
Responsabilidade profissional, ética e legal A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	4-Sensibilizar para a importância da intervenção dos enfermeiros na continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação funcional respiratória à pessoa com DPOC e sua família, no processo de transição de regresso a casa.	-Realização do diagnóstico de situação através de questionários; -Pesquisa bibliográfica; -Realização da fundamentação teórica das sessões de formação em serviço;	Humanos: Professor orientador ; Supervisor clínico; Enfermeiros; Pessoas com DPOC e suas famílias. Materiais: Questionário; EBSCOhost; Livros e revistas científicas	Indicadores para a avaliação -Realiza o diagnóstico de situação; -Elabora documento que fundamenta a sua pesquisa; -Elabora sessões de formação aos enfermeiros; -Avalia os ganhos em conhecimentos dos enfermeiros.

Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. 2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J2.2 Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social		-Divulgação das sessões; -Elaboração de sessões de formação em serviço à equipa de enfermagem, com relato de experiência da pessoa com DPOC e família; -Avaliação das sessões; -Análise reflexiva sobre a prática.	Produtos de apoio; Folha de avaliação; Poster. Físicos: Serviço de pneumologia Temporais: Ver cronograma 4.	Crítérios de avaliação - De que modo as atividades desenvolvidas contribuíram para os ganhos em conhecimento dos enfermeiros sobre continuidade de cuidados à pessoa com DPOC e sua família no processo de transição de regresso a casa; -Reflete sobre a prática de enfermagem especializada em reabilitação e sobre a importância desta para atingir o objetivo.
Responsabilidade profissional, ética e legal A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as	5-Compreender as estratégias que a família utiliza para gerir as dificuldades no processo de transição para cuidador da pessoa com DPOC.	-Pesquisa bibliográfica; -Entrevista semiestruturada; -Tratamento dos dados através da análise de conteúdo; -Elaboração de um artigo	Humanos: Professor orientador ; Supervisor clínico; Enfermeiros; Famílias das pessoas com DPOC. Materiais: EBSCOhost; Livros e	Indicadores para a avaliação -Realiza a pesquisa; -Realiza as entrevistas; -Elabora o artigo e submete para publicação. Crítérios de avaliação

responsabilidades profissionais Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. 1 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 incapacidades.		para publicação.	revistas científicas Guião da entrevista. Físicos: Serviço de pneumologia Temporais: Ver cronograma 5	- De que modo as atividades desenvolvidas contribuíram para compreender as estratégias que a família utiliza para gerir as dificuldades no processo de transição para cuidador da pessoa com DPOC. - De que modo as atividades desenvolvidas contribuíram para o aumento dos saberes da disciplina de enfermagem. -Sensibiliza a comunidade científica para a importância desta área temática. -Reflete sobre a prática de enfermagem especializada em reabilitação e sobre a importância desta para atingir o objetivo
Responsabilidade profissional, ética e legal A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	6-Contribuir para a promoção da continuidade de cuidados da pessoa com DPOC e sua família no regresso a casa	-Análise reflexiva das estratégias de enfermagem de reabilitação com vista à preparação da pessoa com DPOC e sua família para o regresso a casa;	Humanos: Professor orientador ; Supervisor clínico; Equipa multidisciplinar dos vários contextos;	Indicadores para a avaliação --Elabora a análise reflexiva segundo o ciclo de Gibbs. -Conhece os recursos existentes;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento 2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J2.2 Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.		- Identificação dos recursos da comunidade a que a pessoa com DPOC e sua família podem recorrer para a promoção da continuidade de cuidados, nos diferentes contextos (hospital, domicílio/comunidade); -Mobilização dos recursos para a maximização da autonomia e qualidade de vida da pessoa com DPOC e sua família, nomeadamente na otimização das AVD(s).	Pessoas com DPOC e suas famílias. Materiais: Folha de articulação de continuidade de cuidados; <i>Check list</i> de recursos. Físicos: Hospital e comunidade. Temporais: Ver cronograma 6.	-Elabora <i>chek list</i> de recursos; -Mobiliza os recursos para maximizar a autonomia e qualidade de vida da pessoa com DPOC e sua família, nomeadamente na otimização das AVD(s). Crítérios de avaliação -De que modo as atividades desenvolvidas contribuíram a promoção a continuidade de cuidados da pessoa com DPOC e sua família no regresso a casa -Reflete sobre a prática de enfermagem especializada em reabilitação e sobre a importância desta para atingir o objetivo.
---	--	--	---	--

OBJETIVO GERAL: Adquirir competências de enfermagem de reabilitação no cuidar de pessoas com alterações sensoriomotoras.

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
Responsabilidade profissional, ética e legal. A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. 1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J1.1 Cuida de pessoas com	7- Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço de Cardiologia/Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.	- Entrevista semiestruturada com o enfermeiro gestor do serviço e/ou enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; - Consulta das Normas e Protocolos do serviço; - Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa com alterações sensório motoras e sua família; - Observação participante na prestação de cuidados à pessoa/família com alterações sensório motoras; - Análise reflexiva sobre a prática.	Humanos: Professor orientador; Supervisor clínico; Equipa de enfermagem Materiais: Manuais de normas e protocolos; Guião da entrevista Físicos: Serviço de Cardiologia/Neurologia Temporais: ver cronograma 7	Indicadores para avaliação - Conhecer o sistema de gestão de recursos humanos e materiais passíveis de serem mobilizados na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação; - Conhecer a equipa multidisciplinar; - Conhecer a metodologia de trabalho de enfermagem; - Conhecer as funções do enfermeiro especialista; - Conhecer as normas, protocolos e projetos existentes no serviço; - Identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família; --Elaborar uma análise reflexiva segundo o ciclo de Gibbs. Crítérios de avaliação: - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para a minha adaptação à organização e funcionamento serviço

necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.				de medicina, à equipa multidisciplinar, às pessoas internadas e suas famílias. -Reflete sobre a praxis de enfermagem e a importância das atividades para atingir o objetivo.
Responsabilidade profissional, ética e legal A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais Gestão da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	8-Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações sensório motoras, promovendo a sua capacidade funcional para realização das AVD's de forma independente.	-Realização de pesquisa bibliográfica que promova a prática baseada na evidência; -Avaliação da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com alterações sensório motoras; -Planeamento e implementação de planos de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função -Implementa intervenções de educação, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho das AVD's, segundo os objetivos individuais e familiares visando a capacitação, autonomia e qualidade de vida; -Avaliação e reformulação dos planos de intervenção;	Humanos: Professor orientador ; Supervisor clínico; Equipa de enfermagem; Pessoas com alterações sensório motoras e suas famílias Materiais: EBSCOhost; Livros e revistas científicos; Sistema de Classificação de Doentes; Processo de Enfermagem; Escalas de avaliação da funcionalidade; Produtos de apoio. Físicos: Serviço de Cardiologia/Neurologia Temporais: Ver cronograma 8	Indicadores para a avaliação -Elabora documento que fundamenta a sua pesquisa; -Utiliza as escalas de avaliação da funcionalidade para prestar cuidados de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa com alterações sensório motoras; -Planeia, implementa e avalia os cuidados prestados à pessoa/família com alterações sensório motoras; -Redefine os planos de intervenção adaptando-os à pessoa com alterações sensitivo-motoras e sua família para obter ganhos em saúde; -Elabora a análise reflexiva segundo o ciclo de Gibbs. Crítérios de avaliação -De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações sensório motoras, promovendo a sua

1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo a 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, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade. J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas. 2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da		-Ensino, treino e supervisão da utilização dos produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; -Envolvimento da família como parceira de cuidados; -Análise reflexiva sobre a prática.		capacidade funcional para realização das AVD's de forma independente. -Reflete sobre a prática de enfermagem especializada em reabilitação e sobre a importância desta para atingir o objetivo.
--	--	---	--	---

cidadania

J2.1 Elabora e implementa plano de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

3.Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;

J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

APÊNDICE IV - Resultado da entrevista à enfermeira chefe do Serviço de Cardiologia/Neurologia do CHBM, E.P.E.” para caracterização e justificação da escolha do local de estágio

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas –nº 3937

Resultado da entrevista para caracterização e justificação da
escolha do local de estágio “Serviço de Cardiologia/Neurologia”
do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Participante: Enfermeira chefe do Serviço de Cardiologia/Neurologia.

Caraterizar o serviço

Questão nº1 - O serviço de Cardiologia/Neurologia constitui uma área de internamento com um total de 22 camas. Integra as valências de Cardiologia, com 10 camas, de Unidade de Cuidados Diferenciados Coronários (UCDC) com seis camas, sendo que a especialidade de Neurologia dispõe de seis camas para internamento de doentes desta especialidade.

As patologias mais frequentes encontradas na valência de Neurologia são os Acidentes Vasculares Cerebrais, quer de causa hemorrágica, quer isquémica. É também frequente o internamento de doentes por Esclerose Múltipla e no pós-operatório de cirurgias cranianas realizadas no Hospital Garcia de Orta. A faixa etária dos doentes situa-se nos 75, 80 anos.

No que se refere à taxa de ocupação relativa ao primeiro semestre do ano corrente, foi de 79,2% no Serviço de Cardiologia, 78.5% na UCDC e 93% na valência de Neurologia. Relativamente ao tempo médio de

internamento, este foi de 4,4 dias no Serviço de Cardiologia, 2,9 dias na UCDC e 15,2 dias na valência de Neurologia, em igual período.

Não dispomos de dados estatísticos relativamente às taxas de ocupação e de tempo médio de internamento referentes a cada patologia.

No que se refere ao horário das visitas, é o preconizado pela instituição, das 17h00 às 18h00 no que se refere à visita social, com um limite de quatro pessoas por doente. No caso da UCDC, a visita aos doentes ali internados ocorre também neste período mas só durante 15 minutos, com um limite máximo de duas pessoas por doente. A “Pessoa Significativa” não pode, porém, permanecer durante todo o horário da visita, embora sejamos muito flexíveis relativamente ao tempo de permanência desta de acordo com a situação clínica de cada doente.

Questão nº2 – A população que assistimos é de uma forma geral caracterizada por um nível socioeconómico baixo, bem como pelo nível baixo de literacia.

Sendo que um dos nossos objetivos consiste no envolvimento da pessoa significativa/cuidador na prestação de cuidados ao doente, utilizamos um guião de entrevista para a identificarmos no que se refere à sua idade, nível de escolaridade, grau de parentesco com o doente, quais as dificuldades em lidar com ele e com a sua situação clínica, qual a sua disponibilidade para o acompanhar na sua recuperação ou na gestão da sua doença. Da nossa experiência resultante do contato diário com os doentes e suas famílias, constatamos que alguns familiares/cuidadores se envolvem na prestação de cuidados ao seu familiar, como por exemplo nos cuidados de higiene e na alimentação, mas na sua grande maioria não colaboram, não se envolvem na prestação de cuidados, apesar de incentivados a fazê-lo, o que requer um esforço acrescido do pessoal de enfermagem para promover o seu envolvimento.

Após a admissão de um doente, assim que possível, a família é informada da situação clínica do mesmo e questionada sobre quais os apoios para cuidar do seu familiar após a alta. Se o doente necessitar de cuidados da equipa de saúde após a alta, é referenciado pelo

enfermeiro, médico e assistente social que o assistem, para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), dispondo estes de 10 dias para fazer o referido encaminhamento para cuidados no domicílio ou para unidades de reabilitação de média ou longa duração. Como o tempo de demora média de resposta da rede é de dois ou três meses, frequentemente os doentes são transferidos para o Hospital do Montijo, permitindo desta forma a disponibilização de camas no Hospital N^a Sr^a do Rosário para internamento de doentes a necessitarem de cuidados imediatos.

Compreender a gestão de recursos humanos

Questão nº3 - A equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia e Neurologia é constituída por 26 enfermeiros, entre os quais uma enfermeira chefe, e duas enfermeiras com especialização em Enfermagem de Reabilitação, prestando cuidados na sua área de especialização, contudo, prestando também cuidados gerais, por falta de recursos humanos, em regime de horário fixo, das 8h00 às 16h00.

Uma destas enfermeiras é ainda responsável pela formação em serviço e a outra responsável pela UCDC. Os cuidados especializados prestados por esta última são maioritariamente cuidados a nível de reabilitação cardiorrespiratória, uma vez que a condição clínica instável da maioria dos doentes ali internados só permite alguma reabilitação sensoriomotora e de uma forma muito passiva. Este elemento da equipa colabora ainda na gestão do serviço nas ausências da enfermeira chefe. Relativamente à enfermeira especialista que irá orientar a Sr^a enfermeira Sandra Vilelas no seu estágio, presta cuidados especializados em reabilitação, quer na área sensoriomotora, quer na área cardiorrespiratória, consoante as necessidades de cada doente, há cerca de três anos.

Compreender a gestão de cuidados de enfermagem

Questão nº4 – O número de enfermeiros no turno da manhã é variável, podendo ser de de cinco, seis ou sete, porque às segundas e quartas-feiras realizam-se no serviço ecografias transesofágicas e de sobrecarga a doentes internados no serviço ou provenientes de outras valências da instituição, em que é necessária a prestação de cuidados de enfermagem. Ao fim de semana e no turno da manhã, o número mínimo de enfermeiros é de quatro ou cinco. No turno da tarde este número é de três, sendo que às segundas e quartas-feiras, são quatro os enfermeiros neste turno devido à necessidade da prestação de cuidados de enfermagem aos doentes que às terças e quintas-feiras vão ser submetidos a cateterismos e a colocação de *pacemakers* e para isso são realizadas sessões de ensino em grupo aos doentes e respetivas pessoas significativas. O turno da noite é assegurado por três enfermeiros. A atribuição de doentes é realizada tendo em consideração o número de horas de cuidados de acordo com a classificação por graus de dependência. No que diz respeito ao método de trabalho utilizado no serviço é o método individual de trabalho, uma vez que o método por enfermeiro responsável não pode ser cumprido na íntegra devido à frequente mobilidade de enfermeiros para acompanhamento de doentes ao exterior, quer seja programado ou de urgência.

Os registos são informatizados de acordo com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e realizados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

É privilegiado o envolvimento da família/cuidador na prestação de cuidados. Relativamente aos projetos implantados no serviço, neste momento existe um projeto de reabilitação para doentes com patologia cardíaca

Existe ainda um grupo de trabalho constituído por um médico e quatro enfermeiros responsáveis pela realização da consulta de Insuficiência Cardíaca em doentes em regime de ambulatório, em que a consulta de

enfermagem consiste em fazer uma avaliação dos parâmetros vitais e da qualidade de vida destas pessoas, procedendo a ensinamentos personalizados relativamente a terapêutica, estilos de vida saudáveis e exercício físico, com acompanhamento periódico dos mesmos.

Outro aspeto que valorizamos no nosso serviço presentemente com estas duas valências e mobilizando os recursos humanos de que dispomos é a promoção de todo o processo de reabilitação dos doentes que assistimos, quer a nível sensório motor quer a nível respiratório, o mais precocemente possível.

**APÊNDICE V - Resultado da entrevista à enfermeira especialista em
enfermagem de reabilitação do Serviço de
Cardiologia/Neurologia do CHBM, E.P.E.” para
caraterização e justificação da escolha do local de
estágio**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas –nº 3937

Resultado da entrevista para caraterização e justificação da
escolha do local de estágio “Serviço de Cardiologia/Neurologia”
do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Participante: Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação Serviço de
Cardiologia/Neurologia.

**Compreender a gestão de cuidados especializados em enfermagem de
reabilitação**

Questão nº1 – Uma vez que, por escassez de recursos humanos de enfermagem para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes, não posso prestar somente cuidados especializados na área da reabilitação, tenho doentes atribuídos diariamente, aos quais presto cuidados gerais. Contudo, estes momentos revelam-se de extrema importância para avaliar as necessidades dos mesmos a nível de cuidados especializados. Uma vez avaliadas as necessidades, presto cuidados na minha área de especialização a esses doentes, sendo que sempre que possível ser-me-ão atribuídos, com vista à continuidade de cuidados especializados, uma vez que sou a única enfermeira (para além da outra especialista que presta cuidados na UCDC) com especialização nesta área que presta cuidados na enfermaria. Privilegio ainda o envolvimento da família/cuidador na prestação de cuidados

desde o momento da admissão, pedindo-lhes a sua colaboração sempre que possível e fazendo-lhes os ensinamentos adequados às suas necessidades. Contudo, apesar de calendarizar com cada família sessões de ensino para as habilitar a cuidar do seu familiar, estas faltam com muita frequência. Estas calendarizações são registadas na folha de caracterização da pessoa significativa, bem como os ensinamentos a realizar. Relativamente às ajudas técnicas disponíveis só temos cadeiras de rodas e andarilhos.

Presto cuidados especializados de reabilitação sempre que o doente necessita. Uma vez que tenho sempre doentes atribuídos para prestação de cuidados gerais, estabeleço prioridades para prestação de cuidados especializados. Estes cuidados são, quer de reabilitação sensorio motora, quer cardiorrespiratória, ou ambas, consoante as necessidades dos doentes. Porém, como a maioria dos doentes é do foro cardiológico, presto sempre mais cuidados relacionados com a área cardiorrespiratória.

Questão nº2 – Considero que sou um agente de mudança, realizando, em parceria com a outra enfermeira especialista na mesma área, sessões de formação em serviço sobre cuidados de enfermagem de reabilitação que podem ser prestados pelos colegas generalistas, com inúmeras ganhos em saúde para os doentes como por exemplo sobre o posicionamento de doentes com AVC em padrão antispástico. Atuo ainda como agente de educação para a saúde e de mudança junto dos doentes e suas famílias, estimulando-os à adoção de hábitos de vida saudáveis.

Relativamente à capacidade de liderança, sempre que os enfermeiros necessitam/identificam nos doentes que cuidam necessidades de cuidados especializados na minha área de especialização solicitam a minha intervenção. Têm ainda em conta a minha opinião nas suas tomadas de decisão relativamente a cuidados especializados.

Perceber a articulação de cuidados de enfermagem especializados com a família/cuidador, com a restante equipa multidisciplinar e com a comunidade.

Questão nº3 – A aceitação e articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação pelos diversos elementos da equipa multidisciplinar é bem conseguida. No que diz respeito aos fisioterapeutas, trabalham sempre em parceria connosco, deslocando-se ao serviço quando a situação clínica dos doentes não permite que se desloquem ao ginásio. A nutricionista desloca-se diariamente ao serviço e sempre que é solicitada também o faz, com o objetivo de adequar as dietas às necessidades nutricionais e preferências de cada doente. A assistente social é o elemento responsável pela articulação dos cuidados com a comunidade, sendo ela quem estabelece esse contato. Toda a equipa médica, quer os cardiologistas, quer os neurologistas, valorizam a prestação de cuidados especializados em reabilitação, uma vez que promovem a melhoria da qualidade de vida dos doentes, quer a curto, médio ou longo prazo.

Questão nº4 – A preparação para a alta começa a ser realizada no momento de admissão, logo que se identifiquem as necessidades do doente. Como já referi, logo que identificamos o cuidador, incentivamo-lo a colaborar nos cuidados ao seu familiar, preparando-o assim a ele também para prestar cuidados ao doente após a alta. Como já referi, muitos deles não comparecem às sessões calendarizadas.

Relativamente às estratégias utilizadas para a preparação do regresso a casa, incentivamos, sempre que possível, a participação dos cuidadores em todas as intervenções.

Identificar projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação.

Questão nº5 – Não existe programa sistematizado de reabilitação motora. Contudo, a prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação é realizada de acordo com as necessidades de cada doente. Existe sim um projeto de reabilitação do doente com patologia cardíaca, que enfatiza a reabilitação cardiorrespiratória.

Questão nº6 – Neste momento sou um dos elementos de um grupo de trabalho de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação da instituição com o objetivo da otimização do registo destes cuidados especializados em CIPE.

Uma vez que tenho doentes atribuídos para prestação de cuidados gerais, disponho de menos tempo para a prestação de cuidados especializados. Contudo, sempre que posso presto cuidados especializados aos doentes que deles necessitam, tendo por isso que estabelecer prioridades e não conseguindo fazê-lo a todos.

Relativamente a projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em reabilitação, pretendo ainda desenvolver, em parceria com a outra enfermeira especialista do serviço, um projeto na área da reabilitação sensório motora, uma vez que seria uma mais-valia, principalmente para os doentes do foro neurológico.

**APÊNDICE VI - Guião de entrevista às enfermeiras chefes para
caraterização e escolha dos locais de estágio**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas –nº 3937

**Guião de entrevista para caracterização e justificação da
escolha dos locais de estágio**

Participante: Enfermeiro Gestor/Chefe

Introdução: Chamo-me Sandra Vilelas, frequento o 3º curso de Mestrado em EER da ESEL e atualmente estou a realizar a caracterização dos locais de estágio onde pretendo adquirir e desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Desta forma solicito ao (à) Sr. (a) Enfº(a) que responda a algumas questões que lhe irei colocar. Realço que toda a informação que me for fornecida será trabalhada apenas para fins académicos, tendo em conta a confidencialidade dos dados.

Objetivos	Questões
Caraterizar o serviço	1-Sabendo que é importante conhecer previamente o local de estágio para que possa planear o meu projeto de formação gostava, por favor, que me caracterizasse o seu serviço. Tópicos a ter em consideração: • lotação • visitas • patologias mais frequentes • taxa de ocupação (por patologia) • tempo médio de internamento (por patologia) 2-Para prestar cuidados adequados aos clientes, temos obrigatoriamente de conhecer os seus recursos e necessidades. Assim, duma forma global como caracteriza os clientes que são internados no serviço? Tópicos a ter em consideração:

	• nível sócio económico e de literacia • apoio domiciliário • suporte familiar • grau de adesão ao plano terapêutico
Compreender a gestão de recursos humanos	3- Os recursos humanos, nomeadamente a equipa de enfermagem são, cada vez mais, o principal capital com que o hospital pode contar para atingir a excelência dos cuidados, por isso torna-se importante que o (a) Sr.(a) me elucide sobre quais os recursos humanos que tem disponíveis e como é que os gere? Tópicos a ter em consideração: • nº total de enfermeiros • nº de enfermeiros que prestam cuidados diretos aos doentes • nº de enfermeiros que colaboram diretamente na gestão do Serviço • nº de enfermeiros com especialização em enfermagem de reabilitação, horário de trabalho, anos de prestação de cuidados especializados •
Compreender a gestão de cuidados de enfermagem	4- E, como são geridos diariamente os cuidados de enfermagem, tendo presentes as competências dos enfermeiros generalistas e especialistas? Tópicos a ter em consideração: • método de trabalho utilizado • nº de enfermeiros por turno • doentes atribuídos • funções do enfermeiro especialista em reabilitação no Serviço • envolvimento da família/cuidador na prestação de cuidados • sistemas de informação em enfermagem • projetos implantados

CONCLUSÃO: Muito obrigada pela sua disponibilidade e tempo que utilizou a responder a estas questões. Tenho consciência que a riqueza das suas respostas ajudar-me-ão a planear de uma forma mais realista as competências que pretendo adquirir e desenvolver neste local de estágio. Se for do seu interesse, tenho todo o prazer de facultar ao (à) Sr. (a) Enf.(a) os resultados desta entrevista. Reitero os meus agradecimentos.

APÊNDICE VII - Cronograma de atividades

Cronograma de atividades 2012/2013- Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas nº 3937

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Mês	outubro																														
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ensino clínico- Serviço de Cardiologia/Neurologia- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E																															
Objetivo 7																															
Objetivo 8																															

Mês	novembro																														
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Ensino clínico- Serviço de Pneumologia- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E																															
Objetivo 1																															
Objetivo 2																															
Objetivo 3																															
Objetivo 5																															
Objetivo 6																															

Mês	dezembro																														
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ensino clínico- Serviço de Pneumologia- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E																															
Objetivo 2																															
Objetivo 3																															
Objetivo 4																															
Objetivo 5																															
Objetivo 6																															

Mês	janeiro																														
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ensino clínico- Serviço de Pneumologia- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E																															
Objetivo 2																															
Objetivo 3																															
Objetivo 4																															
Objetivo 5																															
Objetivo 6																															

**APÊNDICE VIII - Guião de entrevista às enfermeiras especialistas em
enfermagem de reabilitação para caracterização e
escolha dos locais de estágio**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas –nº 3937

**Guião de entrevista para caracterização e justificação da
escolha dos locais de estágio**

Participante: Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Introdução: Chamo-me Sandra Vilelas, frequento o 3º curso de Mestrado em EER da ESEL e atualmente, estou a realizar a caracterização dos locais onde pretendo adquirir e desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Desta forma solicito ao (à) Sr. (a) Enf^{o(a)} que responda a algumas questões que irei colocar-lhe. Realço que toda a informação que me for fornecida será trabalhada apenas para fins académicos, tendo em conta a confidencialidade dos dados.

Objetivos	Questões
Compreender a gestão de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação	1- Sr.^(a) Enf.(a), gostaria de saber como é que gere diariamente os cuidados de enfermagem especializados. Tópicos a ter em consideração: •doentes atribuídos •cuidados prestados •continuidade dos cuidados nos turnos seguintes •ajudas técnicas disponíveis
Descrever as competências do enfermeiro especialista em reabilitação	2-Tendo presente as competências do enfermeiro especialista quais as mais aplica diariamente, tendo em conta os recursos do serviço? Tópicos a ter em consideração: •reabilitação respiratória e /ou motora •agente de mudança/formação/educação para a saúde •liderança

Perceber a articulação de cuidados de enfermagem especializados, com a família/cuidador, com a restante equipa multidisciplinar e com a comunidade	3- Como é do seu conhecimento, para termos sucesso nas nossas intervenções temos de envolver a restante equipa, pois fazemos parte integrante desta. Assim, tendo em conta a sua experiência, como considera a articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, com os cuidados prestados pela restante equipa multidisciplinar? Tópicos a ter em consideração: • fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, enfermeira dos cuidados domiciliários • aceitação e valorização 4- E em relação ao doente/família/cuidador como é realizada a preparação desta para o regresso a casa do doente? Tópicos a ter em consideração: • necessidades/dificuldades • estratégias utilizadas • grau de satisfação com os cuidados prestados
Identificar projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação	5- Existe algum programa sistematizado de reabilitação respiratória e/ou motora, em internamento e de preparação para a alta? Tópicos a ter em consideração: • objetivos • intervenções • resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem 6- O que gostaria de concretizar em termos de cuidados especializados em reabilitação ou o que considera pertinente melhorar? Tópicos a ter em consideração: • gestão de cuidados, dos recursos humanos e materiais • formação • projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados

CONCLUSÃO: Muito obrigada pela sua disponibilidade e tempo que utilizou a responder a estas questões. Tenho consciência que a riqueza das suas respostas ajudar-me-ão a planear de uma forma mais realista as competências que pretendo adquirir e desenvolver neste local de estágio. Se for do seu interesse, tenho todo o prazer de facultar ao (à) Sr. (a) Enf.(a) os resultados desta entrevista. Reitero os meus agradecimentos.

**APÊNDICE IX - Reflexão sobre a 1ª semana de estágio no Serviço de
Cardiologia/Neurologia**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Opção II – Estágio no serviço de Cardiologia/Neurologia do
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

REFLEXÃO

1ª semana de estágio

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Barreiro

2012

131

O estágio é parte do processo da minha formação, estabelecendo a integração entre a formação académica e o mundo profissional, através de uma (re) aproximação contínua da teoria à realidade social. O estágio fundamenta-se num compromisso formalizado entre o estudante, a instituição de ensino e o hospital (ABREU, 2003) com base num plano de atividade que materializa a extensão ao ambiente de trabalho, do projeto individual. Para operacionalizar estas fases fui recebida no Serviço da Cardiologia /Neurologia pela enfermeira chefe que me apresentou a todos os elementos da equipa do serviço. De seguida proporcionou-me uma visita guiada pelo espaço físico do mesmo, após o que procedi a realização de uma entrevista semi estruturada com a enfermeira chefe para caracterização do serviço com a finalidade de compreender a gestão dos recursos humanos e dos cuidados de enfermagem. Entrevistei ainda uma das duas enfermeiras do serviço com especialização em enfermagem de reabilitação que será quem me irá supervisionar neste estágio, questionando-a sobre a gestão de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação que presta aos doentes internados neste serviço e quais as competências que mais desenvolve diariamente. O diagnóstico de situação que fiz foi sempre com o objetivo de ajudar a cuidar da pessoa e sua família, pois como nos diz Collière (1999) cuidar é ajudar o outro a garantir o que é necessário para continuar a vida, sendo este o fundamento de todos os cuidados. Corroborando, Hesbeen (2001) refere que os enfermeiros são seres com qualidades especiais, que se dedicam às pessoas, com intenção de as ajudar e auxiliar nas situações de vida próprias.

As entrevistas realizadas foram muito importantes na medida em que me permitiram perceber a gestão de recursos humanos do serviço em questão para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação para desta forma poder calendarizar os dias presenciais de estágio e assim elaborar o respetivo cronograma de atividades. Estas entrevistas tiveram ainda o objetivo de perceber a articulação de cuidados de enfermagem especializados com a família/cuidador, com a restante equipa multidisciplinar e com a comunidade, o que se revelou de extrema importância para o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, de acordo com os objetivos definidos. De facto, a continuidade de cuidados é fundamental para que a pessoa doente tenha cuidados continuados e um nível de

cuidados pós-alta de elevada qualidade (PEREIRA, 2002). Pretendi ainda identificar projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação, existentes no serviço, tendo desta forma constatado existir um projeto nesta área do cuidar, direcionado especificamente para doentes com patologia cardíaca, sendo que a valência de neurologia só existe neste serviço há cerca de um ano. Contudo, privilegia-se a reabilitação dos doentes que necessitem destes cuidados especializados desde o momento de admissão, sempre que possível. No que se refere a normas vigentes na instituição, consultei-as *on line*, no portal interno da instituição. Estas normas, não sendo especificamente para prestação de cuidados de enfermagem especializados, são normas que tem que ser cumpridas para uma prestação de cuidados de qualidade, quer gerais quer em qualquer área de especialização de enfermagem. Assim, conhecendo a realidade do serviço em termos de cuidados de enfermagem, fui de encontro ao preconizado no Código Deontológico art. 83º (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009) quando refere que o enfermeiro deve respeitar a pessoa doente relativamente aos cuidados na saúde ou doença. Ainda para Hesbeen (2001) ser prestador de cuidados implica pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. Exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade.

A realização destas entrevistas surgiu como consequência da inesperada e súbita alteração do local de estágio previamente escolhido por mim para aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na área sensoriomotora (serviço de Medicina desta instituição), devido a condicionantes inerentes à gestão de recursos humanos de enfermagem de reabilitação, tendo por isso sentido necessidade de conhecer toda a dinâmica deste serviço caracterizando-o no que se refere a prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação.

Perceber que na valência de Neurologia só existe uma enfermeira com especialização em enfermagem de reabilitação a prestar cuidados nesta área, para além de também prestar cuidados de enfermagem gerais, alertou-me para duas situações: o facto de prestar cuidados gerais será benéfico na medida em que esta prestação pode proporcionar momentos fundamentais para avaliação das necessidades da pessoa/família. Assim, depreendo que cuidar em enfermagem tem

a sua expressão na relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, sendo esta interação a responsável pela compreensão do outro na sua singularidade. Pode também proporcionar momentos de avaliação de progressos na sua reabilitação, podendo ainda constituir momentos promotores de cuidados de reabilitação, rentabilizando o tempo do enfermeiro e evitando o cansaço do doente, integrando estes cuidados na realização de algumas atividades de vida diárias como estimulá-lo a pentear-se durante os cuidados de higiene ou a fazer a ponte para a substituição da fralda. Cuidar de pessoas centra-se num todo coerente e indivisível, onde todas as dimensões se relacionam, sendo que o que é importante para a pessoa cuidada, depende da sua perceção, das suas vivências, do sentido que esse todo faz na sua vida (HESBEEN, 2001).

Contudo, se a enfermeira prestasse somente cuidados na sua área de especialização, seria muito maior a sua disponibilidade para cada doente que deles necessitasse, podendo por isso serem mais doentes a usufruir de cuidados especializados.

No que diz respeito à continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, apesar de a enfermeira se preocupar em transmitir aos colegas a evolução verificada na reabilitação destas pessoas e as suas necessidades, alguns destes cuidados não são prestados de forma contínua por só este elemento ter adquirido e desenvolvido competências nessa área do cuidar e portanto só são prestados nos turnos em que este elemento está presente.

Conhecer a metodologia de trabalho de enfermagem também foi essencial não só para mais facilmente me integrar na equipa percebendo o seu funcionamento, como também para poder programar as minhas intervenções junto das pessoas doentes e suas famílias em consonância com as intervenções dos colegas.

No decorrer desta semana, ao observar de forma participante na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, para além dos aspetos relacionados com as funções do enfermeiro especialista no serviço atrás mencionadas, tomei conhecimento dos produtos de apoio disponíveis no serviço, planeando assim as minhas intervenções de acordo com esta disponibilidade, sendo que conhecendo outros produtos de apoio referenciados pelos docentes na componente teórica do curso, pela enfermeira orientadora de estágio ou mesmo pelos próprios doentes e

familiares, posso sempre sugerir a aquisição de alguns pelo serviço ou pelos doentes, se fundamentais para o seu processo de reabilitação e se constituírem elementos facilitadores e/ou promotores de processos de transição saudáveis.

Ao enfermeiro especialista exige-se a prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente, junto das pessoas, famílias ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui – Decreto lei 437/91, (Capítulo II, referente ao conteúdo funcional).

Por esta razão, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é de extrema importância na deteção, gestão e na eliminação dos obstáculos, reduzindo o grau de incapacidades (quando prevalecem), proporcionando uma melhor qualidade de vida à pessoa doente e seus familiares, através da aquisição de um grau máximo de independência.

Segundo Hesbeen (2001), o enfermeiro especialista em reabilitação possui competências técnicas, científicas, profissionais e relacionais e distingue-se dos outros por atuar na deficiência, incapacidade e desvantagem; os seus objetivos são analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que a geram.

Conhecer a equipa multidisciplinar e assistir às suas reuniões que se realizam à terça-feira, no momento da visita aos doentes, revelou-se de extrema importância porque fiquei a perceber a forma de articulação entre os vários membros e a importância da intervenção de cada um junto das pessoas doentes e suas famílias/cuidadores para a promoção da sua reabilitação e para a reformulação dos seus projetos de vida. Constatei ainda que o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é fundamental no seio da equipa, não querendo contudo considerá-lo como o mais importante mas querendo evidenciá-lo, pois é este elemento que está sempre disponível para o doente, é o profissional que lhe presta cuidados mais diretos e em permanência, é quem se preocupa em fazer o acolhimento a este e sua família quando chegam ao serviço, é quem se preocupa não só com a sua patologia mas sim e principalmente com o seu bem-estar, com o que ele considera ser a sua qualidade de vida, com o seu projeto de vida, e com todos os processos de transição em que se encontra precipitados pela sua nova condição de saúde. É nesta vertente humanista que a relação de ajuda com o outro

é primordial, uma vez que a mesma, para além de ajudar na cura, contribui para a autorrealização da pessoa cuidada (PHANEUF, 2005). Sendo que a enfermagem é a arte e a ciência facilitadora das transições da saúde das populações e do seu bem-estar e preocupa-se com os processos e as experiências dos seres humanos que estão a atravessar transições (MELEIS E TRANGENSTEIN, 1994), é função do enfermeiro compreender o comportamento das pessoas que cuida para fazer diagnósticos e intervenções adequados baseados nas necessidades individuais criadas por essas transições (MELEIS, 2010). É também pela condição inerente aos cuidados que o enfermeiro presta, neste caso mais especificamente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, o profissional que funciona como elemento chave desta equipa pois muitas vezes é ele quem identifica necessidades cuja satisfação depende das intervenções de outros elementos da equipa e que são fulcrais para a viabilização e progressão de todo o processo de reabilitação dos doentes e suas famílias.

Para atingir o objetivo a que me propus neste estágio no serviço de Cardiologia/Neurologia, de conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do mesmo, planeei ainda identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa com alterações sensório motoras e sua família. Assim, presenciei os momentos em que a enfermeira orientadora teve o primeiro contacto com os doentes a quem prestou cuidados e/ou suas famílias, tendo a preocupação de fazer uma colheita de dados de que lhe permitisse avaliar as suas necessidades de cuidados, quer a nível de cuidados de enfermagem quer de outros elementos da equipa e posteriormente proceder a uma articulação com os outros membros em questão. Foi também notória a sua preocupação em validar esta necessidade com o doente/família, monitorizando sempre os cuidados prestados e procurando envolver sempre a família/cuidador de forma a preparar o regresso a casa, potenciando sempre o desenvolvimento das suas capacidades remanescentes no processo de reabilitação.

Por fim, mas não considerando menos importante, quero ainda salientar que, a observação participante na prestação de cuidados às pessoas/famílias com alterações sensório motoras durante esta semana, para além de tudo o que me foi permitido apreender e a que já fiz referência, facilitou-me o contacto com os doentes

porque na minha atividade profissional diária desde há cerca de 10 anos só contato com doentes em regime de ambulatório e cujas necessidades se focalizam mais na área respiratória e não a nível sensório motor. Por outro lado também estou um pouco afastada das rotinas inerentes a um serviço de internamento e das necessidades dos doentes e suas famílias inerentes ao facto de estarem internados. Após esta primeira semana, como aluna de enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação, senti-me plenamente integrada na equipa multidisciplinar, com um pouco mais de ênfase na equipa de enfermagem, uma vez que sou enfermeira da instituição e já conhecia alguns elementos da equipa. Senti-me também integrada na sua metodologia de trabalho, o que foi facilitado pelo que considero excelente acompanhamento e disponibilidade quer da enfermeira chefe no momento de apresentação à equipa e na visita ao serviço, como da enfermeira orientadora na disponibilidade e competência para me orientar, para me ensinar, corrigir e aconselhar e partilhar comigo os seus conhecimentos e a sua experiência na sua área de especialização.

Tenho consciência que ainda é o início de um longo percurso, mas que já consegui prestar cuidados especializados à pessoa com incapacidade, gerando reciprocidade entre eu enquanto profissional e a pessoa parceira dos cuidados, tendo como meta o seu cuidado holístico. Esta influência mútua no cuidado é uma experiência que necessita de diálogo entre pessoas, no qual cada uma delas sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão uma da outra, além de partilharem histórias de vida, trajetórias e angústias (WATSON, 2004).

Como estudante e futura enfermeira especialista, vou ter um papel cada vez mais expressivo junto dos demais profissionais da equipa de saúde, compreendendo um cuidado holístico e compartilhado onde o binómio doente/família tem o seu papel preservado junto à equipa, papel este que tem como compromisso garantir às pessoas com deficiências e incapacidades, assistência nos vários níveis de complexidade, utilizando métodos e terapêuticas específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (2003) - **Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?** Coimbra: Formasau.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) - **Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- HESBEEN, Walter (2001). **Qualidade em enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar.** Loures: Lusociência.
- LAZURE, H. (1994 -. **Viver a Relação de Ajuda – Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira.** Lisboa: Lusodidacta.
- MELEIS, Afaf I. (2010) - **Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.** New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9.
- MELEIS, Afaf; TRANGENSTEIN, Patricia (1994) – Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. **Nursing Outlook.** Nº42. p. 255-259.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.
- PEREIRA, F. (2002) - Cuidados Continuados um desafio dos cuidadores de saúde primários. **Geriatrics.** Vol 15, nº146. p. 33-40.
- WATSON, J. (2004) - **Caring science as sacred science.** Philadelphia: F.A. Davis.

**APÊNDICE X - Reflexões sobre a 2ª a 5ª semanas de estágio no
Serviço de Cardiologia/Neurologia**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Opção II – Estágio no serviço de Cardiologia/Neurologia do
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

REFLEXÃO

2ª a 5ª semanas de estágio

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Barreiro

2012

140

Decorridos alguns dias após o início deste ensino clínico durante os quais tive oportunidade de conhecer a equipa e a dinâmica do serviço de Neurologia/Cardiologia, ansiava colocar em prática os conhecimentos teóricos apreendidos durante o primeiro ano deste ciclo de estudos. Desta forma, apesar de colaborar na prestação de cuidados especializados em reabilitação a outros doentes, foi-me inicialmente atribuído um doente ao qual prestei não só cuidados especializados em reabilitação, mas também cuidados gerais, uma vez que a enfermeira orientadora do estágio também presta cuidados gerais aos doentes que cuida. Por este motivo e também porque muitas vezes a prestação de cuidados gerais e de especializados são indissociáveis uma da outra, os momentos da prestação de cuidados como por exemplo os cuidados de higiene e conforto, constituíram momentos importantes de contato próximo com o doente e de avaliação das suas limitações para definir planos de intervenção, com o objetivo final de o capacitar para uma transição saudável.

Sabendo que estes doentes estão a vivenciar um processo de saúde-doença, e que este é considerado uma transição, Chick e Meleis (1986), definem transição como sendo uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro e é um processo despoletado por acontecimentos críticos e mudanças nos indivíduos ou nos ambientes em que se inserem. Meleis (2010) acrescenta que, apesar de as pessoas enfrentarem muitas mudanças durante a sua vida, os profissionais de enfermagem só ficam face a face com elas quando as pessoas atravessam transições relacionadas com a sua saúde, bem-estar e a capacidade de cuidarem de si próprias. Desta forma, é imperativo que os enfermeiros identifiquem as necessidades das pessoas que cuidam durante o processo de transição saúde-doença que estas experienciam, para que possam em parceria com elas e suas famílias/cuidadores, estabelecer planos de intervenção para colmatar essas necessidades, autonomizando-as o mais possível na realização das atividades de vida diária. É imperativo salientar a importância do papel do enfermeiro de reabilitação para a otimização das potencialidades destes cidadãos e para a sua reeducação funcional e consequentes reinserção social e reintegração profissional (HESBEEN, 2001) e promoção da sua qualidade de vida. Ao aplicar os cuidados de reabilitação face a eventos de transição, faz emergir o cuidado transicional. O

cuidado transicional reconhece as consequências de tal transição e organiza a sua atuação de acordo com as reais necessidades da pessoa, respeitando-a de forma holística, sendo que o seu objetivo principal é ajudá-la a passar por transições saudáveis para aumentar os resultados saudáveis (MELEIS, 2010), ajudando-as e dando-lhes ferramentas de forma a incorporarem gradualmente o comportamento e os sentimentos inerentes ao novo papel que desempenham no processo de transição que atravessam, no sentido de as autonomizar o mais possível na realização das suas atividades

Assim, nos primeiros dias de prestação de cuidados, procedi a uma pesquisa bibliográfica que fundamentasse a prática baseada na evidência, de acordo com as alterações sensório motoras manifestadas pelos doentes em consequência das suas patologias, o que me permitiu fazer uma avaliação dos mesmos e identificar as suas necessidades de cuidados especializados, bem como delinear planos de intervenção adequados, considerando estas pessoas não como unidades isoladas, mas como elemento de uma relação numa rede social de pessoas que lhe são significativas

No que diz respeito ao doente com Acidente Vascular Cerebral, procedi à colheita de dados no processo do doente bem como à entrevista com a esposa que me forneceram informações importantes sobre o desempenho do seu papel no período que antecedeu o processo de transição que vivencia, o que me permitiu ficar a conhecer as alterações provocadas na vida desta pessoa/família e as suas implicações na qualidade de vida. Realizei também a avaliação inicial da pessoa: para isso utilizei escalas de avaliação da funcionalidade, sendo inquestionável a importância da sua utilização para identificar as limitações/incapacidades, o grau de dependência da pessoa na realização das atividades de vida diária e a restrição da sua participação na sociedade. Tudo isto, conjuntamente com a avaliação das suas potencialidades, permitiu-me estabelecer um plano de intervenção de acordo com a nova realidade desta pessoa/família, objetivando assim uma reabilitação que lhe permitisse uma reintegração na sociedade em que se insere, usufruindo dos seus direitos, mas cumprindo também os seus deveres enquanto pessoa e enquanto cidadão.

Durante o período em que prestei cuidados a esta pessoa, tive necessidade de reajustar o plano de intervenção, redefinindo as estratégias, como por exemplo o

estabelecimento de um programa de treino de marcha, que não foi possível cumprir devido ao facto da pessoa doente apresentar falta de equilíbrio em pé, até à data de conclusão do estágio. Tive por isso que dar ênfase à recuperação da força muscular e do equilíbrio sentado para um posterior equilíbrio em pé e treino de marcha. Para além do objetivo principal das minhas intervenções ser o de autonomizar o mais possível este doente, outro objetivo igualmente importante no seu processo de transição foi o de envolver a esposa, pessoa significativa e cuidadora, como parceira do cuidar, capacitando-a para incentivar a autonomização do doente no domicílio e habilitá-la a cuidar do marido, potenciando as suas capacidades remanescentes e ajudando-o de acordo com as suas incapacidades. Tal não foi totalmente possível uma vez que, apesar de a esposa verbalizar que, por razões de saúde própria, não tinha condições para cuidar do doente, ainda compareceu por duas vezes à visita, pelo que foram realizados alguns ensinamentos relativos à alimentação e à mobilização do doente no leito, mas por esta ter sofrido uma queda em casa, segundo informação de um vizinho, ficou impedida de comparecer nesta unidade hospitalar para procedermos ao seu envolvimento nos cuidados. Desta forma, houve necessidade de redefinir o plano inicial, pedindo-se a colaboração da assistente social para o encaminhamento do doente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados solicitando apoio domiciliário.

Estabeleci ainda planos de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função motora e sensorial, sendo que estes se revelaram indispensáveis para a progressiva melhoria desta pessoa, na realização de algumas atividades de vida, pois de acordo com o plano de cuidados que realizei, as melhorias foram evidentes, sendo que esta pessoa não colaborava inicialmente nos posicionamentos, na alimentação, nos cuidados de higiene, na transferência para a cadeira de rodas e no final do estágio alimentava-se sozinho, posicionava-se no leito de forma quase independente e colaborava nos cuidados de higiene e no vestir e despir. No que respeita à função de eliminação, não consegui reeducá-la porque, não tendo o doente colaborado quando o incentivei a utilizar o urinol e a arrastadeira, questionei-o sobre a necessidade de urinar e evacuar e este referiu que não sentia vontade de urinar e/ou evacuar. Desta forma deveria ter iniciado um programa de treino vesical, com registo de eliminação urinária, com horário das micções, tipo de ocorrência, quantidade,

registo de ingestão de líquidos, bem como para a função intestinal, devendo estabelecer um horário para a estimulação do intestino de acordo com os hábitos anteriores da pessoa.

Relativamente à implementação de intervenções de educação, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD's) segundo os objetivos individuais e familiares, esta revelou-se também essencial para a capacitação, autonomia e qualidade de vida desta pessoa, tomando como exemplo o dia em que a esposa deste doente o visitou e por ele ser dextro na realização desta atividade e apresentar hemiplegia à direita, queria dar-lhe a comida à boca. A intervenção junto desta naquele momento teve como objetivo capacitá-la para fornecer a dieta adequada ao seu marido que apresentava disfagia para líquidos. Outro aspeto fundamental da minha intervenção junto da esposa foi capacitá-la para autonomizar o mais possível o doente na atividade de vida em questão, estimulando a auto estima deste e reabilitando simultaneamente a função motora que se encontrava alterada. Outro exemplo de implementação de intervenções de educação, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho das AVD's, foi o ensino, treino e supervisão da técnica da ponte e rolamento, que permitiram promover a autonomia da mobilidade do doente para se posicionar na cama e para colaborar nos cuidados de higiene.

A avaliação diária que fiz relativamente aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados a esta pessoa/família permitiram-me reformular as minhas intervenções, tomando como exemplo o facto de inicialmente o doente apresentar força 0/5 no membro inferior direito e eu ter planeado e executado mobilizações passivas ao mesmo, estimulando o tônus, força e sensibilidade. Quando o doente adquiriu força 3/5 no referido membro, tive necessidade de reformular o mesmo plano de acordo com a avaliação realizada, ensinando-lhe e treinando mobilizações ativas do mesmo recorrendo a exercícios como a técnica da ponte, vestir e despir as calças, fazer carga no mesmo para a transferência para a cadeira de rodas e ensiná-lo e incentivá-lo a fazer automobilizações do mesmo, estimulando da mesma forma o aumento da sensibilidade, força e tônus no mesmo para posteriormente planear o treino do equilíbrio em pé e mais tarde o treino da marcha.

No que diz respeito ao ensino, treino e supervisão de produtos de apoio/dispositivos de compensação para cuidados à pessoa neste caso com AVC tendo em vista a máxima capacidade funcional, não existem no serviço produtos de apoio/dispositivos de compensação para maximizar a funcionalidade deste doente como por exemplo tábuas de transferência, cintos para transferência, cadeira de rodas elétrica para promover a autonomia do doente na sua mobilidade. De outra forma, e porque o enfermeiro de reabilitação não precisa necessariamente de produtos de apoio para promover a reabilitação das pessoas que cuida, apercebi-me que este é frequentemente confrontado com situações de incapacidade das pessoas que cuida que se resolvem com o simples substituir uma colher de metal por uma de plástico e essa colher deixa de ser um obstáculo à independência da pessoa no que se refere à sua alimentação: no caso desta pessoa que era dextra, deixou de poder alimentar-se sozinha por apresentar hemiplegia à direita e por apresentar diminuição da força no membro superior esquerdo, não conseguia segurar na colher. A incapacidade que tinha de se alimentar pela sua mão ficou resolvida com a simples substituição por uma colher de plástico pelo facto de esta última não ser tão pesada e por isso mais facilmente manuseável.

Em suma, todas as minhas intervenções junto deste doente e esposa visaram a promoção da sua independência na realização das atividades de vida.

Durante o referido estágio tive ainda oportunidade de aplicar os conhecimentos apreendidos durante o primeiro ano do curso num doente com tetraplegia causada por lesão vertebro medular de origem traumática. Sabendo que a doença é um processo de transição (MELEIS, 2010) e que o enfermeiro se encontra em permanente interação com o doente e sua família que vivenciam múltiplas transições que permeiam todos os momentos da vida, considero premente envolver a família como parceira de cuidados desde o momento de admissão da pessoa na instituição de saúde para se poder preparar a alta o mais precocemente possível. Dessa forma, o envolvimento da família contribui para que a mesma se sinta mais confiante e capacitada para dar continuidade aos cuidados iniciados no hospital, promovendo a independência para as atividades de vida diária e mantendo o estado de saúde do doente (CÉSAR e SANTOS, 2005; POMPEO *et al.*, 2007). Ainda Bocchi (2004) e Spech (2007) salientam que é o enfermeiro, enquanto membro de uma equipa

pluridisciplinar, o profissional mais habilitado para realizar a orientação da família e do doente, seja pelo facto de estar mais presente durante a assistência ou pelo carácter holístico da enfermagem, possuindo assim uma oportunidade de desenvolver a sua função de educador, estabelecendo uma relação de confiança e parceria com a pessoa e sua família.

Desta forma comecei por proceder à colheita de dados no sentido de identificar os cuidadores desta pessoa durante o internamento e após a alta e envolvi desde início a pessoa que se assumiu como cuidadora, que foi a namorada. Foi com satisfação que me apercebi da recetividade, empenho e colaboração que esta demonstrou no processo de aprendizagem no cuidar. Tentei ainda envolver o pai do doente como parceiro do cuidar, sendo que se mostrou impossibilitado de comparecer no horário proposto por motivos profissionais.

Inicialmente realizei uma pesquisa bibliográfica que promoveu a prática baseada na evidência e que me permitiu proceder a uma avaliação correta da situação clínica da pessoa, das suas incapacidades e do seu potencial de reabilitação, tendo em conta as suas capacidades remanescentes. Consequentemente, tendo por base a avaliação inicial desta pessoa e o papel que desempenhava antes da situação atual, planeei, implementei e avaliei os cuidados prestados à pessoa/família com alterações sensório motoras, nesta fase de transição de papéis, quer do doente, quer da sua namorada. De acordo com Meleis (2010), transição de papéis denota uma mudança nas relações de papéis, expectativas ou capacidades. As transições de papéis requerem que a pessoa incorpore conhecimento novo, altere o seu comportamento e assim mude a sua definição de si mesmo no seu contexto social. Um número de transições de papéis estão relacionados com o ciclo de saúde-doença e devem ser tidas em conta pelos profissionais de saúde, mais propriamente pelo enfermeiro devido à sua posição estratégica.

Utilizei ainda escalas de avaliação da funcionalidade para identificar limitações da atividade e restrição da participação da pessoa bem como as suas potencialidades, o que me permitiu planejar e prestar cuidados de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa com alterações sensório motoras com o objetivo de promover ao máximo a sua independência na realização das atividades de vida. Os cuidados que prestei a esta pessoa/família foram sempre planeados em parceria

com a mesma, explicando-lhe sempre a razão dos mesmos e tendo sempre em conta as suas sugestões e a sua vontade, sendo que a nível cognitivo as suas capacidades se encontraram sempre intactas.

O facto de planear e implementar planos de intervenção para otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor e sensorial foram importantes para promover a capacidade funcional da pessoa, porque, com o decorrer do tempo, no final do estágio, o doente já referia alguma sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mais presente a nível das extremidades, embora com força 0/5 nos quatro membros, contudo, sem rigidez articular.

A implementação de intervenções de educação, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho das AVD's, segundo os objetivos individuais e familiares foram igualmente indispensáveis para promover a capacidade funcional da pessoa para realização das AVD's de forma independente. Apesar de a realização de AVD's de forma independente não ter sido possível durante este período, foram muito importantes todas as intervenções de ensino e treino que planeei e executei junto da pessoa/cuidador, como por exemplo o ensino sobre prevenção de disreflexia autónoma e seu tratamento, técnicas de posicionamentos terapêuticos para prevenir anquiloses, espasticidade e posicionamentos para prevenção de úlceras de pressão.

A avaliação e reformulação dos planos de intervenção revelaram-se igualmente indispensáveis pois só avaliando o resultado das minhas intervenções pude reformular as mesmas recorrendo a outras atividades para obter os resultados inicialmente pretendidos. Tomo como exemplo a necessidade de o doente ser colocado em plano inclinado para prevenir alguns inconvenientes da imobilidade como a osteoporose, facilitar a eliminação vesical e intestinal, inibir a espasticidade e melhorar a autoestima (JOÃO SANTOS, 2012). Uma vez que este equipamento não existe no serviço em questão, recorri frequentemente à elevação do plano superior da cama e às mobilizações, cujo objetivo é o de manter a integridade das estruturas articulares e dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contracturas, melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora. Consciente de que a reabilitação desta pessoa ocorrerá de uma forma muito lenta e ainda se vai prolongar por muito mais tempo, a importância da

minha atuação como futura enfermeira de reabilitação deveu-se à minha intervenção no que diz respeito à capacitação da namorada como parceira no cuidar, em intervir para reeducar a função sensorial, motora e intestinal, em parceria com outros profissionais de saúde e às quais outros profissionais de saúde de irão dar continuidade no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, assim que o doente tiver reestabelecida a integridade da pele e mucosas, motivo de internamento do mesmo no Serviço de Neurologia no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Uma vez que a transição exige do ser humano a ação de estratégias e recursos de suporte com vista à adaptação fácil e saudável, perante a vivência de uma nova realidade (CHICK e MELEIS, 1986), como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, as minhas intervenções junto dessa pessoa/família face a esta experiência de vida tiveram o objetivo de facilitar a incorporação de um novo conhecimento, no sentido de modificar os seus comportamentos e definir um novo *self* no contexto social, no período em que ocorre a transição do estado (CHICK e MELEIS, 1986). Sendo assim, a missão do enfermeiro de reabilitação é a de gerir as transições que a situação de incapacidade provoca, tornando-as minimamente geradoras de desvantagem e sempre no contexto de equipa pluridisciplinar

Corroborando a minha reflexão sobre este estágio, Meleis (2010) refere que os enfermeiros capacitam as pessoas para as ajudar a compreenderem e lidarem com os processos de transição, proporcionando a aquisição de novas competências relacionadas com a saúde e experiências de doença e facilitando-lhes os processos de transição que experienciam, atuando quer de forma preventiva quer terapêutica, no sentido de reorganizar os momentos transicionais.

Apraz-me ainda fazer referência às dificuldades com que me deparei ao longo deste estágio e que gradualmente fui ultrapassando: nos primeiros dias de contacto com os doentes, uma das preocupações era a de adquirir destreza manual nas mobilizações, desvalorizando os aspetos relacionados com a mecânica corporal para prevenção de lesões musculares articulares relacionadas com o trabalho, sendo que fui alertada e gradualmente consegui melhorar a minha prestação.

As dificuldades inerentes à falta de equipamento e produtos de apoios também se verificaram e às quais já fiz referência.

Inicialmente também cometi alguns erros como o não abordar a pessoa com hemiplegia pelo lado afetado e dar pouco tempo à pessoa para ela se expressar e que, ao aperceber-me deles os fui corrigindo, o que se revelou fundamental para a promoção da melhoria das minhas intervenções junto da mesma.

O facto de ter sido alterado o local onde pretendia realizar estágio para adquirir competências de enfermagem de reabilitação no cuidar de pessoas com alterações sensoriomotoras, considero não ter afetado a aquisição das mesmas pois tive oportunidade de prestar cuidados a doente com patologias como AVC e lesão vertebro medular, que provocam grande alterações na realização das AVD's pelas incapacidades geradas, com repercussões na qualidade de vida e que requerem intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para obtenção de ganhos em saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHICK, N.; MELEIS, AFAF. (1986) – Transitions: A Nursing Concern. In: CHINN. P.L. **Nursing Research Methodology: Issues and Implementation**. Rockville, M.D.: Aspen.237-257.
- HESBEEN, Walter (2001) – **A Reabilitação. Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5.
- MELEIS, Afaf I. (2010) - **Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9.
- CÉSAR, A.; SANTOS, B. (2005) - Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.58, nº6. (nov./dez). p. 647 Acedido em:14/11/2012.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a04v58n6.pdf>
- POMPEO, D. *et al.* (2007) - Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. V.20, nº3 (outubro).p. 345-350. Acedido em 13/11/2012.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002007000300017&lang=pt&tlng=pt
- UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II (Plano inclinado- apresentação em Power point). Prof. João Santos. ESEL, 2012.
- BOCCHI, S. (2004) - O Papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Revista. Brasileira de Enfermagem**. V.57, nº5 (set/out) p.569-573. Acedido em 14/11/2012.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a11v57n5.pdf>

- SPECHT, D. (2007) - Ensino do Paciente. In: TIMBY, B. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 8ª. ed. Porto Alegre: Artmed.

**APÊNDICE XI - Processo de enfermagem do Sr. A.M.- Serviço de
Cardiologia/Neurologia**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com relatório – Estágio no serviço de
Cardiologia/Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

PROCESSO DE ENFERMAGEM

do Sr. A.M.

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas N° 3937

Docente orientador:

Professor Joaquim Paulo Oliveira

Orientadora de estágio:

Enfermeira Milene Silvestre

Barreiro

2012

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA:

Nome: A. M. S. M.

Idade: 71 anos

Estado civil: casado, vive com a esposa

Profissão: reformado

Religião: católica

Raça ou etnia: caucasiana

Cuidador: Maria Luísa (esposa que refere ser diabética insulínica dependente, não controlada)

Pessoa significativa: esposa

MOTIVO DO INTERNAMENTO

Afasia de início súbito, com diminuição da força muscular no hemisfério direito e desvio da comissura labial para a esquerda.

DATA DO INTERNAMENTO: 26 de Setembro de 2012 (proveniente do serviço de urgência)

EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO: Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica que revelou enfarte isquémico corticó-subcortical fronto rolândico esquerdo.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: AVC isquémico em evolução

EXAME NEUROLÓGICO - AVALIAÇÃO INICIAL (Dia 2/10/2012):

O AVC consiste num processo patológico que envolve vasos sanguíneos do cérebro. De acordo com Aehlert (2007) um AVC é uma alteração súbita da função neurológica causada por uma alteração no fluxo sanguíneo cerebral. Esta perturbação neurológica engloba duas formas principais da doença: AVC isquémico e AVC hemorrágico, podendo ambos os tipos provocar défices, temporários ou permanentes, no funcionamento neurológico (PHIPPS *et al.*, 2003). De acordo com

Martins (2002), o AVC isquémico divide-se em, trombótico, embólico e lacunar, sendo que em qualquer destes subtipos de AVC, existe oclusão de um vaso sanguíneo provocando isquemia e enfarte da região dependente desse vaso. A área que circunda essa região é denominada penumbra isquêmica e contém tecido cerebral funcionalmente afetado mas ainda viável, por se encontrar provido de sangue de vasos colaterais.

Hoeman (2011) salienta que, para se proceder à elaboração de um programa de reabilitação é imprescindível que se realize uma cuidadosa avaliação inicial da pessoa, sendo que nesta o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação colhe dados recorrendo à consulta do processo clínico e aos exames auxiliares de diagnóstico, à observação física e à entrevista à pessoa com AVC e/ou à sua família.

É por isso fundamental uma avaliação do estado clínico da pessoa para que se possam identificar necessidades e prestar cuidados individualizados. O sucesso da reabilitação dessa pessoa pode estar dependente de uma correta neuro avaliação das alterações verificadas. De acordo com Menoita *et al.* (2012), o exame neurológico é fundamental para a avaliação do estado clínico da pessoa e pode dividir-se em cinco aspetos principais: avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos, avaliação da motricidade, da sensibilidade e do equilíbrio e marcha, para identificar as alterações decorrentes do AVC.

Avaliação do estado mental

Doente consciente, orientado auto psiquicamente, aparentemente desorientado halo psiquicamente, compreendendo e executando ordens simples. Apresenta disartria, detetada na conversa informal que se tentou estabelecer com ele e pode ter resultado de defeitos da articulação das palavras secundários à fraqueza ou falta de coordenação dos músculos da língua (XII nervo craniano-Hipoglosso); da faringe, laringe e palato (IX-Glossofaríngeo e X- Pneumogástrico); lábios (VII nervo craniano-Facial), sendo nesta situação o desvio da comissura labial para a esquerda. As evidências de distúrbio da fala foram detetadas pedindo ao Sr. António para repetir uma frase e para repetir sons rapidamente, pois segundo Santiago e Corbett (2006), a linguagem é a capacidade de usar e compreender a fala e a escrita e é função dos

circuitos de linguagem corticais, talâmicos e do núcleo da base localizados no hemisfério dominante. A linguagem é avaliada pedindo à pessoa para repetir palavras ou frases, dar nomes de objetos simples, obedecer a ordens e escrever uma frase e lê-la em voz alta.

Avaliação dos pares cranianos

A avaliação dos pares cranianos consiste num processo sofisticado, que exige conhecimento e tecnologia especializada, em que graves alterações neurológicas podem ser detetadas através de uma observação sistematizada (SANTIAGO e CORBETT, 2006). Assim, segundo a avaliação efetuada, o Sr. António apresentava as seguintes alterações nos pares cranianos:

Os Pares Cranianos III - Motor Ocular Comum, IV- Patético e VI - Motor Ocular Externo geralmente são avaliados como grupo porque atuam em conjunto no controlo dos músculos oculares para assegurar que os olhos continuem paralelos durante toda a sua amplitude de movimento. Uma lesão que afete um ou mais destes nervos resulta em fraqueza dos músculos correspondentes. A motilidade ocular é testada pedindo-se à pessoa para seguir o dedo do enfermeiro que desenha um “H” no espaço. Este exame permite testar movimentos conjugados do globo ocular. Também a simetria dos movimentos oculares deverá ser avaliada, assim como deve ser determinado, em caso de haver desvio ocular, se desviam ao mesmo tempo (conjugados) ou de modo individual. No caso do Sr. António, após avaliação destes pares cranianos, foi detetado um desvio conjugado do olhar para a esquerda. Para esta avaliação ficar completa temos que avaliar a presença de nistagmo (MENOITA, 2012; SANTIAGO e CORBETT, 2006; PINTO, 2001), não tendo sido visualizados episódios de nistagmo.

No exame destes pares cranianos foi avaliada ainda a resposta pupilar ao estímulo luminoso, fazendo incidir um foco de luz pouco brilhante de uma lanterna do canto externo para o canto interno de cada olho e verificou-se que o Sr. António apresentava isocória e isoreatividade.

Na avaliação do V Par Craniano - Trigêmeo foi identificada sensibilidade tátil, térmica e dolorosa diminuída na face direita, mas normal à esquerda. Este par craniano é motor e sensitivo e tem função importante na sensibilidade facial, no

reflexo córneo palpebral e na mastigação. Para efetuar o teste da sensibilidade térmica e dolorosa foi pesquisada bilateralmente e testada nas três divisões do quinto nervo craniano: a oftálmica, maxilar e mandibular. Na primeira divisão, oftálmica, foi testada a sensibilidade da córnea, reflexo córneo-palpebral, tocando delicadamente a córnea com um lenço de papel enquanto o Sr. António olhava na direção oposta. A resposta normal é um lacrimejar e um movimento de piscar rápido, parcial ou completo da pálpebra. A segunda divisão do trigêmeo, o nervo maxilar, conduz estímulos da pele da face, da parte lateral mais distante do nariz, dos dentes superiores e mandíbula. A terceira divisão, o nervo mandibular, traz impulsos sensitivos e motores. A distribuição sensitiva é da pele da mandíbula, pavilhão auricular da orelha e dentes inferiores e gengivas, bem como a parte lateral da língua. As suas fibras motoras inervam os músculos da mastigação, motivo pelo que foi solicitado ao Sr. António para mover a boca com movimentos mastigatórios para se identificarem alterações, assim como identificar a capacidade de encerrar e mover a mandíbula bilateralmente (MENOITA, 2012; SANTIAGO e CORBETT, 2006; PINTO, 2001).

Relativamente à avaliação do VII Par Craniano - Facial o Sr. António apresentava um ligeiro desvio da comissura labial para a esquerda. O nervo facial é um nervo complexo com fibras motoras, sensoriais e parassimpáticas, que intervém nos movimentos e expressão facial, na produção de lágrimas e de saliva e na função do paladar nos dois terços anteriores da língua. A parte motora do nervo inerva os músculos da expressão facial e foi testada quando pedi ao doente para fechar as pálpebras de maneira bem firme, sorrir, fazer caretas, e assobiar (MENOITA, 2012; PINTO, 2001). Deste modo verifiquei se havia simetria facial e se havia apagamento do sulco nasogeniano. É simultaneamente importante verificar se a pessoa apresenta dificuldade em manter a saliva, alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado e verifiquei também esta dificuldade em manter os alimentos no lado direito. Por outro lado, a avaliação deste par craniano avalia também a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua que neste caso não foi possível avaliar pela dificuldade de comunicação com o doente.

Outro Par Craniano testado foi o XII Par Craniano – Hipoglosso. O nervo hipoglosso inerva os músculos extrínsecos e intrínsecos da língua. Para testar a integridade do nervo hipoglosso, foi pedido ao Sr. António para fazer a protusão da língua na linha média e afastá-la latero-lateralmente, para testar os diferentes movimentos da língua (SANTIAGO e CORBETT, 2006). Na presença de uma lesão do nervo hipoglosso, vê-se a língua a desviar para o lado da lesão, na tentativa de protusão, assim como observamos se existem tremores da mesma. Também se avalia se há atrofia da língua, desvio da úvula ou acumulação de saliva na fossa piriforme (MENOITA et al., 2012). Não foi possível fazer esta avaliação porque na tentativa de protusão não se conseguiram avaliar desvios da língua. Não se identificou acumulação de saliva na fossa piriforme.

Avaliação da motricidade

O exame da motricidade inclui a avaliação da força e tônus muscular, bem como a coordenação motora (MENOITA et al., 2012; SANTIAGO e CORBETT, 2006).

A avaliação da força muscular deve ser efetuada bilateralmente, em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, como no segmento da cabeça e pescoço; no membro superior a nível das articulações escapulo-umeral, do cotovelo, do punho e dedos. No membro inferior a nível da articulação coxo-femural, do joelho, tibiotársica e dedos (MENOITA et al., 2012).

Existem várias formas de avaliar a força muscular sendo a mais comum, de acordo com Pinto (2001), a Escala de Lower, onde o método utilizado recorre ao uso da nossa própria força e resistência traduzindo-se por uma fração onde 5/5, significa empate de forças, o numerador representa o desempenho da pessoa e o denominador o desempenho do profissional.

Recorreu-se por isso à escala de Lower para fazer a avaliação da força muscular ao Sr. António, da qual resultou que a nível do hemicorpo esquerdo apresentava força 3/5 em todos os movimentos avaliados, no entanto no hemicorpo direito apresentava força 0/5 em todos esses movimentos, verificando-se por isso hemiplegia à direita. Durante a aplicação da escala foram tidos em conta aspetos focados por Pinto (2001) que refere que esta avaliação pode cansar a pessoa e ser de difícil compreensão, pelo que deve ser dada uma ordem de cada vez com recurso a frases

simples como por exemplo “aperte a mão”, “mova os dedos”, “levante o braço direito”. Na mesma linha de pensamento Santiago e Corbett (2006) salientam que o teste da força muscular exige a cooperação da pessoa, para que a sua avaliação seja o mais eficaz e correta possível, sendo que os diferentes grupos musculares deverão ser examinados de forma organizada nas extremidades superiores e inferiores, documentando-se o grau e o padrão de força ou fraqueza observadas.

Relativamente à avaliação do tônus muscular, de acordo com Pinto (2001) o tônus muscular compreende um reflexo propriocetivo, destinado a manter a postura corporal, através de uma contração permanente e moderada dos músculos, que pode ser avaliado recorrendo-se à palpação através da avaliação das propriedades físicas do músculo, tais como: a consistência (aumentada no caso de haver espasticidade), extensibilidade (grau de alongamento mecânico num músculo ao afastar-se ao máximo dos seus pontos de inserção) e passividade (grau de resistência ao seu alongamento). No entanto, ainda segundo a mesma autora, este método de avaliação do tônus revela-se impreciso e grosseiro, pelo que o recurso à mobilização passiva torna-se um método mais preciso, embora não explore o tônus de um só músculo, explora apenas do grupo muscular.

Segundo Santiago e Corbett (2006) a avaliação do tônus muscular exige que a pessoa esteja o mais relaxado possível, de modo a que o enfermeiro mobilize livremente as suas extremidades, sendo que normalmente se observa uma leve resistência ao movimento durante a amplitude total do movimento. O tônus muscular quando se encontra alterado pode manifestar-se em hipotonicidade e hipertonidade.

A espasticidade consiste numa alteração do tônus muscular ocasionada por uma resposta viva da extremidade em extensão ou flexão, observa-se nas lesões piramidais e é sempre maior nos músculos anti gravíticos (SANTIAGO e CORBETT, 2006). Menoita et al. (2012) salientam ainda que a espasticidade deve ser avaliada em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, tal como na avaliação da força muscular e deve ser realizada também bilateralmente e da porção distal para a proximal.

Para avaliação da espasticidade, recorreu-se à escala modificada de Ashworth (BOHANNON e SMITH, 1987), uma vez que esta é a mais utilizada para avaliação

da espasticidade na pessoa com AVC, sendo que a mobilização passiva da extremidade se efetua identificando o momento da amplitude articular em que se regista a resistência ao movimento.

No caso da pessoa em estudo, a avaliação do tônus muscular revelou que não apresentava alterações do tônus no hemicorpo esquerdo, por isso com tônus 0 na referida escala mas que havia a presença de ligeira hipertonicidade no hemicorpo direito, com valor de 1+ na mesma escala. Menoita et al. (2012) refere que após o AVC, o hemicorpo afetado apresenta um estado de flacidez, sem movimentos voluntários, ou seja, apresenta hipotonicidade para iniciar o movimento. A mesma autora salienta ainda que esta hipotonia pode persistir, no entanto é frequente ser seguida por um quadro de hipertonia, com aumento da resistência ao movimento passivo, sendo típico o surgimento do padrão espástico. De acordo com a classificação descrita por Pinto (2001), verificou-se um esboço do padrão espástico no Sr. António, apresentando rotação da cabeça para o lado esquerdo e inclinação para o lado direito, com o membro superior direito com depressão escapulo-umeral; rotação interna do braço; mão com dedos em flexão e adução; membro inferior com rotação externa da coxo-femural e inversão tíbio-társica.

Avaliação da sensibilidade

A avaliação da sensibilidade compreende a sensibilidade superficial (dolorosa, térmica e tátil) que se recebe à superfície da pele e mucosas, e a sensibilidade profunda ou propriocetiva, que engloba a sensibilidade dos vários órgãos (postural e vibratória) (MENOITA et al., 2012; SANTIAGO e CORBETT, 2006; PINTO, 2001).

No que concerne à sensibilidade superficial, esta surge da raiz dos membros para a extremidade, pelo que a sua pesquisa deve ser feita do distal para o proximal. Contempla a avaliação da sensibilidade dolorosa através da pressão do polegar e do indicador sobre partes do corpo ou pressionando um dos dedos (ao longo da cutícula) utilizando um lápis ou uma caneta. Relativamente à sensibilidade térmica, esta deve ser feita com tubos de água quente entre 45º/52º e nunca com temperatura superior uma vez que pode condicionar a avaliação da sensibilidade dolorosa e não térmica. A sensibilidade térmica ao frio é realizada com temperaturas entre os 4ºC e 10ºC (MENOITA et al. 2012; PINTO, 2001). Por outro lado a

sensibilidade térmica ao frio também pode ser testada usando-se um objeto metálico frio (SANTIAGO e CORBETT). Procedeu-se a estas avaliações no Sr. António e concluiu-se que este apresentava analgesia no membro superior direito e hipoalgesia no membro inferior direito. Para avaliar a sensibilidade tátil utilizou-se uma compressa, verificando a anestesia tátil no referido hemicorpo. Relativamente ao hemicorpo esquerdo não apresentou alterações da sensibilidade. Neste sentido há que ter presente que a diminuição e/ou abolição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) contribui para o aparecimento de disfunções percetivas tais como: alterações da imagem corporal, negligência do lado afetado e para o risco de lesões, que serão um dos focos importantes na intervenção do enfermeiro de reabilitação salientando assim a importância da avaliação e intervenção na sensibilidade, por parte do enfermeiro de reabilitação

Avaliação do equilíbrio e marcha

Para avaliação do equilíbrio, procedeu-se á avaliação do equilíbrio na posição de sentado, como refere Menoita *et al.*(2012), colocando as mãos a suportar o peso do corpo e verificou-se que esta pessoa tem equilíbrio estático. Para pesquisar a presença de equilíbrio dinâmico sentado, induziu-se um ligeiro balancear, tendo-se verificado a ausência do mesmo.

No que se refere à marcha, não foi possível fazer esta pesquisa, porque de acordo com os mesmos autores, ela é realizada através da marcha comum e o Sr. António não consegue permanecer em posição ortostática, de forma a poder avaliar desvios, queda, a amplitude de cada passo, e os movimentos de balanço dos membros inferiores. Concluiu-se, por isso, que não tem equilíbrio em pé e não consegue realizar marcha.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser iniciados o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas (HESBEEN, 2003). Deste modo torna-se fulcral que a implementação do plano de cuidados de reabilitação deva iniciar-se entre as quarenta e oito a setenta e duas horas após o AVC (MARTINS, 2006). Neste contexto faz sentido que frequentemente os enfermeiros refiram que a preparação para a alta e o regresso a casa da pessoa vítima de AVC deve começar

logo a planear-se desde o momento da sua admissão na unidade de cuidados de saúde, neste caso no hospital.

No caso do Sr. A., após avaliação da sua situação clínica e da sua situação familiar, foi solicitada a intervenção da assistente social que encaminhou o doente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados por a esposa manifestar não poder cuidar do Sr. A. e não poder dispor da ajuda dos filhos também por motivos de saúde e de indisponibilidade dos mesmos. Durante o internamento do Sr. A. a esposa sofreu uma queda em casa, sendo que não esteve presente durante grande parte do mesmo.

Tendo em conta a existência de um compromisso da mobilidade física relacionado com o status pós AVC e manifestado por hemiplegia direita, desvio conjugado do olhar e da cabeça para a esquerda, o plano de reabilitação elaborado teve como objetivo que o Sr. A. M. apresentasse uma diminuição das complicações decorrentes da imobilidade, bem como a recuperação da uma função motora que o tornasse o mais independente possível para o regresso a casa/unidade de cuidados continuados. Assim as intervenções efetuadas foram de encontro aos objetivos da enfermagem de reabilitação motora na pessoa com hemiplegia que foram: evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado (MENOITA *et al.*, 2012).

HISTÓRIA DE SAÚDE

Respirar

O doente não tinha antecedentes de patologia respiratória. Tinha hábitos tabágicos acentuados (20 cigarros por dia).

Após o AVC encontra-se eupneico, com respiração predominantemente torácica, sem sinais de cianose. Respiração- 18c/m, predominantemente torácica e de amplitude média.

Ausência de deformações ou assimetrias torácicas.

Não apresenta cicatrizes torácicas ou abdominais

Comunicar

O Sr.A. apresentava episódios de agressividade física e verbal para com a esposa quando estava etilizado. Era pouco comunicativo, segundo a esposa.

Após o AVC apresenta-se consciente, aparentemente orientado na pessoa com disartria e desvio da comissura labial para a esquerda. Apresenta períodos de agressividade verbal e por vezes física, quando não se consegue fazer perceber.

Manter um ambiente seguro

Reside em casa de um piso, com condições sanitárias básicas mas, segundo a esposa, o quarto onde o Sr. A. dormia é pequeno e muito húmido e está a ser pintado de novo.

O Sr. A. tinha hábitos etanólicos acentuados, pelo que sofria alguns traumatismos por quedas.

Desta forma, identificou-se a existência de alto risco de queda (classificação de 60) no Sr. A. Este risco foi avaliado recorrendo à Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse (CHBM, 2012) que é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que varia de 0 a 125 pontos e que são a história de queda, diagnóstico secundário, ajuda na marcha, medicação administrada por via endovenosa, marcha e estado mental. De acordo com a pontuação obtida, o doente foi classificado num nível de risco para a ocorrência de quedas, que pode ser: sem risco (0-24 pontos), baixo risco (25-50 pontos) e alto risco (superior a 50 pontos).

Apresenta ainda risco de alteração da integridade da pele e mucosas devido à presença de hemiplegia direita. Foi por isso avaliado o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da utilização da Escala de Braden (CHBM, 2012), procedimento preconizado pela instituição hospitalar em questão. Esta escala é composta por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, sendo que todas as dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última, ponderada de 1 a 3; cada uma delas é operacionalizada por critérios pré definidos. A escala de Braden é uma escala negativa, ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e assume valores que variam entre 6 e 23 pontos. Considera-se um doente com alto risco se obtiver uma pontuação de 6 a 16.

Para valores superiores a 16, existe baixo risco. Desta forma ao aplicar-se a escala de Braden a este doente, atribuiu-se-lhe uma pontuação de inicial de 15, sendo por isso considerado de alto risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão.

Controlar a temperatura corporal

O Sr. A. utilizava vestuário adequado às estações do ano.

No momento da colheita de dados apresentava-se apirético com temperatura auricular=36,7°C

Comer e beber

O Sr. A. era independente na realização desta atividade de vida diária (AVD), com hábitos alimentares sem restrições. Não cumpria horários das refeições, alimentando-se em pequena quantidade. Era dextro na realização desta atividade.

Apresentava hábitos etanólicos acentuados, sendo que a esposa não sabe quantificar

Após o AVC necessita de ajuda total para satisfazer esta AVD por apresentar hemiplegia à direita.

Apresenta disfagia para líquidos.

Mover-se

O Sr. A. era independente na realização desta AVD, exceto quando estava etilizado. Não utilizava produtos de apoio auxiliares de marcha. A esposa refere que tinha episódios frequentes de quedas.

Após o AVC apresenta hemiplegia à direita, com postura de Wernicke-Mann, embora com baixo grau de espasticidade: apresenta rotação da cabeça para o lado esquerdo e inclinação para o lado direito, com o membro superior direito com depressão escapulo-umeral; rotação interna do braço; mão com dedos em flexão e adução; membro inferior com rotação externa da coxo-femural e inversão tíbio-társica.

Está por isso dependente para a realização desta AVD.

Higiene pessoal e vestir-se

O doente era independente na realização desta AVD. Apresentava maus cuidados de higiene por não tomar banho desde o ano de 2002, de acordo com informação da esposa. Não permitia que o ajudassem na satisfação desta necessidade.

O Sr. A. apresenta maus cuidados de higiene principalmente nos espaços interdigitais e unhas dos pés.

Por apresentar hemiplegia à direita, não consegue realizar esta atividade de vida de forma independente.

Eliminar

O Sr. A. era independente na eliminação intestinal e vesical, não apresentando obstipação ou diarreia, com hábitos regulares.

Após o AVC apresenta incontinência de esfíncteres vesical e intestinal.

Dormir

O doente dormia por longos períodos de noite e por vezes dormia a sesta.

Após o AVC dorme por longos períodos durante a noite e à tarde.

Trabalhar e divertir-se

O Sr. A. está reformado e passava grande parte do dia no café perto de casa.

Expressar-se sexualmente

O doente é casado, vive com a esposa e tem três filhos

Não foi possível obter informação sobre esta atividade de vida diária.

Morrer

Não dispomos de informação sobre esta AVD.

PARÂMETROS VITAIS (2/10/2012)

- Pulso=77ppm, rítmico e cheio
- Tensão arterial=197/109mmHg
- Glicémia capilar=118mg/dl
- Dor- não consegue verbalizar se tem dor, contudo, à mobilização não apresenta sinais de dor (avaliada na Escala Doloplus).

Para a elaboração do plano de cuidados, identificaram-se os problemas de enfermagem de acordo com a metodologia PES e distribuíram-se segundo as 12 atividades de vida diária de Nancy Roper.

Nome: A. M. S. M.

Idade: 71

Cama: 5

Data do internamento: 26/9/2012

Data		Problemas	Objetivos	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
Início	Fim				
2/10/2012		Manter ambiente seguro Risco de danos à integridade da pele, R/C hemiplegia à direita	• Manter integridade da pele e mucosas	• Avaliar integridade da pele e mucosas • Avaliar risco de desenvolvimento de úlceras de pressão recorrendo à aplicação da Escala de Braden • Colocar colchão de pressões alternadas • Prestar cuidados de higiene e conforto diariamente e sempre que necessário • Posicionar nos vários decúbitos e fazer levantar para a cadeira de rodas • Utilizar almofada de gel na cadeira de rodas • Estimular a pessoa a mobilizar os membros superiores e inferiores	2/10/2012 O Sr. António apresenta pele e mucosas íntegras Apresenta alto risco (15) de desenvolvimento de úlceras de pressão Foi colocado colchão de pressões alternadas Foram prestados cuidados de higiene no leito diários e sempre que necessário Foi ensinado e incentivado a fletir o joelho esquerdo e fazer carga no membro inferior para fazer a ponte e rolar na cama, tendo este colaborado pouco por apresentar alguma descoordenação motora. Foi ensinado e incentivado a fazer carga no cotovelo para rolar na cama e para adotar a posição de sentado, não tendo colaborado. Foi posicionado nos vários decúbitos 2 vezes durante o turno, tendo tolerado bem os mesmos. Foi feito levantar para a cadeira de rodas sem a colaboração do doente. Permaneceu na cadeira de rodas com almofada de gel,

					tendo sido deitado e posicionado no final do turno. 6/10/2012 a 15/10/2012 O doente mantém pele e mucosas íntegras. Apresenta agora baixo risco (18) de desenvolvimento de úlceras de pressão Mantém-se colocado o colchão de pressões alternadas. Foram prestados cuidados de higiene no leito diários e sempre que necessário. O doente fez a ponte e rolou na cama sempre que solicitado, fazendo carga no membro inferior esquerdo. Foi incentivado a fazer carga no cotovelo para rolar na cama e para adotar a posição de sentado, tendo colaborado sempre que solicitado. Foi posicionado nos vários decúbitos 2 vezes durante o turno, tendo tolerado bem os mesmos. Foi feito levantar para a cadeira de rodas com a colaboração do doente, fazendo carga no membro inferior esquerdo e apoiando-se no cotovelo para adotar a posição de sentado. Permaneceu na cadeira de rodas com almofada de gel, sendo que foi deitado e posicionado no final do turno. Foi ensinado e estimulado a
--	--	--	--	--	--

					fazer automobilizações dos membros superior e inferior direitos, tendo colaborado pouco. Foi-lhe explicada a importância das mesmas 16/10/2012 e 17/10/2012 O doente mantém pele e mucosas íntegras. Mantém baixo risco (18) de desenvolvimento de úlceras de pressão Mantém-se colocado o colchão de pressões alternadas. Foram prestados cuidados de higiene no leito diários e sempre que necessário. O doente fez a ponte e rolou na cama espontaneamente, sempre que necessário. Para adotar a posição de sentado o Sr. A. fez, espontaneamente, carga no cotovelo esquerdo, tendo-se sentado na cama com ajuda. Foi posicionado nos vários decúbitos 2 vezes durante o turno, tendo tolerado bem os mesmos. Foi feito levante para a cadeira de rodas com a colaboração do doente, fazendo, espontaneamente, carga no membro inferior esquerdo e apoiando-se no cotovelo para adotar a posição de sentado. Permaneceu na cadeira de
--	--	--	--	--	--

					rodas com almofada de gel, sendo que foi deitado e posicionado no final do turno, sendo que colaborou no posicionamento e na transferência para a cama. Foi estimulado a fazer automobilizações dos membros superior e inferior direitos, sendo que o doente fez estas automobilizações sob orientação da enfermeira, quando solicitado. 22/10/2012 a 29/10/2012 O doente apresenta eritema na região nadegueira e supra púbica, relacionado com incontinência de esfíncteres, mantendo restante pele e mucosas íntegras. Mantém-se colocado o colchão de pressões alternadas. Mantém baixo risco (18) de desenvolvimento de úlceras de pressão Foram prestados cuidados de higiene no leito diários e sempre que necessário. O doente fez a ponte e rolou na cama espontaneamente, sempre que necessário. Para adotar a posição de sentado o Sr. A. fez, espontaneamente, carga no cotovelo esquerdo, tendo-se sentado na cama com ajuda.
--	--	--	--	--	--

22/10/2012		Danos à integridade da pele R/C incontinência de esfíncter vesical M/P prurido e eritema na região nadegueira e supra púbica	• Restabelecer a integridade da pele e mucosas	• Avaliar diariamente a integridade da pele e mucosas • Prestar cuidados de higiene e conforto sempre que necessário • Estimular a utilização do urinol • Aplicação de Mitosyl pomada	Foi posicionado nos vários decúbitos 2 vezes durante o turno, tendo tolerado bem os mesmos. Foi feito levante para a cadeira de rodas com a colaboração do doente, fazendo, espontaneamente, carga no membro inferior esquerdo e apoiando-se no cotovelo para adotar a posição de sentado. Permaneceu na cadeira de rodas com almofada de gel, sendo que foi deitado e posicionado no final do turno, sendo que colaborou no posicionamento e na transferência para a cama. O Sr. A. fez automobilizações dos membros superior e inferior direitos, sob a orientação da enfermeira. 22 /10/2012 O doente apresenta prurido e eritema na região supra púbica e nadegueira Foi mudada a fralda e prestados cuidados de higiene em S.O.S Foi colocada Mitosyl pomada no
------------	--	---	--	--	--

2/10/2012		Higiene pessoal e vestir-se Défi ce de auto cuidado no banho/higiene R/C hemiplegia à direita M/P incapacidade para proceder aos cuidados de higiene	• Que a pessoa mantenha um padrão de higiene adequado às suas necessidades • Autonomizar a pessoa o mais possível nesta AVD • Que a pessoa mantenha pele limpa, hidratada e íntegra • Envolver a família/pessoa significativa na realização desta AVD	• Prestar cuidados de higiene e conforto no leito • Avaliar diariamente as capacidades motoras da pessoa para colaborar nos cuidados de higiene • Ensinar à pessoa como colaborar nos cuidados de higiene fazendo a ponte com carga no membro inferior esquerdo e rolando na cama • Estimular a colaboração da pessoa	local das lesões Foi disponibilizado o urinol ao doente várias vezes, não tendo urinado por apresentar incontinência vesical e não conseguir colaborar, urinando quando lhe é pedido 23/10/2012 a 29/10/2012 Não refere prurido e apresenta diminuição do eritema. Foi colocada Mitosyl pomada após cuidados de higiene e em cada mudança de fralda Foi incentivado o uso do urinol, não tendo urinado quando lhe foi pedido por apresentar incontinência de esfíncter vesical Foi colocado dispositivo urinário externo. 2/10/2012 O Sr. António apresenta hemiplegia com força 0/5 (escala de Lower) e tônus 1+ (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo direito. Apresenta força 3/5 (escala de Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo.
-----------	--	---	--	--	---

				nestes cuidados • Mostrar o pente à pessoa, lembrá-la que serve para se pentear e demonstrar-lhe como se faz • Incentivar a pessoa a pentear o cabelo do lado afetado • Felicitar a pessoa sempre que esta colabore • Pedir colaboração da esposa para cortar as unhas e fazer a barba ao Sr. A. • Ensinar à esposa como prestar cuidados de higiene ao Sr. A. com a colaboração deste	Foram prestados cuidados de higiene no leito com a colaboração do doente: • foi-lhe ensinado como fazer a ponte com carga no membro inferior esquerdo e como rolar na cama. O doente colaborou pouco por apresentar alguma descoordenação motora • foi-lhe mostrado o pente, lembrando-o qual a sua utilidade e foi-lhe demonstrado como fazer para se pentear, mas o doente não consegue coordenar os movimentos, não se conseguindo pentear Não recebeu a visita da esposa neste turno não tendo sido possível pedir-lhe colaboração para cortar as unhas e fazer a barba Não foi possível calendarizar com a esposa uma sessão de educação para a saúde sobre cuidados de higiene por esta não ter comparecido à visita 6/10/2012 a 9/10/2012 O Sr. A. mantém hemiplegia com força 0/5 (escala de Lower) e tônus 1+ (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo direito. Mantém força 3/5 (escala de Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo.
--	--	--	--	---	---

					Foram prestados cuidados de higiene no leito Foi pedida a colaboração do Sr. A. nestes cuidados, pelo que fez a ponte e rolou na cama quando solicitado Foi incentivado a pentear-se lembrando-o que deve pentear o cabelo do lado direito O doente revela alguma descoordenação motora mas conseguiu pentear-se do lado esquerdo. Penteou-se do lado direito com ajuda, utilizando a mão esquerda. Foi felicitado pelos progressos conseguidos, tendo sorrido. Recebeu a visita da esposa no dia 7 e foi pedido à mesma para lhe cortar as unhas e fazer a barba ao que respondeu que teria que trazer corta unhas e no dia seguinte o genro faria a barba Foi solicitada para estar presente numa sessão prática de educação sobre cuidados de higiene ao que respondeu que não podia calendarizar um dia mas que viria quando pudesse 13/10/2012 a 15/10/2012 O Sr. A. mantém hemiplegia com força 0/5 (escala de Lower) e tônus 1+ (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo direito.
--	--	--	--	--	---

					Mantém força 3/5 (escala de Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo. Foram prestados cuidados de higiene no leito com a colaboração do doente ao fazer a ponte e rolar na cama, sempre que solicitado. Não foi possível proceder à higiene no duche por o Sr. A. não apresentar equilíbrio dinâmico e estático em pé Foi-lhe colocado o pente na mão e sem ser estimulado, o Sr. A. penteou sozinho o cabelo. Necessitou de ajuda para pentear o cabelo na região occipital e lado direito por não ter amplitude necessária do movimento para o fazer Apresenta unhas cortadas e barba feita pela esposa que o visitou dia 13 no turno da tarde. Foi felicitado pela sua colaboração nos cuidados, tendo ficado sorridente. 16/10/2012 e 17/10/2012 Foi reavaliada a força no hemicorpo direito, sendo que apresenta força 3/5 (escala de Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no membro inferior direito e mantém plegia do membro superior direito com força 0/5 e
--	--	--	--	--	---

					tónus 1, avaliados com as respectivas escalas. Mantém força 3/5 (escala de Lower) e tónus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo. Foi ensinado e incentivado a fazer carga no membro inferior direito para fazer a ponte e rolar na cama, conseguindo fazê-lo com ajuda e só quando é estimulado para o fazer Foram prestados cuidados de higiene no leito em que o doente faz a ponte e rola na cama sem ser estimulado, fazendo carga no membro inferior esquerdo. O Sr. A. penteou sozinho o cabelo. Necessitou ainda de ajuda para pentear o cabelo na região occipital e lado direito por não ter amplitude necessária do movimento para o fazer Não recebeu a visita da esposa neste turno 22/10/2012 a 29/10/2012 Foi reavaliada a força do Sr. A. no hemicorpo direito, sendo que mantém força 3/5 (escala de Lower) e tónus 0 (escala modificada de Ashworth) no membro inferior e plegia do membro superior com força 0/5 e tónus 1, avaliados com as respectivas escalas.
--	--	--	--	--	--

2/10/2012		Défi de auto cuidado no vestir-se e despir-se R/C hemiplegia à direita e M/P incapacidade de se vestir/despir sozinho e calçar-se e descalçar-se	• Que a pessoa se autonomize o mais possível na realização desta AVD • Envolver a família/cuidador na satisfação desta necessidade	• Avaliar diariamente as capacidades motoras da pessoa para se vestir e despir • Planear o ato de vestir/despir de acordo com a colaboração da pessoa • Ensinar à pessoa como colaborar no vestir e despir fazendo a ponte e	O doente apresenta agora força 4/5 (escala de Lower) e tónus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo. Foram prestados cuidados de higiene no leito com colaboração espontânea do doente a rolar na cama e a fazer ponte fazendo carga nos membros inferiores, embora com menos força no direito. Fez carga no membro inferior direito só quando solicitado. Foi estimulado a lavar a cara, tendo colaborado, utilizando a mão direita. Penteou-se sozinho necessitando de ser estimulado a pentear o cabelo do lado direito. Não recebeu a visita da esposa tendo sido feita tentativa de contacto com a mesma, por telefone, não tendo atendido.
					2/10/2012 O Sr. António apresenta hemiplegia com força 0/5 (escala de Lower) e tónus 1+ (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo direito. Apresenta força 3/5 (escala de

				colaborando com os membros superior e inferior esquerdos • Providenciar vestuário fácil de vestir e despir • Felicitar a pessoa sempre que esta colabore nesta AVD • Ensinar a esposa a planejar o ato de vestir e despir • Incentivar a esposa a pedir a colaboração do Sr. Francisco para o vestir e despir	Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo Foi pedida colaboração ao Sr. Antônio para colocar a mão esquerda dentro da manga do casaco do pijama, sendo que este não colaborou. Foi pedido ao doente para fletir o joelho esquerdo e elevar o membro para vestir a calça e ele não colaborou por apresentar alguma descoordenação de movimentos. Foi solicitado ao doente para fazer a ponte para despir a calça e ele colaborou pouco por apresentar descoordenação de movimentos. 6/10/2012 a 9/10/2012 O doente mantém hemiplegia com força 0/5 (escala de Lower) e tônus 1+ (escala modificada de Ashworth) à direita. Apresenta força 3/5 (escala de Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo. Após ter sido explicado ao doente como vestir o casaco e pedido para ele colocar a mão direita na manga do casaco automobilizando-a com a esquerda e ele não colaborou nesta atividade. Foi ainda
--	--	--	--	---	---

					demonstrado e pedido ao doente para colocar a mão esquerda dentro da manga do casaco, tendo este colaborado O Sr. António colaborou na atividade de vestir e despir as calças fazendo a ponte, sempre que solicitado. Foi providenciado um casaco aberto atrás para facilitar a colaboração do doente O doente recebeu a visita da esposa no dia 7, tendo-lhe sido demonstrado como o doente colabora na mudança da fralda fazendo a ponte e rolando na cama. Foi solicitada para estar presente numa sessão prática de educação sobre vestir e despir com a colaboração do doente, ao que respondeu que não podia calendarizar um dia mas que viria quando pudesse 13/10/2012 a 15/10/2012 O Sr. António mantém hemiplegia com força 0/5 (escala de Lower) e tônus 1+ (escala modificada de Ashworth) à direita. Apresenta força 3/5 (escala de Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo O doente foi estimulado a segurar na mão direita com a esquerda para vestir primeiro a
--	--	--	--	--	--

					manga direita, tendo tentado colaborar mas revelando pouca coordenação de movimentos para o fazer. O Sr. A. introduziu o membro superior esquerdo na manga do casaco do pijama quando solicitado. Fez ainda a ponte fazendo carga no membro inferior esquerdo para despir as calças quando estimulado a fazê-lo Foi dado reforço positivo pelos progressos ao Sr. A. e ele mostrou fácies de contentamento. A esposa não esteve presente nestes turnos 16/10/2012 e 17/10/2012 Foi reavaliada força e tónus no hemicorpo direito, sendo que apresenta força 3/5 (escala de Lower) e tónus 0 (escala modificada de Ashworth) no membro inferior e mantém plegia do membro superior com força 0/5 e tónus 1 nas respetivas escalas. No hemicorpo esquerdo mantém força 3/5 e tónus 0. Foi ensinado e incentivado a elevar o membro inferior direito para vestir a calça, sendo que colaborou com alguma ajuda. O Sr. A. colabora na realização desta AVD fazendo a ponte com
--	--	--	--	--	---

					carga no membro inferior esquerdo, colocando o membro superior esquerdo na manga do casaco sem ser estimulado e para vestir as calças puxa-as para cima com a mão esquerda. Não recebeu a visita da esposa neste turno 22/10/2012 a 29/10/2012 Foi reavaliada a força e o tônus no hemicorpo esquerdo e apresenta agora força 4/5 e tônus 0. Mantém força 3/5 e tônus 1 no membro inferior direito e força 0 e tônus 1 no membro superior. O Sr. A. colabora na realização desta AVD fazendo a ponte para despir as calças, fletindo o membro inferior esquerdo para as vestir e colocando o membro superior esquerdo na manga do casaco sem ser estimulado O doente eleva o membro inferior direito para vestir a calça, mas só quando estimulado No momento de vestir as calças puxa espontaneamente as mesmas para cima com a mão esquerda. Para as despir, enquanto faz a ponte, empurra-as para baixo com a mão esquerda. Quando estimulado, o doente segura na mão direita para a
--	--	--	--	--	--

					introduzir na manga do casaco. Sempre que o doente colabora na realização desta AVD é felicitado, mostrando fácies de contentamento.
2/10/2012		Mover-se Mobilidade física prejudicada R/C hemiplegia à direita e M/P: • impossibilidade de mobilizar ativamente o hemicorpo direito • manter-se permanentemente no decúbito em que é posicionado • incapacidade para se sentar, andar e levantar sem ajuda • presença de tônus muscular aumentado no hemicorpo direito	• Que a pessoa adquira a máxima independência na realização desta AVD • Que a pessoa adquira uma postura correta e confortável • Inibir a espasticidade • Reeducar o mecanismo reflexo postural	• Proceder à avaliação diária da motricidade da pessoa, utilizando escalas de avaliação da força (escala de avaliação da força muscular de Lower) e de avaliação de tônus (escala modificada de Ashworth) • Estabelecer programa de mobilizações de acordo com os resultados obtidos pela avaliação da motricidade • Proceder à avaliação diária do equilíbrio sentado e em pé • Estabelecer programa de treino de equilíbrio de acordo com resultados da avaliação de equilíbrio • Proceder à avaliação da marcha • Estabelecer programa de treino de marcha de acordo com resultados da avaliação da marcha • Ensinar a pessoa a fazer a ponte • Ensinar a pessoa a rolar na cama • Ensinar a pessoa a adotar a posição de sentado na cama • Ensinar a pessoa a transferir-se da cama para a cadeira de rodas e desta para a cama • Explicar à pessoa a importância de manter o alinhamento corporal • Explicar-lhe como manter o alinhamento corporal na cadeira de rodas	2/10/2012 Doente apresenta hemiplegia à direita com força 0/5 avaliada na escala de Lower e tônus 1+ avaliado na escala modificada de Ashworth. Nos membros superior e inferior esquerdos apresenta tônus 0 e força 3/5 avaliados recorrendo às escalas anteriormente referidas. Foi definido um programa de mobilizações passivas diárias das articulações dos membros superior e inferior direitos. Estas mobilizações ocorreram após a higiene no leito, antes de fazer levantar para a cadeira de rodas. Cada mobilização foi repetida cinco vezes e ir-se-á aumentando progressivamente o número de mobilizações de acordo com a tolerância do Sr. António. Foi feita avaliação do equilíbrio na posição de sentado, sendo que tem equilíbrio estático, não apresentando equilíbrio dinâmico na mesma posição. Não tem equilíbrio em pé. Desta forma, não foi possível estabelecer programa de treino
2/10/2012		Risco de rigidez articular R/C hemiplegia à direita	• Diminuir o risco de rigidez articular		

				• Utilizar produtos de apoio facilitadores da manutenção do alinhamento corporal • Conscientizar a pessoa da existência do hemisorpo afetado através de atividades de facilitação cruzada, abordando-a pelo lado afetado e referenciando sempre que possível o nome desse hemisorpo • Felicitar a pessoa pelos progressos conseguidos • Proceder a posicionamentos terapêuticos em padrão antispástico • Pedir colaboração da Medicina Física e Reabilitação (MFR)	de marcha O programa delineado de treino de equilíbrio consistiu em fazer treino de equilíbrio dinâmico sentado na beira da cama, com o doente a apoiar-se com ambas as mãos no colchão e o enfermeiro a induzir um certo balanço no tronco do doente. Este treino realizar-se-á diariamente no momento que antecede a preparação para a transferência para a cadeira de rodas. Foi ensinado ao Sr. A. como rolar na cama e fazer a ponte com carga no membro inferior esquerdo, tendo este colaborado pouco por apresentar descoordenação motora Foi demonstrado ao doente como sentar-se na cama apoiando-se no cotovelo esquerdo, rodando o corpo e fazendo carga no membro inferior esquerdo, sem obter a sua colaboração. Foi explicado ao doente como colaborar na transferência para a cadeira, pelo lado esquerdo, fazendo carga no membro inferior esquerdo e o doente não colaborou no que lhe foi pedido. O doente quando se encontra sentado na cadeira, inclina-se para o lado direito. Foi-lhe
--	--	--	--	--	---

					explicado como adotar uma postura correta na cadeira e mantê-la, fazendo carga no cotovelo esquerdo e no membro inferior esquerdo e o doente não executou o que lhe foi pedido por revelar descoordenação de movimentos. Durante o turno foi repetidamente lembrado para se posicionar corretamente, não tendo feito o que lhe foi pedido. Foi corretamente posicionado sempre que necessário. Foi colocada mesa de apoio na cadeira para auxiliar o doente a manter uma postura correta. O doente foi abordado pelo lado afetado sempre que possível. Foram-lhe proporcionadas atividades de facilitação cruzada tais como colocar a colher e o guardanapo do lado direito e ele não conseguiu segurá-los por descoordenação de movimentos. Foi-lhe ensinado a limpar a boca do lado direito e pentear o cabelo desse lado, fazendo ênfase no nome do lado e o doente não colaborou. O doente foi ensinado e estimulado a fazer auto mobilizações dos membros superior e inferior direitos, mas revela alguma descoordenação de movimentos e por isso não
--	--	--	--	--	---

					conseguiu fazer o pretendido O doente foi alternadamente posicionado no leito em padrão antispástico em decúbito lateral direito e esquerdo Foi contactado o serviço de MFR para observar o doente e estabelecer programa de reabilitação e aguarda-se resposta 6/10/2012 a 15/10/2012 O doente mantém hemiplegia à direita com força 0/5 e tônus 1. Mantém tônus 0 e força 3/5 no hemicorpo esquerdo. Foram feitas 5 mobilizações passivas de cada movimento de cada articulação dos membros superior e inferior direitos e o doente não referiu dor/não revelou fácies de dor durante as mesmas. Foram feitas mobilizações ativas do membro superior esquerdo com exercícios como pentear-se, comer sozinho, fazer carga no cotovelo para adotar a posição de sentado e rolar na cama. Fez ainda exercícios ativos ao membro inferior esquerdo ao fazer a ponte, rolar na cama e na transferência da cama para a cadeira. O doente sentou-se na cama com ajuda, fazendo carga no cotovelo e no membro
--	--	--	--	--	--

					inferior esquerdo. Foi ainda ensinado e estimulado a fazer automobilizações dos membros inferior e superior direitos com ajuda dos membros do hemicorpo esquerdo, tendo colaborado pouco. Mantém equilíbrio estático sentado. Foi feito treino de equilíbrio dinâmico sentado, mas continua sem equilíbrio dinâmico. Mantém-se sem equilíbrio em pé. O Sr A. rolou na cama fazendo carga no membro inferior e cotovelo esquerdos, sempre que solicitado. Fez a ponte com carga no membro inferior esquerdo sempre que solicitado. Foi feita transferência da cama para a cadeira e desta para a cama, com a colaboração do doente ao fazer carga no cotovelo e no membro inferior esquerdos sempre que solicitado. Sempre que necessário foi estimulado a adotar posição correta na cadeira, mas o doente ainda não o faz sozinho. Sempre que possível, o doente foi abordado pelo lado direito Foi colocada mesa de apoio para manter postura corporal correta Foi posicionado na cama em
--	--	--	--	--	---

					padrão antispástico Dia 9 iniciou programa de reabilitação no ginásio do hospital no serviço de MFR 16/10/2012 e 17/10/2012 O Sr. A. mantém força 3/5 (escala de Lower) e tônus 0 (escala modificada de Ashworth) no hemicorpo esquerdo. Apresenta plegia braquial à direita com força 0/5 e tônus 1 e força 3/5 e tônus 0 no membro inferior direito Foram feitas 10 mobilizações passivas de cada movimento de cada articulação do membro superior direito e o doente não referiu dor/não revelou fácies de dor durante as mesmas Foram feitas mobilizações ativas dos membros superior e inferior esquerdos com exercícios como pentear-se, comer sozinho e fazer carga no membro inferior esquerdo ao fazer a ponte e rolar na cama. O Sr A. rolou na cama fazendo carga no membro inferior e cotovelo esquerdos, sempre que necessário e de forma espontânea. Fez ainda a ponte com carga no membro inferior esquerdo espontaneamente. O doente foi estimulado a fazer a ponte com carga no membro inferior direito, tendo-o feito com
--	--	--	--	--	--

					ajuda e só quando solicitado. O doente sentou-se na cama com ajuda, fazendo carga no cotovelo e no membro inferior esquerdo, sem ser estimulado. Foi feito treino de equilíbrio dinâmico sentado, mas continua sem equilíbrio dinâmico Foi feita transferência da cama para a cadeira e desta para a cama, com a colaboração do doente ao fazer carga no cotovelo e no membro inferior esquerdos, espontaneamente. Sempre que necessário foi estimulado a adotar posição correta na cadeira, mas o doente ainda não o faz sozinho. Sempre que possível, o doente foi abordado pelo lado direito Foi colocada mesa de apoio para manter postura corporal correta Foi posicionado na cama em padrão antispástico 22/10/212 a 29/10/2012 O doente mantém plegia braquial à direita com força 0/5 e tônus 1. Mantém força 3/5 no membro inferior direito e tônus 0. Mantém tônus 0 no hemicorpo esquerdo e tem agora força 4/5 neste membro. Foram feitas 10 mobilizações passivas de cada movimento de
--	--	--	--	--	---

					cada articulação dos membros superior e inferior direitos e o doente não referiu dor/não revelou fácies de dor durante as mesmas Foram feitas mobilizações ativas dos membros superior e inferior esquerdos com exercícios como pentear-se, comer sozinho e fazer carga no membro inferior esquerdo Foi estimulado a fazer automobilizações dos membros inferior e superior direitos, conseguindo fazê-las mas só quando solicitado e sob orientação da enfermeira.. Foi por isso solicitado várias vezes em cada turno. O Sr. A. rolou na cama durante os cuidados de higiene de forma espontânea. Fez a ponte para vestir, despir e mudar a fralda sem ser solicitado, fazendo carga no membro inferior esquerdo. Só faz carga no membro inferior direito quando estimulado e necessita de alguma ajuda. O doente sentou-se na cama com ajuda, fazendo carga no cotovelo e no membro inferior esquerdo, sem necessitar ser solicitado Foi feito treino de equilíbrio dinâmico sentado, mas continua sem equilíbrio dinâmico
--	--	--	--	--	---

2/10/2012		Risco de queda R/C hemiplegia à direita	• Diminuir o risco de queda	• Avaliar o risco de queda recorrendo à escala de Morse • Elevar grades de proteção laterais na cama quando o doente está deitado • Colocar cinturão de contenção quando o doente está na cadeira	Foi feita transferência da cama para a cadeira e desta para a cama, com mais colaboração do doente, sendo que espontaneamente apoia a sua mão esquerda na cadeira. Sempre que necessário foi estimulado a adotar posição correta na cadeira e já consegue fazê-lo sem ajuda apoiando-se no pé esquerdo cotovelo esquerdos. Sempre que possível, o doente foi abordado pelo lado direito Foi colocada mesa de apoio para manter postura corporal correta Foi posicionado em padrão antispástico Mantém programa de reabilitação no ginásio do hospital no serviço de MFR
					2/10/2012 O doente apresenta alto risco de queda (60) Foram elevadas as grades de proteção laterais na cama sempre que o doente se encontra na mesma Foi feita contenção com cinturão quando o doente permaneceu na cadeira O Sr. A. não sofreu quedas

					6/10/2012a 29/10 /2012 Foi reavaliado o risco de queda recorrendo à escala de Morse, mantendo-se alto (60) Foram mantidas elevadas as grades de proteção laterais na cama sempre que o doente está deitado ou sentado na mesma Foi feita contensão com cinturão quando o doente permaneceu na cadeira. Foi explicado ao Sr. A. que não deveria ser feita nenhuma tentativa de se levantar da cadeira ser auxiliado pela enfermeira. O Sr. A. não sofreu quedas durante o período referenciado.
2/10/2012		Eliminar Incontinência vesical e intestinal R/C falta de controlo de esfíncteres M/P emissão involuntária de fezes e urina	• Que a pessoa consiga a máxima independência possível na realização desta AVD	• Oferecer o urinol à pessoa • Relembrar a pessoa da função do urinol • Estimular a pessoa a urinar no urinol • Oferecer a arrastadeira à pessoa após as refeições usufruindo do reflexo gastro cólico • Relembrar a pessoa da função da arrastadeira	2/10/2012 a 29/10/2012 Apresenta incontinência vesical tendo urinado na fralda. Apresenta incontinência intestinal tendo evacuado na fralda. Foi disponibilizado o urinol ao doente O Sr. A. foi incentivado a urinar no urinol O doente não urinou no urinol porque tem incontinência de esfíncter vesical não conseguindo controlar o mesmo Foi por isso colocado dispositivo urinário externo. Foi disponibilizada a arrastadeira ao doente após as

					refeições mas o doente não evacuou na arrastadeira
2/10/2012		Comer e beber • Défice de auto cuidado para se alimentar R/C hemiplegia direita e M/P impossibilidade em levar os alimentos à boca (o Sr. António era dextro)	• Que a pessoa consiga alimentar-se sem ajuda • Que a pessoa mantenha estado nutricional adequado às suas necessidades metabólicas	• Avaliar diariamente a força muscular nos membros superiores • Avaliar capacidade de preensão para segurar a colher com a mão esquerda • Estimular a pessoa a alimentar-se pela sua própria mão • Mostrar-lhe a colher, dizendo e demonstrando-lhe para que serve • Ensiná-la a segurar na colher com a mão esquerda • Ajudar a pessoa a alimentar-se às refeições, auxiliando-a só o estritamente necessário para que possa ser o mais independente possível nesta AVD • Oferecer-lhe alimentos fáceis de mastigar • Vigiar presença de disfagia • Colocar antiderrapante por baixo do prato • Incentivar a pessoa a comer calmamente • Dar-lhe reforço positivo quando faz progressos • Ensinar a esposa a cumprir a dieta prescrita e estimulá-la a autonomizar o doente no ato de comer e beber • Ensinar assistentes operacionais sobre importância de estimular a pessoa a alimentar-se sozinha	2/10/2012 O Sr. A. apresenta plegia braquial direita com força 0/5 avaliada na escala de Lower e tónus 1+ avaliado na escala modificada de Ashworth. No membro superior esquerdo apresenta tónus 0 e força 3/5 avaliados recorrendo às escalas anteriormente referidas. Foi explicado ao Sr.A. para que serve a colher e foi-lhe demonstrado como segurar na colher, colocar a comida na mesma e levá-la à boca. O Sr. António alimentou-se com ajuda total porque não consegue ter movimentos de preensão da colher na mão esquerda por apresentar descoordenação motora. Apresenta disfagia para líquidos, pelo que foi colocado espessante na papa e na sopa 7/10/2012 O Sr. A. mantém plegia braquial direita com força 0/5 avaliada na escala de Lower e tónus 1+ avaliado na escala modificada de Ashworth. Mantém tónus 0 e força 3/5 no membro superior esquerdo, avaliados recorrendo às escalas anteriormente referidas.

					Foi-lhe fornecida dieta com espessante, não apresentando disfagia. Foi colocado antiderrapante por baixo do prato O doente foi incentivado a comer devagar Foi-lhe demonstrado como segurar na colher com a mão esquerda, colocar comida na mesma e levá-la à boca. O doente apresenta alguma dificuldade na preensão da colher devido ao seu peso. Foi-lhe fornecida colher de plástico, o que lhe facilitou na preensão da mesma. Alimentou-se sozinho, necessitando de ajuda para colocar comida na colher. Consegue levar a colher à boca com alguma dificuldade de coordenação dos movimentos, pelo que foi ajudado. Foi felicitado pelos seus progressos e sorriu. Recebeu a visita da esposa à hora do almoço que pretendia dar-lhe a comida à boca. Foi feito ensino à mesma de como adequar a dieta às necessidades do doente. Foi-lhe ainda feito ensino da importância de o autonomizar e de como o autonomizar na realização desta AVD, ajudando-o só naquilo que ele não conseguir realizar sozinho.
--	--	--	--	--	---

					Foi também ensinada sobre a importância de dar tempo ao Sr. A. para ele se alimentar sozinho 9/10/2012 a 13/10/2012 O Sr. A. mantém plegia braquial direita com força 0/5 avaliada na escala de Lower e tônus 1+ avaliado na escala modificada de Ashworth. Mantém tônus 0 e força 3/5 no membro superior esquerdo, avaliados recorrendo às escalas anteriormente referidas. Alimentou-se de dieta pastosa e não apresentou disfagia. O doente foi incentivado a comer devagar Alimentou-se na totalidade com colher de plástico, com melhor capacidade de apreensão que em dias anteriores. Ainda necessita de ajuda para colocar a comida na colher. Leva a colher à boca sem dificuldade. Foi-lhe dado reforço positivo por já conseguir alimentar-se sozinho e o Sr. A. sorriu muito. 14/10/2012 a 17/10/2012 O Sr. A. mantém plegia braquial direita com força 0/5 avaliada na escala de Lower e tônus 1 avaliado na escala modificada de Ashworth. Mantém tônus 0 e força 3/5 no membro superior esquerdo.
--	--	--	--	--	---

2/10/2012		Disfagia para líquidos, R/C diminuição da força, tônus e sensibilidade dos músculos da face, mandíbula e/ou da língua M/P tosse à deglutição de líquidos	• Diminuir presença de disfagia para líquidos • Que a pessoa mantenha estado de hidratação adequado	• Adequar a dieta às necessidades da pessoa • Estimular a realização de exercícios de fortalecimento muscular da face, mandíbula e/ou língua • Incentivar a ingestão de pequenas quantidades de alimento lentamente • Implementação de manobras facilitadoras da deglutição	Comeu sozinho com colher de plástico. Já consegue colocar a comida na colher. Alimentou-se na totalidade de dieta de transição e não apresentou disfagia. Foi felicitado pelos seus progressos. 22/10/2012 a 29/10/2012 O Sr. A. mantém plegia braquial direita com força 0/5 avaliada na escala de Lower e tônus 1 avaliado na escala modificada de Ashworth. Mantém tônus 0 e apresenta agora força 4/5 no membro superior esquerdo. Alimentou-se sozinho sem ajuda com colher de metal, mostrando destreza na preensão da mesma. Alimentou-se na totalidade de dieta de transição sem apresentar disfagia. 2/10/2012 a 7/10/2012 O Sr. A. apresenta disfagia para líquidos. Foi ensinado e estimulado a realizar exercícios de fortalecimento muscular da língua e lábios como fazer a protusão da língua, lateralizá-la, colocá-la no palato, bocejar e
-----------	--	---	--	--	--

					assobiar. O doente não colaborou na realização destes exercícios. Foi colocado espessante na sopa e na papa, sendo que o Sr. A. não apresentou tantos episódios de tosse à deglutição Foi alimentado na posição de sentado. 9/10/2012 a 13/10/2012 O Sr. A. apresenta disfagia para líquidos Foi ensinado e estimulado a realizar exercícios de fortalecimento muscular da língua e lábios como fazer a protusão da língua, lateralizá-la, colocá-la no palato, bocejar e assobiar. O doente não colaborou na realização destes exercícios por não conseguir coordenar estes movimentos. Foi incentivado a ingerir líquidos em pequenas quantidades Alimentou-se na posição de sentado Alimentou-se de dieta pastosa, não apresentando disfagia 14/10/2012 a 29/10/2012 O Sr. A. mantém disfagia para líquidos Foi ensinado e estimulado a realizar exercícios de fortalecimento muscular da
--	--	--	--	--	--

					língua e lábios como fazer a protusão da língua, lateralizá-la, colocá-la no palato, bocejar e assobiar. O doente não colaborou na realização destes exercícios por não conseguir coordenar estes movimentos. Foi incentivado a ingerir líquidos em pequenas quantidades. Foram implementadas manobras posturais facilitadoras da deglutição como a ligeira flexão da cabeça para proteção das vias aéreas e adoção da posição de sentado. Alimentou-se de dieta de transição, não apresentando disfagia.
2/10/2012		Comunicar • Comunicação verbal alterada R/C disartria M/P comunicação verbal pouco inteligível	• Que a pessoa consiga comunicar verbalmente • Aumentar a força da musculatura oral • Melhorar a qualidade de voz e a articulação das palavras • Que a pessoa complemente a comunicação verbal com formas de comunicação não verbais	• Incentivar a pessoa a comunicar verbalmente • Dar tempo à pessoa para se expressar • Pedir à pessoa para articular as palavras calmamente • Não interromper a pessoa • Falar calmamente com a pessoa • Não mostrar impaciência quando não se compreende o que nos tenta comunicar • Estimular a complementaridade da comunicação não verbal • Encorajar frases curtas como “bom dia”, “não quero”, “sim”, “não” • Felicitar a pessoa quando esta se consegue fazer entender	2/10/2012 O Sr. António apresenta disartria e desvio da comissura labial para a esquerda. Manifesta fácies de inquietação quando não se consegue fazer perceber verbalmente. Foi-lhe explicado que tem de falar com calma para conseguir articular as palavras. Foi-lhe dado tempo para se expressar. Consegue articular a palavra “não” Foi pedida colaboração do serviço de MFR para avaliação do doente e eventual realização de programa de terapia da fala

				expressando-se verbalmente • Fazer ensinios à pessoa sobre exercícios de reeducação da musculatura labial e da face como assobiar, fechar os olhos com força, sorrir a mostrar os dentes, sorrir sem mostrar os dentes • Ensinar à pessoa significativa formas alternativas de comunicação como gestos, apontar, acenar com a cabeça, quando se verifiquem sinais de frustração na pessoa por não conseguir comunicar • Elucidar a pessoa significativa sobre a importância de fazer perguntas simples e aguardar a resposta não mostrando impaciência • Explicar à equipa de saúde a importância de, ao abordar o Sr. A., fazer-lhe perguntas simples e aguardar a resposta não mostrando impaciência • Sugerir, na equipa multidisciplinar, colaboração de terapeuta da fala	7/10/2012 O doente mantém disartria e desvio da comissura labial. Foi estimulado a dizer bom dia, não conseguindo articular bem as palavras Foi estimulado a articular a palavra sim e não consegue Foi estimulado a fazer exercícios de reeducação da musculatura facial e labial como assobiar, fechar os olhos com força, sorrir, sendo que não consegue assobiar, fazendo os restantes exercícios. Foi explicado à esposa a importância de abordar o Sr. A. com perguntas simples e esperar calmamente a resposta; quando esta não entender, pedir para ele repetir com mais calma ou utilizar gestos, apontar ou acenar com a cabeça. Foram incentivados os elementos da equipa de saúde, nomeadamente assistentes operacionais, médica assistente e enfermeiros a abordarem o Sr. A. com perguntas simples e de resposta simples, a aguardarem a resposta sem mostrar impaciência e a pedirem ao doente para repetir calmamente se não tiverem percebido 9/10/2012 O Sr. A. mantém disartria e
--	--	--	--	---	--

					desvio da comissura labial, mas esforça-se para conseguir articular palavras, tentando construir frases. Iniciou programa diário de terapia da fala, deslocando-se a ginásio do hospital. Foi estimulado a fazer exercícios de reeducação da musculatura facial e labial, só conseguindo sorrir e fechar os olhos Comunica verbalmente sempre que estimulado, não se percebendo as palavras Foi feito ensino sobre comunicação não verbal para dizer sim e não acenando com a cabeça, que o Sr. António consegue fazer, só utilizando esta forma de comunicação quando incentivado 13/10/2012 Mantém disartria, tentando construir frases, embora não se percebendo o que verbaliza. Foi estimulado a fazer exercícios de reeducação da musculatura facial e labial, só conseguindo sorrir e fechar os olhos. Não consegue assobiar, mas consegue rir mostrando os dentes, mesmo sem ser estimulado Mostra fácies de contentamento quando é reforçado
--	--	--	--	--	--

					positivamente pelo esforço que faz. Mantém programa de terapia da fala 14/10/2012 e 16/10/2012 Mantém disartria, tentando construir frases quando é estimulado a comunicar. Articula a palavra “não” e a frase “não quero” Mantém programa de terapia da fala 17/10/2012 Mantém disartria e desvio da comissura labial menos acentuado, tentando construir frases quando estimulado a comunicar. Mantém programa de terapia da fala 22/10/2012 Mantém-se disártrico. Comunica quando estimulado. Articula as palavras “sim” e “comichão” Sorri muito quando reforçado positivamente pelos progressos conseguidos Mantém programa de terapia da fala 23/10/2012 a 29/10/2012 Mantém disartria Manifesta menos períodos de
--	--	--	--	--	---

					agressividade Só comunica verbalmente quando estimulado Utiliza a comunicação por gestos quando necessita de construir frases e não o consegue fazer como por exemplo perguntar porque é que não consegue mobilizar ativamente o membro superior direito se consegue fazê-lo com os restantes membros Mantém programa de terapia da fala
--	--	--	--	--	--

Escala de avaliação da força muscular

Escala de Lower

Hemicorpo	Membros	Grau de força						
		Dias						
		2/10/2012	6/10/2012 a 15/10/2012	16/10/2012 e 17/10/2012	22/10/2012 a 29/10/2012			
Direito	Superior	0/5	0/5	0/5	0/5			
	Inferior	0/5	0/5	3/5	3/5			
Esquerdo	Superior	3/5	3/5	3/5	4/5			
	Inferior	3/5	3/5	3/5	4/5			

Fonte: Pinto (2001)

Grau	Avaliação da força
0/5	Sem contração muscular e sem movimento
1/5	Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento
2/5	Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade
3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência

Escala de avaliação do tônus muscular

Escala modificada de Ashworth

Hemicorpo	Membros	Avaliação do tônus muscular						
		Dias						
		2/10/2012	6/10/2012 a 15/10/2012	16/10/2012 e 17/10/2012	22/10/2012 a 29/10/2012			
Direito	Superior	1+	1+	1	1			
	Inferior	1+	1+	0	0			
Esquerdo	Superior	0	0	0	0			
	Inferior	0	0	0	0			

Fonte: Bohannon & Smith (1987).

Grau	Avaliação do tônus
0	Tônus normal
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma 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 da 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, o movimento passivo é impossível

Avaliação da capacidade funcional- Índice de Barthel

Atividades	Pontuação/data			
	2/10/2012	6/10/2012 a 13/10/2012	14/10/2012 e 29/10/2012	
Alimentação 10- Independente 5- Necessita de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 0- Dependente	0	5	10	
Banho 5- Independente (sai e entra no banho sem ajuda e sem supervisão) 0- Dependente (necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão)	0	0	0	
Vestir-se 10- Independente (capaz de vestir e despir-se, abotoar-se e calçar os sapatos) 5- Necessita de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 0- Dependente	0	0	5	
Atividades rotineiras 5- Independente (rosto, cabelos, dentes, barbear) 0- Necessita de ajuda com a higiene pessoal	0	0	0	
Eliminação intestinal 10- Contínente 5- Acidente ocasional 0- Incontinente	0	0	0	
Eliminação vesical 10- Contínente ou tem uma algália e consegue “manejá-la” 5- Acidente ocasional 0-Incontinente ou algaliado; tem algália e não consegue “manejá-la”	0	0	0	

Usar a casa de banho 10- Independente 5- Necessita de ajuda parcial 0-Dependente (pentear-se, limpar-se, etc)	0	0	0	
Transferências 15- Independente 10- Precisa de alguma ajuda 5- Necessita de ajuda de outra pessoa mas não consegue sentar-se 0- Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	5	5	
Mobilidade 15- Independente (mas pode necessitar de alguma ajuda como bengala, etc-). Caminha 50 metros. 10- Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar ou utiliza andarilho.Caminha menos de 50 metros 5- Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, sem ajuda ou supervisão. 0- Imóvel	0	0	0	
Subir e descer escadas 10- Independente, com ou sem ajudas técnicas 5- Necessita de ajuda verbal ou física 0- Dependente	0	0	0	
Total/grau de dependência	0 (dependência total)	10 (dependência total)	20 (dependência grave)	

Fonte:DGS (2011)

< 20 pontos: dependência total; **20-35 pontos:** dependência grave; **40-55 pontos:** dependência moderada; **≥ 60 pontos** dependência leve; **100 pontos:** independência

Escala de avaliação de risco de queda - Escala de Morse

Indicadores		Pontuação	Avaliação/data				
			2/10/2012	16/10/2012	29/10/2012		
1- Antecedentes de queda (anterior ou nos últimos três meses)	Não	0					
	Sim	25	25	25	25		
2- Diagnóstico secundário	Não	0	0	0	0		
	Sim	15					
3- Apoio para deambular	Nenhum/repouso no leito/assistência do enfermeiro	0	0	0	0		
	Canadianas/bengala/andarrilho	15					
	Apoia-se no mobiliário	30					
4- Terapêutica endovenosea	Sim	20	20	20	20		
	Não	0					
5- Marcha	Normal/acamado/cadeira de rodas	0	0	0	0		
	Desequilíbrio fácil	10					
	Défice de marcha	20					
6- Estado mental	Consciente das suas limitações	0					
	Não consciente das suas limitações	15	15	15	15		
TOTAL			60	60	60		

Baixo risco (0-24 pontos), **médio risco** (25-50 pontos) e **alto risco** (superior a 50 pontos)

Fonte: CHBM (2012)

Escala de avaliação de risco de úlcera de pressão
Escala de Braden

	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	Avaliação/Data			
					2/10/2012	6 a 15/10/2012	16 e 17/10/2012	22 a 29/10/2012
Percepção Sensorial	Completamente limitado : não responde a estímulo doloroso devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	Muito limitado: responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	Levemente limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.	3	3	3	3
Humidade	Constantemente húmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é	Muito húmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre húmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o turno.	Ocasionalmente húmida: a pele está ocasionalmente durante o dia húmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	Raramente húmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.	4	4	4	4

	movimentado ou posicionado							
Atividade Física	Acamado: mantém-se sempre no leito.	Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas	Caminha ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira	Caminha frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.	1	2	2	2
Mobilidade	Completamente imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	Muito Limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança frequentes ou significativas sem ajuda.	Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma limitação: faz mudanças grandes e frequentes de posição sem ajuda.	2	3	3	3
Nutrição	Muito pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida.	Provavelmente inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de	Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições.	Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação.	4	4	4	4

		qualquer alimento oferecido						
Fricção e forças de deslizamento	Problema: necessita de assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem deslizar contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente mudança de posição. Espasmos e contrações levam a uma fricção constante.	Potencial para problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	Nenhum problema aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.		1	2	2	2
Total de Pontos					15	18	18	18

Fonte: CHBM (2012)

Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão - 6 a 16 valores
Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão - 17 a 23 valores

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEHLERT, Bárbara (2007) - **ACLS-Advanced Cardiac Life Support – Emergências em Cardiologia**. 3ª ed. Elsevier Editora.
- BOHANNON, R.; SMITH, M. (1987) - **Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity**. Physical Therapy 67(2), p.206-207.
- CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO (CHBM) E.P.E. (2012) - **Procedimento geral SDO.103**. Avaliação do risco de queda para doentes internados. Acessível no Portal Interno do CHBM,E.P.E.
- CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO (CHBM), E.P.E. (2012) **Procedimento geral CPD.101**. Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Acessível no Portal Interno do CHBM, E.P.E.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) (2011). Norma nº 54/2011 de 27/12/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação.. Acedido em: 21-10-2012.Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>.
- HESBEEN, W. (2003) – **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-43-5.
- HOEMAN, S. (2011) – **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª ed. Loures: Lusociência. ISBN:978-989-8075-31-4
- MARTINS, M. (2002) - **Uma crise acidental na família - o doente com AVC**.
- MARTINS, Teresa (2006) – **Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Editora Formasau. ISBN: 972-8485-65-4.
- MENOITA, E. *et al.* (2012) - **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC**. Loures: Lusociência. IBSN 978-972-8930-78-3
- PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. (2003) - **Enfermagem Médico Cirúrgica-conceitos e prática clínica**. 6ª ed. Lusociência. Vol.3.
- PINTO, Vanda Marques (2001) - Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In: **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 45-56.
- SANTIAGO, M.; CORBETT, J. (2006) - Exame Neurológico. In: HAINES, D. - **Neurociência Fundamental - Para aplicações básicas e clínicas**. 3ª ed. Elsevier Editora. ISBN: 9788535219777.

**APÊNDICE XII - Processo de enfermagem do Sr. N.F.- Serviço de
Cardiologia/Neurologia**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com relatório – Estágio no serviço de
Cardiologia/Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

PROCESSO DE ENFERMAGEM

do Sr N.F.

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Docente orientador:

Professor Joaquim Paulo Oliveira

Orientadora de estágio:

Enfermeira Milene Silvestre

Barreiro

2012

211

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA:

Nome: N.M.C.F.

Idade: 26 anos

Estado civil: solteiro, com namorada

Profissão: estudante do 2º ano de Gestão de Marketing e Publicidade

Religião: católica

Raça ou etnia: negra

Cuidador: pai e namorada

Pessoa significativa: namorada que está sempre presente e colabora nas atividades, como parceira do cuidar. Foi permitida a sua presença junto do doente desde manhã até à hora de ir trabalhar, não só porque trabalha à tarde mas para ir aprendendo os cuidados de higiene, alimentação, posicionamento e de eliminação, atividades em que ela atualmente colabora (por vezes eu não tenho ninguém a acompanhar-me e é com ela que faço os posicionamentos e cuidados de higiene ao Sr. N.)

MOTIVO DO INTERNAMENTO: traumatismo da coluna cervical do qual resultou luxação de C4-C5.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Lesão vertebro-medular com tetraplegia

LESÃO VERTEBRO MEDULAR

Lesão vertebro medular (LVM) é uma lesão traumática na medula espinhal devido a um trauma ou outra patologia, compressão ou rutura total ou parcial da transmissão medular, causando assim uma alteração da função normal da medula (DARCY, 2007). A medula espinhal é parte do sistema nervoso central (SNC), contida na coluna vertebral, e qualquer dano causado por um agente externo pode motivar a perda permanente da sensibilidade e/ou motricidade, podendo provocar tetraplegia ou paraplegia na pessoa. (ANDRADE e GONÇALVES, 2008). Esta forma de lesão faz parte das formas mais graves dentro das síndromes incapacitantes, sendo um desafio para os enfermeiros especialistas em reabilitação, pois a medula espinhal é uma via de comunicação entre diversas partes do corpo, como o cérebro e também

um centro regulador, que controla importantes funções como a respiração, a circulação, a bexiga, o intestino, o controlo térmico e a atividade sexual. A gravidade do quadro depende do local afetado e do grau de destruição das vias medulares aferentes e eferentes. Quanto mais alto o nível e maior a extensão da lesão, menor será a massa muscular disponível para a atividade física e, portanto, menor será a aptidão física e a independência funcional (GIANINI *et al.*, 2006).

O Sr. N.F., com 26 anos de idade, raça negra, estudante do 2º ano do Curso de Gestão de Marketing e Publicidade, residente em Sarilhos Pequenos numa casa térrea com barreiras arquitetónicas, vive com o pai. Era saudável até à data (31/8/2012) em que foi vítima de traumatismo por queda durante uma pega de caras a um touro, pois o Sr. N.F. era forçado, tendo ocorrido uma força excessiva na coluna vertebral ao nível cervical, o que provocou uma lesão permanente na mesma. A primeira abordagem a este jovem traumatizado vertebro medular deverá ter sido feita por uma equipa de emergência pré-hospitalar que, apesar de não dispormos de registos sobre esta abordagem, consideramos que consistiu na estabilização da coluna com colar cervical e rígido, com apoio do mento e de tamanho adequado, imobilizadores laterais da cabeça, plano duro com aranha ou maca de vácuo (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2009), para prevenção do aparecimento ou agravamento de lesões já existentes. A mobilização desta pessoa com LVM exigiu o máximo de cuidado e perícia pela equipa da emergência médica, sendo transportado para a urgência do Hospital de Santa Maria, onde foi admitido com *score* 15 na Escala de Coma de Glasgow e tetraplegia flácida com nível sensitivo de C4.

Refletindo sobre esta situação podemos afirmar que os profissionais de saúde tiveram como principal objetivo a sobrevivência da pessoa, cuidando da lesão primária e prevenindo lesões secundárias. Ainda, Costa *et al.* (2008) refere que a prioridade máxima é a estabilização da coluna para evitar qualquer movimento que provoque lesões no tecido neurológico medular. Já no hospital, em todos os procedimentos efetuados, as técnicas de imobilização da coluna devem ser respeitadas. As grandes prioridades são proporcionar ventilação, oxigenação e circulação adequadas. Foram realizados exames complementares de diagnóstico,

nomeadamente ressonância magnética que documentou antero-listese de C4-C5 com associada luxação facetaria condicionando redução da amplitude do canal raquidiano central cervical com compressão medular e edema pré vertebral associado. Realizou ainda ecografia abdominal e tomografia axial computadorizada que não revelaram alterações.

Foi submetido a redução cruenta da luxação, com fixação de C3-C6 e laminectomia de C4.

Evolução da situação clínica do Sr. N.F.

Nesta fase aguda designada de choque medular, em que ocorre supressão temporária dos reflexos controlados pelos segmentos medulares abaixo do nível da lesão (LIANZA, 2001), o Sr. N.F. apresentou compromisso da função respiratória pelo que foi conectado a prótese ventilatória e, após ter sido extubado, a presença de alguns episódios de atelectasias condicionaram novos períodos de conexão a prótese ventilatória, pelo que foi sujeito a traqueotomia a 7/9/2012. Fez cinesiterapia respiratória durante todo o internamento e fisioterapia desde 11/9, tendo diminuído significativamente os episódios de atelectasias. A traqueotomia foi encerrada a 25/9. A radiografia de tórax não revelou alterações. O doente por vezes apresentou secreções que mobilizava bem, expelindo ou deglutindo. Alimentava-se sem dificuldade, ingerindo suplemento proteico três vezes por dia e dieta ligeira. O Sr. N apresentou ainda atonia intestinal e vesical com retenção urinária, pelo que foi algaliado e instituído laxante osmótico (Bisacodil e Lactulose).

Ao longo do internamento houve manutenção do défice motor com melhoria sensitiva a nível C6 no membro superior direito e C5 no esquerdo. Verificou-se ainda a presença de sensibilidade tátil entre L1 e L5 nos membros inferiores pelo que é provável tratar-se de lesão medular incompleta. De acordo com Bromly, Brownee e Rose (1991) e Lianza (2001), relativamente ao plano transversal, a lesão medular pode ser completa ou incompleta. É completa quando há ausência motora e sensitiva nos miótomos e dermatomos inervados pelos segmentos sacrais da medula. É incompleta quando há preservação da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível neurológico, incluindo os segmentos sacrais.

Devido às alterações sensoriais e motoras, na avaliação da dor na escala de 1 a 10, situa-se em 3, devido a problemas músculo-esqueléticos por sobrecarga, tensão excessiva. Na fase sub aguda, após um período de três semanas e superada a fase de choque medular, iniciou-se a reorganização funcional das estruturas medulares. Estas, localizadas abaixo da lesão e com a medula livre das influências inibitórias supra espinhais, reagem de forma excessiva, exagerada e descoordenada aos estímulos aferentes periféricos (cutâneos, musculares, articulares, viscerais) e dão lugar a respostas reflexas localizadas ou em massa, designadas por automatismos medulares (ALVES, SOUSA e PINTO, 2001). Um indicador desta fase, ou da aproximação do final da fase de choque medular, é o retorno dos reflexos perianais (bulbocavernoso, verificado na contração do escroto e ânus, perante a compressão do pénis por aperto deste ou do clitóris, e anal, verificado na contração do ânus perante o toque retal), reflexos estes que se encontram presentes neste doente. Outro indicador desta fase é a delimitação progressiva das capacidades com retorno da atividade reflexa. A fase de ajustamento, de sequelas, caracteriza-se pelo progressivo domínio das suas funções, mesmo sem controlo voluntário. É nesta fase que a pessoa consegue um domínio sobre as suas funções, mesmo que não respondam ao controlo voluntário, constituindo a condição básica para poder iniciar o desenvolvimento das suas capacidades (LIANZA, 2001).

No que se refere a um plano de reabilitação, este foi iniciado logo no momento da admissão do Sr. N.F. no serviço de urgência do H Stª Maria, ou seja, ainda durante a fase aguda pois a equipa de saúde, apesar de estar focalizada nas necessidades imediatas, não descurou a existência das capacidades residuais e as importantes alterações que se iriam verificar no seu estilo de vida. De acordo com informação colhida, o doente foi submetido a cinesiterapia respiratória durante todo o internamento e iniciou fisioterapia a 11/9/2012. Foi transferido para o Serviço de Cuidados Intensivos do hospital da sua área de residência (Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.) a 17/9/2012 onde se deu continuidade ao plano de reabilitação. Nesta valência, teve infeção respiratória por *Acinetobacter Baumannii*, tendo ainda desenvolvido uma úlcera de decúbito de categoria III no sulco internadegueiro (CHBM. E.P.E., 2012).

No dia 9/10/2012 O Sr. N.F. foi a uma consulta no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, sendo que a sua admissão nesta instituição ficou condicionada pela úlcera de pressão que apresenta no sulco internadegueiro. Regressou com indicação que será admitido neste Centro assim que a ferida estiver cicatrizada.

No dia 12/10/2012 O Sr. N.F. foi transferido para o serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

A intervenção do enfermeiro de reabilitação tem como finalidade geral que a pessoa chegue à fase de sequelas com as capacidades residuais intactas e que as limitações existentes sejam apenas consequência da lesão inicial. Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação procura ainda o desenvolvimento máximo das capacidades remanescentes, permitindo a este jovem alcançar o nível máximo de independência na realização das atividades de vida diária, profissional e social, de acordo com a (s) sua (s) **capacidade** (s), na procura da melhoria da qualidade de vida. Nas suas intervenções, considera também a apreciação da pessoa e o seu contexto familiar na perspetiva da alta, na prevenção de complicações e desenvolvimento do processo de reabilitação.

O exame neurológico é realizado para deteção de lesões de estruturas nervosas, para diferenciação de lesões completas e incompletas da medula espinhal, para deteção de choque medular (OE, 2009). O exame neurológico consiste na avaliação da sensibilidade, da função motora e dos reflexos (MAURICE e ALLAN, 2001; O E, 2009).

Perante a avaliação do estado mental do Sr. N., constatámos que este se encontra consciente, orientado auto e alo psiquicamente, com atenção e emoção mantidas. Apresenta ainda um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow, sem alteração da articulação verbal, sem afasias, apraxias ou agnosias.

Relativamente às pupilas, apresenta ainda isocória e isoreatividade.

No que se refere a determinação do nível motor foram utilizados “músculos-chave”, nomeadamente os flexores e extensores do cotovelo (0/5), extensores do punho

(0/5), flexores e abdutores dos dedos da mão (1/5), flexores da anca (0/5), extensores do joelho (0/5), flexão plantar e dorsiflexão da tibiotársica(0/5) e extensor do 1º dedo do pé (0/5). Esta avaliação da força muscular dos “músculos-chave” foi graduada de acordo com a escala de avaliação da força muscular de Lower (PINTO, 2001): 0/5- sem contração muscular e sem movimento, 1/5- contração palpável e/ou visível sem movimento, 2/5- movimento das extremidades mas não contra gravidade, 3/5- raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência, 4/5- raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade, 5/5- movimento normal contra gravidade e resistência.

Relativamente à avaliação da sensibilidade (OE, 2009), esta é efetuada no sentido crânio caudal, através da avaliação da sensibilidade dolorosa e sensibilidade tátil, em áreas-chave para cada dermatomo nos dois hemisférios (avalia funções mediadas pelo feixe espinotalâmico lateral e anterior). Ainda de acordo com OE (2009), o esfíncter anal externo deve também ser examinado através da introdução do dedo do examinador, com o objetivo de avaliar se existe sensibilidade ou se está ausente, permitindo assim avaliar se a lesão é completa ou incompleta. O Sr. N. apresentava contractilidade anal voluntária presente, testada com o toque. A nível da sensibilidade propriocetiva, dolorosa e tátil, o teste foi feito nos seguintes níveis: C2– protuberância occipital, intacto; C3- fossa supraclavicular, intacto; C4- topo da junção acromioclavicular, intacto; C5- lado lateral da fossa ante cubital, diminuído; C6- polegar, diminuído; C7-3º dedo, ausente; C8- 5º dedo, ausente, T1- lado médio da fossa ante cubital, ausente, T2 - ápex da axila, ausente; T3- 3º espaço intercostal, ausente; T4- 4º espaço intercostal, ausente; T5- 5º espaço intercostal, ausente; T6- 6º espaço intercostal, ausente; T7-7ºespaço intercostal, ausente; T8-8º espaço intercostal, ausente; T9- 9º intercostal, ausente; T10-10ºespaço intercostal ou umbilical, ausente; T11- 11ºespaço intercostal, ausente; T12- ponto médio do ligamento inguinal, ausente; L1- distância média entre T12 e L2, ausente; L2- zona medial anterior da coxa, ausente; L3- zona medial femoral do côndilo, ausente; L4- maléolo medial, ausente; L5- zona dorsal do pé e 3ªjunção metatarso falangeal, ausente; S1- calcanhar lateral, ausente; S2- zona média da fossa poplítea, ausente; S3- tuberosidade isquiática, ausente; S4-5- área perianal, ausente. Esta classificação é realizada segundo o modelo de Poynton et al., (1997),cujo teste é

realizado com picada por toque, sendo que a pontuação de zero é dado aos pacientes que não conseguem diferenciar na zona tocada, de uma ponta afiada de uma romba. Assim, o Sr. N.F. apresenta anestesia, ausência de sensibilidade tátil e analgesia, ausência de sensibilidade dolorosa abaixo de C4.

Em suma, este jovem apresenta: tetraplegia incompleta B de nível sensitivo-motor C4, segundo a classificação da ASIA, em que se verifica função sensitiva preservada, mas a função motora abaixo da lesão não se encontra preservada e estende-se pelos segmentos S4-5 (FRANKEL et al., 1969).

No que se refere à avaliação do impacto da lesão nas atividades de vida diária e na função da pessoa, recorreremos à escala de Medida de Independência Funcional (MIF), com o objetivo de avaliar de forma quantitativa a necessidade de cuidados que a pessoa tem para realizar as suas atividade de vida diária. Desta forma, foram avaliados 18 itens, em que cada um deles tem uma pontuação de acordo com o grau de dependência para a realização das atividades em questão: ASSISTÊNCIA TOTAL (1) – É necessária assistência total ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos do que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa; ASSISTÊNCIA MÁXIMA (2) - Utiliza menos de 50% do esforço necessário para realizar a tarefa, mas não necessita de auxílio total; ASSISTÊNCIA MODERADA (3) - Necessita de uma moderada quantidade de assistência,

mais do que simplesmente tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 50% do esforço necessário na tarefa); ASSISTÊNCIA COM O MÍNIMO DE CONTACTO (4) - Necessita de uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa); SUPERVISÃO OU ESTRUTURA (5) – a pessoa necessita somente de supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contacto ou ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário; INDEPENDÊNCIA MODIFICADA (6) - Capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente; COMPLETA INDEPENDÊNCIA (7) - Toda a tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.

Estes 18 itens avaliados estão relacionados com as atividades de vida e são: **autocuidado**– higiene pessoal, alimentação, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização de casa de banho; **controle de esfíncteres** – controle eliminação vesical e intestinal; **mobilidade/ transferência** – cama/cadeira/CR, sanita, duche/banheira; **locomção** – marcha/cadeira de rodas, escadas; **comunicação** – compreensão, expressão; **adaptação psicossocial** – interação social; **função cognitiva**– resolução de problemas, memória.

Assim, de acordo com a apreciação da independência e avaliação funcionais realizada ao Sr. N.F., constatámos que o Sr. N.F. necessita de assistência total para as atividades relacionadas com o autocuidado (embora na função de deglutir seja independente), controle de esfíncteres, mobilidade/transferência e locomoção. No que concerne à função cognitiva e à comunicação apresenta completa independência, exceto na escrita, não realizando esta função.

Importa ainda salientar a avaliação da incapacidade previsível no futuro de acordo com o nível da lesão, para que o enfermeiro possa planejar as suas intervenções, consciencializando ainda a pessoa com LVM das suas potencialidades bem como das suas incapacidades futuras para que, juntos, possam delinear estratégias de resolução para os obstáculos que lhe surgirão ao longo da sua vida no cumprimento dos seus deveres como cidadão mas também no usufruto dos seus direitos enquanto pessoa. Desta forma e de acordo com João Santos (2012), o Sr. N.F., com lesão a nível C4-C5, pode vir a ter alguns movimentos dos membros superiores, com mau equilíbrio sentado, podendo futuramente vir a realizar muitas AVD'S ao nível da cadeira de rodas.

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA:

Baclofeno comp.3xdia

Bisacodil sup 1xdia

Dimeticona 100mg comp.4xdia

Domperidona comp 4xddia

Enoxaparina sódica sc 40mg 1xdia

Espironolactona 25mg comp.1xdia

Fluoxetina 20mg comp.1xdia

Oxazepam 50mg comp.SOS 1xdia

HISTÓRIA DE SAÚDE

Antecedentes pessoais: não tem antecedentes pessoais relevantes

Respirar

Nega hábitos tabágicos.

O doente não tem antecedentes de patologia respiratória.

Após o traumatismo necessitou de suporte ventilatório, e de ser submetido a traqueotomia, tendo sido posteriormente extubado e a mesma encerrada. Apresentou episódios de atelectasias, tendo feito cinesiterapia e fisioterapia, após o que se verificou diminuição das mesmas. Encontra-se eupneico, sem sinais de cianose, com respiração, predominantemente torácica, de média amplitude, simétrica e frequência respiratória de 20cpm. Tem facilidade na dissociação dos tempos respiratórios e na realização da respiração diafragmática.

Não apresenta deformações ou assimetrias torácicas.

Não apresenta cicatrizes torácicas ou abdominais. Apresenta apenas a cicatriz do local da traqueotomia.

Refere períodos de tosse pouco produtiva que consegue expelir.

Comunicar

O Sr. N., antes do acidente, era muito alegre, muito sociável, estando sempre a brincar e a rir.

Tem muitos amigos.

Após o acidente, apresenta-se consciente e orientado auto e halo psiquicamente.

Refere sentir períodos em que coloca em causa se vale a pena viver com as limitações que apresenta atualmente. Considera-se no entanto um homem com muita coragem e muito lutador e é nisso que pensa quando está mais deprimido.

Mantém-se muito comunicativo, ri, brinca com os funcionários, recebe visitas frequentes dos amigos e também comunica por telefone com amigos e familiares sempre que possível.

Manter um ambiente seguro

Reside em casa de um só piso, com boas condições de salubridade.

A sua casa apresenta barreiras arquitetónicas.

Vive com o pai. A mãe vive em França com dois irmãos mais novos. Deslocou-se a Portugal após o acidente, mas teve que regressar a França, onde permanece.

Gosta de desportos radicais e antes do acidente era forçado.

Apresenta úlcera de pressão de categoria III no sulco internadegueiro. Apresenta ainda pele friável nos calcâneos, que segundo informação do doente, são locais de cicatrização de flictenas (úlceras de pressão de grau II).

Controlar a temperatura corporal

O Sr. N. utiliza vestuário adequado às estações do ano.

No momento do internamento apresenta-se apirético com temperatura auricular=36,8°C, tendo no entanto picos febris provocados por infeção por *Acinetobacter Baumannii* na urina.

Comer e beber

Refere ser alérgico à banana. Nega outras alergias alimentares.

Não refere outras restrições alimentares.

Alimenta-se bem às principais refeições, praticando uma dieta equilibrada.

Nega hábitos etanólicos.

Após o acidente é totalmente dependente para a realização desta atividade de vida diária (AVD) por apresentar tetraplegia (classificação ASIA).

Tem prescrição de dieta personalizada, rica em proteínas para restabelecer a integridade cutânea e fibras para assegurar o funcionamento intestinal.

Mover-se

O Sr. N. era independente na realização desta AVD. Frequentava o ginásio com alguma regularidade.

Não apresentava défices motores nem utilizava produtos auxiliares de marcha

Após a lesão, apresenta tetraplegia.

Higiene pessoal e vestir-se

O doente era independente na realização desta AVD.

Refere ser muito preocupado com a sua higiene e vestuário: tomava banho e fazia a barba diariamente, gostava de se perfumar e fazia semanalmente tricotomia do couro cabeludo.

Após a lesão está totalmente dependente para a realização desta AVD. Mantém-se sempre muito preocupado com a sua higiene corporal: quer sempre colocar desodorizante e perfume.

Eliminar

O Sr. N. era independente na eliminação intestinal e vesical.

Tinha hábitos intestinais regulares, evacuando diariamente.

Perante a situação clínica atual apresenta incontinência de esfíncteres com obstipação e toma medicação para conseguir evacuar.

Apresenta-se algaliado com algália de silicone nº 16, com drenagem vesical funcionante de urina clara.

Dormir

O doente dormia por longos períodos de noite. Quando não tinha aulas de manhã dormia até tarde.

Atualmente refere descansar por curtos períodos durante a noite, devido à necessidade de ser posicionado de duas em duas horas e/ou sempre que se sente desconfortável.

Trabalhar e divertir-se

O Sr. N. pertence a um grupo de forçados. Divertia-se com os amigos e a namorada sempre que possível.

Expressar-se sexualmente

O doente tem namorada e refere ter uma vida sexual ativa.

Atualmente mostra preocupação em estar limpo, perfumado e com uma boa higiene oral.

Morrer

O Sr. N. refere que nunca teve medo de morrer e que agora ainda tem menos e por vezes refere que teria sido melhor não ter sobrevivido.

Após esta avaliação, definimos a nossa intervenção centrada nas necessidades no que se refere aos autocuidados dado o grau de dependência do Sr. N., cuidados no posicionamento e mobilização passiva, cuidados a nível respiratório, cuidados a nível de eliminação vesical e intestinal e cuidados ao nível da integridade cutânea. Uma vez que a namorada é a cuidadora, a nossa intervenção também como objetivo integrá-la nesta prestação de cuidados.

Para a elaboração do plano de cuidados do Sr. N.F., identificámos os problemas de enfermagem de acordo com a metodologia PES e distribuímos-los segundo as 12 atividades de vida diária de Nancy Roper.

Nome: N.M.C.F..

Idade: 26

Cama: 6

Data do internamento: 12/10/2012

Data		Problemas	Objetivos	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
Início	Fim				
13/10/2012		Manter ambiente seguro Danos à integridade da pele, R/C imobilidade, M/P úlcera de decúbito no sulco internadegueiro	• Restabelecer a integridade da pele e mucosas • Capacitar a pessoa significativa para a manutenção da integridade da pele e mucosas	• Avaliar diariamente a evolução da úlcera de pressão • Avaliar integridade da pele e mucosas em cada posicionamento • Colocar colchão de pressões alternadas • Fazer penso da úlcera com hidrogel • Prestar cuidados de higiene e conforto diariamente e sempre que necessário • Manter o leito limpo, seco e sem rugas • Posicionar nos vários decúbitos (exceto decúbito dorsal e semi dorsais) de duas e duas horas e/ou sempre que o doente se sentir desconfortável • Explicar ao doente a necessidade de alternância de decúbitos • Explicar ao doente a necessidade de manter o alinhamento corporal nos decúbitos realizados, embora aliado a uma posição de conforto. • Efetuar massagem corporal com creme hidratante após higiene, em cada posicionamento e sempre que necessário • Distribuir equitativamente o peso corporal pelas superfícies de apoio	13/10/2012 O Sr. N. apresenta úlcera de pressão no sulco internadegueiro com presença de tecido de granulação com dimensões de 4cm/2cm. Foi feito penso com hidrogel que fica limpo e seco. Foi colocado colchão de pressões alternadas. Foram prestados cuidados de higiene e conforto no leito sempre que necessário Foi mudada e esticada a roupa da cama sempre que necessário Foi explicado ao Sr. N. a necessidade da alternância de posicionamentos O Sr. N. foi posicionado de 2 em 2 horas, tendo-se alternado os decúbitos laterais por não querer ser posicionado em decúbito ventral, referindo medo de “sufocar” (SIC). Foi-lhe explicado as vantagens deste posicionamento mas ele não concordou. O doente pediu para ser posicionado em decúbito semi

				• Explicar ao doente a necessidade da distribuição equitativa do peso corporal pela superfície do colchão. • Cumprir uma alimentação rica em proteínas e ingestão de líquidos • Explicar ao doente e à pessoa significativa/cuidador a importância de uma alimentação rica em proteínas e ingestão hídrica para a integridade da pele e mucosas. • Explicar à pessoa significativa/cuidador a importância da alternância de decúbitos para manutenção da integridade da pele e mucosas • Ensinar à pessoa significativa/cuidador, a proceder ao posicionamento correto do doente nos vários decúbitos, mantendo o alinhamento corporal • Explicar à pessoa significativa/cuidador a importância de manter o leito limpo, seco e sem rugas • Explicar à pessoa significativa/cuidador, a necessidade da distribuição equitativa do peso corporal pela superfície de apoio • Explicar à pessoa significativa/cuidador, a importância de manter a pele cuidada, limpa, seca mas hidratada • Explicar à pessoa significativa/cuidador, a importância de massajar a pele com creme hidratante,	dorsal, tendo-lhe sido explicado que só devemos optar por este decúbito para ele se alimentar para não aumentar a pressão no local da úlcera e o doente concordou em só fazer este decúbito na hora das refeições. Para se alimentar foi colocado em decúbito semi dorsal Foram-lhe ainda explicadas as vantagens de manter o alinhamento corporal nos posicionamentos O Sr. N. foi massajado com creme hidratante após cuidados de higiene e em cada mudança de decúbito Por o doente querer ficar sempre com a cabeceira elevada para poder ver televisão e falar com a namorada que o acompanha sempre durante o horário da visita da pessoa significativa, foi-lhe explicada a importância de distribuir equitativamente o peso corporal pela superfície de apoio. Contudo, ficou por curtos períodos com a cabeceira elevada a 30º, tendo-se pedido à namorada para baixar a cabeceira por curtos períodos. Foi explicado ao doente e à namorada a importância de cumprir uma dieta rica em proteínas e ingestão hídrica. O doente ingeriu cerca de 1 L
--	--	--	--	---	--

					de água durante o turno. Alimentou-se na totalidade da dieta prescrita, tendo ingerido também o suplemento proteico de 300ml (prescrito 3xdia). Foi explicado à namorada a importância de uma higiene cuidada, de massajar a pele com creme em cada posicionamento e de mudar de posição em cada 2 horas. Foi questionado o doente a presença do pai (cuidador) para lhe serem feitos ensinamentos sobre prevenção de úlceras de pressão, sendo que o pai do Sr. N. só pode estar presente após as 18h, mesmo ao fim de semana. 14/10/2012 a 16/10/2012 Úlcera de pressão com presença de tecido de granulação. Mantém as dimensões de 4cm/2cm. Foi feito penso com hidrogel que fica limpo e seco. A restante superfície corporal encontra-se íntegra e hidratada. Mantém-se colocado colchão de pressões alternadas. Foram prestados cuidados e higiene e conforto no leito diariamente e sempre que necessário. O leito foi mantido seco, limpo e sem rugas.
--	--	--	--	--	---

					O Sr. N. foi posicionado nos decúbitos laterais de 2 em 2 horas e sempre que referiu querer mudar de posição, sendo que foi posicionado em decúbito dorsal para os cuidados de higiene e mobilizações passivas. Foi posicionado em decúbito semi dorsal para se alimentar às refeições. Foi feita massagem corporal com creme hidratante após higiene e em cada posicionamento O doente foi posicionado de forma a distribuir o peso corporal de forma equitativa pelo colchão, ficando por períodos com cabeceira elevada para se alimentar. Alimentou-se da dieta prescrita na totalidade e ingeriu o suplemento proteico. Ingeriu cerca de 1 L de água durante o turno. 17/10/2012 Foi feito penso da úlcera de pressão que mantém tecido de granulação e está sangrante. A sua dimensão é agora de 3,5cm/2cm. Foi feito penso com hidrogel e placa de hidrocolóide, com indicação para ser feito novamente dia 19/10. A restante superfície corporal encontra-se íntegra e hidratada.
--	--	--	--	--	---

					Mantém-se colocado colchão de pressões alternadas. Foram prestados cuidados e higiene e conforto no leito diariamente e sempre que necessário. O leito foi mantido seco, limpo e sem rugas. O Sr. N. foi posicionado nos decúbitos laterais de 2 em 2 horas e sempre que referiu querer mudar de posição, sendo que foi posicionado em decúbito dorsal para os cuidados de higiene e mobilizações passivas. Foi posicionado em decúbito semi dorsal para se alimentar às refeições. Foi feita massagem corporal com creme hidratante após higiene e em cada posicionamento O doente foi posicionado de forma a distribuir o peso corporal de forma equitativa pelo colchão, ficando por períodos com cabeceira elevada para se alimentar. Alimentou-se da dieta prescrita na totalidade e ingeriu o suplemento proteico. Ingeriu cerca de 1L de água durante o turno. 22/10/2012 a 24/10/2012 Dia 22 A úlcera de pressão do Sr. N.
--	--	--	--	--	---

					mede agora 2cm/2cm e mantém-se sangrante e com tecido de granulação. Foi feito penso com hidrogel e placa de hidrocolóide tem indicação para ser feito o penso a 24/10. Dia 24 A úlcera de pressão apresenta-se com uma dimensão de 2cm/1,5cm, sangrante e com tecido de granulação. Foi feito penso com hidrocolóide para fazer novamente a 27/10 A restante superfície corporal encontra-se íntegra e hidratada. Mantém-se colocado colchão de pressões alternadas. Foram prestados cuidados e higiene e conforto no leito diariamente e sempre que necessário. O leito foi mantido seco, limpo e sem rugas. O Sr. N. foi posicionado nos decúbitos laterais de 2 em 2 horas com a colaboração espontânea da namorada para os posicionamentos, demonstrando que sabe como colocar as almofadas para posicionar corretamente o Sr. N. Demonstrou ainda que apreendeu informação sobre importância de manter o leito sem rugas.
--	--	--	--	--	--

					O Sr N. foi ainda posicionado sempre que referiu querer mudar de posição, sendo que foi posicionado em decúbito dorsal para os cuidados de higiene e mobilizações passivas. Foi posicionado em decúbito semi dorsal para se alimentar às refeições. Foi feita massagem corporal com creme hidratante após higiene e em cada posicionamento O doente foi posicionado de forma a distribuir o peso corporal de forma equitativa pelo colchão, ficando por períodos com cabeceira elevada para se alimentar. Alimentou-se da dieta prescrita na totalidade e ingeriu o suplemento proteico. Ingeriu cerca de 1,5L de água durante o turno. 29/10/2012 a 31/10/2012 Penso da úlcera com indicação para ser feito dia 31. A úlcera de pressão apresenta dimensões mais reduzidas (1,5cm/0,5cm) e foi feito penso com Inadine. A restante superfície corporal encontra-se limpa, íntegra e hidratada. Mantém-se colocado colchão de pressões alternadas. Foram prestados cuidados e
--	--	--	--	--	--

					higiene e conforto no leito diariamente e sempre que necessário. O leito foi mantido seco, limpo e sem rugas. O Sr. N. foi posicionado nos decúbitos laterais de 2 em 2 horas com a colaboração espontânea da namorada nos posicionamentos. O Sr N. foi ainda posicionado sempre que referiu querer mudar de posição, sendo que foi posicionado em decúbito dorsal para os cuidados de higiene e mobilizações passivas. Foi posicionado em decúbito semi dorsal para se alimentar às refeições. Foi feita massagem corporal com creme hidratante após higiene e em cada posicionamento O doente foi posicionado de forma a distribuir o peso corporal de forma equitativa pelo colchão, ficando por períodos com cabeceira elevada para se alimentar. Alimentou-se da dieta prescrita na totalidade e ingeriu o suplemento proteico. Ingeriu cerca de 1,5L de água durante o turno.
--	--	--	--	--	--

13/10/2012		Risco de disreflexia autônoma R/C danos na medula espinhal a nível C4-C5	• Diminuir risco de disreflexia autônoma • Capacitar os familiares/cuidadores para identificação, diminuição e/ou eliminação de fatores desencadeantes de uma crise de disreflexia autônoma • Capacitar os familiares/cuidadores para atuar numa crise de disreflexia autônoma	• Avaliar em cada turno e sempre que possível presença de fatores desencadeantes de uma crise de disreflexia • Prestar cuidados de enfermagem para diminuição/eliminação de fatores desencadeantes de crises de disreflexia autônoma • Explicar de uma forma simplificada aos familiares/cuidadores em que consiste a disreflexia autônoma e quais os fatores desencadeantes de uma crise • Ensinar aos familiares/cuidadores como diminuir ou eliminar esses fatores • Ensinar aos familiares como atuar em caso de uma crise de disreflexia autônoma	13/10/2012 O doente não apresentou sinais e/ou sintomas de disreflexia autônoma Foi pedido ao Sr. N. que transmitisse ao pai a necessidade de estar presente durante o turno da manhã para se proceder ao ensino de cuidados relacionados com disreflexia autônoma, uma vez que este também será cuidador quando o Sr. N. tiver alta. 14/10/2012 O doente não apresentou sinais e/ou sintomas de disreflexia autônoma O pai do doente referiu que não podia estar presente antes das 16h, pelo que se optou por se fazer somente ensino à namorada pois esta assume-se como cuidadora. Foi feito ensino à namorada do Sr. N. sobre os benefícios dos cuidados relativos a eliminação vesical e intestinal, cuidados cutâneos e prevenção de traumatismos na prevenção desta situação de emergência Foi ainda realizado ensino ao doente e à namorada sobre os primeiros cuidados a prestar na situação de crise e sobre a importância de recorrer a cuidados médicos de urgência
------------	--	--	--	--	--

					se não se consegue identificar e remover o estímulo desencadeador do episódio de disreflexia autónoma. O doente e a namorada ficaram um pouco preocupados com a possibilidade de ocorrência desta situação no domicílio. 15/10/2012 O doente não apresentou sinais e/ou sintomas de disreflexia autónoma. 16/10/2012 e 17/10/2012 O doente não apresentou sinais e/ou sintomas de disreflexia autónoma. 22/10/2012 O doente não apresentou sinais e/ou sintomas de disreflexia autónoma O Sr. N. referiu não evacuar há dois dias e referiu também desconforto abdominal. Apresenta ligeira distensão abdominal. Foi feita pesquisa de fecalomas com colocação de anestésico tópico para reduzir a estimulação digital Foi administrado supositório de Bisacodil, tendo evacuado fezes pastosas em pequena quantidade Foi estimulada a ingestão de
--	--	--	--	--	--

					alimentos ricos em fibras e pobres em hidratos de carbono, sendo que o doente já cumpre esta dieta Foi estimulada o reforço hídrico, que o doente cumpriu, aumentando a ingestão hídrica para cerca de 1,5 L de água durante a manhã 23/10/2012 O doente não apresentou sinais e/ou sintomas de disreflexia autónoma O Sr. N. apresenta abdómen menos distendido mas mantém algum desconforto abdominal. Foi feita pesquisa de fecalomas com colocação de anestésico tópico para reduzir a estimulação digital, não apresentando fezes duras na ampola retal Foi feita massagem abdominal e foi-lhe administrado supositório de Bisacodil tendo evacuado fezes moldadas em pequena quantidade Alimentou-se de dieta rica em fibras e pobre em hidratos de carbono Ingeriu cerca de 1,5L de água durante a manhã. 24/10/2012 a 27/10/2012 O Sr. N. não apresenta distensão abdominal, mas
--	--	--	--	--	---

					refere que o seu padrão de eliminação intestinal não é igual ao anterior à lesão. Foi informada a médica da necessidade da prescrição de laxante osmótico Iniciou toma de Lactulose 2xdia Foi administrado supositório de Bisacodil e foi feita massagem abdominal, tendo evacuado fezes moldadas em pequena quantidade. Alimentou-se de dieta rica em fibras e pobre em hidratos de carbono Ingeriu cerca de 3L de água por dia. 31/10/2012 O Sr. N. manifesta grande desconforto abdominal, pelo que foi feita pesquisa de fecalomas com colocação de anestésico tópico para reduzir a estimulação digital, tendo-se verificado presença de grande quantidade de fezes duras no reto. Foi feita massagem abdominal e colocado supositório de Bisacodil, após o que evacuou uma quantidade reduzida de fezes duras. Foram retirados fecalomas em grande quantidade. Alimentou-se de dieta rica em fibras e pobre em hidratos de
--	--	--	--	--	---

					carbono O doente ingeriu líquidos durante o turno.
22/10/2012		Eliminar Obstipação R/C imobilidade M/P frequência de eliminação menor que o padrão habitual, relato de sensação de desconforto abdominal e por presença de distensão abdominal	• Restabelecer padrão de eliminação intestinal habitual para a pessoa • Diminuir risco de disreflexia autónoma	• Estimular a ingestão hídrica • Estimular a ingestão de dieta rica em fibras e pobre em hidratos de carbono • Realização de manobras facilitadoras da progressão das fezes como massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio • Administração de laxante de acordo com prescrição • Proceder à pesquisa de fecalomas e à sua posterior remoção manual.	22/10/2012 O Sr. N. referiu não evacuar há dois dias e referiu também desconforto abdominal. Apresenta ligeira distensão abdominal. Foi feita pesquisa de fecalomas não apresentando fezes duras na ampola retal. Foi administrado supositório de Bisacodil e foi feita estimulação manual do esfíncter anal, tendo evacuado fezes pastosas em pequena quantidade Foi estimulada a ingestão de alimentos ricos em fibras e pobres em hidratos de carbono, sendo que o doente já cumpre esta dieta Foi estimulada o reforço hídrico, que o doente cumpriu, aumentando a ingestão hídrica para cerca de 1,5 L de água durante a manhã 23/10/2012 O Sr. N. apresenta abdómen menos distendido mas mantém algum desconforto abdominal. Foi feita pesquisa de fecalomas, não apresentando fezes duras na ampola retal Foi feita massagem abdominal e

					foi-lhe administrado supositório de Bisacodil antes dos cuidados de higiene, tendo evacuado fezes moldadas em pequena quantidade Alimentou-se de dieta rica em fibras e pobre em hidratos de carbono Ingeriu cerca de 1,5L de água durante a manhã. 24/10/2012 a 27/10/2012 O Sr. N. não apresenta distensão abdominal, mas refere que o seu padrão de eliminação intestinal não é igual ao anterior à lesão. Foi-lhe explicado que o padrão atual é também consequência da sua imobilidade Foi informada a médica da necessidade da prescrição de laxante osmótico Iniciou toma de Lactulose 2xdia Foi administrado supositório de Bisacodil e foi feita massagem abdominal, tendo evacuado fezes moldadas em pequena quantidade. Alimentou-se de dieta rica em fibras e pobre em hidratos de carbono Ingeriu cerca de 3L de água por dia. 31/10/2012 O Sr. N. manifesta grande
--	--	--	--	--	--

13/10/2012		Incontinência intestinal R/C lesão da medula espinhal M/P emissão involuntária de fezes	• Tornar a pessoa o mais independente possível na realização desta AVD • Permitir eliminações intestinais controladas • Tornar a pessoa socialmente aceite	• Estabelecer programa de treino intestinal com aplicação diária de Supositório de Bisacodil, antes dos cuidados de higiene • Realização de manobras facilitadoras da progressão das fezes e estimuladoras do arco reflexo como massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio	desconforto abdominal, pelo que foi feita pesquisa de fecalomas, tendo-se verificado presença de grande quantidade de fezes duras no reto. Foi feita estimulação manual do esfíncter, massagem abdominal e colocado supositório de Bisacodil, após o que evacuou uma quantidade reduzida de fezes duras. Foram retirados fecalomas em grande quantidade. Alimentou-se de dieta rica em fibras e pobre em hidratos de carbono O doente ingeriu líquidos durante o turno.
					13/10/2012 O Sr. N. teve uma dejeção de fezes moles em quantidade moderada, durante os cuidados de higiene. Refere sentir quando está a evacuar 14/10/2012 a 16/10/2012 Foi colocado supositório de Bisacodil antes dos cuidados de higiene, pelo que teve duas

					dejeções de fezes pastosas em moderada quantidade após as mobilizações passivas dos membros inferiores. 17/10/2012 O doente teve uma dejeção de fezes pastosas durante os cuidados de higiene, pelo que não foi colocado supositório de Bisacodil 22/10/2012 Foi administrado supositório de Bisacodil antes dos cuidados de higiene, foi feita massagem abdominal no sentido dos ponteiros do relógio e foi feita estimulação manual do esfíncter anal, tendo evacuado fezes pastosas em pequena quantidade 23/10/2012 a 27/10/2012 Foi feita massagem abdominal e foi-lhe administrado supositório de Bisacodil antes dos cuidados de higiene, tendo evacuado fezes moldadas em pequena quantidade 31/10/2012 Foi feita estimulação manual do esfíncter, massagem abdominal e colocado supositório de Bisacodil, após o que evacuou uma quantidade reduzida de
--	--	--	--	--	---

					fezes duras. Foram retirados fecalomas em grande quantidade
13/10/2012		Comer e beber Défice de auto cuidado para se alimentar R/C diminuição da mobilidade M/P incapacidade para se alimentar e hidratar	• Tornar a pessoa o mais independente possível na realização desta AVD • Que a pessoa mantenha estado nutricional adequado às suas necessidades metabólicas	• Avaliar as limitações/capacidades da pessoa relativos à alimentação • Planear intervenções adequadas às limitações/capacidades da pessoa • Colocar a pessoa em posição funcional para as refeições • Adequar a dieta às necessidades metabólicas da pessoa • Explicar à pessoa e a necessidade de uma alimentação rica em proteínas, vitaminas e fibras e pobre em hidratos de carbono • Explicar à pessoa significativa/cuidador, a necessidade de uma alimentação rica em proteínas, vitaminas e fibras e pobre em hidratos de carbono • Explicar à pessoa e ao cuidador a necessidade de ingestão hídrica	13/10/2012 O Sr. N. apresenta tetraplegia com força 0 na escala de Lower e tónus 1 na escala modificada de Ashworth, não se conseguindo alimentar sem ajuda Não apresenta comprometimento da mastigação nem do reflexo de deglutição Foi explicado ao doente e à namorada a necessidade de uma alimentação rica em fibras, proteínas e vitaminas e pobre em hidratos de carbono. Foi elevada cabeceira a 45º e colocado em decúbito semi dorsal O Sr. Nuno alimentou-se com ajuda total Alimentou-se na totalidade da dieta prescrita e tolerou. Foi explicado ao doente e à namorada a necessidade de ingestão hídrica O doente ingeriu cerca de 1L de água durante a manhã 14/10/2012 a 31/10/2012 O Sr. N.mantém tetraplegia com força 0 na escala de Lower e tónus 1 na escala modificada de

					Ashworth Não apresenta comprometimento da mastigação ou do reflexo de deglutição O doente alimentou-se com cabeceira elevada a 45° e em decúbito semi dorsal Alimentou-se com ajuda total Alimentou-se na totalidade da dieta prescrita e aumentou a ingestão hídrica para 1,5L de água por turno (cerca de 3L de água por dia.
13/10/2012		Higiene pessoal e vestir-se Défice de auto cuidado no banho/ higiene R/C diminuição da mobilidade M/P incapacidade de proceder aos cuidados de higiene	• Tornar a pessoa o mais independente possível na realização desta AVD • Manter integridade da pele e mucosas • Melhorar a autoestima da pessoa	• Avaliar capacidades motoras da pessoa para proceder aos cuidados de higiene • Planear com a pessoa os cuidados de higiene • Prestar cuidados de higiene no leito à pessoa com ajuda total	13/10/2012 O Sr. N. apresenta tetraplegia com força 0 na escala de Lower e tônus 1 na escala modificada de Ashworth. Foi planeado, de acordo com a vontade do doente proceder aos cuidados de higiene no leito diariamente por não existir maca para duche nem casa de banho para duche em maca. O doente pediu para no final dos cuidados ser colocado desodorizante e perfume. Foram prestados cuidados de higiene no leito com ajuda total Procedeu-se de seguida à higiene oral com antisséptico, tendo sido pedido à namorada do doente para trazer escova de dentes e pasta dentífrica.

		Défice de auto cuidado			O Sr. N. manifestou vontade de fazer tricotomia ao couro cabeludo semanalmente e a barba 2 vezes por semana, pelo que foram planeados estes cuidados, tendo a namorada se disponibilizado e responsabilizado pela prestação dos mesmos. Foram prestados cuidados de higiene sempre que necessário. Foi colocado desodorizante e perfume, a pedido do Sr. N. 14/10/2012 a 31/10/2012 O Sr. N. apresenta tetraplegia com força 0 na escala de Lower e tônus 1 na escala modificada de Ashworth. Foram prestados cuidados de higiene e conforto no leito com ajuda total, diariamente e sempre que necessário. Foi feita higiene oral com a colaboração do doente a bochechar com antisséptico oral. Foi colocado perfume e desodorizante no final dos cuidados de higiene. A namorada do Sr. N. fez-lhe a barba e tricotomia do couro cabeludo com máquina de cortar cabelo, com a regularidade previamente estabelecida.
--	--	------------------------	--	--	---

13/10/2012		no vestir-se R/C diminuição da mobilidade M/P incapacidade de se vestir e despir	• Tornar a pessoa o mais independente possível na realização desta AVD • Melhorar a auto estima da pessoa	• Avaliar capacidades motoras da pessoa para se vestir e despir • Planear com a pessoa o ato de vestir e despir • Vestir e despir a pessoa com ajuda total • Ensinar o cuidador a planear e executar o ato de vestir e despir e a utilizar roupas adequadas à situação de imobilidade da pessoa	13/10/2012 O Sr. N. apresenta tetraplegia com força 0 na escala de Lower e tónus 1 na escala modificada de Ashworth, não se conseguindo vestir e despir sem ajuda. O doente quis ficar sem roupa porque refere ter calor 14/10/2012 a 31/10/2012 O doente quis ficar sempre sem roupa Foi explicado à namorada que deve vestir roupas largas, fáceis de vestir e despir e confortáveis ao doente, sem pregas, botões fechados ou costuras em sítios que possam pôr em causa a integridade cutânea do doente. Foi ainda referido que deve optar por roupas adequadas à estação do ano
13/10/2012		Dormir Distúrbio do padrão de sono R/C necessidade de posicionamentos de 2 em 2 horas M/P curtos períodos de sono durante a noite	• Restabelecer padrão de sono	• Avaliar diariamente a qualidade do sono • Recomendar ao Sr. N. que não durma por longos períodos durante o dia • Estimular atividades recreativas durante o dia • Planear cuidados de posicionamentos noturnos de acordo com as necessidades de sono do Sr. N.	13/10/2012 O Sr.N. referiu ter dormido por curtos períodos durante a noite Foi estimulado a ver televisão durante o dia para não dormir de dia Foram permitidas visitas por longos períodos, da namorada e amigos Foi estabelecido horário para posicionamentos noturnos que permitam períodos de sono mais longos, de acordo com a

					necessidade de posicionamentos frequentes. Foi definido com a equipa de enfermagem que posicionariam o Sr. N. no início do turno da noite e, uma vez que tem colchão de pressões alternada, permitir-lhe 3 ou 4 horas de sono ininterrupto 14/10/2012 O Sr. N. referiu ter descansado por curtos períodos, mais longos que anteriormente. Manifesta ainda algum cansaço por ter dormido pouco. Viu televisão durante o turno e conversou com a namorada e os amigos durante grande parte do mesmo. 15/10/2012 a 31/10/2012 Foi avaliado diariamente com o Sr. N. a qualidade do sono, sendo que referiu menos cansaço e mais horas de sono noturno. Dormiu por curtos períodos durante o dia, tendo visto televisão e conversado com funcionários, namorada e amigos.
--	--	--	--	--	--

13/10/2012		Distúrbio do padrão de sono R/C ansiedade M/P curtos períodos de sono durante a noite	• Restabelecer o padrão de sono da pessoa • Diminuir a ansiedade da pessoa	• Ter tempo para ouvir a pessoa, sempre que manifeste ansiedade, promovendo a calma e a tranquilidade • Promover ambiente calmo, sem ruído, escurecido e com temperatura amena • Avaliar diariamente a qualidade do sono • Pedir avaliação da pessoa pela psicóloga	13/10/2012 O Sr. N. referiu ter dormido por curtos períodos durante a noite relacionados com ansiedade devido à sua situação clínica que manifestam durante a noite, período em que não tem como se distrair Foi demonstrada disponibilidade e tempo para “ouvir” o doente 14/10/2012 O Sr. N. referiu períodos de sono noturno mais longos mas refere ainda muita ansiedade devido à sua situação Foi disponibilizado tempo para ouvir o doente que verbalizou a sua ansiedade perante esta fase de transição da sua vida Foi pedida colaboração da psicóloga. 15/10/2012 O doente referiu sentir-se menos ansioso durante a noite, tendo dormido por períodos mais longos. Foi observado pela psicóloga que considerou que o doente estava a lidar relativamente bem com a situação e que tem indicação para ser vigiado semanalmente por esta especialidade
------------	--	---	---	--	---

					16/10/2012 a 31/10/2012 O Sr. N. refere sentir-se menos ansioso e menos cansado, tendo dormido melhor e por períodos mais longos
13/10/2012		Expressar-se sexualmente Padrões de sexualidade alterados R/C imobilidade M/P verbalização	• Restabelecer padrão de sexualidade • Melhorar a auto estima da pessoa	• Permitir e facilitar a presença da namorada do Sr. N. sempre que ele o desejar • Promover privacidade do Sr. N. com a namorada proporcionando-lhes momentos a sós e individualizar o espaço, correndo a cortina • Após os cuidados de higiene, colocar perfume e desodorizante	13/10/2012 O Sr. N. recebeu a visita da namorada e manifestou vontade de receber a sua visita sempre que possível e por longos períodos Foi estabelecido que a namorada seria a sua pessoa significativa e estaria presente sempre que quisesse. 14/10/2012 a 31/10/2012 O Sr. N. recebeu a visita da namorada e estiveram a sós durante grande parte do turno Foi-lhe colocado perfume e realizada higiene oral (faz parte dos cuidados de higiene) antes da visita da namorada, a pedido do doente
13/10/2012		Mover-se Mobilidade física prejudicada R/C tetraplegia e M/P: incapacidade de realizar movimentos ativos	• Que a pessoa se mobilize sem ajuda • Que a pessoa adquira uma postura correta e confortável • Inibir a espasticidade • Estimular a sensibilidade proprioceptiva • Manter a integridade das estruturas articulares • Manter a amplitude dos movimentos	• Proceder à avaliação diária da motricidade da pessoa, utilizando escalas de avaliação da força (escala de avaliação da força muscular de Lower) e de avaliação de tônus (escala modificada de Ashworth) • Estabelecer programa diário de mobilizações de acordo com os resultados obtidos pela avaliação da motricidade • Proceder à avaliação do equilíbrio	13/10/2012 O Sr. N. apresenta tetraplegia com força muscular 0 avaliada na escala de avaliação da força muscular de Lower e tônus 1 na escala modificada de Ashworth de avaliação do tônus muscular. O Sr. N. mobiliza ativamente os ombros com movimentos de elevação e depressão dos mesmos. Mobiliza ainda

		Risco de rigidez R/C articular imobilidade	• Conservar a flexibilidade • Evitar aderências e contraturas • Melhorar a circulação de retorno • Diminuir o risco de rigidez articular	sentado • Estabelecer programa de treino de equilíbrio de acordo com resultados da avaliação de equilíbrio • Proceder a posicionamentos terapêuticos em padrão antispástico • Colocar a pessoa em plano inclinado • Fazer levantar para cadeira • Pedir colaboração da Medicina Física e Reabilitação(MFR)	ativamente a cabeça e pescoço Foi definido com o Sr. N. um programa de mobilizações passivas diárias das articulações dos vários segmentos corporais Foram ainda realizadas mobilizações ativas da cabeça, pescoço e ombros Estas mobilizações deverão ocorrer diariamente, após o pequeno almoço. Cada movimento foi repetido cinco vezes e ir-se-á aumentando progressivamente o número de mobilizações de acordo com a tolerância do Sr. N. Foi feita avaliação do equilíbrio na posição de sentado, sendo que não tem equilíbrio O doente foi posicionado no leito em padrão antispástico em decúbito lateral direito e esquerdo O doente não foi colocado em plano inclinado por não haver camas com plano inclinado. Não foi feito levantar para cadeira por não haver no serviço de Neurologia cadeiras adaptadas à situação deste doente e por apresentar úlcera de pressão na região sagrada Foi contactado o serviço de MFR para observar o doente e estabelecer programa de reabilitação e aguarda-se
--	--	--	---	---	---

					resposta 14/10/2012 a 17/10/2012 O Sr. N. mantém tetraplegia com força muscular 0 (escala de Lowe) e tônus 1 na escala modificada de Ashworth. Foram realizadas mobilizações passivas dos vários segmentos corporais, tendo cada movimento sido repetido cinco vezes. O doente não referiu dor às mobilizações, tendo ainda sido estimulado a mobilizar ativamente a cabeça e pescoço. Não apresenta equilíbrio sentado. Foi posicionado em padrão antispástico nos decúbitos laterais direito e esquerdo, de 2 em 2 horas e sempre que necessário O doente não fez levante para cadeira nem foi colocado em plano inclinado por não existirem estes produtos de apoio no serviço Foi observado pela MFR e iniciou plano de reabilitação de fisioterapia, em articulação com o plano de reabilitação motora de enfermagem de reabilitação. 22/10/2012 a 24/10/2012 O Sr. N. mantém tetraplegia com força muscular 0 (escala de Lower) e tônus 1 na escala modificada de Ashworth.
--	--	--	--	--	--

					Foram realizadas mobilizações passivas dos vários segmentos corporais, tendo cada movimento sido repetido 10 vezes, uma vez que o doente tolerou bem o plano anterior. O doente não referiu dor às mobilizações. O doente foi ainda estimulado a mobilizar ativamente a cabeça e pescoço. Não apresenta equilíbrio sentado. Foi posicionado em padrão antispástico nos decúbitos laterais direito e esquerdo, de 2 em 2 horas e sempre que necessário. Mantém plano de reabilitação de fisioterapia, em articulação com o plano de reabilitação motora de enfermagem de reabilitação. 27/10/2012 a 31/10/2012 O Sr. N. mantém tetraplegia com força muscular 0 (escala de Lowe) e tônus 1 na escala modificada de Ashworth. Foram realizadas mobilizações passivas dos vários segmentos corporais, tendo cada movimento sido repetido 15 vezes, uma vez que o doente tolerou bem o plano anterior. O doente não referiu dor às mobilizações, exceto no movimento de flexão do ombro esquerdo, onde refere dor 2
--	--	--	--	--	--

					avaliada na escala numérica. O doente foi ainda estimulado a mobilizar ativamente a cabeça e pescoço. Não apresenta equilíbrio sentado. Foi posicionado em padrão antispástico nos decúbitos laterais direito e esquerdo, de 2 em 2 horas e sempre que necessário Mantém plano de reabilitação de fisioterapia, em articulação com o plano de reabilitação motora de enfermagem de reabilitação.
--	--	--	--	--	---

Escala de avaliação da força muscular

Escala de Lower

Hemicorpo	Membros	Grau de força						
		Dias						
		13/10/2012	14/10/2012 a 17/10/2012	22/10/2012 a 24/10/2012	27/10/2012 a 31/10/2012			
Direito	Superior	0/5	0/5	0/5	0/5			
	Inferior	0/5	0/5	0/5	0/5			
Esquerdo	Superior	0/5	0/5	0/5	0/5			
	Inferior	0/5	0/5	0/5	0/5			

Fonte: Pinto (2001)

Grau	Avaliação da força
0/5	Sem contração muscular e sem movimento
1/5	Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento
2/5	Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade
3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência

Escala de avaliação do tônus muscular

Escala modificada de Ashworth

Hemicorpo	Membros	Avaliação do tônus muscular						
		Dias						
		13/10/2012	14/10/2012 a 17/10/2012	22/10/2012 a 24/10/2012	27/10/2012 a 31/10/2012			
Direito	Superior	1	1	1	1			
	Inferior	1	1	1	1			
Esquerdo	Superior	1	1	1	1			
	Inferior	1	1	1	1			

Fonte: Bohannon & Smith (1987).

Grau	Avaliação do tônus
0	Tônus normal
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma 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 da 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, o movimento passivo é impossível

Medida de independência funcional (MIF)/Medida de avaliação funcional(MAF)

AVD	Itens (MIF)	Itens (MAF)	Grau de dependência/Data			
			13/10/2012	14/10/2012 a 17/10/2012	22/10/2012 a 24/10/2012	27/10/2012 a 31/10/2012
Autocuidados	Alimentação		1	1	1	1
	Higiene pessoal		1	1	1	1
	Banho		1	1	1	1
	Vestir metade superior		1	1	1	1
	Vestir metade inferior		1	1	1	1
	Utilização da sanita		1	1	1	1
		Deglutir	7	7	7	7
Controlo dos esfíncteres	Bexiga		1	1	1	1
	Intestino		1	1	1	1
Mobilidade/ transferências	Leito/cadeira/cadeira de rodas		1	1	1	1
	Sanita		1	1	1	1
	Duche/banheira		1	1	1	1
		Carro	1	1	1	1
Locomoção	Marcha/cadeira de rodas		1	1	1	1
	Escadas		1	1	1	1
		Acesso à comunidade	1	1	1	1
Comunicação	Compreensão		7	7	7	7
	Expressão		7	7	7	7
		Ler	7	7	7	7
		Escrever	1	1	1	1
		Falar de fora inteligível	7	7	7	7

Adaptação psicossocial	Interação social		3	3	3	3
		Estado emocional	5	5	5	5
		Adaptação às situações	5	5	5	5
		Empregabilidade	Não (N) avaliado (A)	NA	NA	NA
Função cognitiva	Resolução de problemas		7	7	7	7
	Memória		7	7	7	7
		Orientação	7	7	7	7
		Atenção	7	7	7	7
		Avaliação da segurança	7	7	7	7

Fonte: DGS (2011); João Santos (2012)

ASSISTÊNCIA TOTAL (1) – É necessária assistência total ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos do que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa;

ASSISTÊNCIA MÁXIMA (2) - Utiliza menos de 50% do esforço necessário para realizar a tarefa, mas não necessita de auxílio total;

ASSISTÊNCIA MODERADA (3) - Necessita de uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 50% do esforço necessário na tarefa);

ASSISTÊNCIA COM O MÍNIMO DE CONTACTO (4) - Necessita de uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa);

SUPERVISÃO OU ESTRUTURA (5) – a pessoa necessita somente de supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contacto ou ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário;

INDEPENDÊNCIA MODIFICADA (6) - Capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente;

COMPLETA INDEPENDÊNCIA (7) - Toda a tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, M.; SOUSA, M.; PINTO, M. (2001) - **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-18-2.
- ANDRADE, M.; GONÇALVES, S. (2007) – Lesão medular traumática: recuperação neurológica e funcional. **Ata Med**. Porto. Vol.20. p.401-406.
- BOHANNON, R.; SMITH, M. (1987) - **Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity**. Physical Therapy 67(2), p.206-207.
- BROMLEY, Ida; BROWNLEE, Sarah; ROSE, Lone (1991) – Respiratory therapy. In: BROMLEY, Ida. **Tetraplegia and Paraplegia: a guide for physiotherapists**. New York: Churchill Livingstone.p.25-36.
- CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO (CHBM), E.P.E. **Procedimento geral CPD.101**. Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Acessível no Portal Interno do CHBM, E.P.E.
- COSTA, *et al.* (2008) - Exercício físico em utentes com lesão vertebro- medular. **EssFisioOnline**. Vol. 4, nº4. p. 40-59.
- DARCY, U. (2007) - **Reabilitação Neurológica**. 5ª ed. Mosby. ISBN:978-0-323-03306-0.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) (2011). Norma nº 54/2011 de 27/12/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação.. Acedido em: 21-10-2012.Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>.
- FRANKEL, *et al.* (1969) - The value of postural reduction in the initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia. **Paraplegia**. Nº 7.p. 179-192.
- GIANINI, *et al.* (2006) - Dor no Ombro em Pacientes com Lesão Medular. **ATA ORTOP BRAS**. Vol. 14, nº 1.
- LIANZA S. (2001) - A Lesão Medular. **Medicina de Reabilitação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. p. 299-300.
- MAURICE, V.; ALLAN, H. (2002) - **Principios de Neurologia de Adams y Victor**. 7ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana editores. Nº 36.p.1211-1261.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Guia de boa prática de cuidados de Enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-2-0.
- PINTO, Vanda Marques (2001) - Papel do enfermeiro na neuro avaliação do doente com alteração do nível de consciência. In: **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 45-56.
- POYNTON, *et al.* (1997) - Sparing of sensation to pinprick predicts recovery of a motor segment after injury to the spinal cord. **Journal of Bone and Joint surgery**. Vol 79, nº6. p.952-954.

- UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II - (A pessoa com Lesão Vertebro Medular- apresentação em Power point). Prof. João Santos. ESEL, 2012.

**APÊNDICE XIII - Resultado da entrevista à enfermeira chefe do
Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de
Oncologia do CHBM, E.P.E para caracterização e
justificação da escolha do local de estágio**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas –nº 3937

Resultado da entrevista para caraterização e justificação da
escolha do local de estágio “Serviço de Pneumologia” do
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Participante: Enfermeira chefe do Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de
Oncologia (SPUFO).

Caraterizar o serviço

Questão nº1 - O serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia constitui uma área de internamento com um total de 29 camas. Integra as valências de Pneumologia, de Isolamento de doentes com tuberculose ativa e multirresistente, com nove camas para cada uma destas áreas e a Unidade Funcional de Oncologia com um total de 11 camas.

As patologias mais frequentes encontradas neste serviço são as infeções das vias aéreas inferiores, os pneumotórax espontâneos, as neoplasias do pulmão e outras (uma vez que integra a valência de Oncologia), as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas (DPOC) agudizadas e as pneumonias.

No que se refere à taxa de ocupação do serviço de Pneumologia, foi de 84,8 % em 2011 taxa que em fevereiro de 2012 conta já com 100,4%, sendo que em igual período no ano anterior era de 99,6%.

Relativamente ao tempo médio de internamento, este foi de 8,2 dias no ano de 2011 e em fevereiro de 2012 este valor é de 8 dias.

Não dispomos de dados estatísticos relativamente às taxas de ocupação e de tempo médio de internamento referentes a cada patologia mas podemos no entanto afirmar que a pneumonia e a DPOC são as patologias mais frequentemente causadoras de internamento neste serviço.

Relativamente às visitas, na nossa instituição preconizamos a presença da “Pessoa Significativa” junto do doente, escolhida por este, podendo permanecer junto dele durante todo o período de internamento, no horário das 13h00 às 19h00. O horário da visita social, até ao limite de 4 pessoas por doente, ocorre no período entre as 17h00 e as 18h00.

Questão nº2 - A população que assistimos tem um nível de literacia baixo bem como o nível socioeconómico. Relativamente à idade média dos doentes internados não dispomos de dados mas do conhecimento que adquirimos da nossa prática diária são na sua maioria doentes a partir dos 40 anos, mas mais idosos. O grau de adesão destes doentes ao plano terapêutico é reduzido, em grande parte devido às condições socioeconómicas destes doentes/famílias. Cerca de 50% dos doentes internados possuem suporte familiar adequado às suas necessidades, quer em contexto de internamento quer após a alta. Relativamente ao apoio domiciliário aos doentes que dele necessitam é requisitado apoio da assistente social que faz por sua vez o encaminhamento para o doente usufruir deste apoio.

Compreender a gestão de recursos humanos

Questão nº3 - A equipa de enfermagem do SPUFO é composta por 23 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe. Os enfermeiros que prestam cuidados diretos aos doentes são em número de 21. Relativamente à gestão do serviço, a única enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação neste serviço, para além de prestar cuidados na sua área de especialização, colabora ainda na gestão do mesmo. Esta enfermeira

tem horário fixo, das 8h00 às 16h30m e presta cuidados especializados em enfermagem de reabilitação neste serviço há cerca de três anos e meio.

Compreender a gestão de cuidados de enfermagem

Questão nº4 – Habitualmente, o número de enfermeiros no turno da manhã é de cinco, no turno da tarde é de quatro e à noite ficam só dois enfermeiros a prestar cuidados. A atribuição de doentes é realizada tendo em consideração o número de horas de cuidados de acordo com a classificação por graus de dependência. No que diz respeito ao método de trabalho utilizado no serviço é o método por enfermeiro responsável. Os registos são informatizados e realizados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. É privilegiado o envolvimento da família/cuidador na prestação de cuidados, de acordo com projeto de serviço nesta área do cuidar. Relativamente aos projetos implantados no serviço, neste momento são 28, salientando-se os “Respirar melhor para melhor viver- DPOC”, “Promover adesão à ventilação não invasiva em ambulatório”, “Melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente submetido a terapêutica inalatória durante o internamento e após a alta”, “Deixar de fumar” e “Família cuidada”, como aqueles que poderão ter particular interesse no cuidar do doente com DPOC.

**APÊNDICE XIV - Resultado da entrevista à EEER do SPUFO do
CHBM, E.P.E para caracterização e justificação
da escolha do local de estágio**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas –nº 3937

Resultado da entrevista para caracterização e justificação da
escolha do local de estágio “Serviço de Pneumologia” do
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Participante: Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação Serviço de
Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia

**Compreender a gestão de cuidados especializados em enfermagem de
reabilitação**

Questão nº1 – Uma vez que só presto cuidados especializados em enfermagem de reabilitação não tenho doentes atribuídos; presto cuidados a todos os doentes que, após avaliação dos mesmos, possam vir a beneficiar desses cuidados que podem ser a nível respiratório e/ou motor. Porém, e uma vez que não consigo dar sempre resposta às necessidades de todos os doentes, dedico-me mais aos doentes com DPOC e também aos doentes com pneumonia, dado que também são as patologias mais frequentes no serviço. Apesar de incidir mais na reabilitação respiratória, porque as patologias mais frequentes assim o determinam, também reabilito a função motora, quer nestes doentes quer em doentes com outras patologias. Diariamente giro os cuidados que presto da seguinte forma: estabeleço prioridades, cuidando em primeiro lugar dos que têm maior grau de dependência para realização

das atividades de vida diária. De uma forma geral, após os cuidados de higiene, presto cuidados de reabilitação motora e após o pequeno-almoço os de reabilitação respiratória, articulando ainda o meu trabalho com a colaboração na gestão do serviço.

Estou sempre presente nas passagens de turno e transmito à equipa os cuidados prestados na minha área de atuação, especialmente ao enfermeiro de referência desse doente.

Uma vez que sou a única especialista em reabilitação, os cuidados especializados só têm continuidade no dia seguinte.

Relativamente a ajudas técnicas, temos o elevador, que não utilizo, e os andarilhos.

Questão nº2 – Presto cuidados de enfermagem de reabilitação maximizando a funcionalidade da pessoa, capacitando-a para uma via pessoal, familiar, profissional e social com qualidade.

Relativamente a ser agente de mudança e uma vez que também sou responsável pela formação em serviço, preocupo-me em realizar com alguma periodicidade e de acordo com as necessidades diagnosticadas no serviço, formação sobre mecânica corporal porque verifico com frequência posturas incorretas dos colegas quando mobilizam doentes, com as consequências que daí advêm. Atuo também como agente de educação para a saúde junto dos doentes com DPOC, de acordo com projeto por mim elaborado, em que faço a avaliação inicial do doente, avaliando também os conhecimentos que este tem sobre a sua patologia, fazendo-lhe os ensinamentos de acordo com as necessidades por mim avaliadas e/ou verbalizadas pelo mesmo, procedendo posteriormente a uma avaliação dos resultados obtidos.

Em relação à capacidade de liderança, os colegas generalistas solicitam-me ajuda com frequência, especialmente para os levantes e transferências dos doentes para a cama ou cadeira de rodas e também colaboram quando solicitados. Também têm em conta as minhas

decisões/opiniões nos cuidados que prestam aos doentes internados no serviço.

Perceber a articulação de cuidados de enfermagem especializados com a família/cuidador, com a restante equipa multidisciplinar e com a comunidade.

Questão nº3 – A aceitação e articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação pela equipa multidisciplinar é bem conseguida. No que diz respeito aos fisioterapeutas, enquanto que a enfermeira de reabilitação cuida de todos os doentes que necessitem de cuidados especializados nesta área, as duas fisioterapeutas que dão apoio ao serviço só assistem os doentes cuja prescrição médica requisita fisioterapia, quer respiratória quer motora, sendo que cada uma delas tem a sua área específica de atuação; a articulação que estabeleço com o seu trabalho é positiva com benefícios para o doente e para toda a equipa. Relativamente à nutricionista, vem diariamente ao serviço e sempre que solicitada, de forma a adequar as dietas às necessidades e preferências de cada doente. A articulação com este elemento é positiva, tendo em conta que considera sempre a opinião do enfermeiro especialista e até do generalista, tomando decisões em conjunto. A assistente social é o elemento responsável pela articulação dos cuidados com a comunidade, sendo ela quem estabelece esse contato. A equipa médica, quer os pneumologistas, que os oncologistas, também aceitam e valorizam os cuidados de enfermagem especializados,

Questão nº4 – No momento em que recebemos o doente (digo recebemos porque de igual forma, os enfermeiros de cuidados gerais também o fazem na sua área de intervenção) procedemos à sua avaliação e definimos estratégias de intervenção. Estas estratégias são elaboradas com e para o doente/família/cuidador e visam, desde o momento da admissão, a preparação para a alta. No caso dos exercícios respiratórios, por

exemplo, ensino os exercícios ao doente e também à família/cuidador, para que possam ser eles a supervisionar a realização dos mesmos em casa.

Relativamente às estratégias utilizadas para a preparação do regresso a casa, incentivamos, sempre que possível, a participação dos cuidadores em todas as intervenções.

Não há um instrumento de colheita/registo de informação para que se possa proceder a uma avaliação sistematizada do grau de satisfação com os cuidados prestados aos doentes/famílias/cuidadores. Contudo, o *feedback* fornecido após ou ainda durante o internamento é verbalizado pelos mesmos, estando ainda presente nos louvores à instituição pelos cuidados prestados pela equipa.

Identificar projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem na área da reabilitação.

Questão nº5 – Não existe programa sistematizado de reabilitação respiratória e/ou motora. A intervenção de enfermagem de reabilitação é realizada de acordo com as necessidades de cada doente/família/cuidador e todas essas intervenções têm como objetivo a preparação para a alta.

Questão nº6 – Este ano integro um grupo de trabalho de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação da instituição com o objetivo da otimização do registo destes cuidados especializados em CIPE. Presentemente e pelo défice de recursos humanos na instituição privilegio a prestação de cuidados aos doentes com DPOC, mas o meu objetivo é conseguir prestar cuidados a todos os doentes internados no serviço que necessitem deles. Relativamente aos recursos materiais pretendo adquirir cintos de transferência, dispositivos de ajuda para limpeza das vias aéreas como *Accapela's*, para melhorar a qualidade dos cuidados.

Pretendo ainda realizar um estágio no Hospital Pulido Valente para otimizar conhecimentos e práticas de cuidados especializados nesta área.

Estou de momento a desenvolver o projeto Respirar melhor para melhor viver- DPOC, que posteriormente irei adaptar a todos os doentes internados no serviço com necessidade de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

**APÊNDICE XV - Manual de Enfermagem de Reabilitação em linguagem
CIPE**



MANUAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PARAMETRIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Área de Enfermagem de Reabilitação

2013

268

Legenda de cores:

■ - Foco/diagnóstico ■ - Juízo ■ - Ação/intervenção

■ - Avaliação da pessoa

ACTIVIDADE MOTORA

Comprometida

•Supervisar exercícios musculoesqueléticos ativos

A pessoa:

independente	necessitou de incentivo/orientação	necessitou de ser assistida	incapaz de executar os exercícios
--------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

- Executar técnica de exercitação musculoesquelética passiva
- Executar técnica de exercitação musculoesquelética ativa-assistida
- Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos ativos
- Instruir sobre exercícios musculoesqueléticos ativos
- Treinar a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos
- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoesqueléticos ativos

•Supervisar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos

O prestador de cuidados:

independente	necessitou de orientação	incapaz de executar os exercícios
--------------	--------------------------	-----------------------------------

- Ensinar o prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos
- Instruir o prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos
- Treinar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos

CONHECIMENTO

Conhecimento sobre a doença

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre técnica respiratória

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre técnica da tosse

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre técnica inalatória

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre técnica da ponte, rolamento e equilíbrio em pé

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre oxigenoterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre inaloterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre ventiloterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre uso de equipamento adaptativo para deambular

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre cinesiterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre prevenção da desidratação

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento sobre terapêutica de posição

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a doença

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica respiratória

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento Insuficiente do prestador de cuidados sobre técnica inalatória

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica da ponte, rolamento e equilíbrio em pé

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculo articulares passivos e ativos assistidos

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre oxigenoterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre ventiloterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre uso de equipamento adaptativo para deambular

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica da deambulação

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre cinesiterapia

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica de posição

Demonstrado

Não demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação

Demonstrado

Não demonstrado

- Validar conhecimentos sobre a doença
- Validar conhecimentos sobre técnica respiratória
- Validar conhecimentos sobre técnica da tosse
- Validar conhecimentos sobre técnica inalatória
- Validar conhecimentos sobre técnica da ponte, rolamento e equilíbrio em pé
- Validar conhecimentos sobre exercícios musculo articulares ativos
- Validar conhecimentos sobre oxigenoterapia
- Validar conhecimentos sobre inaloterapia
- Validar conhecimentos sobre ventiloterapia
- Validar conhecimentos sobre uso de equipamento adaptativo para deambular
- Validar conhecimentos sobre cinesiterapia
- Validar conhecimentos sobre terapêutica de posição
- Validar conhecimentos sobre prevenção da desidratação
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre a doença
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre técnica respiratória
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre técnica da tosse
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre técnica inalatória
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre técnica da ponte, rolamento e equilíbrio em pé
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre exercícios musculo articulares passivos e ativos assistidos
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre oxigenoterapia
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre inaloterapia
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre ventiloterapia
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre uso de equipamento adaptativo para deambular
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre técnica da deambulação
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre cinesiterapia
- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre terapêutica de posição

- Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação

DEAMBULAR

Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação

Demonstrado

Não Demonstrado

Aprendizagem de Habilidades para deambular

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de deambulação

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre estratégias adaptativas para deambular

Demonstrado

Não Demonstrado

Dependência

Presente, em grau reduzido

A pessoa tem capacidade para iniciar e completar, independentemente, as atividades inerentes ao deambular; no entanto requer orientação e/ou incentivo à iniciativa

Presente, em grau moderado

A pessoa não inicia todas as atividades inerentes ao deambular ou não as completa de forma independente.

Presente, em grau elevado

A pessoa, independentemente, não inicia nem completa nenhuma atividade inerente ao deambular.

• **Supervisar a deambulação**

A pessoa:

independente	necessitou de incentivo/orientação	necessitou de ser assistida	incapaz de deambular
--------------	------------------------------------	-----------------------------	----------------------

• **Supervisar o uso do equipamento adaptativo para deambular**

A pessoa:

independente	necessitou de incentivo/orientação	necessitou de ser assistida	incapaz de usar o equipamento adaptativo
--------------	------------------------------------	-----------------------------	--

• **Incentivar a deambulação**

• **Assistir a pessoa ao deambular**

• **Ensinar sobre estratégias adaptativas para deambular**

• **Instruir a utilização de estratégias adaptativas para deambular**

- Treinar o uso de estratégias adaptativas para deambular
- Providenciar equipamento adaptativo para deambular
- Advogar o uso de equipamento adaptativo
- Informar sobre equipamento adaptativo para deambular
- Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para deambular
- Orientar no uso do equipamento adaptativo para deambular
- Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de deambulação
- Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no deambular
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no deambular

DISPNEIA EM REPOUSO

- Vigiar a respiração

Amplitude:

superficial	profunda
-------------	----------

Ritmo:

regular	irregular
---------	-----------

Sons respiratórios anormais:

presentes	ausentes
-----------	----------

Tipo:

torácica	abdominal	mista
----------	-----------	-------

Tiragem:

supraclavicular	intercostal	abdominal	global
-----------------	-------------	-----------	--------

- Monitorizar a SatO2
- Monitorizar frequência respiratória
- Monitorizar frequência respiratória antes da actividade
- Monitorizar frequência respiratória depois da actividade
- Monitorizar frequência respiratória antes da cinesiterapia
- Monitorizar frequência respiratória depois da cinesiterapia
- Monitorizar frequência cardíaca antes da cinesiterapia
- Monitorizar frequência cardíaca depois da cinesiterapia
- Monitorizar saturações de oxigénio antes da cinesiterapia
- Monitorizar saturações de oxigénio depois da cinesiterapia
- Planear a actividade física
- Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento
- Optimizar oxigenoterapia
- Optimizar ventilação

- **Executar cinesiterapia respiratória**

Normas:

- a) Auscultação pulmonar antes
- b) Auscultação pulmonar após
- c) Reeducação diafragmática da porção posterior
- d) Reeducação diafragmática da porção posterior com flexão/extensão dos membros inferiores
- e) Reeducação diafragmática global
- f) Reeducação diafragmática da porção anterior
- g) Reeducação diafragmática da hemicúpula esquerda
- h) Reeducação diafragmática da hemicúpula direita
- i) Reeducação costal global
- j) Reeducação costal selectiva da porção lateral direita
- k) Reeducação costal selectiva da porção lateral esquerda
- l) Reeducação costal selectiva da porção lateral direita com abertura costal
- m) Reeducação costal selectiva da porção lateral esquerda com abertura costal
- n) Reeducação costal selectiva da porção superior
- o) Reeducação costal selectiva da porção antero superior esquerda
- p) Reeducação costal selectiva da porção antero superior direita
- q) Reeducação costal selectiva da porção antero inferior esquerda
- r) Reeducação costal selectiva da porção antero inferior direita
- s) Reeducação costal selectiva da porção inferior
- t) Com compressões
- u) Com percussões
- v) Com vibrações

- **Executar inaloterapia através de inalador**

- **Ensinar sobre técnica respiratória**

- **Instruir técnica respiratória**

- **Ensinar sobre técnica inalatória**

- **Ensinar sobre inaloterapia através de inalador**

- **Ensinar sobre técnica inalatória com inalador**

- **Instruir técnica de inalação com inalador**

- **Instruir sobre técnica inalatória**

- **Treinar técnica inalatória**

Normas:

- a) Expirar tanto quanto for confortavelmente possível
- b) Inspirar lenta e profundamente pela boca
- c) Suspender a respiração 4 a 10 segundos

- **Treinar técnica respiratória**

Normas:

- a) Posição de descanso/relaxamento
- b) Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia

- c) Dissociação dos tempos respiratórios
- d) Respiração diafragmática
- e) Respiração com ênfase na expiração
- f) Respiração com ênfase na inspiração

• **Supervisar pessoa na técnica respiratória**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

• **Supervisar pessoa na técnica inalatória**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

• **Supervisar pessoa na técnica inalatória com inalador**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

• **Treinar técnica inalatória com inalador**

- Normas:
 - a) Preparar o inalador para proceder à inalação
 - b) Expirar tanto quanto confortavelmente possível
 - c) Colocar a peça bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo
 - d) Adaptar bem a máscara da câmara expansora à face
 - e) Inspirar lenta e profundamente pela boca
 - f) Disponibilizar uma dose imediatamente antes da inalação
 - g) Suspender a respiração 4 a 10 segundos e expirar de seguida
 - h) Esperar 30 segundos a 1 minuto, se necessário nova inalação
 - i) Proceder a higiene oral se administrado corticóide
 - j) Administrar broncodilatador em 1º lugar e aguardar 5 a 10 minutos para administrar o corticóide
 - k) Identificar as doses disponíveis no inalador
 - l) Higienizar e acondicionar o inalador

DISPNEIA FUNCIONAL

• **Vigiar a respiração**

Amplitude:

superficial	profunda
-------------	----------

Ritmo:

regular	irregular
---------	-----------

Sons respiratórios anormais:

presentes	ausentes
-----------	----------

Tipo:

torácica	abdominal	mista
----------	-----------	-------

Tiragem:

supraclavicular	intercostal	abdominal	global
-----------------	-------------	-----------	--------

- **Monitorizar a SatO2**
- **Monitorizar frequência respiratória**
- **Monitorizar frequência respiratória antes da actividade**
- **Monitorizar frequência respiratória depois da actividade**
- **Monitorizar frequência respiratória antes da cinesiterapia**
- **Monitorizar frequência respiratória depois da cinesiterapia**
- **Monitorizar frequência cardíaca antes da cinesiterapia**
- **Monitorizar frequência cardíaca depois da cinesiterapia**
- **Monitorizar saturações de oxigénio antes da cinesiterapia**
- **Monitorizar saturações de oxigénio depois da cinesiterapia**
- **Gerir oxigenoterapia**
- **Planear a actividade física**
- **Manter repouso**
- **Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento**
- **Optimizar ventilação**

- **Executar cinesiterapia respiratória**

Normas:

- a) Auscultação pulmonar antes
- b) Auscultação pulmonar após
- c) Reeducação diafragmática da porção posterior
- d) Reeducação diafragmática da porção posterior com flexão/extensão dos membros inferiores
- e) Reeducação diafragmática global
- f) Reeducação diafragmática da porção anterior
- g) Reeducação diafragmática da hemicúpula esquerda
- h) Reeducação diafragmática da hemicúpula direita
- i) Reeducação costal global
- j) Reeducação costal selectiva da porção lateral direita
- k) Reeducação costal selectiva da porção lateral esquerda
- l) Reeducação costal selectiva da porção lateral direita com abertura costal
- m) Reeducação costal selectiva da porção lateral esquerda com abertura costal
- n) Reeducação costal selectiva da porção superior
- o) Reeducação costal selectiva da porção antero superior esquerda
- p) Reeducação costal selectiva da porção antero superior direita
- q) Reeducação costal selectiva da porção antero inferior esquerda
- r) Reeducação costal selectiva da porção antero inferior direita
- s) Reeducação costal selectiva da porção inferior
- t) Com compressões
- u) Com percussões
- v) Com vibrações

- Executar inaloterapia através de inalador
- Incentivar repouso
- Ensinar sobre inaloterapia através de inalador
- Ensinar sobre técnica inalatória com inalador
- Ensinar sobre técnica inalatória
- Ensinar sobre técnica respiratória
- Instruir técnica de inalação com inalador
- Instruir técnica respiratória
- Instruir sobre técnica inalatória

- **Treinar técnica inalatória**

Normas:

- Expirar tanto quanto for confortavelmente possível
- Inspirar lenta e profundamente pela boca
- Suspender a respiração 4 a 10 segundos

- **Treinar técnica respiratória**

Normas:

- Posição de descanso/relaxamento
- Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia
- Dissociação dos tempos respiratórios
- Respiração diafragmática
- Respiração com ênfase na expiração
- Respiração com ênfase na inspiração

- **Supervisar pessoa na técnica respiratória**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

- **Supervisar pessoa na técnica inalatória**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

- **Supervisar pessoa na técnica inalatória com inalador**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

- **Treinar técnica inalatória com inalador**

Normas:

- Preparar o inalador para proceder à inalação
- Expirar tanto quanto confortavelmente possível
- Colocar a peça bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo
- Adaptar bem a máscara da câmara expansora à face
- Inspirar lenta e profundamente pela boca

- f) Disponibilizar uma dose imediatamente antes da inalação
- g) Suspender a respiração 4 a 10 segundos e expirar de seguida
- h) Esperar 30 segundos a 1 minuto, se necessário nova inalação
- i) Proceder a higiene oral se administrado corticóide
- j) Administrar broncodilatador em 1º lugar e aguardar 5 a 10 minutos para administrar o corticóide
- k) Identificar as doses disponíveis no inalador
- l) Higienizar e acondicionar o inalador

EQUILÍBRIO CORPORAL

Aprendizagem de Habilidades para o equilíbrio corporal

Não Demonstrado

Demonstrado

Comprometido

Comprometido, em grau reduzido - Mantém-se em pé mas apresenta desvio em relação à linha média ou desequilibra-se com movimentos de oscilação

Comprometido, em grau moderado - Consegue manter-se sentado sem apoio mas tem desvio em relação á linha média, ou na posição de pé precisa de apoio para manter em posição erecta.

Comprometido, a um nível elevado - Capaz de manter a cabeça erecta, mas só consegue sentar com apoio. Não consegue manter uma posição sentada correcta. Tem desvio do tronco em relação á linha média.

Comprometido, em grau muito elevado -Total incapacidade para manter a cabeça erecta e estar sentado

• Supervisar pessoa na técnica da ponte

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	Necessitou ser assistida na execução da técnica
incapaz de executar a técnica		

- **Supervisar pessoa na técnica de rolamento**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	Necessitou ser assistida na execução da técnica
incapaz de executar a técnica		

- **Supervisar pessoa no equilíbrio corporal de pé**

A pessoa:

Independente na execução do treino	necessitou de incentivo/orientação	Necessitou ser assistida na execução do treino
incapaz de executar o treino		

- **Supervisar pessoa no equilíbrio corporal sentado**

A pessoa:

Independente na execução do treino	necessitou de incentivo/orientação	Necessitou ser assistida na execução do treino
incapaz de executar o treino		

- Incentivar pessoa a executar técnica da ponte
- Incentivar pessoa a executar técnica de rolamento
- Incentivar pessoa para o equilíbrio corporal em pé
- Incentivar pessoa para o equilíbrio corporal sentado
- Treinar pessoa na técnica da ponte
- Treinar pessoa na técnica de rolamento
- Treinar pessoa no equilíbrio corporal em pé
- Treinar pessoa no equilíbrio corporal sentado

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico

Demonstrado

Não Demonstrado

Aprendizagem de Habilidades para auto administrar os Medicamentos

Demonstrado

Não Demonstrado

Aprendizagem de Habilidades para executar os tratamentos

Demonstrado

Não Demonstrado

Aprendizagem de Habilidades para prevenir complicações

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre a autoadministração de medicamentos

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre hábitos alimentares

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre hábitos alimentares

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre hábitos de exercício

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre regime medicamentoso

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre respostas/reacções aos medicamentos

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre tratamentos

Demonstrado

Não Demonstrado

Ineficácia

Não Ineficaz

Ineficaz

- Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico
- Facilitar encontro com pessoas com gestão eficaz do regime terapêutico
- Incentivar adesão ao regime terapêutico
- Informar sobre tratamentos
- Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
- Ensinar sobre a dieta
- Ensinar sobre auto-administração de medicamentos
- Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico
- Ensinar sobre hábitos alimentares
- Ensinar sobre hábitos de actividade sexual
- Ensinar sobre hábitos de exercício
- Ensinar sobre hábitos de repouso
- Ensinar sobre prevenção de complicações
- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Ensinar sobre respostas / reacções aos medicamentos
- Ensinar sobre sinais de complicações
- Ensinar sobre tratamentos
- Instruir a pessoa sobre como executar os tratamentos
- Instruir o prestador de cuidados sobre como gerir o regime terapêutico
- Instruir sobre como prevenir complicações
- Treinar a auto-administrar os medicamentos
- Treinar a pessoa na execução dos tratamentos
- Treinar o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico
- Orientar para serviços de saúde

LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS

Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções

Não Demonstrado

Demonstrado

Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar inaloterapia

Demonstrado

Não Demonstrado

Aprendizagem de Habilidades para executar inaloterapia

Demonstrado

Não Demonstrado

Aprendizagem de Habilidades para tossir

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre inaloterapia

Demonstrado

Não Demonstrado

Conhecimento sobre técnica de tosse

Demonstrado

Não Demonstrado

Ineficaz

Ineficaz, em grau reduzido- A pessoa apresenta reflexo de tosse eficaz, mas necessita de incentivo para tossir

Ineficaz, em grau moderado- A pessoa apresenta reflexo de tosse pouco eficaz e necessita ocasionalmente de aspiração das secreções.

Ineficaz, em grau elevado- A pessoa apresenta reflexo de tosse ineficaz e necessita sempre de aspiração de secreções

Vigiar a expectoração

Coloração:

incolor	branca	amarela	verde	hemática
---------	--------	---------	-------	----------

Consistência:

fluída	espessa	viscosa
--------	---------	---------

Presença:

presente	Ausente
----------	---------

Quantidade: insignificante/ moderada/ abundante

insignificante	moderada	abundante
----------------	----------	-----------

• Vigiar reflexo de tosse

Ausente

Presente:

eficaz	ineficaz
--------	----------

- Monitorizar a SatO2
- Monitorizar frequência respiratória
- Planejar ingestão de líquidos
- Optimizar traqueostomia
- Executar cinesiterapia respiratória
- Executar inaloterapia através de inalador
- Aspirar secreções da cavidade nasal
- Aspirar secreções da cavidade oral
- Aspirar secreções pelo traqueostoma
- Aspirar secreções pelo tubo traqueal
- Assistir na técnica respiratória
- Assistir na técnica da tosse
- Incentivar ingestão de líquidos
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a aspiração de secreções
- Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
- Ensinar sobre a técnica de tosse
- Ensinar sobre inaloterapia através de inalador
- Ensinar sobre técnica respiratória
- Instruir a técnica de tosse
- Instruir o prestador de cuidados a aspirar as secreções
- Instruir o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
- Instruir sobre inaloterapia através inalador
- Instruir técnica respiratória
- Treinar a técnica de tosse
- Treinar inaloterapia através de inalador
- Treinar o prestador de cuidados a aspirar as secreções
- Treinar o prestador de cuidados a executar inaloterapia

MOBILIDADE

Compromisso

Comprometido

• Vigiar a mobilidade

• Avaliar força muscular

Força muscular:

0-Sem movimentos visíveis. Paralisia total	1-Esboço de contração visível ou palpável mas sem movimento	2-Movimenta a articulação. Não vence a gravidade
3-movimentos contra a	4-movimentos ativos contra a	5-Força normal

gravidade. Não vence a resistência	gravidade e resistência. Força menor que o esperado.	
------------------------------------	--	--

Membro:

superior direito	superior esquerdo	inferior direito	inferior esquerdo
------------------	-------------------	------------------	-------------------

- Assistir a pessoa no levante

PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

Adequação

Adequado

Não Adequado

Envolvimento na interacção com a pessoa dependente

Demonstrado

Não Demonstrado

- Planear encontro com o prestador de cuidados
- Requerer serviço domiciliário
- Requerer serviço social
- Facilitar a adaptação do prestador de cuidados a novos estilos de vida
- Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão
- Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Encorajar o envolvimento da família
- Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções
- Encorajar o prestador de cuidados a participar em grupos de suporte
- Encorajar o prestador de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com a comunidade
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com a família
- Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com os serviços de saúde
- Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
- Elogiar envolvimento do prestador de cuidados
- Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio
- Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico
- Instruir o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico
- Treinar o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico
- Orientar o doente para o centro de dia

- Orientar o prestador de cuidados para a prestação de serviços na comunidade

PARALISIA

Especificações

- Vigiar a sensação tátil

Ausente

Parestesias:

Ausentes (o doente não refere)	Presentes (o doente refere)
--------------------------------	-----------------------------

- Vigiar movimento muscular
- Executar técnica de exercitação musculoarticular passiva
- Supervisar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoarticulares passivos

O prestador de cuidados:

independente	necessitou de orientação	incapaz de executar os exercícios
--------------	--------------------------	-----------------------------------

- Ensinar o prestador de cuidados sobre exercícios musculoarticulares passivos
- Instruir o prestador de cuidados sobre exercícios musculoarticulares passivos
- Treinar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoarticulares passivos

PARÉSIA

- Avaliar força muscular

Força muscular:

0-Sem movimentos visíveis. Paralisia total	1-Esboço de contração visível ou palpável mas sem movimento	2-Movimenta a articulação. Não vence a gravidade
3-movimentos contra a gravidade. Não vence a resistência	4-movimentos ativos contra a gravidade e resistência. Força menor que o esperado.	5-Força normal

Membro:

superior direito	superior esquerdo	inferior direito	inferior esquerdo
------------------	-------------------	------------------	-------------------

- Supervisar exercícios musculoarticulares ativos

A pessoa:

independente	necessitou de incentivo/orientação	necessitou de ser assistida	incapaz de executar os exercícios
--------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

- Executar técnica de exercitação musculartoarticular ativa-assistida
- Ensinar sobre exercícios musculartoarticulares ativos
- Instruir sobre exercícios musculartoarticulares ativos
- Treinar a execução de exercícios musculartoarticulares ativos
- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculartoarticulares ativos

- Supervisar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculartoarticulares assistidos

O prestador de cuidados:

independente	necessitou de orientação	incapaz de executar os exercícios
--------------	--------------------------	-----------------------------------

- Ensinar o prestador de cuidados sobre exercícios musculartoarticulares assistidos
- Instruir o prestador de cuidados sobre exercícios musculartoarticulares assistidos
- Treinar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculartoarticulares assistidos

TROCAS GASOSAS

Alteradas

- Vigiar a respiração

Amplitude:

superficial	profunda
-------------	----------

Ritmo:

regular	irregular
---------	-----------

Sons respiratórios anormais:

presentes	ausentes
-----------	----------

Tipo:

torácica	abdominal	mista
----------	-----------	-------

Tiragem:

supraclavicular	intercostal	abdominal	global
-----------------	-------------	-----------	--------

- Monitorizar a SatO2
- Monitorizar frequência respiratória
- Monitorizar frequência respiratória antes da actividade
- Monitorizar frequência respiratória depois da actividade

- Monitorizar frequência respiratória antes da cinesiterapia
- Monitorizar frequência respiratória depois da cinesiterapia
- Monitorizar frequência cardíaca antes da cinesiterapia
- Monitorizar frequência cardíaca depois da cinesiterapia
- Monitorizar saturações de oxigénio antes da cinesiterapia
- Monitorizar saturações de oxigénio depois da cinesiterapia
- Planear a actividade física
- Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento
- Optimizar oxigenoterapia
- Gerir oxigenoterapia
- Optimizar ventilação
- Executar cinesiterapia respiratória
- Executar inaloterapia através de inalador
- Ensinar sobre inaloterapia através de inalador
- Ensinar sobre técnica respiratória
- Ensinar sobre técnica inalatória
- Ensinar sobre técnica inalatória com inalador
- Instruir técnica de inalação com inalador
- Instruir sobre técnica inalatória
- Instruir técnica respiratória

- **Treinar técnica inalatória**

Normas:

- Expirar tanto quanto for confortavelmente possível
- Inspirar lenta e profundamente pela boca
- Suspender a respiração 4 a 10 segundos

- **Treinar técnica respiratória**

Normas:

- Posição de descanso/relaxamento
- Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia
- Dissociação dos tempos respiratórios
- Respiração diafragmática
- Respiração com ênfase na expiração
- Respiração com ênfase na inspiração

- **Supervisar pessoa na técnica respiratória**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

- **Supervisar pessoa na técnica inalatória**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

- **Supervisar pessoa na técnica inalatória com inalador**

A pessoa:

Independente na execução da técnica	necessitou de incentivo/orientação	incapaz de executar a técnica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

- **Treinar técnica inalatória com inalador**

Normas:

- a) Preparar o inalador para proceder à inalação
- b) Expirar tanto quanto confortavelmente possível
- c) Colocar a peça bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo
- d) Adaptar bem a máscara da câmara expansora à face
- e) Inspirar lenta e profundamente pela boca
- f) Disponibilizar uma dose imediatamente antes da inalação
- g) Suspender a respiração 4 a 10 segundos e expirar de seguida
- h) Esperar 30 segundos a 1 minuto, se necessário nova inalação
- i) Proceder a higiene oral se administrado corticóide
- j) Administrar broncodilatador em 1º lugar e aguardar 5 a 10 minutos para administrar o corticóide
- k) Identificar as doses disponíveis no inalador
- l) Higienizar e acondicionar o inalador

APÊNDICE XVI - Reflexão sobre a 1ª semana de estágio no SPUFO

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com Relatório – Estágio no serviço de
Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

REFLEXÕES

1ª semana de estágio

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Barreiro

2012

291

Esta primeira semana de estágio, objetivada para conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço de pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., revelou-se extremamente importante pois foi durante este período que pude constatar as evidências que me tinham sido referidas aquando da entrevista para caracterizar este local de estágio relativamente ao sistema de gestão de recursos humanos e materiais passíveis de serem mobilizados na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Apesar de existir só uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação neste serviço, constatei que é um elemento pró ativo no que diz respeito à satisfação das necessidades de cuidados de reabilitação dos doentes e suas famílias, mobilizando os escassos recursos materiais de que dispõe para a prestação de cuidados na sua área de especialização, avaliando as necessidades de cada pessoa/família, estabelecendo prioridades e adequando as suas intervenções às necessidades identificadas, desde o momento de admissão até à alta privilegiando desta forma a preparação para o regresso a casa. De acordo com Maramba *et al.* (2004), a inadequada preparação para a alta reflete-se na presença de necessidades não satisfeitas, repercutindo-se por sua vez na inadequada utilização dos recursos da comunidade, numa falta de continuidade de cuidados após a alta, falta de capacitação para o autocuidado e readmissões subsequentes por insuficiente educação/capacitação da pessoa/cuidador para o autocuidado e autocontrolo.

Durante esta semana tive ainda a oportunidade de conhecer a equipa multidisciplinar e perceber a articulação entre os intervenientes e a importância do papel que cada um desempenha na equipa, sendo que cada um dos elementos da equipa, tendo papéis, funções e competências radicalmente diferentes, só consegue atingir a excelência e a qualidade holística dos cuidados à pessoa trabalhando em interdisciplinaridade. Para corroborar esta questão, Costa (2007, p.109) define a interdisciplinaridade como o “grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas”, sendo que “desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas”

Foi ainda durante esta semana que identifiquei a metodologia de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem, sendo esta a de enfermeiro responsável, e em que o papel do enfermeiro de referência é também uma mais-valia, pois promove uma

melhoria da articulação de cuidados especializados com a prestação de cuidados gerais. Fiquei ainda a conhecer as funções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no serviço em questão, que, para além de colaborar na gestão do mesmo sempre que necessário e/ou na ausência da enfermeira chefe, presta cuidados na sua área de especialização, procurando incansavelmente dar resposta às necessidades dos doentes e famílias com ênfase sobretudo na reabilitação respiratória uma vez que são doentes do foro respiratório, não descurando porém as necessidades do foro neuro motor, sempre que identificadas. Tudo isto não teria sido possível sem a realização das entrevistas às enfermeiras chefe e especialista do serviço e sem ter recorrido à observação participante na prestação de cuidados aos doentes ali internados, nomeadamente às pessoas com DPOC, sendo que durante este período tive oportunidade de cuidar de pessoas com necessidades de cuidados especializados em reabilitação, num determinado período dos seus ciclos de vida, em contexto de internamento hospitalar.

O facto de ter procedido à consulta das normas, protocolos e projetos existentes no serviço, permitiu-me identificar um de entre os muitos projetos existentes no serviço, que vai de encontro ao meu projeto de formação “Cuidar da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica para o Regresso a Casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.” Desta forma, este projeto que tem como tema “Respirar melhor para melhor viver- DPOC”, que foi elaborado e está a ser desenvolvido pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação consiste numa avaliação inicial da pessoa relativamente ao conhecimento que tem da sua doença, nomeadamente a sua designação e em que consiste, quais os sinais e sintomas associados e qual o tratamento a cumprir. Outro item a ser avaliado são as limitações/incapacidades da pessoa na realização de atividades de vida diária ocasionadas pela sua doença. Posteriormente são realizados ensinamentos sobre as necessidades identificadas, com o objetivo de capacitar a pessoa doente e o seu cuidador a gerir a sua doença, processo este que se inicia desde o momento de admissão até a alta, procedendo-se a reavaliações diárias e adequando estes ensinamentos às necessidades atuais e reais da pessoa e/ou do seu cuidador. Porque o regresso a casa representa um momento crítico e complexo para a pessoa assim como para o seu cuidador informal, para Meleis (2010), é o enfermeiro que ocupa

uma posição estratégica e fundamental nos vários processos de transição, dando suporte à tomada de decisão da pessoa e seus cuidadores para a concretização de transições saudáveis que beneficiem o autocuidado e autocontrolo.

Perante a identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família apercebi-me mais uma vez da harmoniosa e indispensável interligação que existe entre os enfermeiros que prestam cuidados gerais e a enfermeira que presta cuidados especializados em reabilitação neste serviço pois existindo no mesmo um “Enfermeiro de Referência” para cada doente, é muitas vezes junto deste elemento que também obtemos informação indispensável para a prática de cuidados especializados. O facto de ter recorrido à observação participante na prestação de cuidados à pessoa com DPOC permitiu-me assim identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família, bem como identificar as intervenções de enfermagem conducentes à otimização do processo de regresso a casa da pessoa com DPOC e sua família.

No que diz respeito à minha integração nesta equipa multidisciplinar programada para esta primeira semana de estágio, foi-me facilitada pelo facto de ser uma equipa que se destaca pelo empenho dos seus membros em garantirem a promoção da qualidade dos cuidados que prestam aos doentes que cuidam e seus familiares. O facto de ser uma equipa muito dinâmica e pró ativa no que se refere à necessidade de articulação com os outros membros da equipa nomeadamente médicos, nutricionista, assistente social e fisioterapeutas, cuja intervenção diária se revela indispensável para uma prática de cuidados de qualidade, permitiu-me identificar os procedimentos conducentes a esta articulação e desenvolver também uma prática de cuidados baseados nesta interdisciplinaridade.

Este período de conhecimento da dinâmica organizacional e do funcionamento do serviço de pneumologia constituiu simultaneamente um período relevante para a minha adaptação à organização e funcionamento do mesmo, à equipa multidisciplinar, às pessoas internadas e suas famílias.

Foi ainda durante esta semana que tive oportunidade de proceder à realização de alguns registos de enfermagem de reabilitação, o que se revelou imprescindível para adicionar um outro objetivo ao plano de atividades que elaborei para desenvolver neste campo de estágio. Desta forma, ao fazer os registos dos cuidados que prestei,

em linguagem CIPE na aplicação em suporte informático “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem” (SAPE), identifiquei a inexistência de alguns diagnósticos de enfermagem de reabilitação bem como os possíveis *status* e respetivas intervenções pré definidos na aplicação, o que nos sujeita a consultar com frequência o manual da CIPE, prescindindo de algum do tempo projetado para a prestação de cuidados especializados, bem como não evidencia a importância da intervenção de enfermagem de reabilitação, tendo que recorrer frequentemente à redação de notas de exceção. Pretendo, por isso, em parceria com a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação orientadora deste estágio, elaborar um manual de enfermagem de reabilitação em linguagem CIPE para posteriormente ser inserido na aplicação SAPE e assim facilitar a elaboração dos registos de enfermagem de reabilitação, com menos dispêndio de tempo e com mais visibilidade para esta tão importante área do cuidar, contribuindo desta forma para a promoção da qualidade de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação dos doentes desta instituição.

Considero ainda oportuno referir que, ao proceder a uma observação participante no que refere a cuidados de reabilitação funcional respiratória e também motora, respeitei sempre os direitos humanos das pessoas internadas e seus cuidadores nunca descurando as minhas responsabilidades profissionais e éticas, criando e mantendo sempre um ambiente terapêutico e seguro.

Perante as dúvidas que me surgiram relativamente à prestação de cuidados especializados em reabilitação, recorri à enfermeira orientadora e/ou procedi a uma pesquisa bibliográfica na base de dados *EBSCOhost* e em livros e revistas científicos para complementar as minhas aprendizagens profissionais, desenvolvendo assim o autoconhecimento e a assertividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COSTA, Rosemary (2007) – Interdisciplinaridade e equipas de saúde: concepções. **Mental**. Barbacena. Nº 8. p. 107-112.
- MARAMBA, P. *et al.* (2004) - **Discharge Planning Process. Applying a Model for Evidence – based Practice**. Virginia: Care Qual.

- MELEIS, Afaf I. (2010) - **Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.** New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9.

**APÊNDICE XVII - Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)
adaptada ao contexto de internamento**

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

Identificação da pessoa: _____

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas:

- 0-** Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)
- 1-** Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)
- 2-** Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)
- 3-** Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita de falta de ar)
- 4-** Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)
- 5-** Eu preciso de outra pessoa que faça isso (Se alguém faz isso por si ou o ajuda porque sente muita falta de ar)

Diga-nos o quanto de falta de ar sente ao realizar as seguintes atividades:	Antes do internamento	Momento da Avaliação	Momento da Alta
Pentear-se			
Realizar higiene oral			
Lavar a cabeça			
Realizar higiene da parte superior do corpo (Membros superiores e tórax)			
Realizar higiene da parte inferior do corpo (Abdómen e membros inferiores)			
Enxugar-se			
Vestir a parte superior do corpo			
Vestir a parte inferior do corpo			
Calçar-se			
Falar			
Andar à volta da cama			
Andar até ao corredor			
Deambular pelo corredor			
Inclinar-se/levantar-se			
Subir escadas			
TOTAL			

Adaptado da Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Fonte: Pitta et al (2008)

**APÊNDICE XVIII - Reflexão sobre as últimas semanas de estágio
no SPUFO**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com Relatório – Estágio no serviço de
Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

REFLEXÕES

Últimas semanas de estágio

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Barreiro

2013

300

REFLEXÕES

Consciente do caminho percorrido e já perto de terminar mais esta fase do meu percurso académico onde me propus atingir os objetivos delineados no projeto de estágio “Cuidar da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica para o Regresso a Casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, é imprescindível relatar todas as intervenções desenvolvidas para cuidar destas pessoas e suas famílias, não esquecendo que na implementação do referido projeto estiveram envolvidos outros membros da equipa pluridisciplinar sempre que as situações assim o exigiram. Todo o trabalho executado permitiu-me adquirir competências no âmbito do perfil de competências comuns (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA, 2011) e específicas de Enfermeiro Especialista, estas últimas na área de Enfermagem de Reabilitação (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2010).

Sendo que esta etapa está quase concluída, nestas duas últimas semanas tive oportunidade de acompanhar de duas pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) às quais já fiz referência em reflexões anteriores, e que regressaram a casa e sua comunidade mais independentes na realização das atividades de vida diária (AVD) e com aquisição de novos conhecimentos e consequente mudança de comportamentos para que as transições pelas quais estão a passar sejam processos saudáveis (MELEIS *et al.* 2000). Estes processos facilitam a reinserção na comunidade, permitindo a estas pessoas usufruírem dos seus direitos e exercerem os seus deveres de cidadania, gerindo a doença de forma a obterem a melhor qualidade de vida possível, de acordo com os seus projetos de vida.

Durante o mesmo período tive ainda oportunidade de acompanhar outra pessoa com DPOC desde o momento de admissão até ao momento do regresso a casa. Ao proceder à elaboração da sua história de saúde e à avaliação das suas necessidades de cuidados especializados, constatei que a pessoa estava a vivenciar um processo de transição saúde-doença porque no período que antecedeu o internamento esta não referia quaisquer défices na realização das atividades avaliadas de acordo com a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) adaptada. Apesar de o facto de ser fumador desde há cerca de 20 anos constituir

um fator de risco, esta pessoa não referia sintomatologia nem incapacidades na realização das AVD para além do cansaço moderado ao subir escadas que, segundo a mesma, sempre desvalorizou considerando que seria uma sintomatologia devida ao excesso de trabalho. Simultaneamente a este processo de transição e de acordo com Schumacher e Meleis (1994), esta pessoa estava a vivenciar um processo de transição situacional de regresso a casa

Logo percebi que era urgente intervir a partir daquele momento para primeiramente perceber se esta estava consciente das mudanças que estavam a acontecer na sua vida, porque, como referem Chick e Meleis (1986) e Meleis *et al.* (2000), para estar em transição a pessoa tem que ter consciência das mudanças que estão a ocorrer. Ainda de acordo com as autoras, se as mudanças não atingiram o nível da consciencialização ou estão a ser negadas (quer de forma consciente ou não), então a pessoa não está ainda em transição, significando que existem barreiras que têm que ser ultrapassadas e mais uma vez compete ao enfermeiro intervir para impulsionar todo esse processo.

Revelou-se também urgente identificar as suas necessidades de cuidados de enfermagem especializados, capacitá-la para estas novas mudanças e ajudá-la a redefinir o seu projeto de vida, atuando assim como agente facilitador destas transições. Mais uma vez saliento a importância de cuidar destas pessoas desde o momento de admissão até ao momento da alta, uma vez que há muito trabalho a realizar pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação concomitantemente ao trabalho dos outros profissionais da equipa. Importa referir que a reabilitação deve ser continuada após a alta hospitalar, como evidenciam Harris (2007), Bausewein (2011) e Payne (2011).

Assim, identifiquei várias necessidades de cuidados especializados nesta pessoa doente, uma vez que de acordo com a escala LCADL, no momento da admissão referia muita dificuldade respiratória ao realizar todas as atividades descritas na mesma e não conseguia subir escadas devido ao cansaço provocado por esta atividade. Desta forma, após a avaliação inicial elaborei um plano de intervenção que teve como focos de atenção as necessidades identificadas, nomeadamente limpeza ineficaz das vias aéreas, dispneia funcional, conhecimento insuficiente sobre a sua doença, a tosse, a técnica respiratória e sobre a técnica inalatória.

Assim, planeei os cuidados conjuntamente com a pessoa, implementei e avaliei diariamente os cuidados prestados. Mais uma vez as atividades planejadas e desenvolvidas se revelaram fundamentais para satisfazer as necessidades de cuidados especializados em reabilitação, sendo que esta pessoa tomou consciência das mudanças que estavam a ocorrer e percebeu que necessitava de adquirir conhecimentos e competências para desenvolver comportamentos adaptativos e para vivenciar estas transições de forma saudável, com consequentes ganhos em saúde traduzidos em melhoria da sua qualidade de vida. Com o decorrer do internamento a pessoa adquiriu conhecimentos que a auto capacitaram a cumprir o plano terapêutico estabelecido em internamento e posteriormente em ambulatório como administração de inaloterapia de forma correta, oxigenoterapia de longa duração, e ventiloterapia. Foi ainda imprescindível a realização diária de cinesiterapia respiratória sempre em parceria com as fisioterapeutas, que permitiu uma recuperação mais rápida da pessoa, assim como a capacitou para realizar alguns dos exercícios em ambulatório, dando continuidade à sua reabilitação no domicílio. Outra intervenção de enfermagem de reabilitação extremamente importante foi a promoção do autoconhecimento através do ensino, instrução e treino de exercícios de tolerância ao esforço assim como estratégias de conservação de energia na realização de algumas atividades de vida da forma mais autónoma possível como tomar banho, vestir-se, comer e beber, e movimentar-se, onde se incluiu o treino de exercícios na bicicleta estática e o subir escadas porque na sua residência tem que subir até ao segundo andar. Perante as avaliações diárias dos resultados obtidos verificou-se a necessidade de algumas redefinições no plano de intervenção, paralelamente à progressiva tolerância ao esforço que esta pessoa foi adquirindo. Todas as atividades foram planejadas, validadas e reformuladas envolvendo a pessoa em todo o processo terapêutico de acordo com os objetivos pré-estabelecidos. Uma vez que esta pessoa de 49 anos vivia sozinha e era independente na realização das suas AVD demonstrou muita vontade de aprender todos os ensinamentos que lhe foram ministrados, revelando facilidade na aquisição e aplicação prática dos mesmos. Perante estes processos de transição vividos pela pessoa doente, em que toda a equipa participou na sua reabilitação, revelou-se importante dar continuidade a todo este trabalho. Por este motivo, apesar de saber

que os recursos da comunidade não dispõem de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, conjuntamente com o médico e assistente social, procedi à elaboração da carta de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Utilizei o instrumento de registo elaborado por uma estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL que realizou estágio neste serviço até Novembro de 2013. Na carta de referenciação mencionei os problemas por mim identificados durante o internamento da pessoa e o programa de intervenção estabelecido, bem como os resultados obtidos sensíveis aos cuidados especializados prestados. Finalmente procedi ao seu encaminhamento para o Hospital de Dia de Pneumologia para uma reavaliação periódica dos ensinos realizados, nomeadamente no que diz respeito à terapêutica inalatória e à ventiloterapia domiciliária.

Não posso deixar de fazer referência à importância deste encaminhamento para a RNCCI, apesar de ao contactar com os diversos Centros de Saúde da área de influência do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, ter percebido que são escassos os recursos humanos no que se refere a enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação, e quando existem não prestam cuidados na sua área de especialização devido à elevada necessidade de cuidados gerais da população. Se, ao tomarmos conhecimento de que as respostas na comunidade no que se refere a cuidados de enfermagem especializados em reabilitação não são os desejáveis, não tomarmos a iniciativa de mobilizar esses recursos por forma a proporcionar uma maior visibilidade da necessidade destes profissionais especializados essa necessidade não se vai fazer sentir na comunidade. Para isso temos que ser nós a tornar esse problema notório, para que ele seja percebido pelos órgãos de gestão da RNCCI e de outras instituições de saúde da comunidade, e para que as necessidades das populações em termos de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação sejam colmatadas. São os recursos existentes na comunidade que, de acordo com Meleis *et al.* (2000), vão contribuir para facilitar ou inibir as transições, assumindo-se desta forma como um fator importante para os processos de transição e consequentemente para os resultados obtidos.

Como dotar as equipas da RNCCI e outras unidades onde se prestam cuidados de saúde, de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação se na comunidade não existe evidência dessa necessidade? Compete-nos a nós evidenciar essa carência, intervindo no sentido de demonstrar a importância de todo o trabalho realizado e os resultados obtidos sensíveis aos cuidados por nós prestados.

Uma vez que, segundo Meleis (2010), o primeiro objetivo da intervenção da enfermeira é ajudar as pessoas a passarem por transições saudáveis para aumentar os resultados saudáveis, é extremamente gratificante e compensador perceber que as mudanças graduais de comportamentos nas pessoas que cuidei resultaram da intervenção de uma equipa de profissionais de saúde pró ativa, com ênfase no enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Como refere Meleis (1975), a capacidade dos enfermeiros compreenderem o comportamento das pessoas que cuidam é imperativo para fazer diagnósticos e intervenções adequados, para se aperceberem das transições que estas estão a vivenciar ou vivenciarão num futuro muito próximo. Segundo Chick e Meleis (1986), há ainda que ter sempre em consideração como a transição e os eventos associados são percebidos pela pessoa que os experiencia, bem como é imprescindível perceber qual o significado que a situação tem para a pessoa, sendo este significado a única base válida pela qual o enfermeiro planeia a sua intervenção.

Para isso, e porque lidamos com pessoas/famílias como seres biopsicossociais, é importante proceder a uma colheita de dados o mais completa possível para que se possam identificar problemas, necessidades e em parceria com estas mesmas pessoas/famílias e com os restantes membros da equipa de saúde intervenientes na sua reabilitação definir estratégias para dar resposta a essas necessidades.

Durante todo este meu percurso apercebi-me também da importância que na verdade a família tem no processo de reabilitação, neste caso da pessoa com DPOC, no processo de transição para o regresso a casa. É importante que a família seja considerada como parceira, e sujeito de cuidados, sendo-lhe disponibilizada informação, acompanhamento e treino, como nos refere Silva (2006), sendo que ela

própria também está em processo de transição, quer motivada pelo processo de saúde doença do seu familiar, quer pelo processo de transição do seu regresso a casa. Foram evidentes as dúvidas, os medos, as questões colocadas pelas famílias, as suas necessidades de conhecimento, de aprendizagem para cuidarem do seu familiar. Foram também evidentes as necessidades por mim identificadas de aquisição de saberes/habilitações das famílias para cuidarem do seu familiar com DPOC, apesar de por vezes não estarem conscientes dessas mesmas necessidades. Como referem Chick e Meleis (1986), sendo os processos de transição pessoais e não estruturados, relacionam-se, assim como os seus resultados, com as definições e redefinições do eu e da sua situação e com as mudanças de papéis. Meleis (1975) concebe papel como sendo decorrente da interação de atores num sistema social. O papel emerge como uma reciprocidade na qual a interação ou a mudança social ocorre e é vista em termos de outros papéis relevantes. O papel que o ator elege desempenhar é derivado das suas ações voluntárias motivadas pelos retornos esperados e claro, recebidos pelos outros. O papel assumido pelo ator numa determinada situação é validado quando os outros indicam aceitação dessa atribuição. Assim, os papéis escolhidos pela pessoa são validados pela aceitação dos outros que lhe são significativos como a enfermeira e os membros da sua família. Uma vez que o papel evolui, a necessidade de retribuir torna-se uma necessidade pelos benefícios recebidos, de forma a continuar a recebê-los. Ainda de acordo com a autora, quando cuidam das pessoas, os enfermeiros deparam-se com inúmeras situações de alteração de papéis. Estes estão na posição mais oportuna para aceder às necessidades biopsicossociais durante o período de transição de papéis e providenciar as intervenções necessárias baseadas nas necessidades individuais e privações criadas por essas transições. Sabendo que a pessoa se insere numa família, numa comunidade de onde frequentemente emergem os seus cuidadores, é extremamente importante que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação esteja atento não só às necessidades da pessoa doente mas também, e de igual forma às necessidades das suas famílias/ cuidadores. Quando um membro da família fica doente a dinâmica familiar tende a ajustar-se à crise. Os papéis tanto da pessoa doente como da família vão ser reorganizados. Ambas dever-se-ão consciencializar dos papéis que

terão que desempenhar nos diversos processos de transição pelos quais irão atravessar e alterar comportamentos para concretizem os seus próprios processos de transição de uma forma saudável. Para que isso aconteça é ainda indispensável o compromisso da pessoa/família no processo de transição, que se define como a demonstração de envolvimento inerente à transição, sendo que o nível de consciencialização influencia de tal forma o nível de compromisso que este pode não ocorrer sem a consciencialização (MELEIS *et al.*, 2000).

Após todo o trabalho diário realizado com todas estas pessoas com DPOC e com outras patologias e suas famílias, percebi que o nosso tempo é o tempo da pessoa/família, ou seja, que a singularidade de cada pessoa/família que cuidamos define o tempo que cada uma tem para se capacitar para determinada atividade ou situação e esse mesmo tempo é aquele que nós temos de dispor e para o qual definimos toda a nossa intervenção. Percebi ainda que os mais pequenos acontecimentos, os mais pequenos progressos são enormes vitórias para as pessoas/famílias em processo de reabilitação e para nós, que cuidamos, e é o que nos motiva a continuar todo o trabalho.

Outro aspeto que não quero deixar de mencionar, e porque frequentemente as pessoas igualam o nosso trabalho ao trabalho desenvolvido pelos fisioterapeutas, é o facto de existir uma diferença importante entre ambos, a qual me apercebi ao longo de todo o estágio. Não é minha intenção menosprezar o trabalho dos fisioterapeutas, porque são elementos fundamentais na equipa para que a reabilitação das pessoas. Todavia, não reabilitam de forma holística enquanto os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação estão despertos para a pessoa como um todo e para a sua individualidade, promovendo a reabilitação da pessoa na sua totalidade, enquanto pessoa com uma vida pessoal, familiar, profissional e social, inserida no seu meio envolvente, com um projeto de vida para concretizar adequado às suas capacidades e às suas necessidades. Outro aspeto que caracteriza a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação relaciona-se com a própria natureza da sua profissão, que lhe permite uma maior proximidade com as pessoas que cuida, principalmente em situações de internamento em que permanece junto das mesmas durante todo o turno e está

numa posição privilegiada em que lhe é facultada a possibilidade de identificar as necessidades destas enquanto seres singulares mas em toda a sua globalidade.

Assim, neste estágio tive oportunidade de acompanhar não só pessoas com DPOC nos mais variados processos de transição entre os quais processos de transição saúde –doença e processos de transição de regresso a casa, mas também os processos de transição dos seus familiares para o papel de cuidadores, impulsionados pelos processos de transição destes primeiros. Desta forma, um dos meus objetivos para o referido estágio foi o de satisfazer as necessidades de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com DPOC e sua família promotores de um processo de transição saudável para o regresso a casa. Assim, as atividades que desenvolvi revelaram-se de extrema importância para concretizar este objetivo, nomeadamente: o facto de realizar pesquisa bibliográfica que promoveu a prática baseada na evidência permitindo-me perceber quais as necessidades mais prementes das pessoas com DPOC e quais as intervenções mais adequadas para colmatar essas mesmas dificuldades embora sempre consciente de que cada pessoa, cada família, cada cuidador tem as suas necessidades pessoais de acordo com o seu projeto de vida, e as intervenções de enfermagem têm de inevitavelmente respeitar essa singularidade e têm de ser pensadas e planeadas em parceria com cada pessoa, cada família, cada cuidador, têm de ser avaliadas e se necessário redefinidos os planos de intervenção com cada um dos intervenientes. Para que tudo isto se traduzisse em resultados saudáveis que denunciaram transições saudáveis, foi necessário proceder a uma avaliação cuidadosa das necessidades de cada pessoa, consultando o seu processo clínico, interpretando os exames complementares de diagnóstico, colhendo dados junto da própria pessoa/família, do enfermeiro de referência de cada uma, ou até de outros profissionais da equipa multidisciplinar e procedendo a uma observação física pormenorizada da pessoa com DPOC. Percebendo como a pessoa realizava as suas atividades de vida diária no período que antecedeu o internamento, qual a percepção que a própria tem da sua situação atual, quais as expectativas e as necessidades que tem para o regresso a casa e para a sua vida futura, pude identificar as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em

reabilitação destas pessoas e assim consciencializá-las das necessidades de alteração de comportamentos para poderem concretizar de forma saudável o seu processo de transição de regresso a casa, respeitando sempre a sua vontade, os seus objetivos. Deste modo, como refere Hesbeen (2010), a função do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, descrita de acordo com uma metáfora, é a de oferecer um mapa de estradas à pessoa que lhe mostra os vários caminhos que pode percorrer e os diversos lugares onde poderá chegar “...e utilizar os recursos para dialogarem sobre as diferentes possibilidades e para a acompanhar na escolha que tenha feito..” (HESBEEN, 2010, p. 76).

Foi também de inquestionável importância a utilização de escalas de avaliação de atividade aquando da avaliação inicial e sempre que necessário porque, para além de me permitirem planear e prestar cuidados de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa com DPOC, só assim pude avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e redefinir os planos de intervenção de acordo com os resultados obtidos, sempre em parceria com a pessoa e/ou sua família e sempre com vista à obtenção do auto cuidado e autocontrolo e consequentes ganhos em saúde.

Pelo anteriormente exposto considero que adquiri as competências comuns de enfermeiro especialista a que me propus com este objetivo no domínio da “Responsabilidade profissional, ética e legal”, no domínio da “Gestão da qualidade” e no domínio do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”,

Relativamente às competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com a concretização do referido objetivo, considero igualmente que adquiri a competência de cuidar de pessoas com necessidades especiais, neste caso no momento do ciclo de vida da idade adulta/idoso, em contexto de internamento hospitalar da prática de cuidados.

Relativamente ao objetivo de otimizar os conhecimentos da pessoa com DPOC e sua família sobre o autocontrolo e autocuidado no âmbito da reabilitação funcional respiratória visando a melhoria da qualidade de vida, as atividades desenvolvidas por mim constituíram-se imprescindíveis para a consecução do mesmo: a realização

de entrevistas informais com as pessoas com DPOC e/ou suas famílias permitiram-me fazer um diagnóstico da situação, ou seja, identificar as suas necessidades de aquisição de conhecimentos e posteriormente planejar e elaborar sessões de educação para a saúde e conceber e implementar programas de treino de reeducação funcional respiratória e/ou programas de treino de exercícios visando a redução da incapacidade no desempenho das atividades de vida diária, maximizando a sua autonomia com a consequente melhoria da sua qualidade de vida.

A pesquisa bibliográfica realizada sobre esta patologia revelou-se igualmente importante para elaborar esse mesmo guião de entrevistas onde as questões colocadas iam de encontro às dificuldades mais evidenciadas. Esta mesma pesquisa permitiu-me ainda relembrar e/ou aprofundar conhecimentos para proceder à realização das sessões de educação para a saúde. Deste modo os vários instrumentos, para avaliação de conhecimentos dos ensinados realizados, que elaborei constituíram uma mais-valia para a avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e consequentemente da necessidade de redefinição dos planos de intervenção. Por sua vez a avaliação e reformulação dos programas de treino motor e cardio respiratório foram imprescindíveis para a promoção da otimização dos conhecimentos da pessoa com DPOC e sua família, referidos no objetivo em análise, porque estes programas foram-se desta forma adequando aos ganhos em conhecimentos de ambos, às suas necessidades reais bem como aos resultados esperados. Desta forma, considero que adquiri as competências comuns de enfermeiro especialista a que me propus com este objetivo no domínio da “Responsabilidade profissional, ética e legal”, no domínio da “Gestão da qualidade” e no domínio do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”,

No que se refere às competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com a concretização do referido objetivo, considero igualmente que adquiri a competência de cuidar de pessoas com necessidades especiais, neste caso no momento do ciclo de vida da idade adulta/idoso, em contexto de internamento hospitalar da prática de cuidados. Considero ainda que adquiri a competência de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade

e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Por fim mas não com menos importância, concluo ainda que adquirir a competência de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No que se refere ao objetivo “Sensibilizar para a importância da intervenção dos enfermeiros generalistas na continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação funcional respiratória à pessoa com DPOC e sua família no processo da transição de regresso a casa”, para a sua consecução foram imprescindíveis todas as atividades por mim elaboradas, entre as quais a elaboração da folha de avaliação de conhecimentos sobre intervenções de enfermagem promotoras da reabilitação da pessoa com DPOC, que no período que antecedeu a sessão de formação planeada sobre o tema “Contributo do enfermeiro generalista na reabilitação da pessoa com doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” distribuí aos enfermeiros do serviço e que me permitiu apreciar os conhecimentos dos mesmos. Este instrumento de avaliação de conhecimentos, tendo sido igualmente preenchido pelos enfermeiros formandos nesta formação em serviço, após a realização da mesma, permitiu-me assim avaliar os ganhos em conhecimento obtidos pelos mesmos (Apêndice 1). O folheto de divulgação da sessão que elaborei e distribui atempadamente aos enfermeiros do serviço foi também de extrema importância para a participação destes na formação. Toda a pesquisa bibliográfica que realizei para elaboração da sessão permitiu-me alicerçá-la em evidências científicas. A sessão de formação foi fundamental para a sensibilização dos enfermeiros no seu contributo na reabilitação destas pessoas dentro da sua área de competências, o que se evidencia pela avaliação que fiz da mesma, bem como o poster que elaborei, que dá relevância aos conteúdos mais importantes abordados durante a sessão e que suscitaram mais interesse aos formandos. Este poster, ficando em exposição no serviço em que desenvolvi o presente estágio, permite dar visibilidade à importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nas pessoas com DPOC; permite ainda lembrar a importância do contributo do enfermeiro generalista em todo este processo, bem como constituir uma fonte de informação para as pessoas internadas com DPOC e suas famílias sobre os ensinamentos realizados pelo enfermeiro especialista

bem como alguns exercícios de reeducação funcional respiratória realizados durante o internamento e aos quais deverá dar continuidade quando regressar a casa.

Tal como explicitiei em reflexões anteriores, uma das minhas preocupações era a continuidade de cuidados de reabilitação às pessoas com DPOC internadas neste serviço. Considero que com as atividades desenvolvidas, sensibilizei os enfermeiros generalistas para este assunto tão importante e que nem sempre é valorizado pelos mesmos.

Mais uma vez quero referir que com as atividades acima descritas adquiri as competências referidas no projeto para o objetivo em questão.

No que diz respeito ao objetivo de “Compreender as estratégias que a família utiliza para gerir as dificuldades no processo de transição para cuidador da pessoa com DPOC”, devido ao facto de só ter cuidado de uma pessoa com DPOC cuja família se envolveu no seu processo de reabilitação estando ela própria em processo de transição para cuidadora, não tive oportunidade de elaborar o artigo a que me propus sobre este assunto, por não ter dados suficientes para o fazer. Pretendo apesar de tudo, elaborar um artigo de opinião tendo por base a minha experiência com a família em questão e com as outras pessoas que cuidei e que na sua maioria não tinham suporte familiar para esta transição de regresso a casa.

Relativamente ao objetivo de “Contribuir para a promoção da continuidade de cuidados da pessoa com DPOC e sua família no regresso a casa”, a análise reflexiva que fiz sobre as estratégias de enfermagem de reabilitação com vista à preparação da pessoa com DPOC e sua família para o regresso a casa permitiram-me cuidar destas pessoas desde o primeiro momento em que tive oportunidade de lhes prestar cuidados especializados, avaliando as suas necessidades, elaborando planos de intervenção, avaliando resultados e reformulando esses mesmos planos. Tudo isto me levou a perceber que o regresso a casa se prepara desde o momento da admissão, para que a pessoa possa perceber as mudanças que estão a acontecer, os conhecimentos que tem que adquirir para modificar comportamentos que a vão capacitar a concretizar o seu novo projeto de vida. Desta forma, estes cuidados não podem cessar no momento da alta hospitalar. Há que encaminhar

estas pessoas para os recursos da comunidade para que todo o trabalho por nós desenvolvido não termine no momento do regresso a casa porque a reabilitação destas pessoas é contínua; precisam de ser acompanhados periodicamente de acordo com as necessidades/capacidades de cada um. Surgiu assim a necessidade de identificar os recursos da comunidade para posteriormente os mobilizar para que esta continuidade fosse assegurada. Desta forma, estabeleci contacto telefónico com os centros de saúde da área de influência do Centro Hospitalar Barreiro Montijo e percebi que no Concelho do Montijo existia um enfermeiro com a especialidade de enfermagem de reabilitação que exerce funções de enfermeiro generalista. Existem ainda duas enfermeiras especialistas na área em questão que, como referi anteriormente, devido ao excesso de necessidade da população de cuidados gerais no concelho do Barreiro aos quais é difícil dar resposta, prestam cuidados na sua área de especialização somente quando têm disponibilidade para o fazer. Contudo, as pessoas doentes têm que ser referenciados através da RNCCI. Somente no Concelho de Alcochete existe uma enfermeira que presta cuidados na sua área de especialização.

Com tudo isto percebi que tendo que encaminhar os doentes para continuidade de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e sabendo à partida que não existem recursos para dar resposta às necessidades manifestadas, há que referenciar os doentes para a RNCCI, evidenciando os cuidados especializados prestados, os resultados obtidos e as necessidades para continuidade de cuidados após a alta.

Desta forma, na minha opinião, adquirir as competências a que me propus com a concretização do objetivo em questão.

Ainda me apraz fazer referência ao facto de o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação constituir um agente de mudança de comportamentos, quer das pessoas que cuida quer dos seus familiares para que estes últimos possam adquirir conhecimentos/comportamentos de cuidadores neste processo de reabilitação. Assim, atuamos no sentido de ajudar ambos a passarem por transições saudáveis para Meleis (2010) aumentarem os resultados saudáveis. O enfermeiro especialista em reabilitação assume-se ainda como agente de mudança junto de

outros profissionais que fazem parte da equipa pluridisciplinar. Ao fazer esta afirmação refiro-me à minha intervenção junto das assistentes operacionais que, com o objetivo de auxiliarem a pessoa na realização das suas AVD, substituíam-na, interpondo-se inconscientemente à sua reabilitação. Sempre que necessário, intervimos junto das mesmas, explicando-lhes que a pessoa deve ser incentivada a realizar as suas atividades de forma mais autónoma possível, pois é um dos objetivos da reabilitação e para que isso aconteça só deve ser auxiliada naquilo que for mesmo incapaz de concretizar. Apresento como exemplo o facto de as assistentes operacionais, ao ajudarem as pessoas a cuidarem da sua higiene, para tornarem esta atividade mais célere não as incentivam ao autocuidado, sendo que o facto de se auto cuidarem lhes traria benefícios porque estariam a fazer alguns exercícios, por exemplo de abertura costal que são fundamentais na reabilitação das pessoas com DPOC. Mais uma vez se revela fundamental o papel que cada profissional da equipa de saúde tem na reabilitação destas pessoas. Mais exponho ainda que, quando me referi aos objetivos que delineei para este estágio, concretamente ao de “Sensibilizar para a importância da intervenção dos enfermeiros generalistas na continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação funcional respiratória à pessoa com DPOC e sua família no processo da transição de regresso a casa”, em todas as atividades que desenvolvi com o propósito da consecução deste objetivo tive um papel importante como agente de mudança de comportamentos dos enfermeiros generalistas do serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., pois também estes, sendo que de forma inconsciente, muitas vezes substituem a pessoa em algumas atividades de vida que de certo modo não favorecem o processo de reabilitação. Também promovi a aquisição de conhecimento destes profissionais para supervisarem o desempenho das assistentes operacionais junto das pessoas com DPOC de forma a cuidarem delas promovendo a sua reabilitação.

Terminado que está este estágio e após as reflexões realizadas sobre o trabalho que desenvolvi ao longo do mesmo, apercebo-me que falei frequentemente do conhecimento, tendo nos planos de cuidados que elaborei levantado vários focos de atenção sobre o conhecimento, para posteriormente delinear atividades em parceria com as pessoas que cuidei que dessem resposta a essa necessidade de

conhecimento. Tudo isto vai de encontro ao que refere Meleis (1975) ao afirmar que as transições de papéis requerem que a pessoa incorpore conhecimento novo, altere o seu comportamento e assim mude a sua definição de si mesmo no seu contexto social, fazendo também referência ao facto de as transições criarem um solo fértil (CHICK e MELEIS, 1986) para aquisição de conhecimento novo.

Reportando-me ainda às reflexões sobre a minha prática diária enquanto estudante de enfermagem de reabilitação, foram muito importantes para pensar sobre as minhas intervenções junto das pessoas com DPOC e suas famílias e também enquanto membro da equipa multidisciplinar, para poder perceber quais as atitudes mais ou menos corretas de cada um de nós, mudar o meu comportamento sempre que necessário e promover também algumas mudanças nos outros profissionais passíveis de trazerem benefícios quer às pessoas que cuidamos quer à dinâmica da própria equipa. Schon (1994) reforça esta ideia quando diz que quando alguém reflete sobre a sua ação torna-se um pesquisador no contexto da prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAUSEWEIN, C. (2011) - Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**. Acedido em 16/2/2013.
Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=chh&AN=CD005623&lang=pt-br&site=ehost-live>
- CHICK, N.; MELEIS, AFAF. (1986) – Transitions: A Nursing Concern. In: CHINN. P.L. **Nursing Research Methodology: Issues and Implementation**. Rockville, M.D.: Aspen.237-257.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Regulamento de Mestrado**. Artigo 2º: Objetivos do curso. 30/11/2011. Acessível no pólo Artur Ravara.
- HARRIS, S. (2007) - COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature. **British Journal Of Community Nursing**. ISSN: 14624753. Vol.12, nº9. p. 411-415. Acedido em: 17/2/2013.
Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18026004&lang=pt-br&site=ehost-live>
- HESBEEN, Walter (2010) – **A Reabilitação. Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5.

- MELEIS, Afaf et al. (2000) – Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. Vol.23, nº1. (setembro 2000). p. 12-28.
- MELEIS, Afaf I. (1975) - Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. **Nursing Research**. Vol.24.p. 264–271.
- MELEIS, Afaf I. (2010) - **Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**.
Acedido em 16/2/2013.
Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- PAYNE, C. (2011) - Interventions for fatigue and weight loss in adults with advanced progressive illness. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**.
Acedido em 16/2/2013.
Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=chh&AN=CD008427&lang=pt-br&site=ehost-live>
- SCHON, D. A. (1994) – **Le praticien réflexif**. Montréal: edition Logiques.
- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. (1994) - Transitions: A central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.26, nº2. p. 119–127.
- SILVA, J. (2006) - **Quando a Vida Chegar ao Fim**. Lisboa: Lusociência.

**APÊNDICE XIX - Reflexão sobre a 4ª a 7ª semanas de estágio no
SPUFO**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com Relatório – Estágio no serviço de
Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

REFLEXÕES

4ª a 7ª semanas de estágio

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Barreiro

2013

318

REFLEXÕES

Sendo que já decorreram sensivelmente sete semanas durante as quais prestei cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, nomeadamente cuidados na área da reeducação funcional respiratória, já estou mais autónoma e segura na prestação de cuidados nesta área, nomeadamente na consulta do processo clínico, na consulta e análise dos exames complementares de diagnóstico como radiografias de tórax e provas de função respiratória, na colheita de dados junto do doente bem como na sua observação física, avaliando as suas capacidades/limitações e na utilização de escalas de avaliação da funcionalidade (adaptadas, de acordo com a patologia respiratória da pessoa e com o contexto) para prestar cuidados de acordo com as suas reais necessidades e capacidades. De igual forma planeei, implementei cuidados de enfermagem de reabilitação a estas pessoas e procedi a uma avaliação diária das minhas intervenções, que se traduziram em ganhos em saúde para as pessoas e suas famílias. Para mim estes ganhos significaram uma compensação pelo trabalho realizado sob orientação e supervisão da enfermeira orientadora, enquanto membros da equipa interdisciplinar do Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia, na congregação de esforços para que todas as nossas intervenções tenham como objetivo a promoção da qualidade dos cuidados prestados no processo de transição para o regresso a casa.

O facto de estar muito mais independente e consequentemente mais célere na realização de registos de enfermagem em linguagem CIPE na aplicação informática SAPE, permitiu-me maior disponibilidade para prestar cuidados na área de especialização em enfermagem de reabilitação, contrariamente ao que acontecia no início do estágio por nunca ter efetuado registos em linguagem CIPE, o que me permitiu ainda ganhos em conhecimento sobre este instrumento de comunicação.

Desde Florence Nightingale até à atual CIPE, os registos têm vindo a assumir-se como essenciais e indispensáveis no cuidar, constituindo um instrumento de informação fundamental e imprescindível para a promoção da qualidade e continuidade dos cuidados, entre outras inúmeras vantagens (ICN, 1996).

Já em 1850, Florence Nightingale avaliava os cuidados prestados e registava as suas observações. Utilizava assim informações recolhidas para avaliar a eficácia dos cuidados prestados e melhorar desta forma as intervenções em áreas deficitárias.

Para Nightingale, os registos assumiam um papel preponderante no cuidar, motivo pelo qual criticava frequentemente a falta de informação e procurava informações sobre as pessoas doentes, pedindo que se fizessem relatos sobre a sua evolução, com descrições claras e avaliação dos resultados esperados.

Desta forma, Dias *et al* (2001) referem que é através dos registos que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, fortalecendo a sua autonomia e responsabilidade profissionais. Para corroborar a importância deste instrumento de comunicação, Romano (1984) informa ainda que um dos fatores que condiciona a qualidade da assistência à pessoa doente e a avaliação dos benefícios da profissão de enfermagem, neste caso específico na área da enfermagem de reabilitação, é a ausência ou deficiência dos registos de enfermagem.

Uma vez que o projeto que elaborei tem como principal objetivo desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidar da pessoa com DPOC e sua família durante o processo de transição para o regresso a casa, constatei que o facto de me ter sido possível calendarizar os dias de estágio de forma a estar presente diariamente (exceto aos fins de semana) no campo de estágio, tem-se revelado benéfico. Apesar de estar consciente que os cuidados especializados que prestamos frequentemente não se traduzem em ganhos de saúde imediatos para a pessoa e/ou família que deles usufrui, e tendo em conta que o tempo médio de internamento no Serviço em questão é de oito dias, o facto de cuidar diariamente destas pessoas permitiu-me avaliar as suas necessidades, planejar, implementar e avaliar os cuidados com vista à obtenção do autocuidado e autocontrolo. Tive ainda oportunidade de redefinir os planos de intervenção adaptando-os às pessoas com DPOC e suas famílias para obter ganhos em saúde, acompanhando-os assim na sua grande maioria durante todo o internamento, desde o momento de admissão, o que se revelou uma mais-valia na preparação para o regresso a casa o mais precocemente possível, tanto nas pessoas com DPOC como com outras patologias do foro respiratório.

Apesar de o meu projeto se referir à pessoa com DPOC e sua família no processo de transição para o regresso a casa, presto também cuidados a pessoas com necessidades de reabilitação respiratória e/ou sensório motora, sempre que

identifico necessidades de cuidados especializados. Não posso deixar de fazer referência à articulação existente neste serviço entre os enfermeiros de cuidados gerais e a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, como me foi relatado durante a entrevista que motivou a escolha deste campo de estágio. De igual forma, a articulação estabelecida entre mim e os enfermeiros que prestam cuidados gerais, tem sido positiva e bem conseguida, uma vez que solicitam a minha intervenção/colaboração/opinião com alguma frequência, nomeadamente no que diz respeito a ensinamentos de terapêutica inalatória realizada em internamento quer como preparação para a alta; também intervenho pontualmente junto do enfermeiro responsável por cada doente e nas passagens de turno sempre que necessito de o fazer, o que me permitiu constatar que a equipa valoriza e dá alguma continuidade ao trabalho realizado por mim e pela enfermeira especialista.

Dado que a enfermeira que me orienta neste estágio é a única com especialização em enfermagem de reabilitação existente no Serviço e presta cuidados em regime de horário fixo, a prestação de cuidados especializados nesta área não tem continuidade nos turnos da tarde, noite e fins-de-semana. Desta forma, nas passagens de turno e/ou junto do enfermeiro de referência da cada doente, comunico sempre as necessidades de reabilitação que identifiquei, as minhas intervenções e os resultados obtidos, sensíveis aos cuidados de enfermagem. O objetivo do ênfase nesta articulação, é o da continuidade de cuidados aos doentes, contudo, permite ainda dar visibilidade à importância destas intervenções bem como sensibilizar a equipa para a importância destes cuidados especializados na obtenção de ganhos em saúde, na preparação precoce para a alta e no envolvimento da família como parceiros no cuidar. Para que se proporcione a continuidade de cuidados especializados em reabilitação a estas pessoas e suas famílias, em turnos em que não está presente a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, existem algumas intervenções inerentes à prestação de cuidados gerais que assim o permitem como por exemplo incentivar os doentes a realizarem os exercícios respiratórios ensinados e treinados por mim e /ou pela enfermeira especialista, incentivar os doentes a realizarem da forma mais autónoma possível as AVD'S, entre outros. Perante o exposto, revela-se imprescindível o contributo dos

enfermeiros generalistas para a continuidade de cuidados de reabilitação quer respiratória quer neuro motora; identificámos assim a necessidade de realizar uma sessão de formação relativa ao tema “Contributo do enfermeiro generalista para a reabilitação do doente com DPOC” para que esta continuidade de cuidados seja de alguma forma assegurada.

No que se refere aos restantes elementos da equipa multidisciplinar, mais uma vez me refiro a alguns profissionais com que nos articulamos de forma harmoniosa e complementar: tomo como exemplo a fisioterapeuta que se desloca ao serviço para prestar cuidados a alguns doentes. Sabendo que prestamos ambos cuidados a alguns doentes, procura saber antecipadamente a evolução e os progressos de cada um deles de acordo com os cuidados que lhes prestamos. Ainda nos questiona sempre se já prestámos cuidados especializados aos doentes e em que consistiram essas intervenções, para programar também a sua intervenção no sentido de complementar o trabalho por nós desenvolvido e tendo sempre em consideração o facto de não cansar os doentes. Também os médicos nos referenciam alguns doentes, valorizando desta forma os cuidados por nós prestados, com o objetivo de acelerar a sua recuperação e de os capacitar a gerir a sua doença de forma mais eficaz, evitando também o agravamento da mesma.

Um dos objetivos que me propus atingir durante este estágio foi contribuir para a promoção da continuidade de cuidados da pessoa com DPOC e sua família no regresso a casa. Para que possamos maximizar a autonomia e qualidade de vida da pessoa com DPOC e sua família, necessitamos também de utilizar recursos da comunidade. Para isso temos que identificar previamente os recursos existentes na mesma, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Neste sentido, já contactámos com alguns enfermeiros dos Centros de Saúde da área de abrangência do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, contudo não tivemos oportunidade de o fazer com todos eles, mas até à presente data constatámos que duas destas unidades de saúde dispõem, cada uma delas, de uma enfermeira especialista na área em questão, mas que não prestam cuidados especializados. Um destes elementos, que anteriormente prestava cuidados no Centro Hospitalar na sua área de especialização, está neste momento

num dos Centros de Saúde a prestar cuidados gerais, o que se revela um subaproveitamento dos recursos. A outra enfermeira, que integra a equipa que presta cuidados domiciliários, de acordo com informação que nos foi fornecida, não consegue prestar cuidados na sua área de especialização devido ao volume de trabalho na prestação de cuidados gerais, que não lhe permite prestar cuidados especializados. Até ao momento, os únicos recursos por nós identificados de que dispomos para a pessoa com DPOC e sua família recorrerem após o regresso a casa, com vista à continuidade de cuidados especializados em reabilitação é o Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, cuja equipa de saúde não inclui enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Tendo em conta a análise reflexiva que fiz sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação que tenho vindo a planear, implementar, avaliar e reformular para a preparação da pessoa com DPOC e sua família para o regresso a casa, e perante a identificação que já fizemos dos recursos da comunidade em cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação, expresso aqui a possibilidade e a vontade de incentivar a atual equipa multidisciplinar do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, a desenvolver um projeto de acompanhamento e reabilitação dos doentes com patologia respiratória crónica em Hospital de Dia de Pneumologia, com o objetivo de controlar a tendência evolutiva na história natural das patologias respiratórias crónicas, melhorar a acessibilidade, o acompanhamento e a continuidade de cuidados à população alvo, melhorar a autonomia e reinserção social do doente/família e reduzir os reinternamentos por agravamento da doença.

Como aluna e futura enfermeira com especialização em enfermagem de reabilitação, gostaria de responder a todas as necessidades de cuidados especializados em reabilitação de todos os doentes aos quais são identificadas necessidades nesta área do cuidar. Contudo, e porque não conseguimos dar resposta a todas essas necessidades, temos que estabelecer prioridades, tendo em conta os doentes com necessidades mais prementes mas porque estou em estágio a concretizar um

projeto, tenho que priorizar entre os doentes/famílias para os quais o meu projeto se direciona.

Durante as últimas duas semanas de estágio tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a duas pessoas com DPOC. Inicialmente e após ter conhecimento da sua situação durante a passagem de turno, procedi à consulta dos respetivos processos clínicos, interpretei os exames complementares de diagnóstico recorrendo à enfermeira orientadora sempre que necessário, colhi dados junto destas pessoas, identifiquei as suas necessidades e capacidades utilizando escalas de avaliação da funcionalidade e conjuntamente com elas procedi, à elaboração de planos de intervenção.

Relativamente ao Sr. T., doente com DPOC já diagnosticada e em programa de oxigenoterapia domiciliária e de ventilação não invasiva há cerca de 10 anos, vive sozinho e é independente, embora a patologia lhe origine algumas incapacidades nas suas atividades de vida diária. Avaliei as suas necessidades de cuidados especializados e elaborei um plano de intervenção que teve como focos de atenção as necessidades identificadas, nomeadamente limpeza ineficaz das vias aéreas, dispneia funcional, conhecimento insuficiente sobre a sua doença, sobre a tosse, sobre a técnica respiratória e sobre a técnica inalatória. Desta forma, planeei conjuntamente com o doente, implementei e avaliei diariamente os cuidados prestados. As atividades planeadas e desenvolvidas revelaram-se fundamentais para satisfazer as necessidades de cuidados especializados em reabilitação porque permitiram a esta pessoa desenvolver capacidades adaptativas para um processo de transição saudável de regresso a casa: já adquiriu alguns conhecimentos sobre a necessidade de evitar o agravamento da sua doença cumprindo o plano terapêutico estabelecido, já aprendeu como realizar a técnica inalatória para cumprir de forma correta a terapêutica inalatória, já consegue tossir de forma eficaz para permitir a limpeza das vias aéreas, alguns dos aspetos fundamentais para controlo da sua patologia, quer em internamento quer quando regressar a casa. Tive ainda oportunidade de diariamente ensinar, instruir e treinar exercícios de cinesioterapia respiratória que têm como objetivo primordial a reabilitação e recuperação da pessoa em internamento, mas também o de capacitar a pessoa a realizar estes

exercícios no domicílio com vista à continuidade da sua reabilitação. Outra das necessidades desta pessoa foi a de realizar treino ao esforço, realizando algumas atividades de vida da forma mais autónoma possível como tomar banho, vestir-se, comer e beber, e movimentar-se, sendo que tive necessidade de redefinir o plano de intervenção, à medida que ela revelou maior tolerância ao esforço. Todas as atividades foram sempre planeadas de acordo com os objetivos da pessoa e foram igualmente validadas com ela, da mesma forma que as diversas redefinições do plano de intervenção.

De acordo com Schumacher e Meleis (1994), um dos indicadores de transição saudável, é a mestria de novos comportamentos. A mestria que significa domínio, conhecimento profundo, revela um progresso nas competências da pessoa, que lhe permitem viver a transição com sucesso. Assim, posso dizer que esta pessoa está a viver um processo de transição saudável uma vez que adquiriu competências, adquiriu novos conhecimentos sobre a sua doença que lhe permitiram tomar consciência do *self* que por sua vez lhe permitiram adotar novos comportamentos para uma melhor adaptação à realidade ou seja, para um maior e melhor autocontrolo da patologia e autocuidado. Mais uma vez a complementaridade do trabalho da fisioterapeuta, dos médicos que nos questionavam com frequência sobre a evolução da reabilitação desta pessoa e dos enfermeiros de cuidados gerais que nos pediam colaboração em algumas intervenções relacionadas com a nossa área de especialização, se mostrou uma mais-valia para a transição de regresso a casa desta pessoa.

Neste processo de transição para o regresso a casa em que intervimos desde o momento de admissão desta pessoa, não tivemos oportunidade de trabalhar com a sua família, nomeadamente com a filha porque esta não visita o pai. Dá-lhe somente e com pouca frequência algum apoio no domicílio no que diz respeito a higienização da casa.

Não posso deixar de fazer referência ao facto de que em todo este processo de transição em que a pessoa já adquiriu novo conhecimento e modificou comportamentos, já adquiriu competências para autocontrolar a sua patologia e se autocuidar, esta não pode ser subestimada. Compete por isso ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que tanto contribuiu para aumentar

estes resultados de transição saudável, alertar os outros membros da equipa interdisciplinar, principalmente enfermeiros de cuidados gerais e assistentes operacionais, para incentivarem a pessoa a manter essa autonomia e não a substituírem naquilo que ela é capaz de realizar de forma independente e que promove a sua reabilitação quer respiratória que neuro motora. Com o decorrer deste estágio fui tomando consciência deste erro que frequentemente é cometido por alguns profissionais de saúde e que atrasa todo o processo de reabilitação e de transição das pessoas.

Relativamente à outra pessoa com DPOC a quem presto cuidados desde há uma semana, a Sr^a C., que recorreu a este serviço por pneumonia, um dos meus objetivos é o de satisfazer as necessidades de cuidados especializados de reabilitação à pessoa e sua família promotores de um processo de transição saudável para o regresso a casa. Para isso consultei o seu processo clínico, interpretei os seus exames auxiliares de diagnóstico, avaliei as suas necessidades de cuidados utilizando escalas de avaliação da funcionalidade, planeei, implementei e avaliei os cuidados prestados. A avaliação das necessidades e das capacidades desta pessoa revelou-se fundamental para a elaboração de estratégias de intervenção porque as necessidades identificadas foram não só a nível respiratório como também a nível motor, uma vez que para além de apresentar problemas como limpeza ineficaz das vias aéreas, dispneia em repouso, falta de conhecimento sobre técnica da tosse dirigida, sobre a sua doença, sobre a técnica respiratória, sobre a técnica inalatória, também tinha problemas de equilíbrio estático e dinâmico em pé por ter estado uma semana internada no Serviço de Cuidados intensivos onde os doentes permanecem sempre no leito. Ao avaliar junto da família os conhecimentos desta sobre a doença e sobre como cuidar da sua familiar no sentido de a autonomizar e autocontrolar a DPOC, apercebi-me da sua falta de conhecimento relativamente a todos estes assuntos e a forma errada como atuavam no sentido de substituir a pessoa na realização das suas atividades de vida diária. Para além do processo de transição de saúde-doença da Sra C., uma vez que a DPOC foi diagnosticada recentemente e do processo de transição da mesma para o regresso a casa, constatei ainda a presença de sentimentos de medo e angústia desta família

(filha e duas sobrinhas) perante o seu processo de transição para cuidadoras, pois não sabem como lidar com a situação. Segundo Schumacher e Meleis (1994), as transições são processos complexos e múltiplas transições podem ocorrer simultaneamente durante um período de tempo.

Assim sendo, concebi e implementei programas de treino de reeducação funcional respiratória e de treino de equilíbrio e de atividades de vida diárias visando a redução da incapacidade no desempenho dessas mesmas atividades. Procedi diariamente à avaliação e reformulação diária desses programas em consonância com os progressos conseguidos, sendo que a Sr^o C. já realiza sozinha a técnica da ponte e do rolamento e já tem equilíbrio em pé. Relativamente ao programa de treino cardiorrespiratório, já consegue realizar a técnica respiratória com supervisão, embora com algumas deficiências na coordenação dos tempos respiratórios e já realiza também alguns exercícios respiratórios, sob orientação. Para além disto, já consegue realizar de forma mais eficaz a técnica da tosse, permitindo-lhe uma melhor limpeza das vias aéreas. No que se refere aos familiares, elaborei um plano de intervenção que consiste na realização de sessões de formação que abordam assuntos como supervisionar a realização de exercícios respiratórios, o cumprimento do plano terapêutico, estimular a realização de atividades de vida de forma autónoma, de exercício físico para fortalecimento muscular e para tolerância ao esforço, entre outros. Calendarizámos assim sessões quer com a filha quer com uma das sobrinhas, sendo que já realizei uma das sessões com a sobrinha, não tendo ainda avaliado a mesma por não ter ainda acontecido uma 2^a sessão.

Delineei também e em conjunto com a doente e a sua filha, um plano de intervenção onde incluí sessões de educação para a saúde à Sra C. sobre os assuntos em que revelava falta de conhecimento, sendo que já procedi a uma avaliação dos ganhos em conhecimento o que me permitiu perceber em que aspetos tenho que reforçar esses ensinamentos e treinar habilidades, reformulando assim esse plano. Para essa avaliação elaborei um instrumento de avaliação de conhecimentos relativamente aos ensinamentos realizados.

Relativamente ao objetivo que delineei para este estágio de compreender as estratégias que a família utiliza para gerir as dificuldades no processo de transição para cuidador da pessoa com DPOC, constatei que uma das estratégias utilizadas

pela família é a de substituir a pessoa nas atividades que lhe causam cansaço ou dispneia como os cuidados de higiene, e recorrer de imediato ao hospital quando mesmo assim não conseguem resolver a situação. Outra das estratégias utilizadas é o assegurarem que a pessoa cumpre o plano terapêutico nomeadamente a terapêutica inalatória, supervisionando somente o horário das tomas e não a realização da técnica. Também utilizam a estratégia de assegurarem que a pessoa comparece às consultas médicas calendarizadas, desconhecendo que a sua familiar beneficiaria também da intervenção da enfermagem de reabilitação.

O facto de ter realizado pesquisa bibliográfica sobre esta questão permitiu-me perceber que existe bibliografia sobre as necessidades dos cuidadores e sentimentos vivenciados pelos mesmos no processo de transição para cuidador, mas não sobre estratégias que utilizam para gerir as dificuldades no processo de transição para cuidador, no que se refere a intervenções junto da pessoa com DPOC para gerir essas dificuldades.

Como já fiz referência na reflexão sobre a 1ª semana de estágio, ao realizar registos em linguagem CIPE na aplicação informática SAPE, identifiquei a inexistência de alguns diagnósticos de enfermagem de reabilitação bem como os possíveis *status* e respetivas intervenções pré definidos na aplicação. Assim, continuo, em parceria com a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação deste estágio, a elaborar o manual de enfermagem de reabilitação em linguagem CIPE que considero ser uma mais-valia e um dos meus contributos para a continuidade dos cuidados de enfermagem especializados no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E..

Por último, mas não com menos importância, quero fazer referência ao facto de que, contrariamente ao que sucedia no início do 1º estágio que realizei no âmbito deste curso e após algumas correções das enfermeiras orientadoras, procuro ter sempre em atenção a mecânica corporal, quando presto cuidados especializados às pessoas que cuido, uma vez que são frequentes as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIAS, A. et al (2001) – Registos de enfermagem. **Servir**. Lisboa. p 267-271.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (1996) – **The International Classification for Nursing Practice- A Unifying Framework – The Alpha Version**. Genebra: International Council of Nurses.
- ROMANO, A.; SILVA, J. (1984) – Os registos como instrumento de avaliação dos benefícios de Enfermagem. **Servir**. Lisboa. Vol.32, nº6 .p. 296-318.
- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. (1994) - Transitions: A central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.26, nº2. p. 119–127.

APÊNDICE XX - Reflexão sobre a 2ª semana de estágio no SPUFO

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com Relatório – Estágio no serviço de
Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

REFLEXÃO

2ª semana de estágio

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Barreiro

2012

331

No início da 2ª semana de estágio, após ter identificado os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e sua família de uma forma geral, bem como os procedimentos de preparação da pessoa com DPOC e sua família para o regresso a casa em particular, recorrendo à observação participante na prestação de cuidados à pessoa com DPOC e à consulta dos projetos existentes no serviço, dei início à aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante o 1º ano deste ciclo de estudos. Desta forma, assistindo às passagens de turno, observando os doentes, consultando os processos clínicos e procedendo à colheita de dados junto destes e sempre que possível junto das suas famílias e ainda dos respetivos enfermeiros de referência, identifiquei necessidades dos doentes não só a nível respiratório como também a nível neuro motor. Todas estas atividades se revelaram importantes para uma avaliação correta das necessidades reais de cada doente e para um posterior planeamento de intervenções de enfermagem de reabilitação que visam a promoção de capacidades adaptativas para um processo de transição saudável de regresso a casa da pessoa com DPOC, de acordo com os objetivos da pessoa e sua família.

Uma vez que o meu projeto de formação a desenvolver neste local de estágio é referente à pessoa com DPOC, tive a preocupação de estabelecer esta prioridade. Contudo, e porque durante esta semana só esteve internada uma doente com esta patologia, procedi à avaliação das suas necessidades de cuidados especializados em reabilitação, tendo identificado necessidades de ensino relativamente à administração de terapêutica inalatória, necessidade de ensino relativamente à sua patologia (em que consiste, sinais e sintomas, importância do tratamento, nomeadamente oxigenoterapia, ventiloterapia não invasiva, técnica respiratória e importância do reforço de ingestão hídrica). Outra das necessidades desta pessoa dizia respeito a reeducação funcional respiratória, não só motivada pela sua DPOC como por apresentar pneumonia com tosse pouco produtiva. Estabeleci então um plano de cuidados em que procedi aos ensinamentos de acordo com as necessidades identificadas e iniciei também um programa de reeducação funcional respiratória adequado à situação clínica da doente, reavaliando diariamente os resultados sensíveis aos cuidados por mim prestados nomeadamente os conhecimentos adquiridos e a evolução da sua situação clínica, auscultando e observando as imagens radiológicas de tórax da doente, e validando sempre com a mesma os

resultados obtidos bem como o planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação, face aos seus objetivos e ao seu projeto de vida.

Por forma a promover a continuidade dos cuidados por mim prestados, tive ainda necessidade de comunicar ao enfermeiro de referência desta doente e também nas passagens de turno, a necessidade de supervisionar a administração da terapêutica inalatória e de a incentivar a realizar a técnica de forma autónoma, bem como de a incentivar a realizar exercícios de reeducação funcional respiratória durante os turnos em que não estaria presente a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Todas as minhas intervenções tiveram o propósito de perceber qual o significado que a situação de doença tem para esta pessoa, sendo este significado a base pela qual estruturei o meu plano de intervenção (CHICK e MELEIS, 1986), de acordo com as reais necessidades da pessoa, respeitando-a de forma holística. Apraz-me também referir que o objetivo principal foi ajudá-la a passar por uma transição saudável para aumentar os resultados saudáveis (MELEIS, 2010).

Como referem Schumacher e Meleis (1994), um dos indicadores de transição saudável, é a mestria (domínio/conhecimento profundo) de novos comportamentos. A mestria revela um progresso nas competências da pessoa, que lhe permitem viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do *self*. A integração da identidade está relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridos, para uma melhor adaptação à realidade após a transição. Desta forma, o plano de intervenção que delineei com esta pessoa teve resultados positivos, uma vez que o objetivo principal foi o de mudar comportamentos/conhecimentos sobre a sua doença, desde o momento de admissão até a alta, o que se verificou: no momento do regresso a casa, esta pessoa já revelava conhecimentos relativamente à sua doença, à importância do cumprimento do plano terapêutico estabelecido para gestão da sua doença e para evitar o seu agravamento; executando também os exercícios de reeducação funcional respiratória de forma autónoma, bem como se tornou independente na administração da terapêutica inalatória. O envolvimento da pessoa no seu processo de transição, assumindo-se como objeto de cuidados e sujeito, responsável pela sua própria reabilitação, é a premissa para uma transição

saudável, culminando na sua adaptação à vida pessoal, familiar, profissional e social. Os enfermeiros, com ênfase nos especialistas em enfermagem de reabilitação, enquanto facilitadores do processo de transição saúde/doença, promovem na pessoa a aquisição de competências que os ajudam a incorporar novos conhecimentos e a alterar comportamentos para lidar com a nova situação de saúde, com o seu novo papel (CAINÉ, 2008).

A importância das minhas intervenções junto desta pessoa para a promoção do autocuidado e autocontrolo foi inquestionável sendo que como refere Phaneuf (2001), os enfermeiros desempenham um papel importante no contributo da aprendizagem ao longo da vida e esta é uma necessidade que se mantém se queremos preservar a saúde, manter estilos de vida saudáveis, combater a doença ou gerir um plano terapêutico.

Ainda de acordo com Paiva (2009, p.10), a preparação de regresso a casa é um processo essencial que desafia a disciplina de enfermagem a uma atitude de mudança nos seus modelos de exercício profissional, focalizando-se na “ajuda profissional que os enfermeiros podem oferecer às pessoas e famílias para lidar com transições na saúde/doença, ... ou transições para o exercício do papel de prestador de cuidados”

Assim, considero que as minhas intervenções foram uma mais-valia para a continuidade de cuidados e promoção da independência da doente, para além de promotoras de um processo de transição saudável para o regresso a casa desta pessoa, iniciadas o mais precocemente possível ou seja, desde o momento da admissão. Considero ainda que desempenhei de certa forma um papel de liderança pois os colegas generalistas solicitaram-me ajuda com frequência, especialmente para os levantes e transferências dos doentes para a cama ou cadeira de rodas e também colaboraram nas minhas intervenções quando solicitados. Também tiveram em conta as minhas decisões/opiniões nos cuidados que prestaram aos doentes internados no serviço, aceitando e valorizando as minhas intervenções, o que se revelou uma mais-valia para a promoção da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem aos doentes/famílias e o que me estimulou de certa forma a enfatizar a interdisciplinaridade.

Reportando-me ao contexto de uma visão ampliada sobre o cuidado, este deve ser entendido como um cuidado holístico, diferenciado e fundamentado na relação interpessoal entre profissionais e as pessoas doentes, e profissionais entre si (KURCGANT e CIAMPONE, 2005).

Como referi anteriormente, e porque nesta semana só estive internada uma doente com esta patologia, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com idênticas necessidades de cuidados especializados em reabilitação, por situações de pneumonia e/ou insuficiência respiratória. Também tive oportunidade de prestar cuidados especializados em reabilitação a doentes com alterações neuro motoras, quer por situações de hemiparésia quer por imobilidade prolongada. Por isso, durante as passagens de turno em que identificava necessidades nas pessoas internadas, relacionadas com a atividade motora ou sempre que identificava a presença de um doente novo no serviço, validava primeiro com os colegas as necessidades de reabilitação do mesmo, consultava o processo clínico e de seguida procedia a uma colheita de dados junto do doente bem como uma observação física, avaliando as suas capacidades/limitações, elaborando de seguida planos de intervenção com o objetivo de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo a autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade. Estes planos incluíam frequentemente programas de treino para otimizar e/ou reeducar simultaneamente as funções aos níveis motor, sensorial e respiratório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAINÉ, J. (2008) - Viver com uma Ostomia: O Processo de Integração da Nova Condição de Saúde. **Enfermagem Oncológica**. Porto. Nº41. p.7-14.
- CHICK, N.; MELEIS, AFAF. (1986) – Transitions: A Nursing Concern. In: CHINN. P.L. **Nursing Research Methodology: Issues and Implementation**. Rockville, M.D.: Aspen.237-257.
- KURCGANT, P.; CIAMPONE, MHT (2005) - A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.58, nº2 (março/abril). p. 161-164. Acedido em 28/11/2012. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a06.pdf>
- MELEIS, Afaf I. (2010) - **Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9.

- PHANEUF, Margot (2001) - **Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado.** Coimbra: Quarteto.
- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. (1994) - Transitions: A central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship.** Vol.26, nº2. p. 119–127.

APÊNDICE XXI - Guião para avaliação de conhecimentos sobre a DPOC

Chamo-me Sandra Vilelas, frequento o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e atualmente estou a realizar o estágio na área da reabilitação respiratória. Desta forma solicito que o(a) Sr.(a) responda a algumas questões que lhe irei colocar com o objetivo de controlar melhor a sua doença e saber como atuar em situações de agravamento da mesma.

Informo que o(a) Sr.(a) tem o direito de recusar responder a este inquérito, sem penalização ou prejuízo algum.

Prevê-se que o preenchimento do mesmo demore cerca de 15 minutos.

Não há respostas certas ou erradas, o que me importa são as suas opiniões autênticas porque me interessa perceber os seus conhecimentos

Muito obrigada.

Caraterização da pessoa

1.Idade:_____anos

2.Sexo:

Feminino ☐ Masculino ☐

3.É fumador?

Não ☐ Sim ☐ N° de cigarros por dia_____

Se foi fumador, indique durante quanto tempo_____ e o nº de cigarros por dia_____

4.Nível de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever ☐ 1º ciclo (1ª à 4ª classe) ☐ 2º ciclo (5º ao 6ºano) ☐

3º ciclo (7º ao 9º ano) ☐ Ensino secundário (10º ao 12º ano) ☐ Ensino superior ☐

5.Situação atual face ao emprego:

Empregado ☐ Profissão_____

Desempregado ☐....Reformado ☐ Profissão anterior à reforma_____

6.Vive sozinho?

Sim ☐ Não ☐ Com quem?_____

7.Precisa de ajuda para cumprir as indicações dadas pelo médico e/ou enfermeiro para controlar a sua doença?

Não ☐ Sim ☐

Se respondeu **sim**, assinale quem o ajuda a cumprir estas indicações:

Cônjuge ☐ Filha/filho ☐ Vizinho ☐

Apoio domiciliário ☐ Que tipo de apoio?_____

Outros ☐ Quem?_____

8.A sua habitação tem eletricidade?

Sim ☐ Não ☐

9.Para ter acesso à sua habitação utiliza:

Elevador ☐ Escadas ☐ Quantidade _____

10. Que tipo de serviço de saúde utiliza?

Público ☐ Privado ☐

Inquérito para avaliação de conhecimentos sobre a sua doença

1. Sabe o nome da sua doença? Não ☐ Sim ☐

Se respondeu sim, diga como se chama _____

2. Diga por palavras suas o que é a sua doença

3. Há quanto tempo tem a doença? _____

4. Quais os sintomas que esta doença provoca?

Falta de ar ☐ Tosse ☐ Expetoração ☐ Cansaço ☐

Outros ☐ Quais? _____

5. Qual o tratamento que faz para a sua doença?

“Bombas” (inaladores) ☐ Oxigénio ☐ “Máquina que o ajuda a respirar” (ventilador) ☐

Exercícios respiratórios ☐ Outros ☐ Quais? _____

6. Preocupa-se em cumprir os ensinamentos realizados pelos profissionais de saúde para controlar a sua doença?

a) **Não fumar:** Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

b) Ingerir pelo menos 1,5 L de líquidos por dia: Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

c) Adotar posições de descanso e relaxamento que facilitam a respiração:

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

d) Respirar de forma correta: Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

e) Utilizar as “bombas” (inaladores) corretamente: Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

f) Praticar exercícios de forma a tolerar melhor o esforço: Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

g) **Cumprir o oxigénio que lhe foi prescrito** Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

h) **Cumprir o tempo de colocação da “máquina que o ajuda a respirar”**

(ventilador) que lhe foi prescrito Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, diga porquê:

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE XXII - Processo de Enfermagem da Sr^a C. –SPUFO

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com relatório – Estágio no Serviço de Pneumologia
e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo,
E.P.E.**

PROCESSO DE ENFERMAGEM

da Sra C.

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Docente orientador:

Professor Joaquim Paulo Oliveira

Orientadora de estágio:

Enfermeira Sandra Saias

Barreiro

2013

345

PROCESSO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA:

Nome: C.D.O.

Idade: 78 anos

Sexo: feminino

Raça: caucasiana

Nível de escolaridade: não sabe ler nem escrever

Estado civil: casada, vive com o marido

Profissão: reformada

Religião: católica

Cuidador: filha Laurinda e sobrinha Matilde

Pessoa significativa: marido (Cipriano)

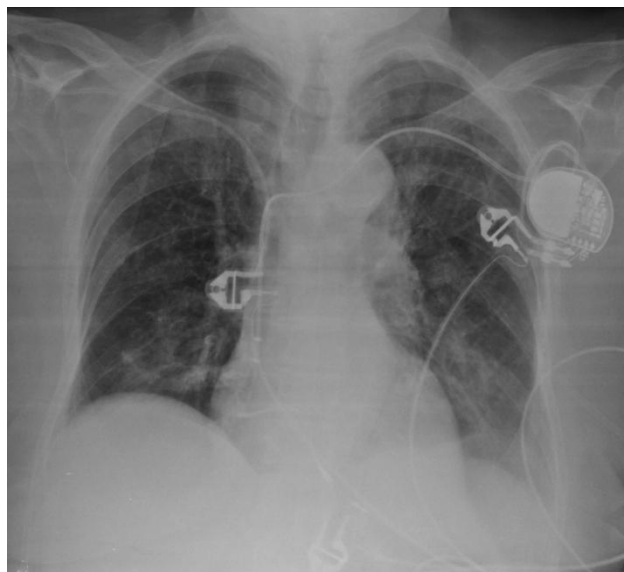
MOTIVO DO INTERNAMENTO

Prostração e bradipneia, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência, tendo sido entubada orotraquealmente e conectada a prótese ventilatória, mas extubada no mesmo dia e conectada a ventilação não invasiva. Foi-lhe diagnosticada insuficiência respiratória global subsequente a agudização de DPOC por traqueobronquite aguda, tendo sido posteriormente transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos por agravamento da sua situação clínica, onde permaneceu até ser transferida para o Serviço de Pneumologia.

DATA DO INTERNAMENTO: 11 de janeiro de 2013.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO:

Radiografia de tórax realizada a 11.1.2013, com incidência antero posterior, que revelou ligeira hipotransparência da base esquerda. Não se visualizam totalmente os ângulos costo frénicos, especialmente o esquerdo, devido ao aumento da silhueta cardíaca.



Não tivemos acesso às **espirometrias** realizadas em ambulatório.

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

- Traqueobronquite aguda adquirida na comunidade
- Doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada (DPOC)
- Insuficiência mitral
- Insuficiência respiratória crónica agudizada

ANTECEDENTES PESSOAIS:

- HTA
- Dislipidémia
- Cardiopatia isquémica
- DPOC
- Portadora de Pacemaker desde há 3 anos

HISTÓRIA DE SAÚDE - AVALIAÇÃO INICIAL (Dia 16/1/2013):

As atividades foram avaliadas com base na Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (Pitta et al, 2008), adaptada às necessidades de avaliação das capacidades/incapacidades das pessoas internadas no Serviço.

Respirar

Hábitos aditivos: nega antecedentes pessoais de tabagismo. Refere que o marido nunca fumou nem os seus conviventes.

Antecedentes de DPOC (que a doente e os seus cuidadores, filha e sobrinha, não sabem em que consiste), desde há cerca de dois anos. É seguida desde essa altura em consulta de Pneumologia no Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., pela Dr.^a M. J.

A D^a. C. encontra-se dispneica a pequenos esforços, sem sinais de cianose. Respiração- 28cpm, mista, superficial.

À palpação torácica, apresenta expansibilidade simétrica.

No que se refere à morfologia torácica, não apresenta deformações nem assimetrias. Sem cicatrizes torácicas ou abdominais.

Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído nas bases e roncos bilaterais em todos os campos pulmonares.

Terapêutica atual no domicílio:

Osliif (inalador)-1xdia

Atrovent (solução para inalação) – 2 ampolas 2xdia

Comunicar

A D^a C. apresenta-se consciente e orientada auto e halo psiquicamente.

Pouco comunicativa, fazendo-o só quando estimulada.

Manter um ambiente seguro

Reside em casa de um piso térreo, com água, eletricidade, gás e esgotos. Não necessita de subir escadas para aceder à sua habitação.

Nega hábitos toxicómanos.

Controlar a temperatura corporal

A D^a. C. utiliza vestuário adequado às estações do ano.

No momento da colheita de dados apresenta-se apirética com temperatura auricular=36,1°C

Comer e beber

A D^a C., antes do internamento era independente na realização desta atividade de vida diária (AVD), com hábitos alimentares com algumas restrições de lípidos e sal,

e sem alergias alimentares, praticando uma dieta equilibrada. Cumpria os horários das refeições, alimentando-se em quantidade moderada. Nega hábitos etanólicos. No momento da avaliação, mantém-se independente na realização desta AVD, alimentando-se em pequena quantidade, referindo anorexia. Tem prescrição de dieta mole hipossalina em internamento.

Mover-se

A D^a C. era independente na realização desta AVD antes do internamento. Apresentava dispneia em grau elevado ao subir escadas, não o fazendo, sendo que quando necessitava de visitar a irmã, o que fazia com alguma regularidade, utilizava cadeira elevadora do sobrinho que é paraplégico.

Deslocava-se com alguma dificuldade por ter sido operada ao joelho direito, não utilizando porém dispositivos auxiliares de marcha. Não refere dispneia nas deslocações dentro de casa e em percursos pequenos a pé. Ao levantar-se refere que ficava moderadamente com falta de ar.

No momento da avaliação inicial, a doente ainda não tinha feito o primeiro levante, motivo pelo que não foi avaliado grau de dispneia ao realizar esta atividade de vida (de acordo com escala London Chest Activity of Daily Living).

Higiene pessoal e vestir-se

A doente necessitava de ajuda para a realização desta AVD, necessidade que se mantém no momento da avaliação. Apresenta bons cuidados de higiene.

A D^a C. refere que não apresentava dispneia ao pentear-se e vestir a parte superior do tronco, porém, no momento da avaliação, refere muita dispneia ao realizar estas atividades no leito. Refere ainda dispneia moderada ao realizar higiene oral, na higiene e vestir a parte superior do corpo e enxugar-se após o banho, no período que antecedeu este internamento, atividades que agora refere causarem-lhe muita dispneia. No que se refere a atividades como lavar a cabeça e a parte inferior do corpo, necessitava de outra pessoa para o fazer, nomeadamente a filha, porque não conseguia realizá-las sozinha. No momento da avaliação referiu muita dispneia quando realizou estas atividades. Não foi possível avaliar a atividade desta pessoa no que se diz respeito a calçar-se porque ainda não foi realizado o primeiro levante, sendo que refere muita dispneia ao realizar esta atividade no domicílio.

Eliminar

A D^a.C. era independente na eliminação intestinal e vesical, não apresentando obstipação ou diarreia, com hábitos regulares.

No momento da avaliação, mantém hábitos de eliminação regulares.

Satisfaz as suas necessidades de eliminação na arrastadeira por ainda não ter realizado levante.

Dormir

A doente dormia por longos períodos de noite. Refere que por vezes dormia também por curtos períodos durante o dia.

Trabalhar e divertir-se

A D.^aC. está reformada. Trabalhou sempre como doméstica, referindo não ter inalado por isso gases e/ou poeiras. Contudo, usava ferro a carvão, fogão a lenha e utilizava a lareira com frequência. Passa grande parte do tempo em casa a realizar atividades domésticas na companhia do marido.

Expressar-se sexualmente

A doente é casada, vive com o marido e tem um filho e uma filha.

Não foram colhidos dados sobre esta atividade de vida diária.

Morrer

A D^a. C. refere não “querer morrer ainda” (SIC).

PARÂMETROS VITAIS (16/1/2013)

- Pulso=134ppm, rítmico e cheio
- Tensão arterial=116/61mmHg
- Dor- 0 (avaliada na escala numérica)

TERAPÊUTICA PRESCRITA EM INTERNAMENTO:

- Ciprofloxacina 500mg- 1comp 12/12h
- Enoxaparina Sódica 40mg por via SC-1xdia
- Esomeprazol 20mg- 1 comp peq. almoço.

- Furosemida 40mg- 1comp 1xdia
- Hidroxizina 25mg- 1comp 12/12h
- Brometo Ipratrópio 250mcg- 2 ampolas em nebulização 4x/dia
- Linezolide 600mg- 1comp 2x/dia
- Meropenem 1gr por via EV- 8/8h
- Paracetamol 1gr por via EV em SOS até 3xdia
- Salbutamol 5mg solução para nebulização- 4x/dia

O plano de cuidados foi elaborado em linguagem CIPE, utilizada em aplicação informática SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) no Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

PLANO DE CUIDADOS

Nome: C.D.O. Idade: 78 anos Cama: 18 Data do internamento: 11/1/2013

Data		Diagnósticos de enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
Início	Fim				
16/1/2013		Dispneia funcional	–Diminuir grau de dispneia	• Gerir oxigenoterapia • Consultar diário clínico • Observar e interpretar exames complementares de diagnóstico (radiografias de tórax, e gasimetrias arteriais) • Executar inaloterapia através de nebulizador • Auscultar sons pulmonares antes da cinesiterapia respiratória (CR) • Monitorizar sinais vitais (Respiração, Frequência cardíaca e Saturação de Oxigénio) antes da CR • Executar cinesiterapia respiratória: -Ensinar sobre técnica respiratória (posição de descanso e relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominal com ênfase na expiração)	16/1/2013 Cumpru oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Radiografia de tórax realizada a 11.1.2013 que revela ligeira hipotransparência da base esquerda com dificuldade de visualização do ângulo costo frénico esquerdo. Gasimetria arterial realizada a 16/1/2013: pH = 7,52 pCO2 = 37mmHg pO2 = 51mmHg HCO3 = 30,2 mEq/L SatO2 = 90% Executada inaloterapia por nebulização. Respiração mista, superficial e regular com

				-Instruir técnica respiratória -Treinar técnica respiratória -Incentivar a executar técnica respiratória -Reeducação costal global e seletiva -Reeducação diafragmática global e seletiva • Auscultar sons pulmonares após a CR • Monitorizar sinais vitais (Respiração, Frequência cardíaca e Saturação de Oxigênio) após a CR • Ensinar sobre exercícios de treino ao esforço: -realização de AVD's -treino de marcha -técnica da ponte -técnica de rolamento • Instruir sobre exercícios de treino ao esforço • Executar exercícios de treino ao esforço	frequência respiratória (FR) de 28cpm antes da CR. Frequência cardíaca (FC) antes da CR:134ppm. Saturação de Oxigênio (SatO2) antes da CR: 88% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular diminuído nas bases e roncos bilaterais em todos os campos pulmonares. Realizado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração. Realizada reeducação costal global com bastão. Auscultação pulmonar após a CR: murmúrio vesicular diminuído nas bases e roncos bilaterais em todos os campos pulmonares Parâmetros vitais após a CR: FR: 32cpm FC: 136ppm
--	--	--	--	--	--

					SatO2: 90% Avaliada tolerância ao esforço com recurso a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) adaptada: apresenta-se muito dispneica ao pentear-se, realizar a higiene oral e das partes superior e inferior do corpo, bem como enxugar-se e vestir-se, necessitando de ajuda para o fazer. Não apresenta cansaço ao falar. Não foi avaliada tolerância ao esforço durante a atividade mover-se por a D^a C. ainda não ter realizado o 1º levante. Realizado ensino sobre técnica da ponte e rolamento, que realiza sob orientação. Realizado ensino sobre estratégias de conservação de energia ao realizar AVD's. 17/1/2013 Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Não realizou radiografias ou gasimetrias neste dia.
--	--	--	--	--	--

					Executada inaloterapia por nebulização. Parâmetros vitais antes da CR: FR: 24cpm FC: 103ppm SatO2: 87% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular diminuído na base esquerda e ausente na base direita, com alguns sibilos à direita. Reforçado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza com muita dificuldade por não conseguir coordenar os tempos respiratórios. Realizada reeducação costal global com bastão e seletiva bilateral com abertura costal. Realizada reeducação diafragmática da porção posterior. Auscultação pulmonar após a CR: idêntica à anterior. Parâmetros vitais após a CR:
--	--	--	--	--	---

					FR: 20cpm FC: 107ppm SatO2: 98% Realizado ensino sobre a técnica da ponte e rolamento, que a doente realiza sob orientação, apresentando dispneia moderada ao esforço. Realizado 1º levante, sendo que apresentou dispneia ao esforço em grau moderado. Ainda não deambulou por apresentar mau equilíbrio em pé. Foi incentivada a realizar cuidados de higiene, sendo que fica muito dispneica ao pentear-se, realizar a higiene oral, lavar a cabeça e realizar higiene das partes superior e inferior do corpo, bem como enxugar-se e vestir-se, necessitando de ajuda para o fazer. Foi feito ensino sobre a necessidade de realizar estas atividades lentamente fazendo pausas durante as mesmas. Foi incentivada a alimentar-se sozinha.
--	--	--	--	--	--

					Foi realizado ensino às assistentes operacionais no sentido de incentivarem a D^a C. a cuidar da sua higiene e a alimentar-se sozinha, assistindo-a só nas atividades que não consegue realizar sem ajuda. 18/1/2013 Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Radiografia de tórax realizada a 18.1.2013 onde mantém hipotransparência da base esquerda. Não foram realizadas gasimetrias arteriais neste dia. Executada inaloterapia por nebulização Parâmetros vitais antes da CR: FR: 32cpm FC: 110ppm SatO2: 96% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular diminuído nas bases. Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos
--	--	--	--	--	---

					respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, sendo que a doente mantém dificuldade na coordenação dos tempos, apresentando períodos de confusão, necessitando de incentivo, orientação e supervisão na realização da técnica respiratória. Realizada reeducação costal global com bastão e seletiva bilateral com abertura costal. Auscultação pulmonar após a CR: idêntica à anterior Parâmetros vitais após a CR: FR: 28cpm FC: 123ppm SatO2: 99% Por apresentar períodos frequentes de confusão mental, e por isso colaborar pouco na realização das AVD's, foi assistida na realização das mesmas. Não obtivemos colaboração da D^a C. para avaliação das
--	--	--	--	--	--

					atividades de acordo com a Escala LCADL. Foi incentivada a executar a técnica da ponte e rolamento, que realizou sob orientação, apresentando dispneia moderada ao esforço. 21/1/2013 Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Radiografia de tórax realizada a 21.1.2013, que revelou hemicúpula diafragmática direita em posição mais cefálica, oclusão do ângulo cardio frénico no referido hemitórax e mantém hipotransparência do terço inferior esquerdo. Gasimetria arterial: pH = 7,48 pCO2 = 40mmHg pO2 = 99mmHg HCO3 = 29,8 mEq/L SatO2 = 98%
--	--	--	--	--	---

					Executada terapêutica inalatória por nebulização. Parâmetros vitais antes da CR: FR: 28cpm FC: 109ppm SatO2: 96% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular diminuído nas bases com roncos bilaterais. Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza com dificuldade, por descoordenação motora. Realizada reeducação costal global com bastão. Realizada reeducação diafragmática seletiva das hemicúpulas e da porção posterior. Reforçado ensino sobre a necessidade de realizar exercícios de reeducação costal global e seletiva com abertura costal várias
--	--	--	--	--	---

					vezes ao dia no domicílio. Auscultação pulmonar após a CR: idêntica à anterior. Parâmetros vitais após a CR: FR: 28cpm FC: 120ppm SatO2: 96% Realizado treino ao esforço, tendo realizado a técnica da ponte e rolamento de forma autónoma, sob supervisão, sempre que estimulada, não apresentando dispneia a este esforço. Deambulou até ao duche com andarilho cerca de 15m, sem oxigénio e tolerou, apresentando dispneia moderada e SatO2 de 93% antes e 92% após. Cuidou da sua higiene sentada, apresentando-se muito dispneica ao lavar membros inferiores e cabeça, necessitando de ser assistida. Foi incentivada a realizar atividades com calma, fazendo pausas
--	--	--	--	--	--

					durante a mesma. Penteou-se e realizou higiene oral referindo dispneia moderada. (as atividades referidas foram avaliadas recorrendo à escala LCADL). Realizado ensino sobre realização da técnica respiratória coordenando os tempos respiratórios com o esforço. Alimentou-se sozinha, tendo sido realizado ensino sobre necessidade de realizar esta atividade calmamente. 22/1/2013 Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Não realizou radiografias nem gasimetrias neste dia. Executada terapêutica inalatória por nebulização Parâmetros vitais antes da CR: FR: 24cpm FC: 94ppm
--	--	--	--	--	---

					SatO2: 98% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente no terço médio e ausente nas bases com roncos bilaterais. Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza com menos dificuldade que ontem. Realizada reeducação costal global com bastão. Realizada reeducação diafragmática seletiva das hemicúpulas e da porção posterior. Reforçado ensino sobre a necessidade de realizar exercícios de reeducação costal global e seletiva com abertura costal várias vezes ao dia no domicílio. Auscultação pulmonar após a CR: idêntica à anterior. Parâmetros vitais após a CR: FR:28 cpm
--	--	--	--	--	--

					FC: 97ppm SatO2: 99% Realizado treino ao esforço, tendo executado a técnica da ponte e rolamento de forma autónoma sempre que necessário, não apresentando dispneia. Deambulou até ao duche e à casa de banho com andarilho, cerca de 25m, sem oxigénio e tolerou, referindo cansaço moderado. Cuidou da sua higiene sentada, referindo muito cansaço ao lavar membros inferiores e cabeça. Foi incentivada a realizar atividades com calma, fazendo pausas durante a mesma. Penteou-se e realizou higiene oral não referindo dispneia. (as atividades referidas foram avaliadas recorrendo à escala LCADL). Realizado ensino sobre realização da técnica respiratória coordenando os tempos respiratórios com o esforço, que tem
--	--	--	--	--	--

					dificuldade em coordenar. Alimentou-se sozinha, tendo tolerado, não referindo cansaço. 23/1/2013 Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Não realizou radiografias nem gasimetrias neste dia. Executada terapêutica inalatória por nebulização Parâmetros vitais antes da CR: FR: 24cpm FC: 95ppm SatO2: 97% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente no terço médio e ausente nas bases. Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza
--	--	--	--	--	---

					com menos dificuldade que em dias anteriores. Realizada reeducação costal global com bastão. Realizada reeducação diafragmática seletiva das hemicúpulas e da porção posterior. Reforçado ensino sobre a necessidade de realizar exercícios de reeducação costal global e seletiva com abertura costal várias vezes ao dia no domicílio. Auscultação pulmonar após a CR: idêntica à anterior. Parâmetros vitais após a CR: FR:24 cpm FC: 100ppm SatO2: 99% Realizado treino ao esforço, tendo executado a técnica da ponte e rolamento de forma autónoma sempre que necessário, não apresentando dispneia. Deambulou até ao duche com andarilho
--	--	--	--	--	---

					cerca de 45m, sem oxigénio e tolerou, referindo cansaço moderado, com SatO2 de 96% antes e 94% após. Cuidou da sua higiene sentada, mantendo muito cansaço ao lavar membros inferiores e cabeça. Foi incentivada a realizar atividades com calma, fazendo pausas durante a mesma. Contudo, refere cansaço moderado ao realizar a higiene do tronco e membros superiores, enxugar-se e vestir-se. Penteou-se e realizou higiene oral não referindo dispneia. (as atividades referidas foram avaliadas recorrendo à escala LCADL). Realizado ensino sobre realização da técnica respiratória coordenando os tempos respiratórios com o esforço, que tem dificuldade em executar. Alimentou-se sozinha, fazendo algumas pausas durante a refeição, não referindo cansaço.
--	--	--	--	--	--

16/1/2013		Limpeza das vias aéreas ineficaz, em grau reduzido	• Otimizar limpeza das vias aéreas	• Incentivar ingestão de líquidos • Ensinar técnica da tosse • Instruir técnica da tosse • Treinar técnica da tosse • Incentivar a pessoa a tossir	16/1/2013 A doente apresenta episódios de tosse, tendo dificuldade em expelir as secreções. Incentivada a ingerir pelo menos 1,5L de água por dia. Foi ensinada e instruída sobre a técnica da tosse dirigida, que tem dificuldade em realizar por descoordenação e astenia, não tendo por isso expelido secreções. 17/1/2013 A doente refere ter ingerido cerca de 500ml de água em 24h. Foi incentivada a ingerir pelo menos 1,5 L por dia. Durante a sessão de cinesiterapia respiratória ingeriu cerca de 260cc (2 copos) de água. Realizado treino da tosse dirigida, que tem dificuldade em realizar por descoordenação motora e astenia, pelo que foi realizado ensino e treino da técnica da tosse (assistida), tendo expelido secreções espessas, de cor amarela esverdeada, em moderada quantidade.
-----------	--	---	--	--	---

					18/1/2013 Doente pouco colaborante, com períodos de confusão mental, pelo que não foi possível avaliar a quantidade de líquidos ingeridos nas 24h. Durante a sessão de cinesiterapia respiratória ingeriu cerca de 130cc de água. Por a D^a C. se apresentar confusa e pouco colaborante não foi possível treinar a técnica da tosse. 21/1/2013 A doente refere ter ingerido cerca de 1L de água nas 24h. Foi reforçado ensino sobre a necessidade de ingerir pelo menos 1,5L. A D^a C. ingeriu 130cc de água durante a sessão de cinesiterapia. Incentivado e realizado treino da tosse assistida, tendo expelido secreções mais fluidas, de cor amarela, em moderada quantidade.
--	--	--	--	--	--

					22/1/2013 e 23/1/2013 A doente refere ingerir cerca de 1,5L de água por dia.. A D^a C. ingeriu cerca de 130-260cc de água durante cada sessão de cinesiterapia. Foi incentivado e realizado treino da tosse assistida, tendo expelido secreções fluidas de cor amarela, em pequena quantidade.
16/1/2013		Défi ce de conhecimento sobre técnica da tosse dirigida	• Otimizar conhecimento sobre técnica da tosse dirigida	• Ensinar sobre a técnica da tosse • Instruir a técnica da tosse • Treinar a técnica da tosse • Validar conhecimentos sobre técnica da tosse dirigida	16/1/2013 Doente apresenta episódios frequentes de tosse ineficaz, tendo dificuldade em expelir as secreções. Realizado ensino sobre a técnica da tosse dirigida, que não consegue realizar. 17/1/2013 Realizado treino da técnica da tosse dirigida que a doente não consegue executar por descoordenação e astenia, pelo que foi realizado ensino e treino da técnica da tosse (assistida), tendo expelido secreções espessas, de cor amarelo esverdeado, em moderada quantidade.

					18/1/2013 Doente pouco colaborante, com períodos de confusão mental, pelo que não foi possível treinar a técnica da tosse. 21/1/2013 Reforçado ensino da tosse assistida, que realiza com alguma dificuldade, tendo expelido secreções mais fluidas, de cor amarela, em moderada quantidade. Reforçado ensino sobre a necessidade de realizar a técnica no domicílio. 22/1/2013 e 23/1/2013 Reforçado ensino da tosse assistida, que realiza com menor dificuldade que em das anteriores, tendo expelido secreções fluidas de cor amarela, em pequena quantidade
16/1/2013		Déficé de conhecimento sobre técnica respiratória	• Otimizar conhecimento sobre técnica respiratória	• Ensinar sobre técnica respiratória • Instruir técnica respiratória • Treinar técnica respiratória • Validar conhecimento sobre técnica respiratória	16/1/2013 A D^a. C. apresenta-se dispneica a pequenos e médios esforços, sem sinais de cianose, com respiração mista e superficial, não fazendo dissociação dos tempos

					respiratórios nem dando ênfase à expiração. Realizado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, com lábios <i>semi</i> cerrados. 17/1/2013 Reforçado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza com muita dificuldade por não conseguir coordenar os tempos respiratórios. 18/1/2013 Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, sendo que a doente mantém dificuldade na coordenação dos tempos, apresentando períodos de confusão, necessitando de incentivo,
--	--	--	--	--	---

					orientação e supervisão na realização da técnica respiratória. 21/1/2013 Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza com dificuldade, por descoordenação motora 22/1/2013 Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza com menos dificuldade que ontem. 23/1/2013 Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que a doente realiza
--	--	--	--	--	--

					com menos dificuldade que em dias anteriores.
17/1/2013		Défice de conhecimento sobre técnica inalatória	• Otimizar conhecimento sobre técnica inalatória	• Ensinar técnica de inalação com inalador • Instruir técnica de inalação com inalador • Treinar técnica de inalação com inalador • Validar conhecimento sobre técnica inalatória	16/1/2013 A doente faz terapêutica inalatória no domicílio com Breezhaler. Foi pedido à filha para trazer o inalador para avaliar conhecimentos sobre o mesmo. 17/1/2013 A D^a C. realiza a técnica inalatória com inalador Breezhaler, com dificuldade na inalação lenta e profunda pela boca, por astenia. Não faz pausa respiratória de 4 a 10 segundos após inalação. Reforçado ensino sobre técnica inalatória através do inalador referido. 18/1/2013 Não foi possível reavaliar ensino sobre técnica de inalação com Breezhaler por a doente se apresentar confusa e pouco colaborante.

					21/1/2013 a 23/1/2013 Reavaliado ensino sobre Breezhaler (que irá manter no domicílio) pelo método demonstrativo, na presença da sobrinha. Reforçado ensino sobre necessidade de fazer a inalação de forma lenta e profunda pela boca e fazer pausa respiratória de cerca de 4 segundos (a doente não consegue suspender a respiração por mais tempo) após a inalação.
16/1/2013		Défice de conhecimento sobre a sua doença	• Otimizar conhecimento sobre a sua doença	• Ensinar sobre a sua doença • Validar conhecimentos sobre a sua doença	16/1/2013 A D^a. C. refere desconhecer o nome da sua doença, em que consiste e o tratamento. 17/1/2013 Realizado ensino sobre em que consiste a doença, designação, como se manifesta e tratamento da mesma, nomeadamente inaloterapia, oxigenoterapia e exercícios de cinesiterapia respiratória.

					18/1/2013 Não foi reavaliado ensino sobre a sua doença por a doente se apresentar confusa. 21/1/2013 a 24/1/2013 Reavaliado ensino sobre a sua doença. Reforçado ensino sobre em que consiste, como se manifesta e importância da realização dos exercícios respiratórios várias vezes ao dia.
17/1/2013		Equilíbrio corporal comprometido em grau reduzido	• Otimizar equilíbrio corporal	• Avaliar diariamente equilíbrio corporal (estático e dinâmico sentada e estático e dinâmico em pé) • Treinar a pessoa para equilíbrio corporal sentada • Supervisar a pessoa no equilíbrio corporal sentada • Treinar a pessoa para equilíbrio corporal em pé. • Supervisar a pessoa no equilíbrio corporal em pé	17/1/2013 Foram colocadas meias elásticas de contenção à D^a C. e avaliados parâmetros vitais que se encontravam dentro dos parâmetros habituais para a doente. A doente foi assistida na realização do 1^o levante. Apresenta bom equilíbrio estático sentada e razoável equilíbrio dinâmico na mesma posição. Foi realizado treino de equilíbrio dinâmico sentada, introduzindo ligeiro balancear do

					corpo e pedindo à D.^a C. que nesta mesma posição fletisse o tronco e levasse a mão direita à perna esquerda o mais distal possível e que com a mão esquerda procedesse da mesma forma na perna direita, sendo que refere sensação de tontura ao realizar esta atividade. A D.^a C. apresenta mau equilíbrio estático em pé, pelo que não foi possível iniciar a deambulação. 18/1/2013 A doente mantém bom equilíbrio estático e razoável equilíbrio dinâmico sentada, sendo que apresenta períodos de confusão mental com pouca colaboração na realização das AVD. Foi iniciado treino de equilíbrio em pé, tendo conseguido passar da posição sentada para a posição ortostática com ajuda e manteve-se na posição ortostática apoiando-se no andarilho durante cerca de 2 ou 3 minutos,
--	--	--	--	--	---

					não conseguindo fazê-lo durante mais tempo por falta de força nos membros inferiores. 21/1/2013 A doente mantém bom equilíbrio estático sentada. Realizado treino de equilíbrio dinâmico sentada, sendo que apresenta bom equilíbrio. Realizado treino de equilíbrio em pé, tendo passado da posição de sentada para a posição ortostática fletindo ligeiramente o tronco para a frente e apoiando-se no andarilho, necessitando só de orientação e supervisão. Deambulou até ao duche com andarilho, cerca de 15m, sob orientação e supervisão, apresentando razoável equilíbrio dinâmico em pé. 22/1/2013 A D^a C. mantém bom equilíbrio sentada.
--	--	--	--	--	---

					Passou da posição sentada para a posição ortostática sem ajuda, e permaneceu de pé, apresentando bom equilíbrio estático. Deambulou até ao duche e à casa de banho com andarilho, cerca de 25m, sob orientação e supervisão, com razoável equilíbrio dinâmico. 23/1/2013 Doente com bom equilíbrio sentada. Mantém bom equilíbrio estático em pé e razoável equilíbrio dinâmico, tendo deambulado com andarilho cerca de 45m sob orientação e supervisão.
16/1/2013		Dependência no deambular em grau reduzido	• Promover a autonomia da pessoa na AVD mover-se	• Informar sobre equipamento adaptativo para deambular (andarilho) • Advogar uso de equipamento adaptativo para deambular (andarilho) • Providenciar equipamento adaptativo para deambular (andarilho) • Incentivar a deambulação • Ensinar sobre uso de equipamento adaptativo para deambular • Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para deambular	16/1/2013 A D^a. C. permaneceu no leito durante cerca de uma semana na Unidade de Cuidados Intensivos, pelo que ainda não fez o 1º levante. Foi realizado ensino sobre necessidade e vantagens de realizar levante.

				• Treinar uso de equipamento adaptativo para deambular • Supervisar deambulação com andarilho	17/1/2013 A D^a C. foi incentivada a deambular explicando-lhe os riscos de permanecer no leito e as vantagens da deambulação na sua recuperação/reabilitação. Foi realizado 1º levante com a colaboração da doente. Não deambulou por apresentar mau equilíbrio estático em pé. Foi feito ensino sobre equipamento adaptativo para deambular, nomeadamente andarilho, único produto de apoio disponível no serviço, adequado às necessidades da doente. 18/1/2013 Reforçado ensino sobre vantagens da deambulação. Reforçado ensino sobre utilização do andarilho para deambular. A doente passou da posição sentada para a posição ortostática com ajuda e manteve-se na posição ortostática apoiando-se no
--	--	--	--	--	---

					andarrilho durante cerca de 10 minutos, não conseguindo fazê-lo durante mais tempo por falta de força nos membros inferiores. 21/1/2013 Reforçado ensino sobre vantagens da deambulação. Reforçado ensino sobre utilização do andarrilho para deambular. A doente passou da posição sentada para ortostática apoiando-se no andarrilho de forma autónoma, necessitando só de orientação e supervisão. Realizado treino de marcha com andarrilho: deambulou até à casa de banho, cerca de 15m, arrastando o andarrilho. Foi feito ensino sobre a utilização correta do mesmo, levantando-o ligeiramente, colocando-o mais à frente e dando dois passos até ao mesmo, repetindo este procedimento sucessivamente, de forma lenta e fazendo pausas para descansar durante o trajeto.
--	--	--	--	--	--

					22/1/2013 e 23/1/2013 Reforçado ensino sobre vantagens da deambulação. Reforçado ensino sobre utilização do andarilho para deambular. Realizado treino de marcha com andarilho: deambulou cerca de 25m e 45m respetivamente em cada dia, utilizando o andarilho de forma correta, contudo, necessitando de orientação e supervisão.
16/1/2013		Papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento insuficiente sobre a doença, técnica respiratória, técnica	• Adequar papel de prestador de cuidados às necessidades da doente	• Validar conhecimentos do prestador de cuidados sobre a doença, técnica respiratória, técnica inalatória e exercícios respiratórios. • Planear encontros com prestador de cuidados • Encorajar prestador de cuidados para o desempenho do seu papel • Ensinar prestador de cuidados sobre a doença, técnica respiratória, técnica inalatória e exercícios respiratórios. • Instruir prestador de cuidados sobre a doença, técnica respiratória, técnica inalatória e exercícios respiratórios. • Treinar prestador de cuidados sobre supervisão da técnica respiratória, da técnica inalatória e dos exercícios	16/1/2013 A filha da D.^a C., sua cuidadora, refere desconhecer o nome da doença da sua mãe, em que consiste, sinais e sintomas e tratamento. Foi realizado ensino sobre em que consiste a doença, sinais e sintomas e tratamento. Desconhece ainda em que consiste a técnica respiratória e a importância da realização da mesma na reabilitação respiratória da D.^a C. Desconhece também a importância dos

		inalatória e exercícios respiratórios.		respiratórios. • Treinar prestador de cuidados a gerir regime terapêutico.	exercícios respiratórios para a reabilitação respiratória das pessoas com DPOC. Foi planeado encontro com a sobrinha da D^a C. para dia 17, uma vez que também é sua cuidadora, sendo que a filha não poderá estar presente na visita nos próximos dias. 17/1/2013 A sobrinha da D^a C. apresenta alguns conhecimentos sobre a doença, transmitidos pela filha da doente, nomeadamente a importância da terapêutica inalatória para gestão da doença. Realizado ensino sobre em que consiste a doença, sinais e sintomas e tratamento, nomeadamente inaloterapia e exercícios respiratórios. Realizado ensino sobre supervisão da técnica inalatória com Breezhaler, pelo método demonstrativo. Realizado ensino sobre importância da realização da técnica respiratória e dos
--	--	---	--	---	--

					exercícios respiratórios e supervisão de ambos. Planeado encontro para dia 18/1 para reavaliação dos ensinios realizados. 18/1/2013 A doente apresenta períodos de confusão mental e por isso pouco colaborante em algumas atividades. Não foram reavaliados ensinios realizados à sobrinha da D^a C. por não mostrar disponibilidade, uma vez que está muito ansiosa pelo estado clínico da tia. 21/1/2013 a 23/1/2013 Foi reforçado ensino à sobrinha da doente sobre em que consiste a doença e importância da realização da técnica respiratória e dos exercícios respiratórios. Foi solicitado à sobrinha da doente que supervisasse a realização da técnica inalatória, da técnica respiratória e dos exercícios respiratórios, sendo que esta
--	--	--	--	--	---

					incentivou a doente a fazer a inalação de forma lenta e profunda pela boca e fazer pausa respiratória de cerca de 4 a 10 segundos, revelando conhecimento sobre a técnica e supervisão da mesma. A sobrinha revelou dificuldade na supervisão da técnica respiratória uma vez que a doente ainda tem alguma dificuldade na coordenação dos tempos respiratórios. Foi reforçado ensino sobre a mesma, pelo método demonstrativo. Foi solicitado à sobrinha da doente que supervisasse a realização de exercícios de reeducação costal global e seletivos com abertura costal, sendo que revelou alguns conhecimentos sobre a execução dos mesmos, tendo sido reforçado o ensino sobre coordenação dos tempos respiratórios com a realização dos exercícios. Foi reforçado ensino sobre a necessidade de realizar os exercícios respiratórios várias vezes ao dia, assim como a técnica
--	--	--	--	--	---

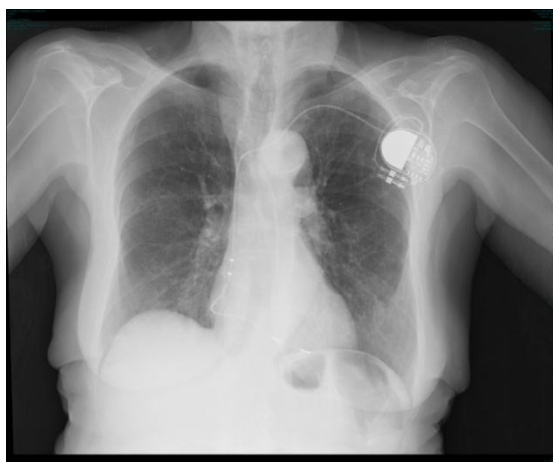
					respiratória, com ênfase em situação de esforço e/ou dispneia. Realizado ensino sobre a necessidade de não substituir a doente nas atividades de vida diária que consegue realizar, assistindo-a só quando ela não as conseguir realizar sozinha.
--	--	--	--	--	---

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO:

Radiografia de tórax realizada a 18.1.2013, com incidência postero anterior, que revelou hipotransparência da base esquerda.



Radiografia de tórax realizada a 21.1.2013, com incidência postero anterior, que revelou hemicúpula diafragmática direita em posição mais cefálica, bem como a esquerda, oclusão do ângulo cardio frénico no hemitórax direito e mantém hipotransparência do terço inferior esquerdo.



Grelha de observação para avaliação dos ensinios efetuados à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Identificação da pessoa: C.D.O.

Data de avaliação: 16/1/2013- avaliação inicial

Ensinos efetuados			Efetua	
			Sim	Não
Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia				x
Dissociação dos tempos respiratórios				x
Respiração diafragmática				x
Respiração com ênfase na expiração				x
Expiração com lábios semi-cerrados				x
Técnica da tosse assistida				x
Técnica do <i>Huffing</i>				Não avaliado (N.A.)
Hidratação oral (pelo menos 1,5L/dia)				x
Exercícios de reeducação costal				x
Exercícios de reeducação diafragmática				x
Exercícios de tolerância ao esforço/ colaboração nas atividades de vida diária	Comer e beber		x	
	Mover-se	Ponte		x
		Rolamento		x
		Levante		x
		Treino de marcha		x
		Subir escadas		x
		Exercícios musculo articulares ativos		N.A.
		Exercícios musculo articulares ativos com resistência		N.A.
	Higiene pessoal e vestir-se			x
Eliminar			x	
Oxigenoterapia prescrita			x	
Colocação de dispositivo de administração de Oxigénio (óculos nasais ou máscara)				x
Colocação da máscara de ventilação não invasiva				N.A.
Ligar/desligar o ventilador				N.A.
Terapêutica inalatória (grelha de observação para avaliação da técnica de utilização dos inaladores)				x

**Grelha de observação para avaliação dos ensinios efetuados à pessoa com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**

Identificação da pessoa: C.D.O.

Data de avaliação: 23/1/2013 - avaliação no momento do regresso a casa

Ensinos efetuados		Efetua	
		Sim	Não
Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia			x
Dissociação dos tempos respiratórios		x	
Respiração diafragmática		x	
Respiração com ênfase na expiração		x	
Expiração com lábios semi-cerrados		x	
Técnica da tosse assistida		x	
Técnica do <i>Huffing</i>			N.A.
Hidratação oral (pelo menos 1,5L/dia)		x	
Exercícios de reeducação costal		x	
Exercícios de reeducação diafragmática			x
Exercícios de tolerância ao esforço/ colaboração nas atividades de vida diária	Comer e beber		x
	Mover-se	Ponte	x
		Rolamento	x
		Levante	x
		Treino de marcha	x
		Subir escadas	x
		Exercícios musculo articulares ativos	N.A.
		Exercícios musculo articulares ativos com resistência	N.A.
	Higiene pessoal e vestir-se		x
	Eliminar		x
Oxigenoterapia prescrita		x	
Colocação de dispositivo de administração de Oxigénio (óculos nasais ou máscara)			N.A.
Colocação da máscara de ventilação não invasiva			N.A.
Ligar/desligar o ventilador			N.A.
Terapêutica inalatória (grelha de observação para avaliação da técnica de utilização dos inaladores)			x

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Breezhaler

Identificação da pessoa: C.D.O.

Data de avaliação: 17/1/2013- avaliação inicial

Etapas da técnica de utilização do Breezhaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando-a para cima	x	
Segurar firmemente a base do inalador e inclinar o bucal para trás, empurrando-o	x	
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central	x	
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”	x	
Segurar o inalador com o bucal para cima e carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida	x	
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca		x
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		x
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		x
Expirar com o inalador afastado da boca		x
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Breezhaler

Identificação da pessoa: C.D.O.

Data de avaliação: 23/1/2013 - avaliação no momento do regresso a casa

Etapas da técnica de utilização do Breezhaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando-a para cima	x	
Segurar firmemente a base do inalador e inclinar o bucal para trás, empurrando-o	x	
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central	x	
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”	x	
Segurar o inalador com o bucal para cima e carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida	x	
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca	x	
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		X (tem pouco débito)
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos	X (sob orientação)	
Expirar com o inalador afastado da boca	x	
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

Identificação da pessoa: C.D.O.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas:

- 0-** Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)
- 1-** Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)
- 2-** Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)
- 3-** Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita de falta de ar)
- 4-** Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)
- 5-** Eu preciso de outra pessoa que faça isso (Se alguém faz isso por si ou o ajuda porque sente muita falta de ar)

Diga-nos o quanto de falta de ar sente ao realizar as seguintes atividades	Antes do internamento	Momento da Avaliação 16/1/2012	Momento da Alta 23/1/2013
Pentear-se	1	3	1
Realizar higiene oral	2	3	1
Lavar a cabeça	5	3	3
Realizar higiene da parte superior do corpo (Membros superiores e tórax)	2	3	2
Realizar higiene da parte inferior do corpo (Abdómen e membros inferiores)	5	3	3
Enxugar-se	2	3	3
Vestir a parte superior do corpo	1	3	2
Vestir a parte inferior do corpo	2	3	2
Calçar-se	3	Não avaliado (N.A.)	N.A.
Falar	1	1	1
Andar à volta da cama	1	N.A.	2
Andar até ao corredor	1	N.A.	2
Deambular pelo corredor	1	N.A.	2
Inclinar-se/levantar-se	2	N.A.	2
Subir escadas	0	N.A.	N.A.
TOTAL	29	25	26

Adaptado da Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) Fonte: Pitta et al (2008)

**APÊNDICE XXIII - Grelha de observação para avaliação dos ensinios
efetuados à pessoa com DPOC**

**Grelha de observação para avaliação dos ensinamentos efetuados à pessoa com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Ensinos efetuados			Efetua	
			Sim	Não
Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia				
Dissociação dos tempos respiratórios				
Respiração diafragmática				
Respiração com ênfase na expiração				
Expiração com lábios semi-cerrados				
Técnica da tosse dirigida				
Técnica do <i>Huffing</i>				
Hidratação oral (pelo menos 1,5L/dia)				
Exercícios de reeducação costal				
Exercícios de reeducação diafragmática				
Exercícios de tolerância ao esforço/ colaboração nas atividades de vida diária	Comer e beber			
	Mover-se	Ponte		
		Rolamento		
		Levante		
		Treino de marcha		
		Subir escadas		
		Exercícios musculo articulares ativos		
		Exercícios musculo articulares ativos com resistência		
	Higiene pessoal e vestir-se			
Eliminar				
Oxigenoterapia prescrita				
Colocação de dispositivo de administração de Oxigénio (óculos nasais ou máscara)				
Colocação da máscara de ventilação não invasiva				
Ligar/desligar o ventilador				
Terapêutica inalatória (grelha de observação para avaliação da técnica de utilização dos inaladores)				

**APÊNDICE XXIV - Grelhas de observação para avaliação dos ensinoss
efetuados sobre a técnica específica de utilização dos
diferentes inaladores**

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização de inaladores pressurizados

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização dos inaladores pressurizados	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)		
Recolocar a cápsula no bucal		
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador		
Agitar bem e na vertical		
Retirar a tampa do bucal		
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível		
Colocar o bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo		
Comprimir o inalador uma só vez		
Inspirar lenta e profundamente pela boca		
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível		
Retirar o inalador da boca e expirar normalmente		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todas as etapas desde agitar a medicação		
Recolocar a tampa no bucal		
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois		

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

**Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização de inaladores
pressurizados com câmara expansora**

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização dos inaladores pressurizados com câmara expansora	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)		
Recolocá-la no bucal		
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador		
Agitar bem e na vertical		
Retirar a tampa do bucal do inalador		
Adaptar o inalador à câmara expansora		
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível		
Colocar o bucal da câmara entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo. No caso de se utilizar máscara, adaptá-la bem à face.		
Comprimir o inalador uma só vez		
Inspirar lenta e profundamente pela boca		
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível. Se não conseguir suspender a respiração, cumprir 3 a 4 ciclos respiratórios dentro da câmara		
Retirar a câmara/máscara da boca e respirar normalmente		
Recolocar a tampa no bucal do inalador		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todas as etapas desde agitar a medicação		
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois		

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Diskus

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização do Diskus	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Segurar a cobertura externa com uma mão e colocar o polegar da outra mão no local de apoio deste. Empurrá-lo com o polegar, deslocando-o tanto quanto possível		
Deslizar a alavanca até ouvir um estalido		
Segurar o Diskus, afastando-o da boca. Expirar tanto quanto for confortavelmente possível		
Colocar a peça bucal entre os lábios, ajustando-os a esta		
Inspirar constante e profundamente através do Diskus		
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração por 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Colocar o polegar no local de apoio e deslizá-lo até ouvir um estalido		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui		
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois		

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Turbohaler

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização do Turbohaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Segurar o inalador na posição vertical com a base para baixo e o bucal para cima		
Retirar a tampa do bucal, desenroscando-a		
Rodar a base do dispositivo até ao limite e fazê-la voltar à posição inicial até ouvir um “click”		
Expirar tanto quanto for confortavelmente possível, com o inalador afastado da boca		
Colocar o inalador na posição horizontal		
Colocar o bucal entre os lábios, ajustando-os bem a este		
Inspirar profundamente pela boca		
Retirar o inalador da boca e suspender a respiração por 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Colocar a tampa no inalador e guardar em local seco		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui		
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois		

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Novolizer

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização do Novolizer		Executa corretamente a etapa	
		Sim	Não
Retirar a tampa superior do Novolizer, apertando as superfícies laterais estriadas, puxando para a frente e para cima	Quando utiliza pela primeira vez o inalador		
Colocar o cartucho no Novolizer			
Recolocar a tampa			
Retirar a tampa que cobre a peça bucal			
Carregar no botão da face postero-superior do inalador			
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca			
Colocar o bucal entre os lábios, ajustando-os bem a este			
Inspirar profundamente pela boca até ouvir um estalido e a barra vermelha passar a verde			
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos			
Expirar com o inalador afastado da boca			
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal			
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui			
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água			
Identificar as doses disponíveis no inalador			
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois			

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Aerolizer

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização do Aerolizer	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa protetora que cobre o inalador		
Rodar o bucal no sentido da seta		
Colocar a cápsula na base do dispositivo e fechar		
Carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida		
Expirar lenta e profundamente, mantendo o inalador afastado da boca		
Colocar o inalador na posição horizontal		
Colocar o bucal entre os dentes e ocluir os lábios em volta do mesmo		
Inspirar profundamente pela boca ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente		
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui		
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois		

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Handihaler

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização do Handihaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando para cima ou apertando o botão lateral e abrir o bucal		
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central		
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”, deixando a tampa de proteção aberta		
Segurar o inalador com o bucal para cima e premir o botão, libertando-o de seguida		
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca		
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente		
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal		

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Breezhaler

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização do Breezhaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando-a para cima		
Segurar firmemente a base do inalador e inclinar o bucal para trás, empurrando-o		
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central		
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”		
Segurar o inalador com o bucal para cima e carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida		
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca		
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente		
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal		

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Spiriva Respimat

Identificação do doente: _____

Data de avaliação: _____

Etapas da técnica de utilização do Spiriva Respimat		Executa corretamente a etapa	
		Sim	Não
1-Pressionar o botão lateral de segurança e retirar a base transparente	Quando utilizar pela primeira vez o inalador		
2-Para inserir o cartucho, empurrar a extremidade mais estreita do cartucho para o interior do inalador			
3-Pressionar a base do cartucho sobre uma superfície dura para garantir que o cartucho entra até ao fim			
4-Voltar a colocar a base transparente, alinhando a ranhura com o botão de segurança			
5-Segurar no inalador com a tampa fechada e rodar a base transparente na direção da seta até ouvir um clique			
6-Abrir a tampa			
7-Virar o bucal para baixo e pressionar o botão para libertar a dose			
8-Fechar a tampa			
9-Repetir os passos 5 a 8 até			

visualizar uma nuvem			
10-Voltar a repetir 3 vezes os passos 5 a 8 para garantir que o inalador está pronto a ser utilizado			
11-Segurar no inalador com a tampa fechada e rodar a base transparente na direção da seta até ouvir um clique			
12-Abrir a tampa			
13-Expirar profundamente com o bucal afastado da boca			
14-Posicionar o inalador na horizontal e colocar firmemente os lábios em redor do bucal sem tapar as entradas de ar			
15-Pressionar o botão de libertação da dose e inspirar lenta e profundamente pela boca			
16-Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos			
17-Expirar com o inalador afastado da boca			
18-Fechar a tampa que cobre o bucal			
Repetir os passos 11 a 18 para administrar a dose completa			

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

APÊNDICE XXV - Processo de Enfermagem do Sr T. –SPUFO

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com relatório – Estágio no Serviço de Pneumologia
e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo,
E.P.E.**

PROCESSO DE ENFERMAGEM

do Sr. T

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Docente orientador:

Professor Joaquim Paulo Oliveira

Orientadora de estágio:

Enfermeira Sandra Saias

Barreiro

2013

407

PROCESSO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA:

Nome: T.F.A.P.

Idade: 57 anos

Sexo: masculino

Raça: caucasiana

Nível de escolaridade: não sabe ler nem escrever

Estado civil: solteiro, vive sozinho

Profissão: reformado

Religião: católica

Cuidador: filha Cláudia

Pessoa significativa: filha Cláudia

MOTIVO DO INTERNAMENTO

Dificuldade respiratória com múltiplas recorrências ao Serviço de Urgência nos últimos dias. Medicado com antibióticos e corticoides, sem melhoria do seu estado clínico.

DATA DO INTERNAMENTO: 29 de Dezembro de 2012 (proveniente do serviço de urgência)

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO:

Radiografia de tórax realizada a 2.1.2013, com incidência postero anterior, que revelou horizontalização dos arcos costais, hemicúpulas diafragmáticas aplanadas e ligeira hipotransparência dos 2/3 à esquerda. Não se visualiza o ângulo costo frénico direito



Não tivemos acesso às **espirometrias** realizadas em ambulatório.

Gasimetria arterial realizada a 2/1/2013:

pH= 7,44

pCO₂ (mmHg)= 44

pO₂ (mmHg)= 67

HCO₃ (mEq/L)= 28,6

SatO₂ (%)= 94

DIAGNÓSTICO MÉDICO: DPOC agudizada e infecção broncopulmonar

HISTÓRIA DE SAÚDE - AVALIAÇÃO INICIAL (Dia 3/1/2013):

Respirar

O Sr. T. encontra-se dispneico a pequenos e médios esforços, apresentando cianose labial. Respiração- 32cpm, mista, superficial, com utilização dos músculos acessórios esternocleidomastóideo e escaleno. Respiração com lábios semi cerrados.

Apresenta períodos frequentes de tosse, tendo dificuldade na eliminação de secreções que são muito espessas.

Hábitos aditivos: fumador durante 30 anos (20 cigarros por dia). Refere não fumar há cerca de 2 ou 3 meses. Refere ainda que, no café onde passa a maior parte do dia, só se pode fumar no quintal.

Antecedentes de DPOC (que o doente não sabe em que consiste), desde há 10 anos. É seguido há sete anos na consulta de Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo pela Dr.^a H.M.

Em criança sofreu traqueostomia, por problemas respiratórios que não sabe especificar.

À palpação torácica, apresenta expansibilidade simétrica.

Relativamente à morfologia torácica, apresenta ligeira cifose. Sem assimetrias torácicas. Apresenta cicatriz de traqueostomia. Sem outras cicatrizes torácicas ou abdominais.

Apresenta ainda uma massa de consistência mole, com cerca de 1,5 cm de diâmetro na região mediana do esterno que o doente refere ter há alguns anos e já ter sido observado pelo médico, que referiu não necessitar de cuidados de saúde.

Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente e roncos à direita em todos os campos pulmonares e na base esquerda.

Terapêutica atual no domicílio:

Oslif (inalador)-1xdia

Miflonide (inalador)- 1xdia

Spiriva (inalador)- 1xdia

Filotempo1xdia

Oxigenoterapia de Longa Duração com prescrição de O₂ a 1,5L por óculos nasais durante 18h /dia.

Ventilação não Invasiva (VNI) noturna por binível com O₂ a 3L, prescrita desde abril de 2012, ao qual está bem adaptado.

No último mês não cumpriu na íntegra a VNI por falta de pagamento da luz em casa, sendo que cumpria a VNI no café cerca de 4h por dia.

Comunicar

O Sr. T. apresenta-se consciente, orientado auto e halo psiquicamente.

Moderadamente comunicativo, gostando de comunicar com os profissionais de saúde, mostrando o seu bom humor.

Apresenta cansaço fácil ao falar.

Manter um ambiente seguro

Reside em casa de um piso térreo, com água e eletricidade e esgotos. Não tem gás. Não necessita de subir escadas para aceder à sua habitação.

A filha é que procede, esporadicamente, à higienização da casa.

Nega hábitos toxicómanos.

Apresenta sindactilia do 3º e 4º dedos da mão esquerda e dos pés, sendo que não lhe causa qualquer tipo de incapacidade ou limitação na realização das AVD's.

Controlar a temperatura corporal

O Sr. T. utiliza vestuário adequado às estações do ano.

No momento da colheita de dados apresenta-se apirético com temperatura auricular=36,3°C

Comer e beber

O Sr. T., antes do internamento era independente na realização desta atividade de vida diária (AVD), com hábitos alimentares sem restrições e sem alergias alimentares, praticando uma dieta equilibrada. Toma as refeições no café/restaurante, que fica a cerca de 100-200m de casa, por não querer/saber cozinhar. Cumpre os horários das refeições, alimentando-se em quantidade moderada. Apresenta hábitos etanólicos moderados, referindo ingerir 1 ou 2 copos de vinho às refeições.

O Sr. T. usufruiu dos serviços de um Centro de Dia da sua área de residência, durante alguns meses, para ser assistido na realização desta AVD, tendo prescindido dos mesmos por ter que utilizar a sua reforma na totalidade para o seu pagamento.

No momento da avaliação, mantém-se independente na realização desta AVD.

Tem prescrição de dieta ligeira em internamento.

Mover-se

O Sr. A. era independente na realização desta AVD antes do internamento. Apresentava dispneia em grau elevado ao subir escadas, evitando fazê-lo. Quando tem de o fazer, sobe um lance de escadas de seguida e refere ficar muito dispneico. Para se deslocar ao Hospital às consultas, ao Hospital de Dia de Pneumologia ou ao

Serviço de urgência, desloca-se de comboio ou de autocarro, referindo ficar muito dispneico nos percursos a pé mais longos. Não refere dispneia nas deslocações dentro de casa e nos percursos até ao café.

No momento da avaliação, refere dispneia moderada ao inclinar-se, levantar-se, andar à volta da cama e até ao corredor ou ao duche (cerca de 3m) e ainda não deambulou pelo corredor.

Higiene pessoal e vestir-se

O doente era independente na realização desta AVD. Apresentava razoáveis cuidados de higiene, sendo que não tendo gás em casa, tomava banho de água fria uma vez por semana. A filha levava a roupa suja do pai para lavar em casa dela.

Refere que a realizar a higiene oral, barbear-se, enxugar-se e vestir a parte superior do corpo, não lhe causava cansaço, no período que antecedeu a agudização que lhe originou este internamento. Refere ainda que ficava moderadamente com “falta de ar” ao pentear-se e ao realizar a higiene das partes superior e inferior do corpo e a calçar-se. Porém, ficava muito dispneico ao lavar a cabeça e ao vestir as calças e calçar as meias. Esta avaliação foi feita com base na Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (Pitta et al, 2008), adaptada às necessidades de avaliação das capacidades/incapacidades das pessoas internadas no Serviço em questão e que se encontra em .

O Sr. T. usufruiu dos serviços de um Centro de Dia da sua área de residência, durante alguns meses, para ser assistido na realização desta AVD, tendo prescindido dos mesmos por ter que utilizar a sua reforma na totalidade para o seu pagamento.

No momento da admissão, necessita de ajuda para se pentear, lavar a cabeça e todo o corpo e enxugar-se, porque refere muito cansaço ao fazê-lo. Contudo, é independente para realizar a higiene oral e calçar-se (chinelos) não referindo cansaço ao fazê-lo. Refere cansaço moderado ao vestir-se, sendo porém independente nesta atividade.

Eliminar

O Sr. T. era independente na eliminação intestinal e vesical, não apresentando obstipação ou diarreia, com hábitos regulares.

No momento da avaliação, mantém hábitos de eliminação regulares.

Urina no urinol por apresentar dispneia em grau moderado quando se desloca à casa de banho.

Dormir

O doente dormia por longos períodos de noite, sendo que não dormia durante os períodos em que se conectava à VNI (cerca de 4h). Nega hábito de dormir durante o dia.

No momento da admissão refere não conseguir dormir quando conectado à VNI, dormindo por períodos durante o dia.

Trabalhar e divertir-se

O Sr. T. está reformado. Trabalhou na construção civil com exposição a poeiras de cimento e tijolo e trabalhou também exposto ao bolor da cortiça, durante cerca de 20 anos. Passa grande parte do dia no café/restaurante perto de casa a conversar com os amigos e a jogar às cartas e ao dominó.

Expressar-se sexualmente

O doente é solteiro, vive sozinho e tem um filho e uma filha.

Não foram colhidos dados sobre esta atividade de vida diária.

Morrer

O Sr. T. refere não ter medo de morrer.

PARÂMETROS VITAIS (3/1/2013)

- Pulso=102ppm, rítmico e cheio
- Tensão arterial=127/80mmHg
- Dor- 0 (avaliada na escala numérica)

TERAPÊUTICA PRESCRITA EM INTERNAMENTO:

- Acetilcisteína 300mg por via EV -2xdia
- Aminofilina 480mg em 50cc de Cloreto de Sódio a 0,9%, em perfusão EV a 1,2ml/h.

- Beclometasona 250mcg inalador pressurizado -1 inalação 3xdia
- Bromelaína 40mg -1comp 3xdia
- Captopril 25mg- 6,25mg 3xdia
- Cloreto de Potássio 7,5% 10ml diluído em Cloreto de Sódio a 0,9% 1000ml, em perfusão diária
- Enoxaparina Sódica 40mg por via SC-1xdia
- Fluconazol 100mg por via EV- 1xdia
- Furosemida 20mg por via EV- 2xdia
- Haloperidol 5mg por via EV em SOS
- Brometo de Ipatrópio 20mcg inalador pressurizado- 6 inalações 6xdia
- Meropenem 1g por via EV-3xdia
- Pantoprazol 40mg por via oral- 2xdia
- Paracetamol 500mg por via oral em SOS se febre
- Prednisolona 5mg por via oral- 2 comp 2xdia
- Salbutamol 100mcg inalador pressurizado- 4 inalações 6xdia
- Oxigénio contínuo a 1,5l/m por óculos nasais
- BIPAP noturno com parâmetros:
 - IPAP=22
 - EPAP=6
 - FR=15
 - O2=2L/m

O plano de cuidados foi elaborado em linguagem CIPE, utilizada em aplicação informática SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) no Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

PLANO DE CUIDADOS

Nome: T.F.A.P. Idade: 57 anos Cama: 16 Data do internamento: 29/12/2012

Data		Diagnósticos de enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação
Início	Fim				
3/1/2013		Dispneia funcional	– Diminuir grau de dispneia	• Interpretar e avaliar exames complementares de diagnóstico (radiografias de tórax, e gasimetrias arteriais) • Consultar diário clínico • Ensinar sobre técnica respiratória (posição de descanso e relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominal com ênfase na expiração) • Instruir técnica respiratória • Treinar técnica respiratória • Incentivar a executar técnica respiratória • Auscultar sons pulmonares antes da cinesiterapia respiratória (CR) • Monitorizar sinais vitais (Respiração, Frequência cardíaca e Saturação de Oxigénio) antes da CR • Executar cinesiterapia respiratória: -reeducação costal global e seletiva	3/1/2013 Radiografia de tórax realizada a 2.1.2013 que revela horizontalização dos arcos costais, hemicúpulas diafragmáticas aplanadas e ligeira hipotransparência dos 2/3 à esquerda. Não se visualiza o ângulo costo frénico direito Gasimetria arterial realizada a 2/1/2013: pH = 7,44 pCO2 = 44mmHg pO2 = 67mmHg HCO3 = 28,6 mEq/L SatO2 = 94% Respiração mista, superficial e regular com

				-reeducação diafragmática global e seletiva • Monitorizar sinais vitais (Respiração, Frequência cardíaca e Saturação de Oxigénio) após a CR • Auscultar sons pulmonares após a CR • Validar a técnica de administração de terapêutica inalatória • Ensinar técnica de inalação com inalador • Instruir técnica de inalação com inalador • Treinar técnica de inalação com inalador • Supervisar técnica de inalação com inalador • Executar inaloterapia através de inalador • Gerir oxigenoterapia • Otimizar ventilação através de técnica de posicionamento • Ensinar sobre exercícios de treino ao esforço: -realização de AVD's -treino de marcha -subir e descer escadas -bicicleta estática • Instruir sobre exercícios de treino ao esforço • Executar exercícios de treino ao esforço	frequência respiratória (FR) de 32cpm antes da CR. Frequência cardíaca (FC) antes da CR:102ppm. Saturação de Oxigénio (SatO2) antes da CR: 80% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente em todos os campos pulmonares. Realizado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração. Realizada reeducação costal global com bastão e seletiva (bilateral com abertura costal e antero inferior bilateral com compressões). Realizada reeducação diafragmática seletiva das hemicúpulas, da porção posterior e global. Auscultação pulmonar após a CR: roncos à direita em todos os campos pulmonares e na base esquerda.
--	--	--	--	---	--

					Parâmetros vitais após a CR: FR: 28cpm FC: 109ppm SatO2: 94% Avaliada técnica de inalação com inaladores pressurizados. Realizado ensino sobre a coordenação mão-pulmão e inalação de forma lenta e profunda. Executou inaloterapia com inaladores pressurizados sob orientação e supervisão. Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Realizado ensino sobre posições de descanso e relaxamento em caso de dispneia. O Sr.T foi assistido no posicionamento em posição de cocheiro. Avaliada tolerância ao esforço com recurso a Escala London Chest Activity of Daily
--	--	--	--	--	---

					Living (LCADL) adaptada: apresenta dispneia moderada ao vestir-se, inclinar-se, levantar-se, andar à volta da cama e até ao corredor ou ao duche (cerca de 3m). Refere muito cansaço ao falar, lavar a cabeça e todo o corpo, enxugar-se e pentear-se. Não refere cansaço ao realizar a higiene oral. Realizado ensino sobre estratégias de conservação de energia ao realizar AVD's. 7/1/2013 a 11/1/2013 Radiografia de tórax realizada a 8.1.2013, que revela horizontalização dos arcos costais, hemicúpulas diafragmáticas menos aplanadas e marcada hipotransparência dos 2/3 à esquerda. Não se visualizam os ângulos costo frénicos. Gasimetria arterial realizada a 8/1/2013: pH = 7,44 pCO2 = 60mmHg
--	--	--	--	--	---

					pO₂ = 26mmHg HCO₃ = 33,8 mEq/L SatO₂ = 51% Parâmetros vitais antes da CR: FR: 32-40cpm FC: 120-130ppm SatO₂: 53-61% Auscultação pulmonar antes da CR: roncos bilaterais em todos os campos pulmonares. Reforçado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que o doente realiza com alguma dificuldade por necessitar de permanecer conectado a VNI e ter dificuldade em coordenar os tempos respiratórios com o mesmo. Nos dias 10 e 11 já consegue realizar melhor a técnica respiratória por conseguir coordenar melhor a respiração com o ventilador. Realizada reeducação costal global com bastão e seletiva (superior, bilateral com
--	--	--	--	--	---

					abertura costal, bilateral, antero inferior e antero superior direita e esquerda e inferior, com compressões). Realizada reeducação diafragmática seletiva das hemicúpulas, da porção posterior e global. Auscultação pulmonar após a CR: roncospilaterais em todos os campos pulmonares. Parâmetros vitais após a CR: FR: 20-25cpm FC: 104-117ppm SatO2: 66-88% Não foi realizado ensino sobre técnica inalatória com inalador por o doente se apresentar muito dispneico e por isso conectado a Ventilação não invasiva (VNI). Foram-lhe administrados os inaladores pressurizados através de conexão da traqueia do ventilador. Doente colocado em posição de semi fowler. Cumpriu oxigenoterapia contínua a 3L por VNI Por o Sr.T. se apresentar muito dispneico e
--	--	--	--	--	---

					conectado a VNI não foram realizados exercícios de treino ao esforço. Necessitou de ajuda total para realizar as AVD's por apresentar dispneia em grau elevado na realização das mesmas. 14/1/2013 a 16/1/2013 Não foram realizadas radiografias nem gasimetrias arteriais neste período. Parâmetros vitais antes da CR: FR: 28-32cpm, respiração abdominal, profunda e regular FC: 118-127ppm SatO2: 75-80% Auscultação pulmonar antes da CR: roncos bilaterais em todos os campos pulmonares, menos audíveis que em dias anteriores. Reforçado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que o doente realiza
--	--	--	--	--	--

					de forma correta mas necessita de incentivo, orientação e supervisão. Reforçado ensino sobre a necessidade da realização desta técnica várias vezes ao dia no domicílio e em situação de esforço e/ou dispneia. Realizada reeducação costal global com faixa elástica e seletiva (superior, bilateral com abertura costal, bilateral, antero inferior e antero superior direita e esquerda com percussões e inferior, com compressões). Realizada reeducação diafragmática seletiva das hemicúpulas, da porção posterior e global. Auscultação pulmonar após a CR: idêntica à anterior Parâmetros vitais após a CR: FR: 24-28cpm, respiração abdominal, profunda e regular FC: 113-130ppm SatO2: 72-81% Reavaliado ensino sobre técnica inalatória
--	--	--	--	--	---

					com inaladores pressurizados. Reforçado ensino sobre a necessidade da coordenação mão-pulmão e da importância de realizar a inalação de forma lenta e profunda, na técnica inalatória, necessitando ainda de incentivo e supervisão. Executou inaloterapia através de inaladores pressurizados, sob orientação e supervisão. Avaliada técnica inalatória com inaladores que irá utilizar em ambulatório (Handihaler, Breezhaler e Aeroliser). Realizado ensino sobre necessidade de utilizar broncodilatador antes do corticoide. Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Foi incentivado a realizar algumas AVD utilizando estratégias como por exemplo tomar banho sentado, de forma mais independente possível como forma de exercício de tolerância ao esforço. Tomou
--	--	--	--	--	--

					banho sozinho, assistido pela assistente operacional para lavar membros inferiores. Avaliada tolerância ao esforço com recurso a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) adaptada: apresenta dispneia em grau moderado ao falar, vestir-se, inclinar-se, levantar-se, tomar duche, andar à volta da cama e até ao corredor ou ao duche (cerca de 3m). Reforçado ensino sobre estratégias de conservação de energia ao realizar AVD's. 17/1/2013 a 23/1/2013 Radiografia de tórax realizada a 21.1.2013, que revelou horizontalização dos arcos costais, hemicúpulas diafragmáticas menos retificadas, portanto com posição mais cefálica e menor hipotransparência dos 2/3 do campo pulmonar à esquerda. Melhor visualização dos ângulos costo frénicos. Gasimetria arterial realizada a 17/1/2013:
--	--	--	--	--	--

					pH = 7,42 pCO2 = 57mmHg pO2 = 153mmHg HCO3 = 37 mEq/L SatO2 = 99% Parâmetros vitais antes da CR: FR: 24-32cpm, respiração abdominal, profunda e regular FC: 108-123ppm SatO2: 72-84% Auscultação pulmonar antes da CR: murmúrio vesicular rude e diminuído nas bases com alguns roncospersos. Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que o doente realiza de forma correta e refere realizar várias vezes ao dia. Reforçado ensino sobre a necessidade da realização desta técnica várias vezes ao dia no domicílio e em
--	--	--	--	--	---

					situação de esforço e/ou dispneia. Realizada reeducação costal global e seletiva (bilateral com abertura costal, bilateral, antero inferior e antero superior direita e esquerda com percussões e inferior, com compressões). Realizada reeducação diafragmática seletiva das hemicúpulas, da porção posterior com flexão/extensão dos membros inferiores e global. Reforçado ensino sobre a necessidade de realizar exercícios de reeducação costal global, seletiva com abertura costal e diafragmática global e da porção posterior, com flexão/extensão dos membros inferiores no domicílio. Auscultação pulmonar após a CR: murmúrio vesicular rude e diminuído nas bases. Parâmetros vitais após a CR: FR: 20-28cpm, respiração abdominal, profunda e regular FC: 110-120ppm SatO2: 82-88%
--	--	--	--	--	---

					Reavaliado ensino sobre a técnica inalatória com inaladores pressurizados, que realiza de forma correta, não necessitando de incentivo nem supervisão. Executou inaloterapia através de inaladores pressurizados, de forma correta. Reavaliado ensino sobre inaladores que irá utilizar em ambulatório (Handihaler, Breezhaler e Aeroliser), que realiza de forma correta. Cumpriu oxigenoterapia contínua a 1,5L por óculos nasais. Realizado treino ao esforço (dia 17), tendo deambulado cerca de 140m com oxigénio a 3L, com SatO2 de 74% antes e 70% após o esforço, apresentando-se dispneico, em grau moderado. Dia 18 deambulou 210m com O2 a 3L, com SatO2 de 75% antes e 72% após o esforço, tendo tolerado, apresentando dispneia em
--	--	--	--	--	---

					grau moderado. Dias 21 e 22 deambulou 100 m e subiu e desceu 9 degraus, com O2 a 3L, apresentando dispneia moderada, com SatO2 de 83-84% antes e 73-79% após o esforço. Dia 23 deambulou cerca de 280m com O2 a 3 L com SatO2 de 80% antes e 78% após o esforço. Pedalou ainda em bicicleta estática durante cerca de 5 minutos em mudança 4 com SatO2 de 83% antes, 69% durante o esforço e 76% após o mesmo, referindo cansaço moderado. Realizado ensino sobre realização da técnica respiratória coordenando os tempos respiratórios com o esforço. Tomou duche sozinho, sentado, com O2 a 3L, e vestiu-se, tendo referido dispneia em grau moderado.
--	--	--	--	--	--

3/1/2013		Limpeza das vias aéreas ineficaz, em grau reduzido	• Otimizar limpeza das vias aéreas	• Incentivar ingestão de líquidos • Ensinar técnica da tosse • Instruir técnica da tosse • Treinar técnica da tosse • Incentivar a pessoa a tossir	3/1/2013 O doente apresenta períodos frequentes de tosse, tendo dificuldade em expelir as secreções. Incentivado a ingerir pelo menos 1,5L de água por dia. Ensinado e instruído sobre a técnica da tosse dirigida. 4/1/2013 O doente refere ter ingerido cerca de 3l de água em 24h. Durante a sessão de cinesiterapia respiratória ingeriu cerca de 260cc (2 copos) de água. Realizado treino da tosse dirigida, tendo expelido secreções espessas, de cor amarelada, em pequena quantidade. 7/1/2013 a 11/1/2013 O doente refere ingerir pouca água devido a estar conectado a VNI. Reforçado ensino sobre a necessidade de aumentar a ingestão hídrica. Em cada sessão de cinesiterapia respiratória
----------	--	---	--	--	---

					ingeriu cerca de 130 a 260cc de água. Realizado treino da tosse dirigida, tendo expelido secreções espessas de cor amarelada, em moderada quantidade. Dias 8 e 9 expeliu secreções espessas, rosadas em pequena quantidade. Dias 10 e 11 expeliu secreções rosadas, mais fluidas e em grande quantidade. 14/1/2013 a 16/1/2013 Reforçado ensino sobre a necessidade de aumentar a ingestão hídrica. O Sr.T. ingeriu cerca de 130-260cc de água durante cada sessão de cinesiterapia. Refere ingerir cerca de 2-3L de água nas 24horas. Incentivado e realizado treino da tosse dirigida, tendo expelido secreções fluidas de cor amarelada, em moderada quantidade.
--	--	--	--	--	---

					17/1/2013 a 23/1/2013 Reforçado ensino sobre a necessidade de aumentar a ingestão hídrica. O Sr.T. ingeriu cerca de 130-260cc de água durante cada sessão de cinesiterapia. Refere ingerir cerca de 3-4,5L de água em 24horas. Incentivado e realizado treino da tosse dirigida, tendo expelido secreções fluidas de cor amarelada, em pequena quantidade.
3/1/2013		Défi ce de conhecimento sobre técnica da tosse dirigida	• Otimizar conhecimento sobre técnica da tosse dirigida	• Ensinar sobre a técnica da tosse • Instruir a técnica da tosse • Treinar a técnica da tosse • Validar conhecimentos sobre técnica da tosse dirigida	3/1/2013 Doente apresenta períodos frequentes de tosse ineficaz, tendo dificuldade em expelir as secreções. Realizado ensino sobre a técnica da tosse dirigida. Treinou a técnica da tosse dirigida, necessitando de incentivo, orientação e supervisão. 7/1/2013 a 11/1/2013 Reforçado ensino da tosse dirigida, que o

					doente está renitente em realizar e tem dificuldade na realização da mesma por se apresentar dispneico e conectado a VNI. Realizado treino da tosse dirigida, tendo expelido secreções espessas de cor amarelada, em moderada quantidade. Dias 8 e 9 o Sr. T. expeliu secreções espessas, rosadas em pequena quantidade. Dias 10 e 11 expeliu secreções rosadas, mais fluidas e em grande quantidade. O doente necessita de incentivo e orientação para realizar a técnica. 14/1/2013 a 16/1/2013 O Sr.T. foi incentivado a realizar treino da tosse dirigida, tendo expelido secreções fluidas de cor amarelada, em moderada quantidade. Necessita de incentivo e orientação para realizar a técnica, que executa com mais facilidade.
--	--	--	--	--	---

					17/1/2013 a 23/1/2013 Incentivado a realizar treino da tosse dirigida, tendo expelido secreções fluidas de cor amarelada, em pequena quantidade. Necessita de incentivo para realizar a técnica. Reforçado ensino sobre a necessidade de realizar a técnica no domicílio.
3/1/2013		Défi ce de conhecimento sobre técnica respiratória	• Otimizar conhecimento sobre técnica respiratória	• Ensinar sobre técnica respiratória • Instruir técnica respiratória • Treinar técnica respiratória • Validar conhecimento sobre técnica respiratória	3/1/2013 O doente apresenta respiração mista, superficial e regular, com utilização dos músculos acessórios escaleno e esternocleidomastóideo, não realizando dissociação dos tempos respiratórios e não dando ênfase à expiração. Realizado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, com lábios semi cerrados.

					4/1/2013 Reforçado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, com lábios semi cerrados. Realizado treino de técnica respiratória: posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que o doente realiza com alguma facilidade, necessitando de incentivo, orientação e supervisão. 7/1/2013 a 11/1/2013 Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que o doente realiza com alguma dificuldade por necessitar de permanecer conectado a VNI e ter dificuldade em coordenar os tempos respiratórios com o mesmo. Nos dias 10 e
--	--	--	--	--	---

					11 já consegue realizar melhor a técnica respiratória por conseguir coordenar melhor a respiração com o ventilador. 14/1/2013 a 16/1/2013 Reforçado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que o doente realiza de forma correta mas necessita de incentivo. 17/1/2013 a 21/1/2013 Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática com ênfase na expiração, que o doente realiza de forma correta e refere realizar várias vezes ao dia. Reforçado ensino sobre a necessidade da realização desta técnica várias vezes ao dia no domicílio e em situação de esforço e/ou dispneia.
--	--	--	--	--	--

3/1/2013		Défice de conhecimento sobre técnica inalatória	• Otimizar conhecimento sobre técnica inalatória • Ensinar técnica de inalação com inalador • Instruir técnica de inalação com inalador • Treinar técnica de inalação com inalador • Validar conhecimento sobre técnica inalatória	3/1/2013 O doente realiza a técnica inalatória com inaladores pressurizados, com dificuldade na coordenação mão pulmão e a inalação de forma rápida e pouco profunda Realizado ensino sobre técnica de inalação com inaladores pressurizados, pelo método demonstrativo. 4/1/2013 Realizado treino sobre técnica de inalação com inaladores pressurizados, pelo método demonstrativo. Necessita de reforço de ensino na coordenação mão-pulmão e na realização da inalação de forma lenta e profunda. 7/1/2013 a 11/1/2013 Não foi avaliado nem realizado ensino e treino sobre técnica inalatória com inalador por o doente se apresentar muito dispneico e por isso conectado a Ventilação não invasiva (VNI).
----------	--	--	--	--

					14/1/2013 a 16/1/2013 Reavaliado ensino sobre técnica inalatória com inaladores pressurizados. Reforçado ensino sobre a necessidade da coordenação mão-pulmão e da importância de realizar a inalação de forma lenta e profunda, na técnica inalatória com inaladores pressurizados. Necessita de orientação e supervisão na realização da técnica. Avaliada técnica inalatória com inaladores que continuará a utilizar em ambulatório (Handihaler, Breezhaler e Aeroliser). Realiza a técnica de forma correta. 17/1/2013 a 21/1/2013 Reavaliado ensino sobre a técnica inalatória com inaladores pressurizados, que realiza de forma correta. Reavaliada técnica de inalação com inaladores que irá utilizar em ambulatório (Handihaler, Breezhaler e Aeroliser), que realiza de forma correta.
--	--	--	--	--	---

3/1/2013		Défi ce de conhecimento sobre inaloterapia	• Otimizar conhecimento sobre inaloterapia	• Ensinar sobre inaloterapia • Instruir sobre inaloterapia • Treinar sobre inaloterapia com inalador • Validar conhecimento sobre inaloterapia	3/1/2013 O doente realiza as inalações com inaladores pressurizados sem pausa de pelo menos 30 segundos entre as mesmas e utiliza o broncodilatador e o corticoide, de forma aleatória e não procede a higiene oral após o corticoide. Realizado ensino sobre inaloterapia 4/1/2013 Reavaliado ensino sobre inaloterapia com inaladores pressurizados. Reforçado ensino sobre necessidade de aguardar 30 segundos a 1 minuto entre as inalações, utilizar o broncodilatador antes do corticoide, aguardar 5 a 10 minutos entre eles e proceder a higiene oral após o corticoide. 7/1/2013 a 11/1/2013 Não foi reavaliado ensino sobre inaloterapia com inalador por o doente se apresentar muito dispneico e por isso conectado a
----------	--	---	--	---	--

					Ventilação não invasiva (VNI). 14/1/2013 a 16/1/2013 Reavaliado ensino sobre inaloterapia com inaladores pressurizados. Reforçado ensino sobre necessidade de aguardar 30 segundos a 1 minuto entre inalações e 5 a 10 minutos entre broncodilatador e corticoide. Avaliado ensino sobre inaloterapia com inaladores que irá utilizar em ambulatório (Handihaler, Breezhaler e Aeroliser). Necessita de reforço de ensino para a utilização do broncodilatador antes do corticoide. 17/1/2013 a 21/1/2013 Reavaliado ensino sobre inaloterapia com inaladores pressurizados, que realiza de forma correta. Reforçado ensino sobre inaloterapia com inaladores que irá utilizar em ambulatório (Handihaler, Breezhaler e Aeroliser), sendo
--	--	--	--	--	--

					reforçado ensino sobre necessidade de realização do broncodilatador antes do corticoide.
3/1/2013		Défi ce de conhecimento sobre a sua doença	• Otimizar conhecimento sobre a sua doença	• Ensinar sobre a sua doença • Validar conhecimentos sobre a sua doença	3/1/2013 O doente refere desconhecer o nome da sua doença e em que consiste. 4/1/2013 Realizado ensino sobre em que consiste a doença, designação e tratamento da mesma, nomeadamente inaloterapia, oxigenoterapia, ventiloterapia e exercícios de cinesiterapia respiratória. 7/1/2013 a 11/1/2013 Não foi reavaliado ensino sobre a sua doença por o doente se apresentar muito dispneico e por isso conectado a Ventilação não invasiva (VNI). 14/1/2013 a 16/1/2013 Reavaliado ensino sobre a sua doença. Reforçado ensino sobre em que consiste,

					como se manifesta e importância da cumprimento da VNI e dos exercícios respiratórios várias vezes ao dia. 17/1/2013 a 21/1/2013 Reavaliado ensino sobre a sua doença. Reforçado ensino sobre em que consiste, e importância da cumprimento da VNI e dos exercícios respiratórios várias vezes ao dia e em situação de esforço e/ou dispneia.
3/1/2013		Conservação de energia, comprometida	• Otimizar conservação de energia	• Avaliar conhecimentos do SR. T. sobre estratégias de conservação de energia • Ensinar sobre estratégias de conservação de energia: -Programar atividades ao longo do dia, realizando as tarefas mais cansativas no período em que se sente com mais energia -Planear o itinerário quando sair à rua -Fazer pausas frequentes durante as atividades físicas andar, comer, beber e conversar	3/1/2013 Foi avaliada a tolerância do Sr. T. ao esforço com recurso a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) adaptada: apresenta dispneia moderada ao vestir-se, inclinar-se, levantar-se, andar à volta da cama e até ao corredor ou ao duche (cerca de 3m). Refere muito cansaço ao falar, lavar a cabeça e todo o corpo, enxugar-se e pentear-se. Não refere cansaço ao realizar a higiene oral.

				-Ao fazer levante, fazer primeiro rolamento e depois apoiar-se no cotovelo para se levantar. -Para subir escadas, expirar sempre quando realiza o esforço -Adotar posições de descanso e relaxamento quando se sentir cansado -Realizar a técnica respiratória quando está em esforço -Realizar técnica respiratória durante a marcha e a subir e descer escadas, coordenando os tempos respiratórios com o esforço -Realizar AVD higiene pessoal e vestir-se, sentado - Dispor objetos junto de si e por ordem de utilização -Utilizar escova de cabo longo para lavar costas e pés -Utilizar sapatos sem atacadores -Começar a vestir a parte inferior do corpo e depois a superior	Realizado ensino sobre estratégias de conservação de energia ao realizar AVD's: • Adotar posições de descanso e relaxamento quando se sentir cansado • Realizar a técnica respiratória quando está em esforço • Tomar banho sentado • Cuidar da sua higiene calmamente e fazer as pausas que forem necessárias durante a mesma • Deambular até ao duche realizando a técnica respiratória • Comer calmamente, fazendo pausas se necessário • Quando estiver mais cansado, alimentar-se de dieta mole ou líquida, para evitar gasto de energia na mastigação • Falar pausadamente O Sr.T foi assistido no posicionamento em posição de cocheiro (posição por ele preferida em situação de dispneia) 7/1/2013 a 11/1/2013 Por o Sr.T. se apresentar muito dispneico e conectado a VNI não foram realizados
--	--	--	--	---	--

				-Não fazer exercício após as refeições -Quando necessitar de levantar um objeto do chão, fletir os membros inferiores joelhos para levantar o objeto e expirar quando o levanta -Transportar objetos mais pesados junto ao corpo -Distribuir pesos por ambas as mãos, mantendo o alinhamento corporal -Caminhar cerca de 1h por dia, repartindo-a por períodos • Instruir sobre estratégias de conservação de energia • Treinar estratégias de conservação de energia	ensinos sobre estratégias de conservação de energia ao realizar AVD's. O doente necessitou de ajuda total para realizar as AVD's por apresentar dispneia em grau elevado na realização das mesmas: – Foi assistido nos cuidados de higiene no leito – Foi assistido na eliminação, tendo-lhe sido fornecido o urinol – Foi-lhe fornecida dieta líquida Reforçado ensino sobre necessidade de realizar a técnica respiratória quando está dispneico Reforçado ensino sobre necessidade de falar pausadamente O Sr.T. não deambulou neste período. Reforçado ensino sobre posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia.
--	--	--	--	---	---

					Doente assistido no posicionamento em semi fowler, respeitando o alinhamento corporal. 14/1/2013 a 16/1/2013 Reforçado ensino sobre posições de descanso e relaxamento, que o doente realiza de forma correta mas necessita de incentivo. Reforçado ensino sobre a necessidade da realização da técnica respiratória várias vezes ao dia quer em internamento quer no domicílio e em situação de esforço e/ou dispneia. O doente apresenta dispneia moderada ao andar à volta da cama e até ao corredor, avaliada de acordo com a Escala LCADL adaptada, tendo sido reforçado ensino sobre necessidade de realizar a técnica respiratória ao deambular e de fazer pausas para descanso durante a deambulação
--	--	--	--	--	--

					Foi incentivado a cuidar da sua higiene de forma mais independente possível e com o menor gasto de energia, tendo tomado banho sozinho, sentado, assistido pela assistente operacional para lavar os membros inferiores. Foi reforçado ensino sobre a importância de se alimentar calmamente e de ingerir dieta pastosa ou líquida quando está mais dispneico. O Sr. T. fala sem pausas, revelando cansaço moderado ao fazê-lo. Reforçado ensino sobre importância de falar pausadamente. O doente realiza o levante passando da posição de deitado subitamente para a posição ortostática. Realizado ensino sobre a necessidade de proceder primeiro ao rolamento no leito, e em decúbito lateral
--	--	--	--	--	--

					apoiar-se no cotovelo e levantar-se calmamente, expirando nos momentos de maior esforço. Avaliada tolerância ao esforço com recurso a Escala LCADL adaptada: apresenta dispneia em grau moderado ao falar, vestir-se, inclinar-se, levantar-se, tomar duche, andar à volta da cama e até ao corredor. Reforçado ensino sobre estratégias de conservação de energia ao realizar AVD's quando for para o domicílio. 17/1/2013 a 23/1/2013 Reavaliado ensino sobre posições de descanso e relaxamento, que o doente realiza de forma correta. Reforçado ensino sobre a necessidade da realização da técnica respiratória em situação de esforço (com coordenação dos
--	--	--	--	--	--

					tempos respiratórios) e/ou dispneia, que o doente sabe executar de forma correta e refere cumprir. O Sr.T. tomou duche sozinho, sentado, com O2 a 3L, e vestiu-se, tendo referido dispneia em grau moderado. O doente alimentou-se da dieta prescrita, pausadamente, não referindo cansaço. O Sr. T. fala mais pausadamente, não referindo cansaço ao fazê-lo. Durante a realização do treino ao esforço (dia 17), deambulou cerca de 140m apresentando-se dispneico, em grau moderado. Foi reforçado ensino sobre necessidade de realizar a técnica respiratória durante a deambulação. Dia 18 deambulou 210m, realizando a
--	--	--	--	--	--

					técnica respiratória, apresentando dispneia em grau moderado. Dias 21 e 22 deambulou 100m e subiu e desceu 9 degraus, realizando técnica respiratória e coordenando os tempos respiratórios com a realização do esforço, apresentando dispneia moderada. Dia 23 deambulou cerca de 280m e pedalou em bicicleta estática durante cerca de 5 minutos em mudança 4, realizando a técnica respiratória, referindo cansaço moderado. Reforçado ensino sobre outras estratégias de conservação de energia quando regressar ao domicílio: • Programar atividades ao longo do dia, realizando as tarefas mais cansativas no período em que se sente com mais energia • Planear o itinerário quando sair à rua • Fazer pausas frequentes durante as atividades físicas andar, comer, beber e conversar
--	--	--	--	--	---

					• Cuidar da sua higiene e vestir-se sentado • Dispor objetos junto de si e por ordem de utilização • Utilizar escova de cabo longo para lavar costas e pés • Começar a vestir a parte inferior do corpo e depois a superior • Utilizar sapatos sem atacadores • Não fazer exercício após as refeições • Quando necessitar de levantar um objeto do chão, fletir os membros inferiores joelhos para levantar o objeto e expirar quando o levanta • Transportar objetos mais pesados junto ao corpo • Distribuir pesos por ambas as mãos, mantendo o alinhamento corporal • Caminhar cerca de 1h por dia, repartindo-a por períodos e descansar durante os percursos • Cumprir dieta rica em fibras e líquidos e praticar exercício físico para prevenir obstipação e diminuir gasto de energia na realização da AVD eliminação
--	--	--	--	--	---

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO:

Radiografia de tórax realizada a 8.1.2013, com incidência postero anterior, que revelou horizontalização dos arcos costais, hemicúpulas diafragmáticas menos aplanadas e marcada hipotransparência dos 2/3 à esquerda. Não se visualizam os ângulos costo frénicos



Radiografia de tórax realizada a 21.1.2013, com incidência postero anterior, que revelou horizontalização dos arcos costais, hemicúpulas diafragmáticas menos aplanadas e menor hipotransparência dos 2/3 à esquerda. Melhor visualização dos ângulos costo frénicos



Grelha de observação para avaliação dos ensinios efetuados à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 3/1/2013- avaliação inicial

Ensinos efetuados			Efetua	
			Sim	Não
Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia				X
Dissociação dos tempos respiratórios				X
Respiração diafragmática				X
Respiração com ênfase na expiração				X
Expiração com lábios semi-cerrados			X	
Técnica da tosse dirigida				X
Técnica do <i>Huffing</i>				Não avaliado (N.A)
Hidratação oral (pelo menos 1,5L/dia)			X	
Exercícios de reeducação costal				X
Exercícios de reeducação diafragmática				X
Exercícios de tolerância ao esforço/ colaboração nas atividades de vida diária	Comer e beber		X	
	Mover-se	Ponte	X	
		Rolamento	X	
		Levante		X
		Treino de marcha		X
		Subir escadas		X
		Exercícios musculo articulares ativos		
		Exercícios musculo articulares ativos com resistência		
	Higiene pessoal e vestir-se			X
Eliminar		X		
Oxigenoterapia prescrita			X	
Colocação de dispositivo de administração de Oxigénio (óculos nasais ou máscara)			X	
Colocação da máscara de ventilação não invasiva			X	
Ligar/desligar o ventilador			X	
Terapêutica inalatória (grelha de observação para avaliação da técnica de utilização dos inaladores)				X

**Grelha de observação para avaliação dos ensinios efetuados à pessoa com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 21/1/2013 - avaliação no momento do regresso a casa

Ensinos efetuados			Efetua	
			Sim	Não
Posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia			x	
Dissociação dos tempos respiratórios			x	
Respiração diafragmática			x	
Respiração com ênfase na expiração			x	
Expiração com lábios semi-cerrados			x	
Técnica da tosse dirigida				x
Técnica do <i>Huffing</i>				N.A
Hidratação oral (pelo menos 1,5L/dia)			x	
Exercícios de reeducação costal			x	
Exercícios de reeducação diafragmática			x	
Exercícios de tolerância ao esforço/ colaboração nas atividades de vida diária	Comer e beber		x	
	Mover-se	Ponte	x	
		Rolamento	x	
		Levante	x	
		Treino de marcha	x	
		Subir escadas	x	
		Exercícios musculo articulares ativos		
		Exercícios musculo articulares ativos com resistência		
	Higiene pessoal e vestir-se		x	
Eliminar		x		
Oxigenoterapia prescrita			x	
Colocação de dispositivo de administração de Oxigénio (óculos nasais ou máscara)			x	
Colocação da máscara de ventilação não invasiva			x	
Ligar/desligar o ventilador			x	
Terapêutica inalatória (grelha de observação para avaliação da técnica de utilização dos inaladores)			x	

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização de inaladores pressurizados

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 3/1/2013- avaliação inicial

Etapas da técnica de utilização dos inaladores pressurizados	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)		N.A
Recolocar a cápsula no bucal		N.A.
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador	x	
Agitar bem e na vertical	x	
Retirar a tampa do bucal	x	
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível	x	
Colocar o bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo	x	
Comprimir o inalador uma só vez	x	
Inspirar lenta e profundamente pela boca		x
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível	x	
Retirar o inalador da boca e expirar normalmente	x	
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todas as etapas desde agitar a medicação		x
Recolocar a tampa no bucal	x	
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		x
Identificar as doses disponíveis no inalador	x	
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois		x

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização de inaladores pressurizados

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 21/1/2013 - avaliação no momento do regresso a casa

Etapas da técnica de utilização dos inaladores pressurizados	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)		N.A.
Recolocar a cápsula no bucal		N.A.
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador	x	
Agitar bem e na vertical	x	
Retirar a tampa do bucal	x	
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível	x	
Colocar o bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo	x	
Comprimir o inalador uma só vez	x	
Inspirar lenta e profundamente pela boca	x	
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível	x	
Retirar o inalador da boca e expirar normalmente	x	
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todas as etapas desde agitar a medicação	x	
Recolocar a tampa no bucal	x	
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água	x	
Identificar as doses disponíveis no inalador	x	
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Aerolizer

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 3/1/2013- avaliação inicial

Etapas da técnica de utilização do Aerolizer	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa protetora que cobre o inalador	x	
Rodar o bucal no sentido da seta	x	
Colocar a cápsula na base do dispositivo e fechar	x	
Carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida	x	
Expirar lenta e profundamente, mantendo o inalador afastado da boca	x	
Colocar o inalador na posição horizontal	x	
Colocar o bucal entre os dentes e ocluir os lábios em volta do mesmo	x	
Inspirar profundamente pela boca ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara	x	
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos	x	
Expirar com o inalador afastado da boca	x	
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui	x	
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água	x	
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois		x

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Aerolizer

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 21/1/2013 - avaliação no momento do regresso a casa

Etapas da técnica de utilização do Aerolizer	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa protetora que cobre o inalador	x	
Rodar o bucal no sentido da seta	x	
Colocar a cápsula na base do dispositivo e fechar	x	
Carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida	x	
Expirar lenta e profundamente, mantendo o inalador afastado da boca	x	
Colocar o inalador na posição horizontal	x	
Colocar o bucal entre os dentes e ocluir os lábios em volta do mesmo	x	
Inspirar profundamente pela boca ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara	x	
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos	x	
Expirar com o inalador afastado da boca	x	
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui	x	
Após administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água	x	
No caso de fazer broncodilatador e corticóide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticóide e de aguardar 5 a 10 minutos entre os dois	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Handihaler

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 3/1/2013- avaliação inicial

Etapas da técnica de utilização do Handihaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando para cima ou apertando o botão lateral e abrir o bucal	x	
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central	x	
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”, deixando a tampa de proteção aberta	x	
Segurar o inalador com o bucal para cima e premir o botão, libertando-o de seguida	x	
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca	x	
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara	x	
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos	x	
Expirar com o inalador afastado da boca	x	
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Handihaler

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 21/1/2013 - avaliação no momento do regresso a casa

Etapas da técnica de utilização do Handihaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando para cima ou apertando o botão lateral e abrir o bucal	x	
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central	x	
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”, deixando a tampa de proteção aberta	x	
Segurar o inalador com o bucal para cima e premir o botão, libertando-o de seguida	x	
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca	x	
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara	x	
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos	x	
Expirar com o inalador afastado da boca	x	
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Breezhaler

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 3/1/2013- avaliação inicial

Etapas da técnica de utilização do Breezhaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando-a para cima	x	
Segurar firmemente a base do inalador e inclinar o bucal para trás, empurrando-o	x	
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central	x	
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”	x	
Segurar o inalador com o bucal para cima e carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida	x	
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca	x	
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara	x	
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos	x	
Expirar com o inalador afastado da boca	x	
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

Grelha de observação para avaliação da técnica de utilização do Breezhaler

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

Data de avaliação: 21/1/2013 - avaliação no momento do regresso a casa

Etapas da técnica de utilização do Breezhaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de proteção puxando-a para cima	x	
Segurar firmemente a base do inalador e inclinar o bucal para trás, empurrando-o	x	
Retirar a cápsula do blister e colocá-la na câmara central	x	
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”	x	
Segurar o inalador com o bucal para cima e carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida	x	
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca	x	
Colocar firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara	x	
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos	x	
Expirar com o inalador afastado da boca	x	
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente	x	
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal	x	

Nota: para o doente executar corretamente a técnica tem que obter 100% SIM

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

Identificação da pessoa: T.F.A.P.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas:

- 0-** Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade)
- 1-** Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si)
- 2-** Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)
- 3-** Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita de falta de ar)
- 4-** Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)
- 5-** Eu preciso de outra pessoa que faça isso (Se alguém faz isso por si ou o ajuda porque sente muita falta de ar)

Diga-nos o quanto de falta de ar sente ao realizar as seguintes atividades:	Antes do internamento	Momento da Avaliação 3/1/2012	Momento da Alta 21/1/2013
Pentear-se	2	5	2
Realizar higiene oral	1	1	1
Lavar a cabeça	3	3	2
Realizar higiene da parte superior do corpo (Membros superiores e tórax)	2	3	2
Realizar higiene da parte inferior do corpo (Abdómen e membros inferiores)	2	3	3
Enxugar-se	1	3	2
Vestir a parte superior do corpo	1	2	2
Vestir a parte inferior do corpo	3	2	3
Calçar-se	2	1	3
Falar	3	4	3
Andar à volta da cama	1	2	2
Andar até ao corredor	1	2	2
Deambular pelo corredor	1	N.A.	2
Inclinar-se/levantar-se	3	2	2
Subir escadas	4	N.A.	2
TOTAL	30	33	33

Adaptado da Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Fonte: Pitta et al (2008)

APÊNDICE XXVI - Reflexão sobre a 3ª semana de estágio no SPUFO

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular Estágio com Relatório – Estágio no serviço de
Pneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.**

REFLEXÃO

3ª semana de estágio

Elaborado por:

Sandra Isabel Dias Janeiro Vilelas Nº 3937

Barreiro

2012

463

Estando já mais independente na realização de registos de enfermagem de reabilitação em linguagem CIPE na aplicação informática SAPE, dispus de mais tempo para prestar cuidados especializados em reabilitação. Nesta semana, apesar das patologias respiratórias das pessoas internadas serem na sua grande maioria pneumonias, mais uma vez só uma delas tinha o diagnóstico de DPOC. Da mesma forma avaliei junto deste doente as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, utilizando as escalas de avaliação da funcionalidade para prestar cuidados de acordo com as necessidades e capacidades do mesmo. Seguidamente planeei e implementei cuidados de enfermagem de reabilitação a esta pessoa com DPOC, com vista à obtenção do autocuidado e autocontrolo, sendo que os conhecimentos do mesmo relativamente à sua doença eram escassos no momento da admissão no serviço. Assim, procedi a uma avaliação diária das minhas intervenções, avaliando os ganhos em conhecimento do doente, que se traduziram em ganhos em saúde. Estes ganhos revelar-se-ão fundamentais para o regresso a casa, permitindo-lhe um processo de transição saudável, uma vez que incorporou novo conhecimento nesta fase do seu ciclo de vida em que lhe foi diagnosticada a DPOC e que lhe determinou um processo de transição, com toda a instabilidade a ela inerente, com todas as dúvidas, incapacidades e necessidades de incorporação de novo conhecimento, para redefinição de um novo *self*, para redefinição do seu papel pessoal, familiar, social (CHICK e MELEIS, 1986). Tive ainda a oportunidade de envolver o cuidador na prestação de cuidados a alguns doentes, fazendo-lhes oportunamente e sempre que necessário, ensinamentos relacionados com as necessidades de cuidados de reabilitação dos seus familiares, nomeadamente ensino sobre gestão do plano terapêutico instituído (inaloterapia, técnica respiratória, exercícios de reeducação funcional respiratória, ventiloterapia, oxigenoterapia), sendo que desta forma capacitei os cuidadores a incentivarem e a supervisionarem o autocuidado, promovendo o autocontrolo da doença. Todas estas intervenções tendo em vista a preparação para a alta, traduzir-se-ão em ganhos em saúde para a pessoa doente e conseqüentemente para a promoção da qualidade da sua vida pessoal, familiar e social. Considero ainda oportuno fazer referência ao facto de alguns destes doentes terem sido encaminhados para o Hospital de Dia de Pneumologia desta instituição para reavaliação dos ensinamentos realizados, onde a

enfermeira generalista, com alguma formação e experiência profissional nesta área, procede à avaliação destes doentes, solicitando a intervenção da enfermeira especialista em reabilitação sempre que necessário.

No que se refere à importância da interdisciplinaridade na equipa, considero que mais uma vez a articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação com os cuidados prestados pela restante equipa foi bem conseguida com ênfase nos ganhos em saúde para os doentes: tomo como exemplo o caso de uma doente com insuficiência respiratória global, tendo como patologia associada obesidade mórbida, pelo que devido à sua situação clínica esteve cerca de 10 dias deitada no leito por ter estado durante o mesmo período no serviço de urgência onde os doentes internados não fazem levantar durante todo o tempo de permanência no referido serviço. Para se alimentar, esta pessoa necessitava de ajuda total, para se mobilizar no leito também. Após avaliarmos as suas necessidades e capacidades, recorrendo a escalas de avaliação da funcionalidade, planeámos e implementámos um programa de reabilitação respiratória e motora, com vista à obtenção do autocuidado e autocontrolo, sendo que no final da semana a doente, não obstante o seu permanente problema de atividade motora e de dispneia funcional, já se mobilizava no leito com mais facilidade. Após realização de treino de equilíbrio sentada, foi gradualmente aumentando o tempo de permanência sentada na beira da cama, pelo que no final da semana se deu início ao treino de marcha, sendo que para isso também estabelecemos um programa de ensino, treino e supervisão de utilização do andador, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

Todos estes progressos não teriam sido possíveis sem a conceção, implementação, avaliação e reformulação de programas de treino de exercícios visando a redução da incapacidade no desempenho das atividades de vida diária e sem a fundamental articulação e profissionalismo da equipa de fisioterapeutas, que colaborou connosco sempre que solicitada para realização do levantar e treino de marcha desta doente, que no final da semana já se deslocou em cadeira de rodas ao serviço de medicina física e reabilitação para realizar treino de marcha com o auxílio de barras paralelas. Por tudo isto, considero que promovo uma prática de cuidados baseados na interdisciplinaridade, avaliando e redefinindo os planos de intervenção de acordo

com os ganhos em saúde e tendo sempre em conta o doente/cuidador como parceiros no cuidar.

Nesta semana senti-me mais autónoma e confiante na avaliação dos doentes a necessitarem de cuidados especializados em reabilitação e também no estabelecimento de prioridades, bem como nas intervenções de reabilitação funcional respiratória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **CHICK, N.; MELEIS, AFAF. (1986) – Transitions: A Nursing Concern. In: CHINN. P.L. Nursing Research Methodology: Issues and Implementation. Rockville, M.D.: Aspen.237-257.**

**APÊNDICE XXVII - Folha de avaliação de conhecimentos sobre
estratégias promotoras da reabilitação da
pessoa com DPOC**

Análise dos conhecimentos sobre intervenções de enfermagem promotoras da reabilitação da pessoa com DPOC

População alvo: Enfermeiros do Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Instruções: Em cada afirmação assinale com uma cruz (X), caso a considere verdadeira (V) ou falsa (F)

Nome: _____

Intervenções de enfermagem na pessoa/família com DPOC	V	F
Os sintomas da DPOC são crónicos e não progressivos ao longo do tempo		
O diagnóstico da DPOC faz-se somente através dos sintomas e das exacerbações		
O tratamento da DPOC consiste fundamentalmente na terapêutica broncodilatadora e corticoide inalada e oxigenoterapia.		
Os programas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) devem ser iniciados o mais precocemente possível, e a sua continuidade deve ser assegurada após a alta		
Na inspiração, o diafragma adota uma posição retificada		
A posição de cozeiro restitui a curvatura ao diafragma e melhora assim a fase inspiratória		
A técnica respiratória deve ser realizada com ênfase na inspiração		
Em caso de derrame pleural, a pessoa deve evitar posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado na base da cama.		
Em caso de pneumonia unilateral, a pessoa deve posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado para cima		
O alinhamento corporal não interfere com a expansão pulmonar		

Obrigada

Análise dos conhecimentos sobre intervenções de enfermagem promotoras da reabilitação da pessoa com DPOC após sessão de formação “ Contributo do enfermeiro generalista para a reabilitação da pessoa

População alvo: Enfermeiros do Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Instruções: Em cada afirmação assinale com uma cruz (X), caso a considere verdadeira (V) ou falsa (F)

Nome: _____

Intervenções de enfermagem na pessoa/família com DPOC	V	F
Os sintomas da DPOC são crónicos e não progressivos ao longo do tempo		
O diagnóstico da DPOC faz-se somente através dos sintomas e das exacerbações		
O tratamento da DPOC consiste fundamentalmente na terapêutica broncodilatadora e corticoide inalada e oxigenoterapia.		
Os programas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) devem ser iniciados o mais precocemente possível, e a sua continuidade deve ser assegurada após a alta		
Na inspiração, o diafragma adota uma posição retificada		
A posição de cozeiro restitui a curvatura ao diafragma e melhora assim a fase inspiratória		
A técnica respiratória deve ser realizada com ênfase na inspiração		
Em caso de derrame pleural, a pessoa deve evitar posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado na base da cama.		
Em caso de pneumonia unilateral, a pessoa deve posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado para cima		
O alinhamento corporal não interfere com a expansão pulmonar		

Obrigada

**Chave de respostas à avaliação de conhecimentos
sobre intervenções de enfermagem promotoras da
reabilitação da pessoa com DPOC**

Intervenções de enfermagem na pessoa/família com DPOC	V	F
Os sintomas da DPOC são crónicos e não progressivos ao longo do tempo		X
O diagnóstico da DPOC faz-se somente através dos sintomas e das exacerbações		X
O tratamento da DPOC consiste fundamentalmente na terapêutica broncodilatadora e corticoide inalada e oxigenoterapia.		X
Os programas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) devem ser iniciados o mais precocemente possível, e a sua continuidade deve ser assegurada após a alta	X	
Na inspiração, o diafragma adota uma posição retificada	X	
A posição de cozeiro restitui a curvatura ao diafragma e melhora assim a fase inspiratória		X
A técnica respiratória deve ser realizada com ênfase na inspiração		X
Em caso de derrame pleural, a pessoa deve evitar posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado na base da cama.	X	
Em caso de pneumonia unilateral, a pessoa deve posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado para cima	X	
O alinhamento corporal não interfere com a expansão pulmonar		X

APÊNDICE XXVIII - Folheto de divulgação da sessão de formação
“Contributo do enfermeiro generalista para a
reabilitação da pessoa com DPOC”

Objetivos

- Sensibilizar a equipa para a importância dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação na promoção do autocontrolo e autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do contributo dos enfermeiros generalistas na reabilitação da pessoa com DPOC
- Capacitar os enfermeiros generalistas para a sua intervenção na reabilitação da pessoa com DPOC dentro da sua área de competências

Formador:

Enf. Sandra Vilelas

Aluna do 3º Curso de Mestrado em
Enfermagem na área de Especialização
em Enfermagem de Reabilitação
E.S.E.L.

Orientadora de estágio:

Enf. Sandra Saias



**Contributo do
Enfermeiro Generalista
na Reabilitação da
pessoa com Doença
Pulmonar Obstrutiva
Crónica**

Enf. Sandra Vilelas



31 de Janeiro de 2013

Barreiro

Tema

Contributo do Enfermeiro Generalista na Reabilitação da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

População

Enfermeiros a exercer funções no Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Duração

60 minutos

Início

14 horas

Data

31 de Janeiro de 2013

Local de realização

Sala de reuniões do Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Plano de sessão



Conteúdos	Tempo	Formador	Metodologia	Recursos pedagógicos
Avaliação de conhecimentos dos formandos	8 min	Sandra Vilelas	Método interrogativo	Questionário
Objetivos da sessão	2 min	Sandra Vilelas	Método expositivo	Projektor Multimédia
Caraterização da DPOC	10 min	Sandra Vilelas	Método expositivo	Projektor Multimédia
Técnicas de reabilitação funcional respiratória e intervenção do enfermeiro generalista	15 min	Sandra Vilelas	Método expositivo e demonstrativo	Projektor Multimédia
Atividades de vida diária e intervenção do enfermeiro generalista	20 min	Sandra Vilelas	Método expositivo	Projektor Multimédia
Avaliação dos conhecimentos dos formandos e avaliação da sessão	5 min	Sandra Vilelas	Método interrogativo	Questionário

**APÊNDICE XXIX - Sessão de formação: “Contributo do enfermeiro
generalista para a reabilitação da pessoa com DPOC”**

Contributo do enfermeiro generalista na reabilitação da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica



Enfermeira orientadora:
Sandra Saias

Sandra Vilelas
2013

1

Objetivos da sessão:

- ❖ **Sensibilizar a equipa para a importância dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação na promoção do autocontrolo e autocuidado da pessoa com DPOC**
- ❖ **Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do contributo dos enfermeiros generalistas na reabilitação da pessoa com DPOC**
- ❖ **Capacitar os enfermeiros generalistas para a sua intervenção na reabilitação da pessoa com DPOC dentro da sua área de competências**

2

Conteúdos da sessão:

- ❖ **Caraterização da DPOC**
- ❖ **Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com DPOC**
- ❖ **Importância da intervenção do enfermeiro generalista na reabilitação da pessoa com DPOC**
- ❖ **Intervenções do enfermeiro generalista promotoras da reabilitação da pessoa com DPOC**

3

DPOC: definição

A sua componente pulmonar caracteriza-se por uma limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível

(UTENS *et al.*, 2010; CHAN *et al.*, 2011).

Esta limitação é geralmente progressiva, associada a uma resposta inflamatória anómala do pulmão a partículas nocivas ou gases e é causada por uma associação de doença das pequenas vias aéreas (bronquite obstrutiva) e destruição do parénquima (enfisema) (CRAWFORD e HARRIS, 2008), sendo o tabagismo a principal causa. (GOLD, 2009)

4

DPOC: definição

A destruição do parênquima pulmonar leva à perda de ligações alveolares às pequenas vias aéreas e diminui a elasticidade retrativa do pulmão. Por sua vez estas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas se manterem abertas durante a expiração

A inflamação crónica origina modificações e estreitamento das pequenas vias aéreas e os sintomas, que incluem produção de expectoração, tosse e dispneia, são crónicos e progressivos ao longo do tempo

(YU, LEE e WOO, 2007; UTENS et al., 2010).

5

DPOC: fatores de risco

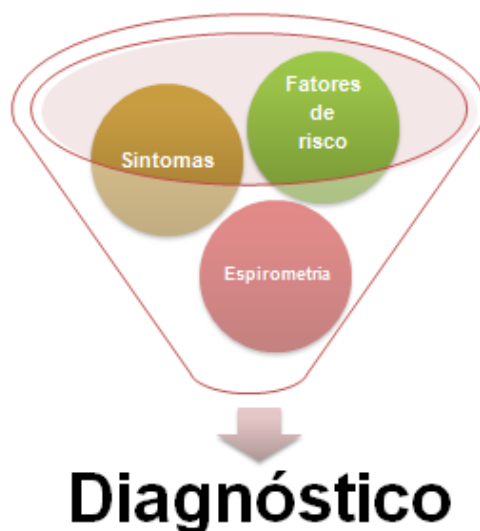
O tabagismo é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento da DPOC



- Exposição profissional a poeiras, gases ou fumos (ex. utilização de fogões a lenha e carvão em recintos fechados)
- Exposição ao ar poluído

6

DPOC



7

DPOC

ESPIROMETRIA:

- **Avalia a limitação do fluxo aéreo**
- **Obrigatória para o diagnóstico diferencial (razão $FEV1/FVC < 70\%$ pós-broncodilatação)**
- **Importante no estadiamento da doença ($FEV1\%$ predito)**



DPOC

Impacto epidemiológico



- ▶ 3 milhões de mortes anuais
- ▶ 4º lugar como causa de morte
- ▶ 5,36% dos óbitos
- ▶ 2020 – 3º lugar como causa de morte
- ▶ 2020 - 5º lugar como causa de incapacidade

(BERJON-APARICIO, 2007; CHAN et al., 2011; DGS, 2005; ONDR, 2010; UTENS et al. 2010)

9

DPOC

Impacto epidemiológico



- ▶ 5ª causa de morte (ONDR 2009, 2010)
- ▶ 2ª causa de internamento por doença respiratória

DGS (2010) e ONDR (2010)

10

DPOC

Impacto económico e social



- **Limitações nas atividades diárias e crescentes encargos pessoais, dos serviços médicos e sociais.** (CHAN et al., 2011; DGS, 2005)
- **As exacerbações da DPOC são a causa mais comum de internamento e reinternamentos em todo o mundo.**

(CHAN et al., 2011; SORKNAES et al., 2011; YU, LEE e WOO, 2007).

11

DPOC

Impacto económico e social



- **Existência de custos indiretos, nomeadamente os gastos com programas de prevenção, o absentismo no trabalho ou diminuição da produtividade dos doentes e seus cuidadores e a morte prematura.**

(CARESS et al., 2009)

12



13



(SORKNAES et al., 2011)

14



DPOC: tratamento

- 
- Reduzir os sintomas
 - Aumentar a tolerância ao exercício físico
 - Melhorar a qualidade de vida
 - Prevenir e tratar as exacerbações
 - Prevenir a progressão da doença
 - Reduzir a mortalidade



REABILITAÇÃO



(BERJON-APARÍCIO, 2007 ; BRITO, 2002)

17

Reabilitação funcional respiratória (RFR) na pessoa com DPOC



- ☐ Prevenir ou romper o ciclo vicioso - Dispneia
- ☐ Melhorar a tolerância ao esforço



- MELHORA A CAPACIDADE DE REALIZAR AS AVD's
- MELHORA A AUTONOMIA DA PESSOA

18

Programas de RFR na pessoa com DPOC: evidências

Início precoce

- Reduz tempo de internamento
- Reduzem custos
- Reduzem readmissões (S.U. e internamento)

CHAN et al., 2011

Continuidade após alta hospitalar

- Melhoram tolerância ao exercício
- Melhoram qualidade de vida

HARRIS, 2007

Multidisciplinares

- Melhoram scores de dispneia
- Melhoram tolerância ao exercício físico.

NINOT et al., 2007

19

Enfermagem de reabilitação



- Os enfermeiros de reabilitação são cruciais para o sucesso, integração e realização dos programas de reeducação funcional respiratória, tendo assim um papel fundamental na execução dos mesmos, assim como na adesão da pessoa doente (KELLEHER et al (2009) e na promoção da autogestão da DPOC (LAURANT et al., 2008).

20

Reabilitação da pessoa com DPOC



21

Técnicas de RFR

Ensino das posições de
descanso e relaxamento nas
crises de dispneia

Objetivos

Diminui a sobrecarga
muscular e facilitar o
controlo da respiração

Diminuir ansiedade, FR,
FC e TA



Ensino das posições de descanso e relaxamento nas crises de dispneia



Posição de cocheiro



Enfermeiro generalista



Incentivar o doente a adotar posições de descanso e relaxamento em situação de dispneia

23

Técnicas de RFR

Controlo da respiração



Objetivos

Adquirindo um ritmo mais adequado e eficaz, diminui o trabalho respiratório, com menor dispêndio de energia

Permite ventilação alveolar mais eficaz



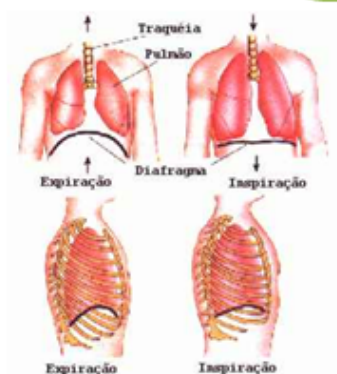
Mecânica ventilatória ou Ventilação externa

Inspiração

Ativa

Expiração

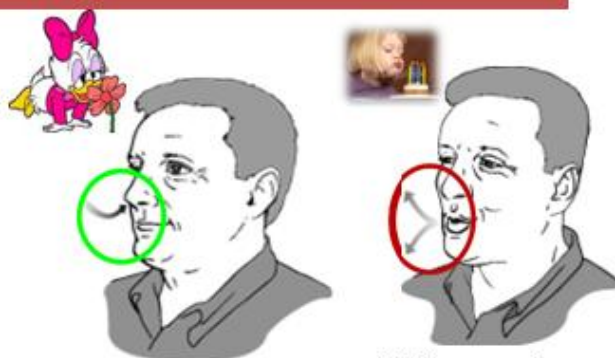
Passiva



~~Ativa~~
Patológica

25

Controlo da respiração



Lábios semi cerrados

Enfermeiro generalista



- Incentivar o doente a adotar posição de relaxamento respeitando o alinhamento corporal
- Incentivar o doente a controlar a respiração em situação de dispneia

26

Técnicas de RFR

Métodos de limpeza das vias aéreas

Objetivos

Evita a retenção das secreções

Evita a obstrução brônquica e as infeções



Limpeza das vias aéreas

- Tosse dirigida
- Huffing
- Hidratação oral
- Atmosfera húmida
- Drenagem postural



Enfermeiro generalista

- Incentivar a pessoa a tossir
- Promover/incentivar hidratação adequada
- Posicionar doentes para drenagem de secreções (Ex: pneumonias)



Técnicas de RFR

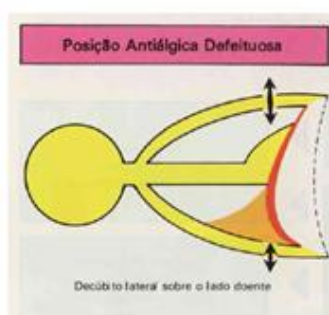
Terapêutica de posição

Objetivos

Impedir a formação de aderências
pleurais toraco diafragmáticas



Terapêutica de posição



Enfermeiro generalista



- Incentivar a pessoa para a alternância de decúbitos

Técnicas de RFR

Exercícios de reeducação
respiratória localizados e globais

Objetivos

Corrigem as assinergias e
os defeitos ventilatórios

Melhoram distribuição e
ventilação alveolar



Exercícios de reeducação respiratória localizados e globais



Enfermeiro generalista



- Incentivar a pessoa a realizar os exercícios várias vezes ao dia
- No momento da alta, relembrar para fazer em casa

Técnicas de RFR

Treino de exercício
(exercícios de tolerância ao esforço)

Objetivos

Prevenir ou romper o ciclo vicioso
de desadaptação progressiva ao
exercício

Melhorar a tolerância ao esforço



Treino de exercício (exercícios de tolerância ao esforço)

• Exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores:

- Elástico
- Alteres



Controlo da respiração no esforço

Enfermeiro generalista



- Incentivar a pessoa a realizar os exercícios várias vezes ao dia

Treino de exercício (exercícios de tolerância ao esforço)

- Exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores:
 - Elástico
 - Bicicleta estática
 - Marcha



Controlo da respiração no esforço

Enfermeiro generalista



- Incentivar a pessoa a realizar os exercícios várias vezes ao dia
- No momento da alta, lembrar para fazer em casa

35

Treino de exercícios de tolerância ao esforço nas AVD's

Comer e beber

- Colocar alimentos ao seu alcance, assistindo-a só quando não consegue realizar sozinha
- Dar-lhe o tempo necessário para se alimentar sozinha
- Se muito dispneica e/ou conectada a VNI, adequar dieta (Ex. sopa reforçada com proteínas)



36

Treino de exercícios de tolerância ao esforço nas AVD's

Mover-se

- Incentivar a pessoa a realizar a técnica da ponte e rolamento
- Incentivar o levante precoce
- Incentivar a marcha

Controlo da respiração no esforço

37

Treino de exercícios de tolerância ao esforço nas AVD's

Higiene pessoal e vestir-se

- Incentivar a pessoa a tomar duche sozinha, lavar a cabeça e os membros inferiores, sob supervisão
- Se muito dispneica, cuidar da higiene sentada
- Incentivar a pessoa a fazer higiene oral e barba
- Incentivar a pessoa a pentear-se
- Incentivar a pessoa a vestir-se sozinha
- Dar-lhe o tempo necessário para cuidar de si



Controlo da respiração no esforço

38

Ensinos à pessoa com DPOC e sua família

Respirar

- Terapêutica inalatória em internamento
- Terapêutica inalatória prescrita para ambulatório o mais precocemente possível
- Autonomizá-lo no cumprimento da VNI (otimizar máscara e ligar/desligar)



39

Ensinos à pessoa com DPOC e sua família

Respirar

- Em caso de VNI de longa duração, requisitar ventilador atempadamente para otimizar a sua adaptação para o domicílio
- Na OLD, autonomizá-la a cumprir débito prescrito e colocar dispositivo de administração de O₂.



40



41



42

**APÊNDICE XXX - Avaliação da sessão de formação “Contributo do
enfermeiro generalista para a reabilitação da pessoa
com DPOC”**

Avaliação da eficácia da formação “Contributo do enfermeiro generalista na reabilitação da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”, na aquisição dos conhecimentos pelos enfermeiros.

No decorrer do presente estágio, durante o qual uma das premissas foi a interdisciplinaridade com os diversos membros da equipa de saúde pela qual as minhas intervenções se nortearam, fui-me apercebendo da importância do contributo dos enfermeiros generalistas para a continuidade dos cuidados de reabilitação das pessoas com DPOC.

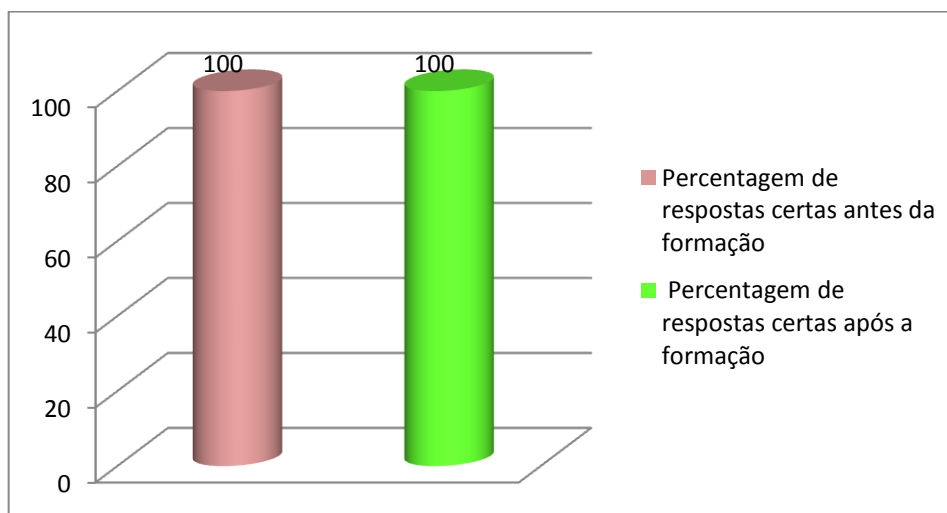
Desta forma, algumas intervenções na sua área de competências podem contribuir para a reabilitação destas pessoas através da capacitação das mesmas para o autocuidado e da manutenção da continuidade dos cuidados de reabilitação. Assim, com a sessão de formação “Contributo do enfermeiro generalista na reabilitação da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” pretendemos consciencializar os enfermeiros para a importância e necessidade do seu contributo neste processo de reabilitação.

Para a concretização da formação realizámos todas as etapas do ciclo de formação, desde o planeamento, passando pela divulgação, execução e culminando com a avaliação. A formação realizou-se numa sala existente no Serviço de Pneumologia. Como metodologia utilizámos a expositiva e a demonstrativa, através do projetor de multimédia e da participação dos colegas.

Durante a sessão de formação estiveram presentes 11 enfermeiros, sendo que os seus conhecimentos sobre o assunto em questão foram avaliados antes da formação e após a mesma através do preenchimento de um questionário de avaliação do qual constavam 10 afirmações em que tinham de as classificar como verdadeiras ou falsas.

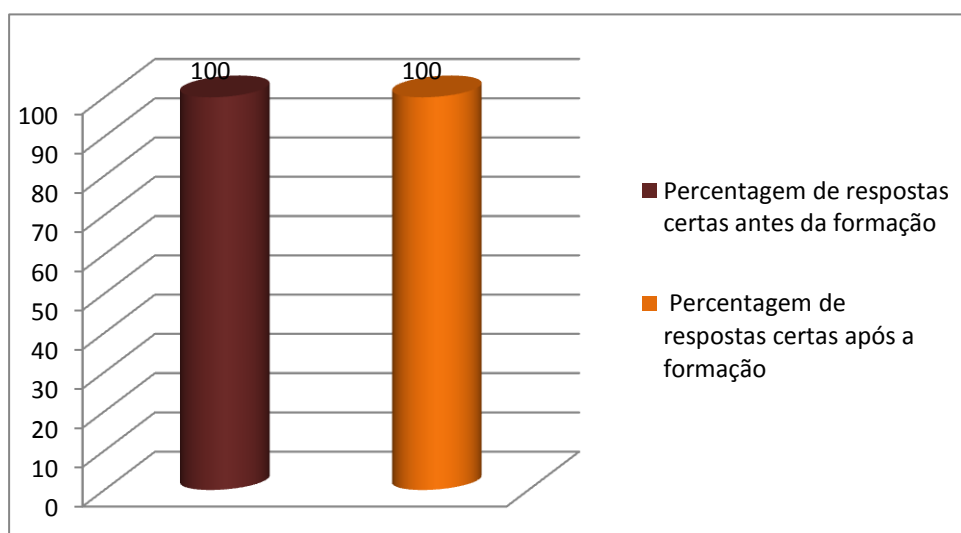
Assim, os gráficos seguintes ilustram os saberes dos enfermeiros presentes na referida sessão sobre cada uma das 10 afirmações que constam do questionário aplicado à população em questão.

Gráfico 1-Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “Os sintomas da DPOC são crônicos e não progressivos ao longo do tempo”, antes e depois da sessão de formação.



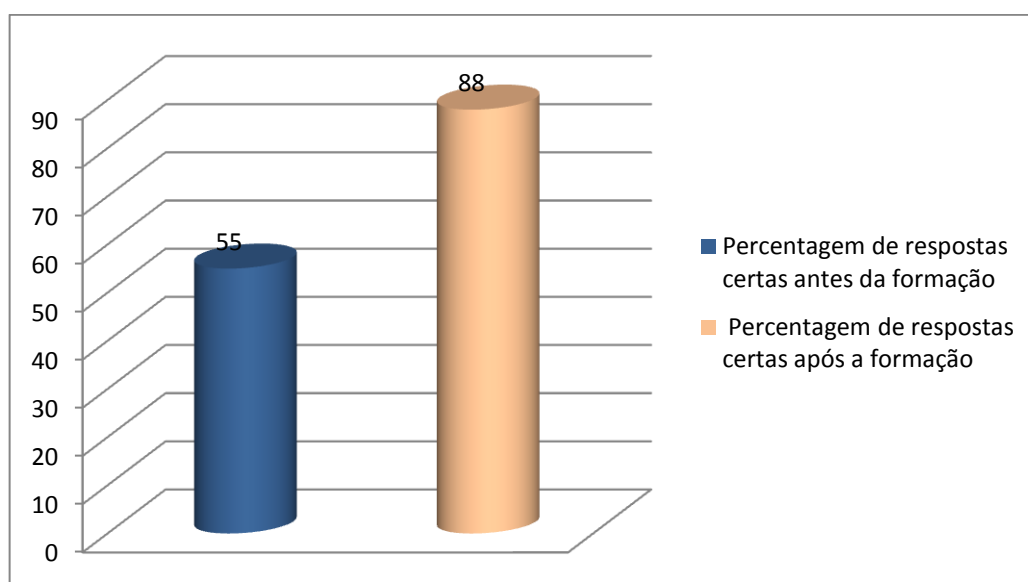
Perante a leitura dos resultados do gráfico 1 constatamos que todos os enfermeiros do Serviço de Pneumologia e Unidade Funcional de Oncologia (SPUFO) que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que os sintomas da DPOC são crônicos e progressivos ao longo do tempo, quer antes, quer após a realização da mesma.

Gráfico 2 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “O diagnóstico da DPOC faz-se somente através dos sintomas e das exacerbações”, antes e depois da sessão de formação.



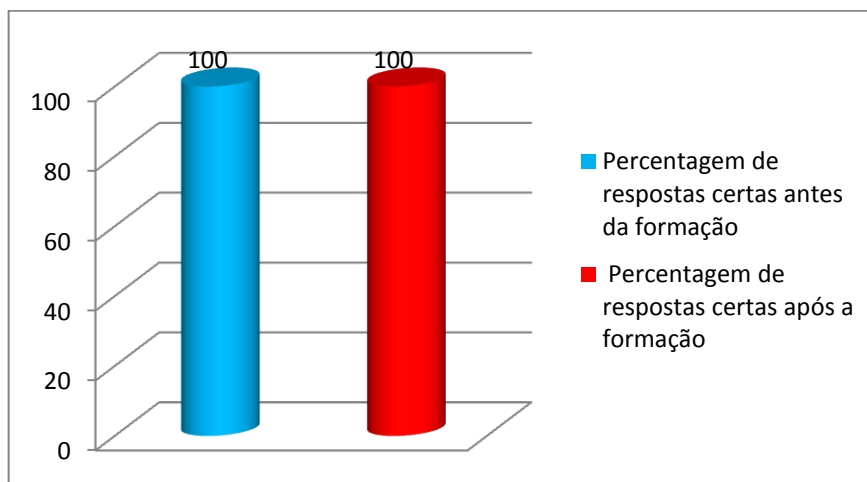
Verificamos que a totalidade dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que o diagnóstico da DPOC não se faz somente através dos sintomas e das exacerbações, quer antes, quer após a realização da mesma (gráfico 2).

Gráfico 3 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “O tratamento da DPOC consiste fundamentalmente na terapêutica broncodilatadora e corticoide inalada e oxigenoterapia”, antes e depois da sessão de formação.



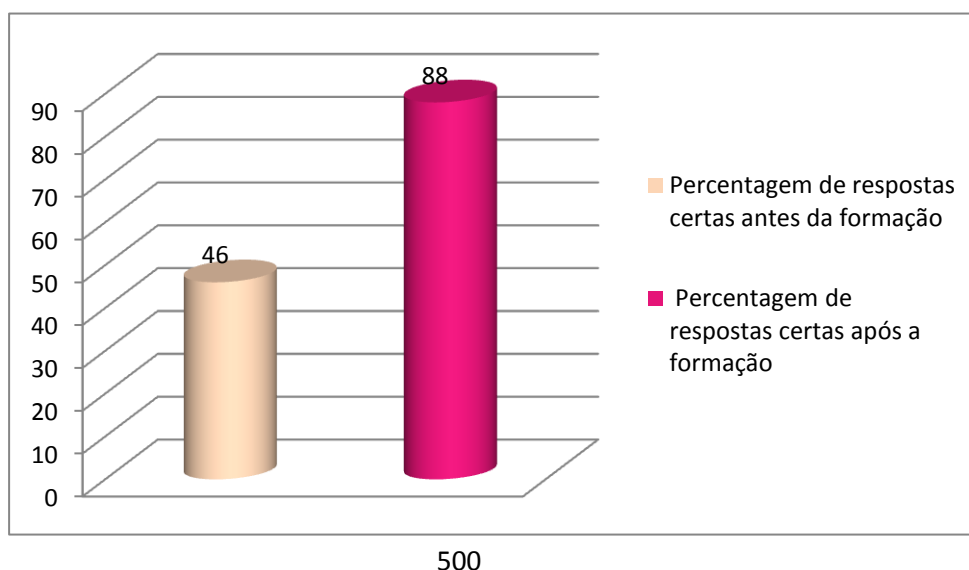
Através dos resultados representados no gráfico 3, verificamos que 55% dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que o tratamento da DPOC não consiste só na terapêutica broncodilatadora e corticoide inalada e oxigenoterapia, sendo que, após a realização da mesma, 88% desta população passou a ter esse conhecimento, o que revela um aumento de 33% de conhecimento sobre o assunto em questão.

Gráfico 4 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “Os programas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) devem ser iniciados o mais precocemente possível, e a sua continuidade deve ser assegurada após a alta”, antes e depois da sessão de formação.



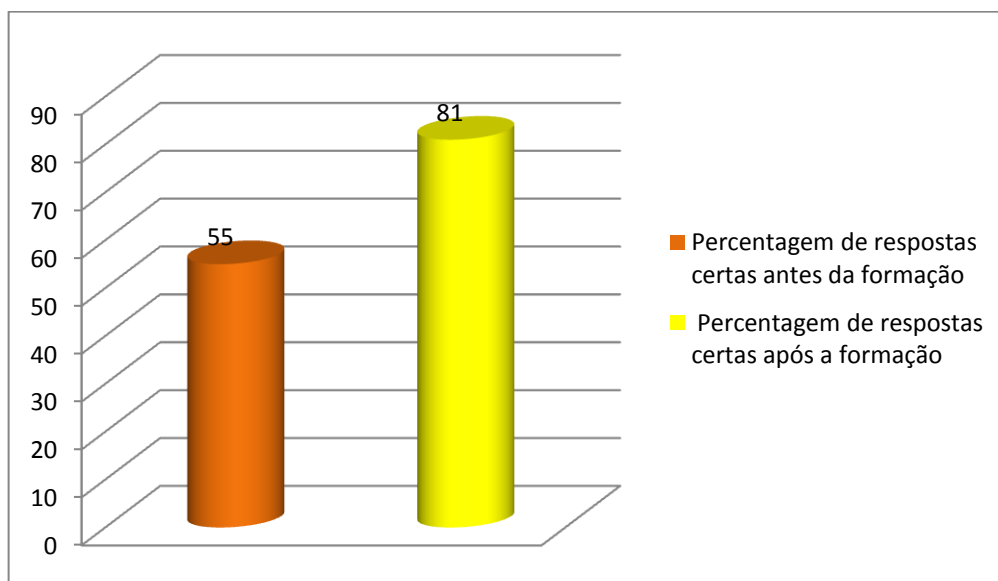
Após analisarmos o gráfico 4, verificamos que 100% dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que os programas de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) devem ser iniciados o mais precocemente possível, e a sua continuidade deve ser assegurada após a alta, sendo que a percentagem de conhecimento se manteve após a mesma sessão.

Gráfico 5 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “Na inspiração, o diafragma adota uma posição retificada”, antes e depois da sessão de formação.



Verificamos que 46% dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que na inspiração, o diafragma adota uma posição retificada, sendo que, após a sessão, esse valor aumentou para 88%, assistindo-se assim a um ganho em conhecimento de 42%, como se pode observar no gráfico 5.

Gráfico 6 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “A posição de cocheiro restitui a curvatura ao diafragma e melhora assim a fase inspiratória”, antes e depois da sessão de formação.



Perante a análise do gráfico 6, verificamos que 55% dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que a posição de cocheiro restitui a curvatura ao diafragma e melhora assim a fase expiratória, sendo que, após a sessão, esse valor aumentou para 81%, o que revela um aumento de conhecimento de 26%.

Após observarmos o gráfico 7, constatámos também que 73% dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que a técnica respiratória deve ser realizada com ênfase na expiração, e, após a sessão, esse valor aumentou para 100%, o que significa um ganho de 27% de conhecimento.

Gráfico 7 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “A técnica respiratória deve ser realizada com ênfase na inspiração”, antes e depois da sessão de formação.

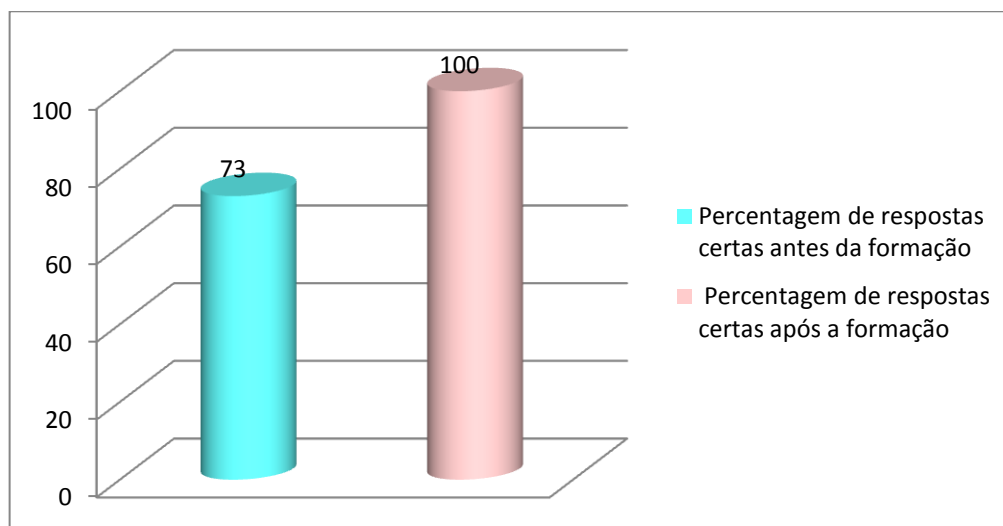
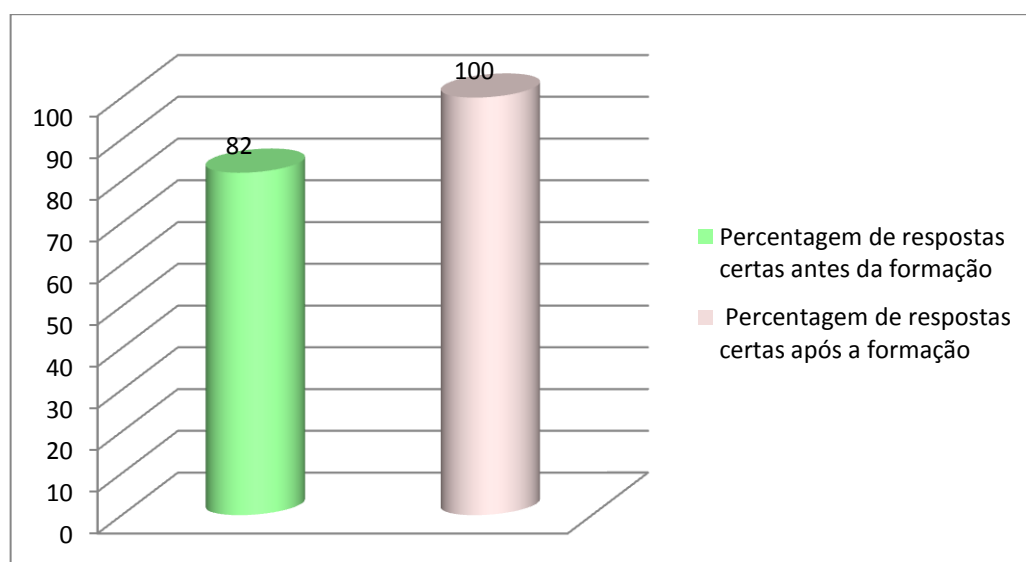
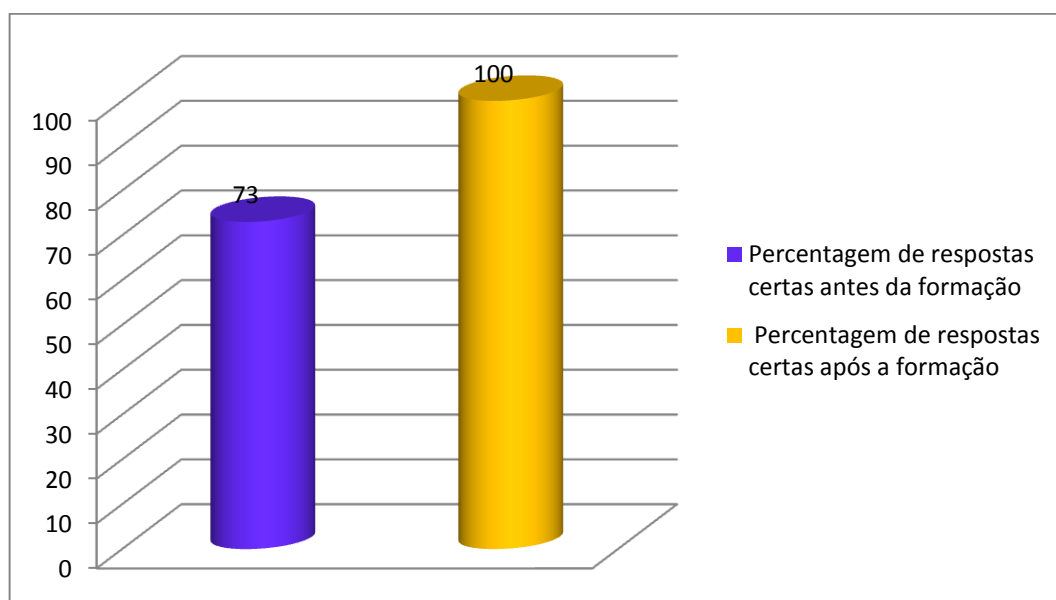


Gráfico 8 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “Em caso de derrame pleural, a pessoa deve evitar posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado na base da cama”, antes e depois da sessão de formação.



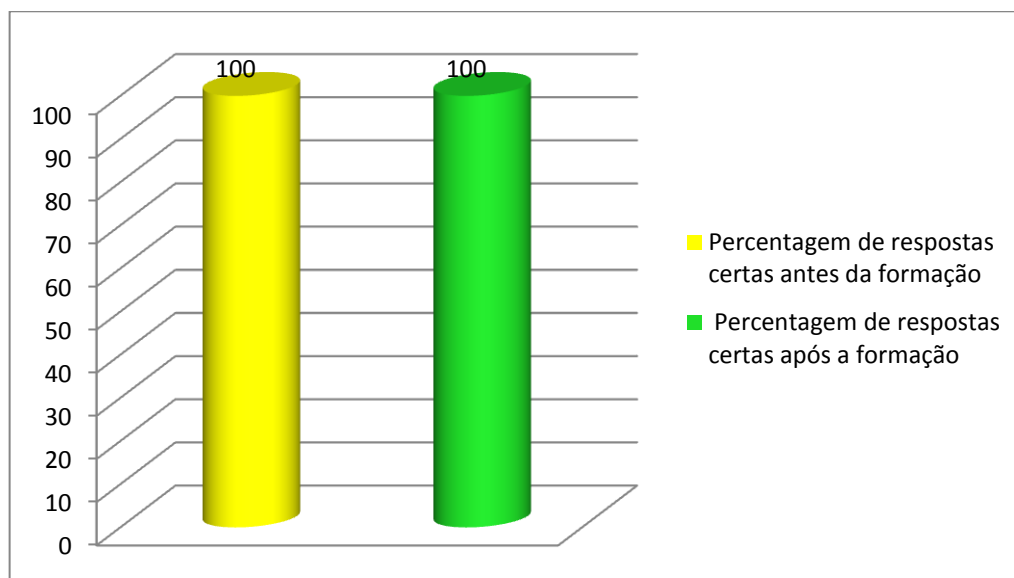
Perante o gráfico 8, verificamos que 82% dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que em caso de derrame pleural, a pessoa deve evitar posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado na base da cama e, após a sessão, esse valor foi alargado à totalidade dos enfermeiros, o que significa um ganho de 18% de conhecimento.

Gráfico 9 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “Em caso de pneumonia unilateral, a pessoa deve posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado para cima”, antes e depois da sessão de formação.



Constatamos que 73% dos enfermeiros do SPUFO que assistiram à sessão de formação tinham conhecimento que em caso de pneumonia unilateral, a pessoa deve posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado para cima e, após a sessão, esse valor foi alargado à totalidade dos enfermeiros, o que significa um ganho de 27% de conhecimento, como se pode observar no gráfico 9.

Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos enfermeiros, sobre a afirmação “O alinhamento corporal não interfere com a expansão pulmonar”, antes e depois da sessão de formação.



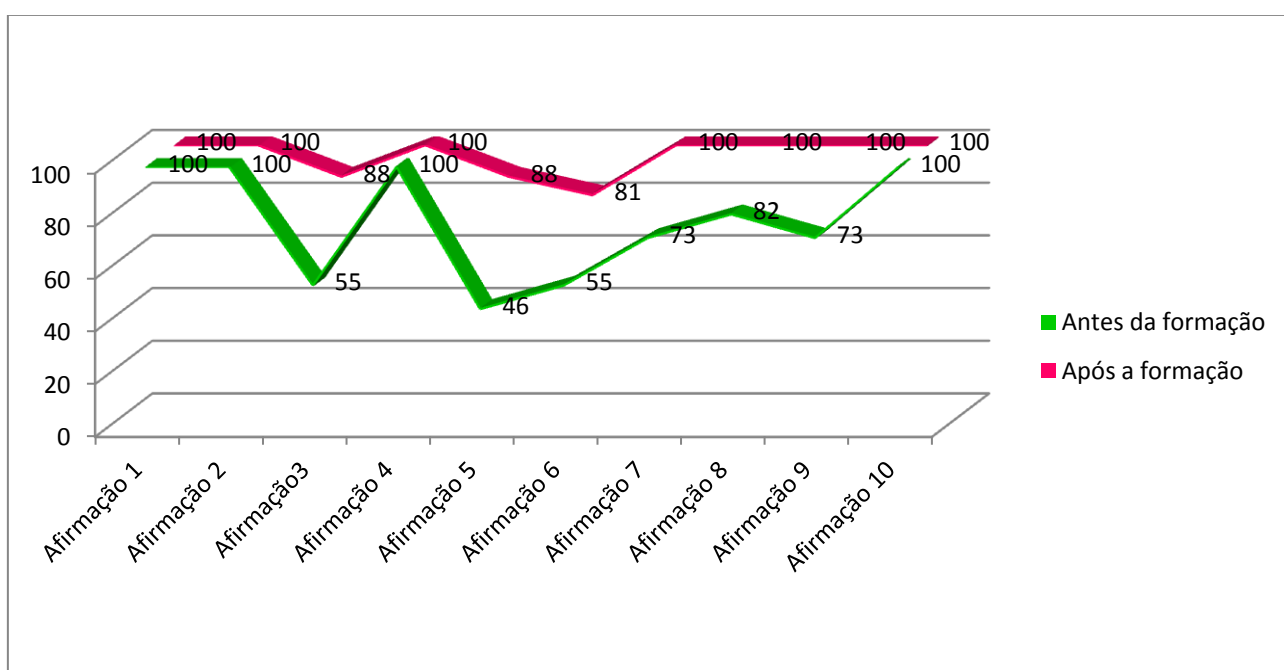
A totalidade dos enfermeiros do SPUFO que assistiu à sessão de formação tinha conhecimento que o alinhamento corporal interfere com a expansão pulmonar, valor mantido após a mesma, tal como se pode verificar no gráfico 10.

EM SÍNTESE

Através da análise dos resultados dos questionários, reveladores dos conhecimentos dos enfermeiros antes e após a sessão de formação sobre o tema “Contributo do enfermeiro generalista na reabilitação da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”, podemos concluir que a mesma teve um impacto positivo na promoção do ganho de conhecimentos dos enfermeiros sobre questões relacionadas com a reabilitação da pessoa com DPOC e com as intervenções do enfermeiro generalista promotoras da mesma dentro da sua área de competências, como podemos constatar quando analisamos o gráfico 11. Nomeadamente, os ganhos em conhecimentos mais evidentes foram verificados nas seguintes asserções:

- “O tratamento da DPOC consiste fundamentalmente na terapêutica broncodilatadora e corticoide inalada e oxigenoterapia”;
- “Na inspiração, o diafragma adota uma posição retificada”;
- “A posição de coeiro restitui a curvatura ao diafragma e melhora assim a fase inspiratória”;
- “A técnica respiratória deve ser realizada com ênfase na inspiração”;
- “Em caso de derrame pleural, a pessoa deve evitar posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado na base da cama”;
- “Em caso de pneumonia unilateral, a pessoa deve posicionar-se em decúbito lateral com o lado afetado para cima”.

Gráfico 11 - Distribuição da percentagem de respostas corretas dos enfermeiros, antes e depois da sessão de formação



**APÊNDICE XXXI - Poster: “Contributo do enfermeiro generalista para
a reabilitação da pessoa com DPOC”**

**APÊNDICE XXXII – Guião de entrevista ao familiar/cuidador da
pessoa com doença pulmonar obstrutiva
crónica**

GUIÃO DE ENTREVISTA AO FAMILIAR/CUIDADOR DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

TEMA: Estratégias utilizadas pela família para gerir as dificuldades no processo de transição (adaptação/readaptação) para cuidador da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Entrevista nº: _____ Data ____/____/2012 Local _____ Hora de início _____ Hora do término _____

Objetivo geral:

- Compreender as estratégias que a família utiliza para gerir as dificuldades no processo de transição (adaptação/readaptação) para cuidador da pessoa com DPOC.

OBJETIVOS	QUESTÕES	TÓPICOS
• Identificar as estratégias que os familiares utilizam para gerir as dificuldades no processo de transição (adaptação /readaptação) para cuidador da pessoa com DPOC	• Todos nós sabemos que qualquer que seja a doença, altera os estilos de vida da pessoa. Gostaria que o Sr/Sr^a me descrevesse o quanto esta alterou a qualidade de vida do seu familiar	Necessidades físicas Necessidades psicológicas Necessidades sociais Necessidades económicas

	• O que é que fazia para o ajudar nas suas necessidades e limitações causadas pela doença?	Inaloterapia Oxigenoterapia Ventiloterapia Realização de AVD's: mover-se, higiene pessoal e vestir-se, comer e beber Crises de agudização da patologia Utilização de recursos da comunidade Reeducação funcional respiratória
	• Penso que vai ser o cuidador do seu familiar. Sabemos que o Sr./Sra está a adaptar-se (readaptar-se) a cuidar do seu familiar com DPOC, fale-me por favor do que pensa desta nova fase da sua vida	Sentimentos Dúvidas perante a doença do seu familiar Medos Necessidades de aprendizagem Dificuldades no cuidar Confiança Mudanças no dia-a-dia e na família Disponibilidade para cuidar

	• Que informação, apoio, aconselhamento, treino de habilidades técnicas teve para cuidar do seu familiar?	Administração de terapêutica inalatória Administração de oxigenoterapia Administração de ventiloterapia Reeducação funcional respiratória Como prestar cuidados em situação de agudização da patologia Fontes de conhecimento, apoio, aconselhamento e/ou treino de habilidades
--	---	--

Caraterização do cuidador

1.Idade: _____ anos

2.Sexo:

Masculino ☐ Feminino ☐

3.Estado civil:

Solteiro ☐ Viúvo ☐ Casado/União de facto ☐ Divorciado/Separado ☐

4.Tipo de relacionamento com a pessoa com DPOC:

Cônjuge ☐ Filho/filha ☐ Vizinho/a ☐ Outro ☐

Especifique _____

5.Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever ☐ 1º ciclo (1ª à 4ª classe) ☐ 2º ciclo (5º ao 6ºano) ☐

3º ciclo (7º ao 9º ano) ☐ Ensino secundário (10º ao 12º ano) ☐ Ensino superior ☐

6.Situação atual face ao emprego:

Empregado ☐ Horário de trabalho _____ Desempregado ☐

7.Número de pessoas dependentes a seu cargo: _____

Quem são e qual a razão da dependência de cada um? _____

**APÊNDICE XXXIII - Artigo: “Experiência vivida do cuidador da pessoa
com Doença Pulmonar Obstrutiva
Crônica”**

EXPERIÊNCIA VIVIDA DO CUIDADOR DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

*“Ele não tem sido capaz de fazer as suas coisas nestes últimos três anos,
Eu tenho que fazer-lhe tudo,
Ele não tem força de vontade (...), não se quer ajudar a si próprio.
Não sei como posso ajudá-lo mais...às vezes já não sei mais o que fazer...
Fico frustrada e penso que ele também,
A Srª Enfermeira sabe, ele presta muita atenção ao que dizemos (...) está muito
sensível,
Se eu estou chateada, ele está chateado.
Ouço constantemente a sua respiração,
Preocupo-me,
Parece que tudo depende de mim,
Estou sozinha...
Talvez eu não tenha recursos suficientes para aguentar
Há dias em que me sinto impotente,
Mas os meus sentimentos fortalecem-me,
Quando amamos alguém,
Faz-se assim,
É um viver, que se vai vivendo,
É uma esperança que vai prolongando a nossa felicidade,
É um cuidar de alguém que outrora foi autossuficiente,
Mas não é fácil viver com uma pessoa com esta doença,
Mas eu sei que é a minha responsabilidade e se eu não fizer isto, não há mais
ninguém que o faça,
Pelo menos com tanto AMOR.”*

INTRODUÇÃO

Este artigo começa com o relato da filha de uma pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) que reflete, duma maneira geral, as vivências dos cuidadores. Numa fase em que vai perdendo a autonomia, é importante permitir que

a pessoa com DPOC recupere junto daqueles com quem partilha laços de afeto. Deste modo, para manter a pessoa com DPOC em sua casa ou na de um familiar próximo, deverá ser facultada a ajuda de profissionais aos cuidadores, que são normalmente cônjuges, filhos, irmãos ou vizinhos. Deveria ser também proporcionado o internamento da pessoa com DPOC, sempre que o cuidador necessite de descanso. O cuidado por sua própria natureza possui dois significados que se interrelacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude para com o outro, ao mesmo tempo que representa preocupação e inquietude, pois o cuidador sente-se envolvido afetivamente e ligado ao outro.

Mas quem cuida do cuidador? Esta pergunta remete-nos para questões ético-morais. Cuidamos porque queremos ser mais felizes, plenos e para alcançarmos a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros. A condição humana é tão frágil quanto efémera, requer equilíbrio e constantes cuidados pessoais, sociais e ambientais. As pessoas que cuidam sofrem um grande desgaste emocional, porém percebem que cuidam também de si mesmas (Weirich, Munari & Bezerra, 2004). Assim, cuidar e ser cuidado envolve relação de gente com gente. Se nos considerarmos mesmo “gente que cuida de gente”, como ensinava Wanda Horta (1979), poderemos aprimorar o cuidado de enfermagem e desenvolver parcerias com as pessoas que cuidam, aprendendo com elas qual o cuidado que a pessoa com DPOC deseja, como e quando deve ser feito, e também qual o cuidado que a pessoa que cuida necessita para poder cuidar, partilhando com estas, experiências que as transformarão a elas e a nós próprios.

Todavia, sabemos quão difícil é a função do cuidador. Muitas vezes, deparamo-nos com conflitos entre os familiares e profissionais de saúde no momento da alta hospitalar devido aos cuidadores não se sentirem seguros para levar e cuidar do seu familiar no domicílio. Além do medo gerado pelo desconhecimento, observamos também o sentimento de falta de preparação destes cuidadores nestas situações. Hebert & Schulz (2006) constataram que o impacto da prestação de cuidados é afetado pelo tipo de doença do destinatário de cuidados. Quando se trata de uma pessoa com uma doença crónica, como é o caso da DPOC (Simpson & Rucker, 2008), os cuidadores vivem constantemente em ansiedade pela probabilidade de ocorrerem exacerbações sintomáticas com episódios graves de dispneia e as

limitações da atividade que se traduzem em níveis variados de incapacidade aumentando à medida que a doença progride e pelas manifestações sistémicas, tais como insuficiência cardíaca direita, hipertensão pulmonar, disfunção do sistema músculo-esquelético, entre outros que podem surgir (Canadian Thoracic Society, 2007).

Como já vimos, a DPOC é uma doença respiratória que causa incapacidade substancial, redução da qualidade de vida e risco aumentado de morte prematura (Gusso & Lopes, 2012).

A Reabilitação Respiratória (RR) na pessoa com DPOC deve ser, segundo a Direção-Geral da Saúde (2009), delineada para atenuar os sintomas, melhorar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde. A RR na DPOC está associada a uma menor incidência de complicações, redução das hospitalizações e aumento da esperança de vida (Direção-Geral da Saúde, 2011a; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011).

Face ao exposto pretendemos descrever as experiências dos cuidadores da pessoa com DPOC. Para tal fizemos uma pesquisa em várias bases de dados Medline e Cinahl utilizando os seguintes descritores: *nurs* AND COPD AND caregivers*, na BioMed Central: COPD e na Scielo e Lilacs :Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Obtivemos 26 estudos para análise. O método de seleção dos artigos foi através da problemática e do objetivo do nosso estudo.

A PESSOA COM DPOC E OS CUIDADORES INFORMAIS

Não existe, ainda, em Portugal, um registo nacional de insuficientes respiratórios crónicos sabendo-se, no entanto, que, em 2002, a prevalência estimada de doentes com necessidade de ventilação domiciliária era de 9,3 por 100000 habitantes (Lloyd-Owen et al, 2005) e que os custos diretos e indiretos têm sido significativos (Borges, Gouveia, Costa, Pinheiro, Paulo & Carneiro, 2009) e crescentes (DGS, 2005; DGS, 2011b).

A maioria da investigação tem sido desenvolvida na área da DPOC, o que, em parte, se explica pela sua prevalência, já que corresponde à quinta causa de mortalidade, mais frequente nos países de altos recursos, entre os quais Portugal se inclui, e à 11.^a causa de incapacidade no mundo (Mathers & Loncar, 2006; Sands, Piza &

Ingham, 2010). A grande carga económica e social da DPOC (Pauwels & Rabe, 2004) justificou um programa específico, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e desenvolvido em todo o mundo, desde 2000 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease- GOLD), e que foi a fonte inspiradora do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, desenvolvido em 2005 (DGS, 2005).

A concentração de esforços científicos na DPOC tem ainda fundamentação acrescida se tiver em consideração que está previsto o seu aumento nas próximas décadas, não só pela exposição continuada aos fatores de risco, mas também devido à maior longevidade da população mundial (GOLD, 2010).

Evidências sugerem que aproximadamente 30% das pessoas com uma exacerbação aguda da DPOC pode ser tratada através de programas de alta precoce (Quantrill, Lowe, Hosker, Anstey, Pearson, & Roberts, (2007). Os cuidadores familiares são centrais na promoção da capacitação das pessoas com DPOC e na diminuição das limitações funcionais (Bergs, 2002).

Os cuidadores informais são descritos como um individuo não profissional, não remunerado, família, amigos ou vizinhos, que prestam cuidados a longo prazo a uma pessoa no domicílio (Schumacher, Beidler, Beeber, & Gambino, 2006).

Vários estudos principalmente qualitativos foram realizados para entender melhor o impacto da DPOC nos cuidadores (Hasson et al, 2009; Gysels & Higginson, 2009, 2011; Janssen, Spruit, Wouters & Schols, 2011). Alguns resultados incluem a influência dos cuidados no bem-estar dos cuidadores (Hasson et al, 2009), a falta de informação de qualidade para apoiar os cuidadores (Caress, Luker, Chalmers & Salmon, 2009) e a falta de planeamento de prevenção para agudização, especialmente da dispneia (Gysels & Higginson, 2009; Pinto & Nations, 2012).

Em estudos realizados com cuidadores cônjuges da pessoa com DPOC, os resultados demonstram que os mesmos verbalizam que a sua vida se modificou, aumentando os custos com o cuidar (Hasson et al, 2009) e relatam fadiga, falta de concentração e dificuldade em dormir (Abernethy, Burns, Wheeler & Currow, 2009). Existem estudos que salientam as restrições que o cuidador tem na sua própria vida (Seamark, Blake, Seamark & Halpin, 2004; Spence et al, 2008; Goodridge, Lawson, Duggleby, Marciniuk, Rennie & Stang, 2010; Gysels & Higginson, 2011), o

isolamento (Spence et al, 2008; Gysels & Higginson, 2011), a ansiedade e a instabilidade emocional (Seamark, Blake, Seamark & Halpin, 2004; Spence et al, 2008; Pinto & Nations, 2012).

Seamark, Blake, Seamark & Halpin (2004) encontraram cuidadores de pessoas com DPOC que assumiram vários papéis de elevada sobrecarga física, psicológica e social. Além disso, os cuidadores neste estudo tiveram perdas que eram semelhantes aos da pessoa com DPOC nomeadamente a vida social, a partilha de experiências e sonhos futuros.

Em outro estudo, Bergs (2002), analisando a experiência vivida de seis cuidadores cônjuges do sexo feminino na Islândia também descobriu que as mulheres sofreram perdas: do marido, intimidade, liberdade pessoal e de autoidentidade. As cuidadoras relataram que a dispneia provocava dificuldades de comunicação, provocando ansiedade nos seus maridos e consequentemente impedia-as de expressarem os seus sentimentos, com medo de prejudicar o seu cônjuge e piorar a ansiedade. As cuidadoras deste estudo também descobriram que os seus maridos se tornaram excessivamente egocêntricos e tinham a sensação de terem perdido o marido que elas conheciam.

Spence et al (2008) no seu estudo concluíram que os cuidadores viviam em constante medo e não deixavam a pessoa com DPOC sozinha em casa por causa da imprevisibilidade da doença, temendo que algo pudesse acontecer quando eles estavam ausentes. Os cuidadores também notaram que estavam constantemente cansados e as suas capacidades de concentração foram diminuindo devido à sua vigilância e às necessidades das pessoas com DPOC durante a noite.

Outro estudo com cuidadores de pessoas com DPOC constatou a perda de relacionamento contínuo, que aumentou com o decorrer da doença e a diminuição ou em alguns casos cessação por completo das interações de relacionamento, uma vez que eles estavam habituados a terem uma ocupação profissional. Como resultado, os cuidadores experimentaram sentimentos de raiva, frustração, culpa, solidão e muitos expressaram o sentimento de que a sua relação com o destinatário dos cuidados já estava muito fragilizada. Um participante comparou o cuidar da pessoa com DPOC ao "cuidar de uma criança". Os cuidadores sentiam-se sobrecarregados devido à alteração de papéis. Agora possuíam as

responsabilidades que pertenceram aos destinatários dos seus cuidados (Simpson & Rucker, 2008; Simpson, Young, Donahue & Rucker, 2010).

A relação da sobrecarga dos cuidadores e a pessoa com DPOC também têm sido exploradas na literatura (Cain & Wicks, 2006; Pinto, Holanda, Medeiros, Mota & Pereira, 2007). Cain & Wicks (2006) não encontraram nenhuma diferença na sobrecarga observada entre os prestadores de cuidados masculinos e femininos; no entanto, os que possuíam menos de 55 anos experimentavam elevados níveis de sobrecarga, talvez devido à multiplicidade de papéis. Por outro lado, Pinto, Holanda, Medeiros, Mota & Pereira (2007) concluíram no seu estudo que não havia nenhuma relação entre a satisfação e a sobrecarga do prestador de cuidados. O relacionamento conjugal ou o agravamento da doença também não foram variáveis influenciadas pela sobrecarga do cuidador. Os autores sugeriram que estas conclusões podem ser justificadas pela natureza subjetiva do instrumento de recolha de dados utilizado.

Kühl, Schürmann & Rief (2008) examinaram os transtornos mentais e a qualidade de vida de pessoas com DPOC e seus cuidadores e descobriram que nos cuidadores de pessoas com DPOC aumentaram as taxas de prevalência de depressão e ansiedade, em comparação com os que não eram cuidadores. Este estudo também identificou que a ansiedade nos cuidadores influenciava significativamente a qualidade de vida da pessoa com DPOC, no entanto, o bem-estar dos cuidadores também estava relacionado com o bem – estar dos destinatários de cuidados.

Na literatura consultada encontrámos dois estudos que exploraram o impacto da dispneia em pessoas com DPOC nos cuidadores. Os resultados demonstraram que os cuidadores, durante os episódios de falta de ar experimentavam impotência grave, ansiedade e medo ao verem o esforço para respirar nas pessoas com DPOC (Booth, Silvester & Todd, 2003; Bailey, 2004).

A literatura também reflete a falta de informação dos cuidadores sobre o prognóstico e a futura gestão da doença, a falta de informações sobre os recursos da comunidade (Spence et al, 2008), a falta de apoio emocional e de instituições onde a pessoa com DPOC pudesse ficar temporariamente para aliviar o cuidador (Hasson et al, 2009).

A limitação progressiva das funções da pessoa com DPOC que ocorre ao longo do tempo e que alterna com períodos de estabilização alternados com períodos de agravamento, requer uma abordagem mais complexa na gestão da doença e do apoio ao cuidador (Teno, Weitzen, Fennell & Mor, 2001; Lunney, Lynn, Foley, Lipson & Guralnik, 2003). Episódios frequentes de exacerbação sintomática podem transmitir uma sensação de invencibilidade e de frustração que conduz à aceitação tardia de apoio por parte dos cuidadores. Assim, longos períodos de prestação de cuidados com apoio inadequado podem resultar de uma combinação de: a) Resiliência, de tal modo que a necessidade de apoio parece ser adequada ao apoio que lhe é facultado; b) Adequação dos cuidadores ao seu papel e/ou; c) Capacitação do cuidador ao longo do tempo, sentido menor necessidade de apoio (Berger, Bernhardt, Weimer, Peters, Kratsch & Frolich, 2012).

A pessoa com DPOC, devido às suas limitações, reduz as suas experiências em contextos sociais, resultando em sentimentos de isolamento (Blumenthal et al, 2009). O cuidador fornece um papel fundamental na manutenção das redes sociais (Bergs, 2002). Além deste benefício, o envolvimento do cuidador também permite o aumento de altas precoces e a redução dos reinternamentos (Cain & Wicks, 2006). Assim, treinando as habilidades dos cuidadores pode reduzir a angústia e aumentar a satisfação de contribuir para o auto cuidado e bem-estar da pessoa com DPOC.

Embora a sobrecarga do cuidador possa ser elevada, para muitas pessoas, a prestação de cuidados a membros da família com DPOC é uma experiência positiva (Janssen, Spruit, Wouters & Schols, 2011).

Em primeiro lugar, o envolvimento do cuidador da pessoa com DPOC pode levar a uma maior compreensão da doença, e o papel que as habilidades de saber lidar com a mesma pode assumir na redução dos sintomas de angústia, incapacidade física e psicológica de quem cuida é fundamental para a promoção da qualidade de vida de ambos. Capacitando o cuidador vai facilitar a comunicação entre o cuidador-pessoa doente, aumentando a expressão de sentimentos. Em segundo lugar, os cuidadores podem aprender a pedir e reforçar positivamente os esforços e as evoluções das pessoas com DPOC. Desta forma, a pessoa com DPOC desenvolve as suas capacidades para gerir a doença, pois aumenta o conhecimento de si próprio e da sua doença. Por outro lado, também, o cuidador consegue ajudar mais

facilmente a pessoa com DPOC a superar algumas dificuldades e ao mesmo tempo a ser ajudado pela pessoa. Em terceiro lugar, os cuidadores sentem-se satisfeitos e menos ansiosos, pois podem com maior facilidade promover a adesão ao regime terapêutico (Blumenthal et al, 2009).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIRIGIDAS AO CUIDADOR DA PESSOA COM DPOC

Embora a contribuição dos cuidadores informais da pessoa com DPOC seja reconhecida, existem poucos estudos sobre as necessidades desses cuidadores ou quais as intervenções previstas pelos profissionais de saúde aos mesmos, com o objetivo de manterem um papel ativo na reabilitação da pessoa com DPOC e para apoiarem o prestador de cuidados no seu papel de cuidador.

Caress, Luker, Chalmers & Salmon (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre as necessidades dos cuidadores com DPOC, juntamente com intervenções para os apoiar e encontraram poucos estudos disponíveis que identificaram essas necessidades e as intervenções necessárias para as minimizar ou eliminar. Não obstante, não encontramos estudos que avaliassem essas mesmas intervenções.

Num estudo fenomenológico realizado na Islândia foram entrevistadas seis cuidadoras. Os resultados revelaram que estas precisavam de mais apoio e informações de profissionais de saúde sobre a doença do seu marido. Também gostariam de ter tido oportunidade de lhes ser oferecido um período de pausa no desempenho dos seus papéis de cuidadoras (Bergs, 2002). Em outro estudo norte-americano, os cuidadores relataram necessitar de mais informações e apoio sobre o modo de prevenir a sobrecarga emocional e física (Cain & Wicks, 2006). O afastamento dos profissionais de saúde após a alta da pessoa com DPOC foi referenciado por oito cuidadores, num estudo realizado em Inglaterra (Seamark, Blake, Seamark & Halpin, 2004).

As sessões de educação para a saúde (Taylor et al, 2005; Monninkhof et al, 2009), nomeadamente cursos de reabilitação e hospitalização da pessoa com DPOC quando necessário (Kanervisto, Kaistila & Paavilainen, 2007), foram estratégias

identificadas na literatura consultada que contribuiriam para a qualidade dos cuidados dos cuidadores informais.

Numa pesquisa retrospectiva de pós-cuidadores de pessoas com DPOC, foram colhidas informações para identificar os cuidados de saúde que as pessoas com DPOC precisaram no último ano de vida (Elkington, White, Addington-Hall, Higgs & Pettinari, 2005). Os resultados demonstraram que 95% dos destinatários dos cuidados receberam ajuda da família e dos amigos no último ano de vida, que incluiu ajuda com as tarefas domésticas (84%), cuidados pessoais (60%), ou de gestão terapêutica (55%). O tempo que a família e amigos gastaram nessas atividades por semana variou entre cinco horas (para 15% da amostra) e mais de 40 horas (41% dos inquiridos). Mais de dois terços dos cuidadores das pessoas com DPOC não receberam qualquer assistência de saúde ou serviços sociais. Além disso, 78% dos cuidadores familiares informaram que desconheciam que a pessoa com DPOC iria morrer dentro de um ano e teriam gostado de ter conhecido esta informação. Esta foi a única necessidade específica dos cuidadores relatada no estudo (Jones, 2004).

A maioria da literatura revela intervenções destinadas a apoiar diretamente o cuidador (McMillan et al, 2006; Carter, 2006; Northouse et al, 2007; Walsh et al, 2007; Allen, Hilgeman, Ege, Shuster & Burgio, 2008), no entanto existe alguma que descreve o apoio indireto do cuidador, através de apoio à pessoa com DPOC (Kissane, McKenzie, Bloch, Moskowitz, McKenzie, & O'Neill, 2006; Northouse et al, 2007). Quanto às intervenções diretas, a terapia de grupo ou os grupos de ajuda mútua permitiram compreender a gestão da doença, conhecer os recursos da comunidade (Allen, Hilgeman, Ege, Shuster & Burgio, 2008), identificar novas estratégias de cuidar (Walsh et al, 2007) e facilitar a expressão de sentimentos e gestão da emocionalidade (Carter, 2006; Northouse et al, 2007). As visitas domiciliárias foi uma outra intervenção que permitiu o esclarecimento de dúvidas, o ensino de técnicas para cuidar da pessoa com DPOC e a verbalização dos medos e dificuldades em lidar com a situação de doença. Os enfermeiros nas visitas domiciliárias devem prestar cuidados de suporte, proporcionando a resolução de problemas, treinando e dando apoio aos cuidadores (McMillan et al, 2006). Num outro estudo, a intervenção de enfermagem foi destinada a reduzir o stress e aumentar a comunicação do cuidador através da realização de uma revisão de vida

normalmente envolvendo a produção de uma página de episódios da sua vida e da pessoa que cuida (Allen, Hilgeman, Ege, Shuster & Burgio, 2008). Finalmente, as intervenções com o objetivo de melhorar a qualidade do sono, envolviam o controle de estímulos, relaxamento e terapia cognitiva (Carter, 2006).

Quanto às intervenções indiretas, estas destinavam-se à adequação do domicílio à pessoa com DPOC, nomeadamente o afastamento dos fatores agravantes, e esclarecimento, apoio sobre a gestão da sua doença através de uma linha telefónica e de visitas domiciliárias (Kissane, McKenzie, Bloch, Moskowitz, McKenzie, & O'Neill, 2006; Northouse et al, 2007).

No entanto a vida da pessoa com DPOC fica muito restrita à sua casa, aventurando-se apenas para consultas médicas, recebendo ajuda formal mínima de atendimento domiciliar, e contando com os seus cuidadores para níveis cada vez mais crescentes de apoio e de complexidade de cuidados (Elkington, White, Addington-Hall, Higgs & Pettinari, 2005).

Melhorar a gestão dos sintomas e a qualidade de vida das pessoas com DPOC deve basear-se em cuidados de abordagem holística para uma identificação e avaliação das necessidades e preferências individuais. Estas necessidades devem ser conhecidas pelos cuidadores para que em conjunto desenvolvam estratégias para o controlo da DPOC e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida de ambos.

CONCLUSÃO

Começámos este processo de exploração da experiência vivida dos cuidadores com DPOC com uma certa ingenuidade a muitos níveis. Assim, deparámo-nos com muitas dificuldades, nomeadamente a limitação de evidência científica que demonstre as necessidades dos cuidadores que cuidam de familiares com DPOC em casa e as intervenções que podem capacitá-los para uma melhor prestação de cuidados, bem como a avaliação dessas intervenções.

No entanto, em síntese, podemos afirmar que a prevalência da DPOC deverá aumentar no futuro. Este volume de pessoas com DPOC juntamente com a provável tendência contínua de cuidar destas pessoas em casa, necessita de uma maior compreensão das dificuldades e apoiar as necessidades dos cuidadores. Contudo, as suas necessidades são grandes e uma intervenção com um único foco, sem

dúvida, não vai satisfazer as exigências de todos os cuidadores. Estes têm necessidades de descanso do papel exigente e adicional que assumem resultante duma vigilância contínua, responsabilidades intermináveis e da sobrecarga permanente. Além disso, os cuidadores assumem que, em caso de necessidade, seria benéfico ter acesso a alguém para ajudar nas tarefas trabalhosas e pesadas, diminuindo o esforço que o papel de cuidador exige. Embora a contratação de alguém para fazer essas atividades pareça ser uma solução lógica, isso pode não ser prático, devido a preocupações financeiras. Além disso, os cuidadores muitas vezes expressam relutância em solicitar ajuda, mas talvez se a ajuda for oferecida, por exemplo, de organizações voluntárias, seria utilizado e apreciado. Portanto, a construção de parcerias entre serviços de saúde e organizações comunitárias pode beneficiar os cuidadores. Assim, os cuidadores recebem o conhecimento e apoio de que necessitam para realizar o seu papel, mantendo a sua própria integridade física e saúde emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abernethy, A., Burns, C., Wheeler, J. & Currow, D. (2009). Defining distinct caregiver sub-populations by intensity of end-of-life care provided. *The Journal of Palliative Medicine*. 23(1), 66-79.

Allen, R.S., Hilgeman, M.M., Ege, M.A., Shuster, J.L. & Burgio, L.D.(2008). Legacy activities as interventions approaching the end of life. *Journal of Palliative Medicine*.11, 1029–38.

Bailey, P. H. (2004). The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle- COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary, when you can't breathe". *Qualitative Health Research*. 14, 760-778.

Berger, G., Bernhardt, T., Weimer, E., Peters, J., Kratsch, T. & Frolich, L. (2012). Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*.18, 119-128.

Bergs, D. (2002). The hidden client- women caring for husbands with COPD: Their experience of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*. 11, 613-621.

Blumenthal, J., Keefe, F.J., Babyak, M.A., Fenwick, C.V., Johnson, J.M., Stoot, K....Emery, C.F. (2009). Caregiver-assisted coping skills training for patients with COPD: background, design, and methodological issues for the INSPIREII study. *Journal of the Society for Clinical Trials*. 6 (2), 172–184.

Booth, S., Silvester, S. & Todd, C. (2003). Breathlessness in cancer and chronic obstructive pulmonary disease. Using a qualitative approach to describe the experience of patients and carers. *Palliative and Supportive Care*. 1, 337-344.

Borges, M., Gouveia, M., Costa, J., Pinheiro, S., Paulo, S. & Carneiro, V. (2009). Carga de Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 15 (6), 951-1004.

Cain, J. & Wicks, M. (2006). Caregivers attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing* .6(1),46–68.

Canadian Thoracic Society. (2007). Canadian Thoracic Society recommendations for the management of chronic obstructive pulmonary disease – 2007 update. *Canadian Respiratory Journal*. 14(Suppl. B), 1B-32B.

Caress, A. L., Luker, K. A., Chalmers, K. I., & Salmon, M. P. (2009). A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*.18, 479-491.

Carter, P.A. (2006). A brief behavioral sleep intervention for family caregivers of persons with cancer. *Cancer Nursing*.29, 95–103.

Direcção-Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Circular Normativa Nº: 04/DGCG: 17/03/05*. Acedido a 5 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Direção-Geral da Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Circular Informativa nº40ª/DSPCD*. Acedido a 5 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Direção-Geral da Saúde (2011a) Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Norma nº 28/2011 de 22/2/2013*. Acedido a 5 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Direção-Geral da Saúde (2011b). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia*. Acedido a 12 de março de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt>.

Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R. & Pettinari, C. (2005). The health care needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliative Medicine*. 19, 485–491.

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, GOLD (2010). Acedido em 30 de março 2012. Disponível em <http://www.goldcopd.org/>.

Goodridge, D., Lawson, J., Duggleby, W., Marciniuk, D., Rennie, D. & Stang M. (2010). Health care utilization of patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer in the last 12 months of life. *Respiratory Medicine*. 102 (6), 885-891.

Gusso & Lopes (2012). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Gysels, M. & Higginson, I. (2009). Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: threats and resources. *Palliative Support Care*. 7 (2), 153-62.

Gysels, M. & Higginson, I. (2011). Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. *The Journal of Pain and Symptom Management*. 36 (5), 451-460.

Hasson, F., Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Watson B. & Cochrane, B. (2009). Experiences and needs of bereaved carers during palliative

and end-of-life care for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of palliative care*. 25 (3), 157-163.

Hebert, R., Schulz, R. (2006). Caregiving at the end of life. *Journal of palliative medicine*. 9 (5), 1174-1187.

Horta, W. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU.

Janssen, D., Spruit, M., Wouters, E. & Schols, J. (2011). Family Caregiving in Advanced Chronic Organ Failure. *Journal of the American Medical Directors Association*. 13 (4), 394-9.

Jones, J. (2004). The needs of patients dying of chronic obstructive pulmonary disease in the community. *Family Practice*. 21, 310–313.

Kanervisto, M., Kaistila, T. & Paavilainen, E. (2007). Severe chronic obstructive pulmonary disease in a family's every daylife in Finland: perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nursing and Health Sciences*. 9, 40–47.

Kissane, D.W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D.P. & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomised controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*. 163, 1208–18.

Kühl, K., Schürmann, W. & Rief, W. (2008). Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses. *International Journal of COPD*. 3 (4), 727-736.

Lloyd-Owen, S.J., Donaldson, G.C., Ambrosino, N., Escarabill, J., Farre, R., Fauroux, B...Wedzicha, J.A. (2005) Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. *The European Respiratory Journal*. 25 (6), 1025–1031.

Lunney, J.R., Lynn, J., Foley, D.J., Lipson, S. e Guralnik, J.M. (2003). Patterns of functional decline at the end-of-life. *Journal of the American Medical Association*. 289 (18), 2387-92.

Mathers, C.D. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 3 (11), 2011-2030.

McMillan, S.C., Small, B.J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., Haley, W. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer.* 106, 214–222.

Monninkhof, E.M., van der Valk, P.M., van der Pallen, J., van der Herwaarden, C., Partridge, M., Walters, E., Zielhuis, G. (2009). Self- management education for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Systematic Review*, 4.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Initial assessment for long-term oxygen therapy. Acedido a 6 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/chronicobstructivepulmonarydisease/initialassessmentforlongtermoxygenotherapy.jsp>

Northouse, L.L., Mood, D.W., Schafenacker, A., Montie, J.E., Sandler, H.M., Forman, J.D.,...Kershaw, T. (2007). Randomised clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer.* 110, 2809–2818.

Pauwels, R.A. & Rabe, K.F. (2004). Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet.* 364, 613–620.

Pinto, J. & Nations, M. (2012). Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva.* 17 (2), 521-530.

Pinto, R. A., Holanda, M. A., Medeiros, M. M., Mota, R. M., & Pereira, E. D. (2007). Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine.* 101, 2402-2408.

Quantrill, S., Lowe, D., Hosker, H., Anstey, K., Pearson, M. & Roberts, M. (2007). Survey of early discharge schemes from the 2003 UK National COPD Audit. *Respiratory Medicine.* 101, 1026–1031.

Sands, M.B., Piza, M. & Ingham, M. (2010). *The Epidemiology of the end-of-life experience. in Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th edition. New York: Oxford University Press.

Schumacher, K.L., Beidler, S. M., Beeber, A. & Gambino, P. (2006). A transactional model of family caregiving skill. *Advances in Nursing Science*. 29, 271-86.

Seamark, D. A., Blake, S. D., Seamark, C. J, & Halpin, D. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*. 18, 619-625.

Simpson, A. & Rocker, G. (2008). Advanced chronic obstructive pulmonary disease: Impact on informal caregivers. *Journal of Palliative Care*. 24 (1), 49-54.

Simpson, A. C., Young, J., Donahue, M., & Rocker, G. (2010). A day at a time: Caregiving on the edge in advanced COPD. *International Journal of COPD*. 5, 141-151.

Spence, A., Hasson, F., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active carers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*. 14 (8), 368-372.

Taylor, S.J., Candy, B., Bryar, R., Ramsay, J., Vrijhoef, H.J.M., Esmond, G....Griffiths, C.J. (2005). Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *British Medical Journal*. 331, 485-488.

Teno, J.M., Weitzen, S., Fennell, M.L. & Mor, V. (2001). Dying trajectory in the last year of life: does cancer trajectory fit other diseases? *Journal of Palliative Medicine*. 4(4), 457-464.

Walsh, K., Jones, L., Tookman, A., Mason, C., McLoughlin, J., Blizzard, R., King, M. (2007). Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. *British Journal of Psychiatry*. 190, 142–147.

Weirich, C., Munari, D. & Bezerra, A. (2004). Endomarketing: ensaio sobre possibilidades de inovação na gestão em enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*. 57 (6), 754-757.