



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na
Gestão da Asma na Criança

Maria Júlia Cunha

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na
Gestão da Asma na Criança

Maria Júlia Cunha

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Lourenço Sá

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Dizem que a Vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto.

A Vida é para quem é Corajoso o suficiente para se arriscar,

e Humilde o bastante para aprender.”

Clarice Lispector

Neste percurso, várias são as pessoas a quem quero agradecer...

... À **Professora Doutora M^a Céu Sá** pela orientação, apoio e incentivo que me fez ultrapassar os obstáculos;

Aos enfermeiros orientadores **Milton Rosa, Adelaide Pereira e Liliana Silva**, obrigado pela sabedoria partilhada.

... Às minhas filhas **Ana, Maria e Mariana**, pelo apoio demonstrado nas atitudes e por serem um porto seguro;

... À minha mãe **Augusta**, porque sem ela não teria sido possível o percurso;

... À minha **família e amigos** por compreenderem a ausência e me apoiarem em todos os momentos;

Aos colegas do **9^o CMER**, sem exceção, pela amizade e partilha;

Aos amigos **Elisa Páscoa, Gonçalo Rosa, Liliana Silva, Paula Machado, Pedro Ribeiro e Sara Varão**;

E porque a **acreditar** faz parte do que sou... Pv 3 “Não sejas sábio aos teus próprios olhos”, “...reconhece-**O** em todos os teus caminhos...”

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Autocuidado
ACT – Asthma Control Test
ATA – Artroplastia Total da Anca
ATJ – Artroplastia Total do Joelho
AVD – Atividades de Vida Diárias
DEMI – Debito Expiratório Máximo Instantâneo
DGS – Direção-Geral da Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DRC – Doença Respiratória Crónica
EC – Ensino Clínico
ECD – Exames Complementares de Diagnóstico
EE – Enfermeiro Especialista
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER – Enfermeiro Reabilitação/Enfermagem de Reabilitação
FIRS – Fórum Internacional das Sociedades Respiratórias
GINA – Global Initiative for Asthma
JA – Jornal de Aprendizagem
MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
MMSE – Mini Mental State Examination
MI – Membro Inferior
MS – Membro Superior
NERC- Núcleo de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAE – Plano de Ação Escrito
PBE – Prática Baseada na Evidência
PF - Projeto de Formação
PFM – Peak Flow Meter
PNDR – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
RCEER – Regulamento de Competências Específicas Enfermagem de Reabilitação
RE – Relatório de Estágio
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
RR – Reabilitação Respiratória
RS – Revisão Scoping
UCC – Unidade de Cuidados Continuados
UPP – Úlceras Por Pressão

RESUMO

Na infância, a Asma é a doença Crônica mais comum. Com uma prevalência crescente, atinge aproximadamente 14% das crianças, afetando o sistema de saúde e as sociedades de forma global, lesando a produtividade dos indivíduos e sendo disruptiva para as famílias. O seu controle é necessário, sendo que a implementação de estratégias envolve necessariamente esforços a todos os níveis (nacionais, regionais, locais, etc.) e uma equipa multidisciplinar capacitada.

Visando o desenvolvimento da enfermagem de reabilitação, a Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, identifica como área emergente de investigação as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória” e ainda como área prioritária de investigação, a “capacitação da pessoa e/ou cuidador informal”. Assente nesta premissa, objetiva-se com a evidência a expor, que se dê visibilidade a essas intervenções, no âmbito da gestão da asma na criança.

O presente Relatório de Estágio visa evidenciar, o percurso e as atividades que foram desenvolvidas ao longo do ensino clínico, e que refletem o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, comuns de Enfermeiro Especialista e, de Mestre através da consecução dos seguintes objetivos:

1. Desenvolver Competências Científicas e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança, contribuindo para a melhoria dos cuidados nesta área;
2. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, decorrentes de alterações motoras, sensitivas e respiratórias, ao longo do ciclo de vida, promovendo o autocuidado;
3. Desenvolver competências no domínio da supervisão, liderança e gestão de cuidados de enfermagem, promovendo a sua continuidade, qualidade e segurança;

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Asma, Gestão da Asma, Criança.

ABSTRACT

In childhood, Asthma is the most common Chronic disease. With an increasing prevalence, it affects approximately 14% of children, affecting the health system and societies globally, damaging the productivity of individuals and being disruptive to families. Their control is necessary, and implementation of strategies necessarily involves efforts at all levels (national, regional, local, etc.) and a trained multidisciplinary team.

Aiming at the development of rehabilitation nursing, the Bureau of the College of Rehabilitation Nursing identifies the "autonomous interventions of the rehabilitation nurse in the respiratory function" as an emerging area of research, and as a priority area of research, the "empowerment of the person and / or informal caregiver". Based on this premise, it is objectified with the evidence to be exposed, that these interventions be given visibility in the management of asthma in children.

This Internship Report aims to highlight the course and activities that have been developed throughout clinical teaching, and which reflect the development of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN) and common Nurse Specialist competencies, as well as Master's through the achievement of the following objectives:

1. Develop Scientific and Technical Skills of Nursing Specialist in Rehabilitation Nursing in the Management of Asthma in Children, contributing to the improvement of care in this area;
2. Develop Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing competencies to care for, empower and maximize the functionality of people with special needs, resulting from motor, sensory and respiratory changes throughout the life cycle, promoting self-care;
3. Develop competencies in the field of nursing supervision, leadership and management, promoting its continuity, quality and safety;

Keywords: Rehabilitation Nursing, Asthma, Asthma Management, Child.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 11 |
| 1.1 A Gestão da Asma na Criança | 11 |
| 1.2 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança..... | 15 |
| 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS | 31 |
| 2.1. Competências no âmbito do projeto de formação | 31 |
| 2.2. Competências Específicas do EEER..... | 36 |
| 2.2.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados..... | 37 |
| 2.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania | 46 |
| 2.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa | 50 |
| 2.3 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista | 53 |
| 2.3.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal | 53 |
| 2.3.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade..... | 57 |
| 2.3.3 Competências do domínio da gestão de cuidados..... | 61 |
| 2.3.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais | 63 |
| 3. ANÁLISE E REFLEXÃO..... | 67 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 73 |
| 5. BIBLIOGRAFIA..... | 77 |

APÊNDICES

Apêndice I – Glossário

Apêndice II - Projeto de Formação

Apêndice III – Reflexão

“A intervenção do EEER no Departamento de Enfermagem de Reabilitação”

Apêndice IV – Reflexão

“O EEER Gestor de uma UCC”

Apêndice V – Relatório Estágio de Observação

“Núcleo de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade, Projeto de Reabilitação Respiratória DPOC e Asma”

Apêndice VI – Reflexão

“A Intervenção do EEER na pessoa com Patologia Respiratória no Departamento de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VII – Panfleto

“Exercícios Respiratórios Doença Pulmonar Obstrutiva”

Apêndice VIII – Sessão de Formação NACJR

“Gestão da Asma na Criança – Avaliação da frequência e controlo de Sintomas – CARAT e CARAT Kids”

Apêndice IX – Sessão de Formação na escola

“Asma na Criança – Reconhecer e Atuar”

Apêndice X – Folha para Colheita de Dados à Pessoa

Apêndice XI – Estudo de Caso

Apêndice XII – Reflexão

“Conceção, Implementação e Avaliação de planos de Intervenção de Enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca”

Apêndice XIII – Tapete de Treino

Apêndice XIV – Reflexão

“O processo de envelhecimento humano, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para um envelhecer resiliente”

Apêndice XV – Reflexão

“Ptofobia ou Medo de cair e sua influência no processo de reabilitação da pessoa idosa”

Apêndice XVI – Panfleto

“Prevenção Úlceras de Pressão”

Apêndice XVII - Sessão de Formação Enfermeiros

“Promover a Mobilidade na Imobilidade – Exercícios Respiratórios”

Apêndice XVIII - Panfleto

“Exercícios Respiratórios”

ANEXOS

Anexo I – Escala PEDI

Anexo II – CARAT e CARAT Kids

Anexo III – Diploma 5as Jornada GRESP

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio (RE), surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 9º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Define-se como objetivo geral deste documento explicar as atividades e aprendizagens desenvolvidas durante o ensino clínico, de uma forma reflexiva e crítica, visando a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem. Para tal, de acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, objetiva-se a realização de um trabalho final que demonstre o desenvolvimento de capacidades de investigação, de raciocínio crítico e argumentação relacionadas com uma problemática identificada, concomitantemente com o desenvolvimento de competências especializadas¹ em enfermagem de reabilitação e comuns² de enfermeiro especialista (ESEL, 2017), que permitam o alcance do grau de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação³ (EEER).

O pressuposto inerente ao descrito, assenta no facto de estarmos inseridos numa sociedade em constante evolução, onde cada vez mais se exigem cuidados de enfermagem de demonstrada qualidade e qualificação científica, técnica e humana. Nesse sentido, percebe-se que é necessário que a disciplina de enfermagem evolua, construindo conhecimento e saber que permitam que se afirme como uma profissão autónoma. O desenvolvimento da profissão passará necessariamente pelo desenvolvimento pessoal dos seus intervenientes, o que leva a que se procure neste RE demonstrar o percurso efetuado, procurando demonstrar as atividades desenvolvidas e competências adquiridas, sedimentadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento de ER, bem como a construção de um corpo de conhecimentos numa área específica, através da investigação, o que permitirá guiar a uma prática baseada em evidência (PBE).

¹ Segundo o Regulamento n.º 392/2019 **Competências Específicas** são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

² Segundo o regulamento n.º 140/2019, **Competências Comuns** são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

³ O **EEER** possui o conjunto de competências clínicas especializadas que estão regulamentadas pelo Regulamento das competências específicas do enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação da Ordem dos enfermeiros (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

Esta convicção, expressa o que Le Boterf (2003, p.69) declara sobre a competência, esta não pré-existe, é construída, não é pré-definida, é um processo, assim o profissional constrói as suas competências a partir dos seus próprios recursos (capacidades, conhecimentos, habilidades, etc.), que deve saber mobilizar, combinar e transformar.

O presente relatório intitula-se “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança⁴”, e é subsequente à problemática identificada, tem por base motivações pessoais e profissionais e, para o qual foi elaborado um projeto de formação (PF) (Apêndice II), que visava planear o trabalho a desenvolver no 3º semestre, quer do ponto de vista teórico e conceptual, quer prático, nos diferentes contextos de estágio.

Pretende-se explicitar a problemática da asma na Criança, justificando a pertinência da escolha e, percecionando de que forma o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) pode intervir, permitindo uma gestão eficaz da doença e adaptação à nova condição de saúde, uma vez que “o tratamento adequado da asma inclui a educação do doente e da sua família, tendo como objetivo o controlo total de sintomas e a melhoria da qualidade de vida” (DGS, 2014).

Segundo o Fórum Internacional das Sociedades Respiratórias ⁵(FIRS) (2017), cinco doenças respiratórias estão entre as causas mais comuns de morte em todo o mundo, sendo uma delas a Asma, estimando-se que esta afete cerca de 334 milhões de pessoas em todo o mundo. Na infância é a doença Crônica mais comum, atingindo aproximadamente 14% das crianças, com uma prevalência crescente em todo o mundo (Ferreira-Magalhães et al., 2015). Constitui também um peso financeiro importante, pois afeta o sistema de saúde e as sociedades de forma global, lesando a produtividade dos indivíduos e sendo disruptiva para as famílias (Ferreira-Magalhães et al., 2017; FIRS, 2017). Por ser considerado um problema de saúde global grave, justificou uma particular atenção por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em conjunto com diversas entidades mundiais, elaborou uma estratégia para a gestão e prevenção da doença. Visando a disseminação de orientações de tratamento e cuidado aos pacientes e,

⁴ Criança refere-se à pessoa até aos 18 anos de idade, ou em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (Direção- Geral da Saúde, 2012). No entanto, segundo Hoeman (2000, p.722) a criança tem que ser encarada como parte integrante do sistema familiar, pelo que **Criança** neste relatório se refere a criança e a família.

⁵ **FIRS** faz parte de um esforço global para exigir ações a fim de combater o enorme fardo das doenças respiratórias (FIRS, 2017).

o uso da melhor evidência científica, gerou-se a *Global Initiative for Asthma* (GINA)⁶. Deste esforço conjunto, resultou o relatório “*Global Strategy for Asthma Management and Prevention*”, que resume orientações para diagnóstico, vigilância e tratamento da doença, que são seguidas de forma generalizada em todo o mundo, estando ainda na base das orientações/normas dos vários países, como Portugal.

Em Portugal, estima-se uma prevalência de 8,6% de asma na população pediátrica⁷, sendo que os dados de um estudo recente sugerem que a gestão da doença seja precária ou insatisfatória (Ferreira-Magalhães et al., 2016). Segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), melhorar esta gestão, tornando-a eficaz, passa por habilitar a pessoa capacitando-a para o autocontrolo da doença, sendo recomendável que exista uma intervenção multidisciplinar, para que tal seja possível (DGS, 2014). A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) afirma que “*os Cuidados de ER constituem uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos*” (MCEER, 2014, p.3), promovem o autocuidado, previnem complicações e maximizam as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Constituem ainda uma área de intervenção clínica cuja contribuição permite obter ganhos em saúde, pelo que o EEER estará habilitado a desempenhar um papel importante, não só junto da criança com asma, como também do seu cuidador, permitindo maximizar o potencial funcional e independência, que poderá marcar a diferença nos cuidados prestados. Segundo Benner (2001, p.204), a especialização clínica, assume uma importância extrema nos domínios de enfermagem que se relacionam com a sua função de ajuda, educação e orientação, dado que os enfermeiros “*apropriam-se de uma quantidade tal de conhecimentos que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades muito variadas dos doentes*”.

Visando o desenvolvimento da ER, a MCEER (2015) identifica como área emergente de investigação, as “*intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória*” e ainda, como área prioritária de investigação, a “*capacitação da pessoa e/ou cuidador informal*”, que se identificam como

⁶ GINA é constituída por uma rede global de indivíduos, organizações e autoridades de saúde pública com o objetivo de disseminar informações sobre o cuidado a pessoas com asma, e para fornecer um mecanismo difusor de evidência científica para melhores cuidados para a doença (GINA, 2018).

⁷ Entende-se por **população pediátrica** todas as pessoas com idades inferiores aos 18 anos.

aquelas em que o projeto de formação se focou. Assente nesta premissa, procurou-se perceber, através de uma pesquisa exploratória inicial, quais as intervenções do EEER que permitem uma gestão eficaz da doença, sendo que parece não existir ainda estudos com enfoque nas intervenções do EEER. Nesta perspetiva, uma *Revisão Scoping* (RS) permite recorrer à investigação feita, identificar o estado da arte para fundamentar a ação (Ribeiro, 2014). Uma RS fornece informação ampla e aprofundada, sobre toda a literatura existente, independentemente dos desenhos de estudo. É exploratória e, por isso, todos os resultados encontrados, que se relacionem com o tópico, podem e devem ser incluídos. Parece assim justificar-se a utilização desta metodologia de pesquisa, com enfoque na identificação das intervenções de enfermagem na gestão da Asma na criança, contribuindo assim para uma PBE e, posteriormente, procurar intervenções especializadas de ER noutras fontes. Dito isto, foi estabelecida como pergunta de partida: *De que forma o Enfermeiro intervém na gestão da Asma na Criança?* Pretende-se assim explorar as intervenções dos enfermeiros, bem como as competências que os enfermeiros devem desenvolver para gerir de forma eficaz a asma na Criança. Esta pesquisa segue necessariamente uma metodologia científica que está explícita no projeto de formação. Os principais conceitos mobilizados no PF, e que estão intrínsecos à problemática identificada e explorada são: a asma, gestão da asma na Criança e intervenção do EEER, os quais passaremos a expor no próximo capítulo, bem como os principais resultados da pesquisa implementada. O presente relatório consiste também, na descrição das atividades que foram desenvolvidas ao longo da prática clínica, nos diferentes campos de estágio, e que permitiram alcançar as competências identificadas previamente através da revisão da literatura, as quais amplificaram e fundamentaram de forma científica a prática.

A Asma acarreta um grande impacto na vida das Crianças, por poder conduzir a limitações físicas e, conseqüentemente, produzir repercussões a nível emocional e social. Neste sentido, é de opinião generalizada que, o controlo da doença assume a maior importância. O enfermeiro, como parte da equipa multidisciplinar, tem uma intervenção fulcral no sentido em que, intervém educando a Criança, promovendo o seu conhecimento, poder e responsabilidade no controlo da doença e, incentivando alterações comportamentais e estilos de vida mais saudáveis (N. Banasiak & Bolster, 2008).

Importa que o enfermeiro atue de forma concertada, sendo que os modelos teóricos de Enfermagem constituem um modelo orientador da intervenção, levando à reflexão, avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados.

Como foi dito, é esperado da *Criança* que seja capaz de assumir um “papel” ativo na gestão da doença. Emana deste pressuposto o conceito de autocuidado (AC), ou seja, a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001).

Assumindo isto, parece claro que a Teoria do AC de Dorothea Orem, poderá trazer subsídios teóricos fundamentais para a definição e execução das intervenções do enfermeiro. A autora apresenta a sua Teoria Geral de Enfermagem constituída por três constructos teóricos interrelacionados (Orem, 2001): a *Teoria do AC*, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a *Teoria do Défice de AC*, que pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários e como as pessoas podem ser ajudadas, através das intervenções de enfermagem; a *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*, que explica as relações a estabelecer, neste caso concreto com a *Criança*.

Evoca-se que existe uma necessidade de intervenção do enfermeiro quando a pessoa não consegue manter de forma continuada a qualidade ou capacidade de AC ou, quando a sua ação relacionada com a saúde ou cuidados de saúde está limitada (Taylor, 2004). Estas limitações, que no caso concreto do controlo da Asma se refletem em necessidade de competências diversas, podem deixar a *Criança* completa ou parcialmente incapaz de saber as condições existentes e emergentes para o cuidado regulador⁸.

No caso concreto da *Criança*, e decorrente da sua capacidade de intervir no AC, relacionando também com a fase de desenvolvimento em que se encontra, a previsão de défice, poderá dizer-se, deverá ser vista em dois sentidos. Por um lado, na sua capacidade de AC (agente de autocuidado), e ainda, na capacidade ou incapacidade da família⁹ (agente de cuidar dependente), que assumem a responsabilidade de conhecer e colmatar o défice de AC (Taylor, 2004). Estes

⁸ **Cuidado regulador** refere-se ao conjunto de atividades desempenhadas pela pessoa que visam manter a saúde e bem-estar.

⁹ **Família** define-se como conjunto de indivíduos que possui responsabilidades de prestar cuidados, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Entende-se a mesma como sendo os pais como responsáveis pela maioria dos cuidados, não excluindo outras pessoas significativas/prestador informal de cuidados e/ou contextos (Ministério da Saúde, 2015).

aspectos, remetem para o que Orem (2001) denomina como fatores condicionantes básicos e que podem determinar o desempenho do AC, surgindo como inibidores ou facilitadores de adaptação do estado de saúde da pessoa. Incluem a idade, sexo, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, sistema de cuidados de saúde, orientação sociocultural, fatores de sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e adequação dos recursos disponíveis.

A teoria supracitada envolve o conceito de requisitos, ou propósito expresso de AC, que se dividem em 3 categorias, decorrente do resultado pretendido ou desejado. Assim temos, os Requisitos universais de AC, que são comuns a todo o ciclo de vida, interrelacionados e associados a processos de manutenção da estrutura e do funcionamento humano, Requisitos de AC de desenvolvimento que surgem de acordo com o estágio de desenvolvimento do indivíduo e compreendem as dimensões do desenvolvimento humano, e Requisitos de AC no desvio de saúde, que são exigidos em situação de doença ou lesão (associados a patologias específicas), ou que podem resultar de intervenções médicas, de diagnóstico ou tratamento.

A teoria do déficit de AC constitui-se como o centro da teoria geral de Orem, que pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. O déficit, que se traduz por uma discrepância entre a necessidade de AC¹⁰ e a capacidade da pessoa¹¹, ajuda o enfermeiro a determinar quais as intervenções que necessita desenvolver para capacitar/ajudar e, qual o método de ajuda¹². Segundo Petronilho & Machado (2017, pág. 7) esta teoria exprime a razão porque as pessoas carecem de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro, diagnostica a necessidade de cuidados da *Criança* para uma gestão eficaz da doença, faz um planeamento e intervém, aquilo que a teoria denomina como processo de enfermagem. Desta forma, o enfermeiro pode agir executando o AC (sistema totalmente compensatório), substituindo a pessoa no que esta não consegue realizar (sistema parcialmente compensatório) ou orientando e/ou encaminhando (sistema de apoio/educação).

Após o exposto, e considerando as necessidades de aprendizagem identificadas na temática explicitada e, o desenvolvimento das competências de

¹⁰ **Necessidade de AC** remete para o que é necessário, para manter o funcionamento ideal.

¹¹ **Capacidade da pessoa** remete para aquilo que é capaz de fazer por si.

¹² A teoria identifica cinco **métodos de ajuda**: 1) agir ou fazer pela pessoa, 2) guiar e orientar, 3) proporcionar apoio físico e psicológico, 4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e 5) ensinar (Petronilho & Machado, 2017).

enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, prevê-se a exposição neste RE da validação do alcance dos objetivos, os quais se passa a explicitar:

1. Desenvolver Competências Científicas e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança, contribuindo para a melhoria dos cuidados nesta área;
2. Desenvolver competências de EEER para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, decorrentes de alterações motoras, sensitivas e respiratórias, ao longo do ciclo de vida, promovendo o autocuidado;
3. Desenvolver competências no domínio da supervisão, liderança e gestão de cuidados de enfermagem, promovendo a sua continuidade, qualidade e segurança;

Importa salientar que os objetivos definidos neste relatório, e que visam o alcance do grau de mestre, têm por base o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março que regula a *“definição dos objetivos de cada um dos ciclos de estudos na perspetiva das competências a adquirir, adotando os resultados do trabalho coletivo realizado a nível europeu e concretizado nos descritores de Dublin”* e que, objetivam um sistema de ensino baseado no desenvolvimento de competências.

O alcance dos objetivos supracitados, estará necessariamente relacionado com as atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, uma vez que, segundo Cardoso de Meneses (1996, p.9), a formação para ser geradora de desenvolvimento deve ser aliada à prática, visando a aquisição do saber fazer, mas sobretudo, *“o desenvolvimento de atitudes e de novas competências do tipo relacional e pessoal”*, assumindo o profissional uma nova identidade. Planeou-se como estratégia balizar as competências a desenvolver, projetando objetivos específicos a atingir, que estarão relacionados com as competências específicas do EEER e as competências comuns do EE, deliberadas pela ordem dos enfermeiros. Desta forma, foi construído um objetivo específico para cada unidade de competência, com as respetivas atividades a desenvolver, recursos a utilizar e critérios de avaliação, bem como o respetivo cronograma para a sua concretização, que estão expressos no PF.

O processo de formação relaciona-se com a capacidade de transformar os acontecimentos práticos em experiências significativas (Meneses, 1996),

considera-se assim a experiência profissional e académica e, as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de ensino clínico (EC), que permitirão a aquisição e desenvolvimento de novas competências, ou seja, através da construção de novos saberes promover a autonomia enquanto EEER. Este processo perdurará de forma continuada ao longo da prática profissional em que, como refere Barata (2017) citando Simões & Falé (1998), se prevê a interiorização de valores, princípios, comportamentos e atitudes, conhecimentos e habilidades, partilhados por um grupo de referência, dando importância à “*socialização profissional*” (2017, p.124). O EC e contexto para implementação do projeto, decorreu em dois campos de estágios distintos. Em contexto hospitalar, integrando a equipa de enfermagem de reabilitação de um hospital particular do concelho de Lisboa (de 24 de Setembro de 2018 a 23 de Novembro de 2018) (Apêndice III) e em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de uma freguesia pertencente à zona ocidental do concelho de Lisboa (de 26 de Novembro de 2018 a 8 de Fevereiro de 2019) (Apêndice IV). Em complementaridade, e inserido no âmbito específico da temática do PF, desenvolveu-se um estágio de observação (dias 14, 15, 20 e 21 de Fevereiro de 2019), no núcleo de enfermagem de reabilitação na comunidade (NERC) do concelho do Porto, para conhecimento do projeto “reabilitação respiratória na comunidade, a doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Asma” (Apêndice V). Em todos os contextos, foi possível a prestação de cuidados de ER à pessoa ao longo do ciclo de vida, com doenças agudas ou crónicas, com alterações ou incapacidades ao “*nível das funções neurológica, respiratória e cardíaca*”, seja em contexto hospitalar ou comunitário, identificando necessidades de intervenção especializada, que permitiu “*conceber, implementar e monitorizar planos especializados de enfermagem de reabilitação, que se basearam nos problemas reais e potenciais das pessoas*” (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Estrutura-se este RE em quatro capítulos que são: Enquadramento Conceptual do tema, onde se justifica a pertinência do tema da gestão da asma na criança e a intervenção do EEER que emanam da revisão de literatura efetuada; Descrição e Análise crítica das atividades desenvolvidas, onde se fez a descrição das atividades desenvolvidas em EC em função dos objetivos definidos; Análise e Reflexão, evidenciando pontos fortes e fracos e dificuldades sentidas na

implementação do projeto e por fim as Considerações Finais onde se fará avaliação do percurso formativo, no que se relaciona com o desenvolvimento profissional, e se abordará as expectativas para a continuidade do trabalho, implementação na prática de cuidados e avanço na disciplina de enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Pretende-se no presente capítulo expor a problemática estudada, demonstrando a sua relevância, com ênfase na importância de uma gestão eficaz da asma na *Criança*, bem como na intervenção do EEER. Para tal, será exposta a revisão de literatura realizada, que permite evidenciar o estado da arte, aplicando os conhecimentos para uma PBE e, desta forma, permitir uma ação informada, melhorando o seu desempenho e propiciando qualidade aos cuidados prestados (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2012).

1.1 A Gestão da Asma na Criança

A asma é uma doença heterogénea caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas. Define-se por uma história de sintomas respiratórios tais como sibilância/pieira, dispneia, opressão torácica e tosse, variáveis em intensidade e ao longo do tempo, associada a obstrução brônquica variável (DGS, 2017, 2018; GINA, 2018). Estes sintomas podem ser desencadeados por exposição a alérgenos, irritantes inalatórios, exercício físico, associados a alterações climáticas, infeções respiratórias entre outros. Segundo a DGS (2017), o diagnóstico é essencialmente clínico e deve basear-se na colheita estruturada da história clínica, na avaliação da presença de sintomas característicos, no exame físico e na espirometria com teste de broncodilatação para determinação de obstrução brônquica variável. Na criança, que é segundo a norma da DGS (2018, pág.1) a pessoa com idade compreendida entre os 0 e os 12 anos, o diagnóstico é feito também pela presença dos sintomas, sendo que até aos 6 anos este é difícil de objetivar pois a função pulmonar é difícil de avaliar e, os sintomas como sibilância são recorrentes, o que traduz uma grande probabilidade de existirem diagnósticos alternativos. Assim, perante um quadro sugestivo, deve ser considerada a possibilidade diagnóstica, que deve ser revista e confirmada posteriormente (DGS, 2017).

Num inquérito nacional realizado em Portugal sobre a Asma (INAsma) (2015), pretendeu-se estimar a prevalência da doença, sendo ainda avaliado, numa amostra representativa da população pediátrica, qual o controlo da doença. Deste inquérito concluiu-se que, de uma prevalência de 39,4% de crianças com "*Asthma*

*like symptoms*¹³, 8,4% tinha “*Current Asthma*”¹⁴ diagnosticada. Concluiu-se ainda que, o controlo da doença tem estado aquém do desejado, principalmente em zonas rurais, fatores como status socioeconómicos mais baixos e a sua associação à limitação no acesso a cuidados de saúde, contribuem para uma perceção deficiente da doença e da sua gestão. Para além destes factos, percebeu-se que estas crianças usam habitualmente medicação inalada (67,6%) (Ferreira-Magalhães, Pereira, Azevedo et al., 2015). Deste estudo inicial, foi investigada a prevalência de Asma controlada e não controlada, e quais os fatores determinantes para este facto. Dos fatores de risco identificados¹⁵, de uma forma global, como determinantes importantes para o mau controlo da doença (Manique et al., 2014), foram analisadas e reiteradas como prevalentes na população estudada, rinite alérgica/sintomas nasais, obesidade e fatores económicos¹⁶(Ferreira-Magalhães et al., 2016). Finalmente, investigou-se quais os custos associados ao tratamento da Asma na criança, concluindo-se que são muito elevados e representam 0,9% das despesas de saúde em Portugal (Ferreira-Magalhães et al., 2017). Os custos diretos representam 3/4 desta despesa e relacionam-se com: uso dos serviços de saúde (nomeadamente recurso a atendimento de urgência), meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT) e medicação. A maioria, relaciona-se com agudizações da doença e com crianças cuja doença não está controlada. Os custos indiretos, são aqueles que se relacionam com o absentismo laboral por parte da família/cuidador, gerando por vezes situações de desemprego e, conseqüente atribuição de subsídios, o que representa um peso para a economia (Ferreira-Magalhães et al., 2017). Urge então a necessidade de implementar políticas e intervenções para melhorar o controlo da asma e, assim, reduzir custos. Por outro lado também para a criança, a asma, como doença crónica¹⁷ infere, resultante do

¹³ **Asthma like sintoms** refere-se a crianças com presença de sintomas característicos da Asma, mas sem um diagnóstico concreto da doença.

¹⁴ **Current Asthma** corresponde para os investigadores a crianças com diagnóstico de asma e com sintomatologia nos últimos 12 meses.

¹⁵ **Fatores de risco determinantes** para a asma são: fatores ambientais (atopia, alérgenos ambientais e ocupacionais, fatores socioeconómicos, obesidade, fármacos/iatrogenia, infeções respiratórias(IR) e IR precoces na vida , fatores psicológicos, patologia associada (rinite), prematuridade, tabagismo e exposição passiva ao fumo do tabaco, atopia materna, peso ao nascer (Manique et al., 2014)

¹⁶ **Fatores económicos** estão relacionados, segundo os investigadores, com status socioeconómico baixo e/ou existência de seguro de saúde, que por limitar o acesso a cuidados de saúde como por exemplo consultas de especialidade, exames complementares de diagnóstico, terapêutica e dispositivos próprios.

¹⁷ Entende-se por **doença crónica na criança ou adolescente** como qualquer condição física, emocional ou mental que a impediu de frequentar a escola regularmente, de fazer as atividades de infância normais ou que exigisse tratamento frequente de um médico ou outro profissional de saúde e/ou uso regular de qualquer medicamento ou equipamentos especiais (Pereira, 2018 citando Van Cleave, Gortmaker e Perrin (2010)).

grau de gravidade¹⁸ da doença e/ou do seu nível de controlo de sintomas¹⁹, que seja uma causa importante de absentismo escolar, desempenho escolar inferior, stress psicológico e qualidade de vida reduzida (ONDR, 2018).

Apesar da existência de terapêutica que se comprovou eficaz, e todos os esforços feitos, em muitos países, o controlo da asma continua pouco eficaz. As recomendações internacionais reforçam a necessidade de assegurar acesso a tratamento efetivo, bem como, o desenvolvimento de estratégias e programas que promovam o seu controlo (GINA, 2018; Manique et al., 2014). O Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio determinou a criação do Programa de Saúde Prioritário na área das Doenças Respiratórias, integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas e, determina como principais objetivos: dinamizar e potenciar esforços do sistema de saúde e outros sectores da sociedade, para reduzir a morbilidade, a incapacidade e a mortalidade relacionadas com as doenças respiratórias crónicas, entre as quais a asma, bem como, implementar projetos que melhorem o seu controlo e promovam a sua vigilância (Manique et al., 2014). O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) pretende, *“divulgar e promover condições de melhoria para os doentes com doença respiratória”*. Para tal, delinearam como objetivos estratégicos, *“promover a vigilância epidemiológica das Doenças Respiratórias Crónicas (DRC) e desencadear e desenvolver estratégias de gestão e controlo das DRC em todas as regiões do país, encorajando a implementação de medidas de prevenção”* (DGS, 2017, pág.12). Deste normativo resultam metas²⁰ que objetivam em concreto a Asma e a DPOC, entre outras.

A gestão efetiva da asma pode controlar a doença, requer uma parceria entre o profissional de saúde e a pessoa com asma, como forma de habilitar a pessoa a ter uma vida sem restrições e com boa qualidade (DGS, 2018; GINA, 2018). Coloca-se então, perante os profissionais de saúde, o desafio de intervir de forma a alcançar essa gestão efetiva. Parece consensual que a pessoa (*Criança*), sejam envolvidos no processo e, estejam capacitados para assumir a gestão da doença. Esta autogestão reduz a morbilidade associada à doença (Evidência A) (GINA,

¹⁸ Quanto ao **grau de gravidade**, este é inferido pelo degrau terapêutico necessário para controlar e prevenir agudizações após um período terapêutico de alguns meses. Considera-se asma ligeira quando controlada nos degraus 1 e 2; moderada no degrau 3, e grave nos degraus 4 e 5 (DGS, 2018).

¹⁹ Quanto ao **nível de controlo de sintomas** a asma pode ser considerada bem controlada, parcialmente controlada e não controlada, este controlo pode ser avaliado através da avaliação de presença, frequência de sintomas e uso de medicação, e/ou da utilização do teste de controlo CARAT ou CARAT Kids (DGS, 2018).

²⁰ As **metas do PNDR até 2020** expressam que, relativamente ao ano de 2014 se deve duplicar a percentagem de diagnósticos de Asma e de DPOC, confirmados por espirometria, efetuados a utentes dos Cuidados de Saúde Primários e reduzir em 10% os internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório na asma e DPOC.

2018) e traduz cuidados de qualidade, pela redução do risco de agudizações da doença e de perda de função pulmonar (DGS, 2017, 2018).

A criança não é, nem deve ser considerada, um adulto, é um ser com características próprias, ligadas ao seu desenvolvimento, e cujas especificidades devem ser ponderadas no “*seu*” processo de reabilitação (DGS, 2003). Hoeman (2000, p.722) refere que “*a criança tem que ser encarada como parte integrante do sistema familiar, sendo a família e a casa o foco central do mundo infantil.*” Ao EEER, assim como à restante equipa de cuidados, compete ajudar a família no desenvolvimento ou recuperação das competências necessárias para o desempenho das atividades de vida diária. Toda a equipe multidisciplinar, que intervém junto da criança com incapacidade e sua família, “*partilha um papel e responsabilidade importantes na modelação do futuro da criança*” (Hoeman, 2000, p.722).

Reforça-se assim o que foi dito anteriormente, estando a criança necessariamente inserida numa família, quando se fala de *Criança* considera-se não só esta, o seu desenvolvimento e capacidade de intervenção na autogestão da doença (que deve ser estimulada), como também a família/cuidador. É fundamental que a *Criança* esteja envolvida no processo, para tal deve ser dado o conhecimento necessário, as capacidades/competências e a confiança, que lhes permita assumir a gestão da sua asma. Nesta parceria, segundo a DGS (2018), cabe ao profissional de saúde: explicar a doença e diferente terapêutica (alívio e controlo); identificar objetivos próprios da *Criança* e estabelecer estratégias de comunicação, identificando preferências pessoais e literacia em saúde ²¹; avaliação da frequência e controlo dos sintomas e presença de limitação de atividade; educação para reconhecimento de sintomas de agudização, melhoria da aptidão para técnica inalatória, adesão a terapêutica farmacológica e não farmacológica ²² e, orientação para autogestão (plano de ação escrito, autoavaliação e seguimento médico periódico).

De uma forma sumária, e de acordo com Buta et al (2017), a gestão da asma na criança para ser efetiva deve passar não somente pela informação sobre a terapêutica a usar mas, deve incluir: a identificação de sintomas, a redução de exposição aos *triggers*²³ identificados como desencadeadores dos sintomas, a

²² Entende-se por **tratamento não-farmacológico** o controlo ambiental, a promoção de atividade física, o controlo de peso, identificação e evicção de desencadeantes de episódios de agudização (Manique et al., 2014).

²³ **Triggers** são entendidos como desencadeantes de episódios de agudização.

monitorização da função pulmonar e, saber quando e como obter ajuda (nos diferentes contextos em que esta se encontra). Os autores defendem ainda que, de acordo com diversos estudos desenvolvidos globalmente, uma intervenção efetiva será aquela que permite um empoderamento da *Criança*, nomeadamente no reconhecimento da necessidade de ajuda e no estabelecimento de relações de confiança, seja com a família/cuidadores, seja na escola ou outros ambientes, identificando a quem pode pedir ajuda. Estes aspetos permitem que a *Criança* se sinta segura, evitando sentimentos de preocupação/ansiedade e medo, entre outros, que estas podem evidenciar, uma vez que a experiência de uma agudização de asma tem um impacto considerável no dia a dia (Vieira, Mendes, Carvalho, & Arnaldo, 2008).

1.2 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança

A enfermagem especializada, e em específico a ER, enquanto prática, infere um conjunto de competências clínicas, ou seja, assegura um *“conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745). Cuidar em enfermagem, por sua vez, *“centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou... um grupo de pessoas”* (OE, 2001, p.10), distinguindo-se no seu exercício profissional, enquanto parte de uma equipa multiprofissional, intervenções interdependentes e autónomas (OE, 2001, p.11). Enquanto profissão autónoma, prevê-se na tomada de decisão *“uma abordagem sistémica e sistemática”* que leva à *“identificação de necessidades de cuidados de enfermagem”* (OE, 2001, p.11), e posterior prescrição e implementação de intervenções de enfermagem. Neste processo, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação o que traduz uma PBE, que *“constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (OE, 2001, p.11). Assiste-se à necessidade de cuidados de enfermagem, e de cuidados de saúde em geral, que assumam *“uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O EE é possuidor de um *“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”*, e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e

tomada de decisão, que se traduzem em respostas às necessidades das pessoas de forma holística²⁴, contemplando todos os aspetos da pessoa e todas as dimensões do problema (Hoeman, 2000).

A asma na criança, como dito anteriormente, é globalmente uma doença com elevada morbilidade e com tendência crescente, com implicações sérias no dia a dia, e com riscos importante associados (N. Banasiak & Bolster, 2008; Clack, 2009; Greener, 2015; Hanley Nadeau & Toronto, 2016; Newcomb, 2016; Quaranta & Spencer, 2015). O seu controlo é necessário, sendo que a implementação de estratégias para que tal seja possível, envolve necessariamente esforços a todos os níveis (nacionais, regionais, locais, etc.) e, uma equipa multidisciplinar capacitada (Cicutto et al., 2017; Clack, 2009; DGS, 2018; GINA, 2018; Lawlor, 2015; Manique et al., 2014). Pode-se afirmar que, o EEER tem a capacidade de ter uma intervenção privilegiada junto da *Criança* com Asma. Segundo a MCEER (2012) os cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação (ER), *“dirigem-se à pessoa em todas as fases do ciclo vital, em diferentes contextos da prática clínica, ..., constituindo-se uma área de intervenção clínica que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde”* (MCEER, 2012, p.3 citando OE, 2011). Por outro lado, visam manter e promover o bem-estar, a qualidade de vida, promover o autocuidado, prevenir complicações e maximizar capacidades, que permitem recuperar a funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Consideram-se áreas de investigação prioritárias para a enfermagem de reabilitação em 2015/2025, os estudos sobre as intervenções autónomas de EEER (na função respiratória) e, sobre a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal (MCEER, 2015). Neste aspeto em particular objetiva-se, com a evidência a expor, que se dê visibilidade a essas intervenções, no âmbito da gestão da asma na *Criança*.

Banasiak & Bolster (2008), são ambas *“pediatric nurse practitioner”*, e escrevem um artigo de opinião onde relatam a sua experiência na gestão da asma na criança. Reiteram a asma na criança como um problema global com elevada morbilidade, com tendência crescente e com implicações no dia a dia. Sublinham ainda o número crescente de idas a urgências por episódios de

²⁴ Segundo Hoeman (2000, p.XVII) a ER é considerada uma **enfermagem holística** no sentido em que os aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais, e financeiros da pessoa, bem como as suas interações são, são avaliados, e inclui para além da relação Enfermagem/pessoa, a família e a comunidade no processo de tratamento.

agudização, bem como um maior número de mortes relacionadas com a doença. Torna-se assim imperativo capacitar os enfermeiros que prestam cuidados a estas *Crianças*, através do conhecimento da fisiopatologia, avaliação, diagnóstico e gestão da doença, objetivando o seu controlo antes da idade adulta, reduzindo os riscos. De uma forma sumária, as autoras salientam a importância de saber avaliar o status respiratório da criança e a severidade dos sintomas, nomeadamente, na deteção de agudizações com base em sinais objetivos, bem como, identificar sinais de falência respiratória eminente²⁵. Deve ser feita uma avaliação completa através de uma entrevista, que inclui: história de sintomas e sintomas atuais, terapêutica administrada, exposição a *triggers*, contexto familiar e sociocultural que possa interferir na gestão da doença (exp. Crenças ou hábitos). Para uma avaliação objetiva, o enfermeiro deve auscultar todos os campos pulmonares, identificando alteração do murmúrio vesicular ou presença de sons “anormais”. Esta avaliação permite determinar a gravidade da asma. Por outro lado, a preparação/educação da *Criança* para a gestão da doença deve incluir acompanhamento e um plano de ação escrito²⁶ (PAE), que a pessoa deve estar habilitada para utilizar de forma segura, possibilitando maximizar a função pulmonar, reduzir restrições da atividade, eliminar exacerbações de asma e, aumentar o conhecimento da *Criança*. Devem ainda ser agendadas consultas de follow-up e dar um número de contacto caso surjam dúvidas ou alterações na criança.

Gail Clack (2009), no seu artigo, analisa a avaliação realizada por um EE do status da asma numa criança, através da apresentação de um estudo de caso. Neste artigo, é evidenciada a importância dos julgamentos e decisões clínicas²⁷ na prática de enfermagem, pelo seu resultado direto nos cuidados à pessoa. A avaliação da criança com asma e a tomada de decisão demonstra capacidades analíticas e intuitivas do enfermeiro, uma vez que a gestão da doença não pode ser apenas guiada pelo cumprimento de *guidelines*, que regulamentam a abordagem terapêutica em degraus, pois cada criança é individual. O autor defende que o acompanhamento destas *Crianças*, liderado por enfermeiros,

²⁵ **Sinais de falência respiratória eminente** incluem: menos de 25% de Débito Expiratório Máximo Instantâneo (DEMI) esperado, dispneia severa com sinais de agonia respiratória, hipotensão, SpO₂<90%, confusão, cianose, tiragem ou respiração paradoxal, ausência de murmúrio vesicular e bradicardia.

²⁶ **Plano de ação escrito**, é um plano escrito e individualizado que deve ser fornecido à pessoa e/ou cuidador, e que deve ser revisto regularmente, inclui medicamentos diários de controlo, sintomas sugestivos de agravamento, ajuste da terapêutica, incluindo medicamentos a utilizar no agravamento e quando e como iniciar terapêutica de alívio (DGS, 2018)

²⁷ **Decisão** clínica é segundo o autor conclusão ou resolução alcançada após consideração.

preconiza que estes estejam habilitados com competências de avaliação avançadas, que lhes permita a tomada de decisão. A tomada de decisão, analisada segundo a teoria de Radwin 1990 e Hamers et al 1994, citada pelo autor, envolve 4 etapas: *aquisição de dados, hipótese, interpretação e avaliação*. Assim, é exposta e analisada a tomada de decisão de um “*nurse-led asthma*” (p.25) que intervém no caso de uma criança com asma descompensada, acompanhada pela mãe, que já tinha sido avaliada por vários profissionais de saúde anteriormente. De uma forma sumária, e da análise da atuação do enfermeiro especialista neste caso, observam-se competências especializadas de avaliação e tomada de decisão. Emerge a aquisição de dados completa, seja através da análise do processo clínico, observação e valorização do comportamento da mãe, na sua procura de acompanhamento clínico efetivo, entrevista realizada obtendo a história de sintomas e que lhe permitiu a caracterização da doença (gravidade da asma baseada nos sintomas evidenciados pela criança) e ainda a adesão ao regime terapêutico. Foi, ainda, avaliada a técnica inalatória, feita observação do tórax, características da respiração e auscultação, identificando alterações. A apreciação feita permitiu que se levantasse hipóteses, sendo que para um EE (citando Tanner 2006), um bom julgamento clínico requer a compreensão da fisiopatologia e aspetos clínicos da doença, mas também a experiência da doença pela *Criança*. O EE, possuidor de competências acrescidas de avaliação da pessoa e experiência, consegue levantar outras hipóteses para uma análise mais completa da situação, considerando todos os dados obtidos. Saliencia-se nesta apreciação a observação do tórax e auscultação, a entrevista e avaliação da gestão do regime terapêutico (técnica inalatória e adesão), que permitiu a identificação de fatores de mau controlo da doença, e o estabelecimento de um plano de intervenção especializado.

Quaranta & Spencer (2015) abordam no seu estudo a intervenção privilegiada dos enfermeiros em contexto escolar, influenciando positivamente os resultados obtidos na gestão da doença, uma vez que as crianças passam grande parte do seu dia neste ambiente. Pretende-se avaliar o controlo da doença pelos enfermeiros, relacionando-o com o conhecimento, atitude perante a doença, autoeficácia e, importância atribuída a competências de gestão da doença. Do estudo realizado conclui-se que, estes fatores analisados têm uma forte correlação com a capacidade ou eficácia dos comportamentos de gestão da

doença. As autoras afirmam que a asma continua a ser um importante problema de saúde pública e tem um impacto negativo profundo na *Criança*, que pode ser grandemente reduzido pelo enfermeiro em contexto escolar. Pretende-se compreender, com o estudo, quais os fatores que melhoram e/ou inibem a capacidade para controlar a doença, através da implementação das “*National Asthma Education Prevention Program guidelines*²⁸”. Neste estudo, os autores utilizam um modelo teórico que se denomina “*Health Belief Model*” (HBM) (2015, p.431), este modelo permitiu avaliar os fatores que influenciam a capacidade de intervir. Foram analisados e reiterados: a perceção dos enfermeiros sobre a suscetibilidade e gravidade de uma exacerbação de asma nas crianças, bem como, a perceção da importância de uma gestão eficaz da doença e a capacidade de ultrapassar as barreiras em contexto escolar. Será ainda necessário, sentirem-se seguros das suas capacidades para controlar a doença reduzindo riscos de agudização e, a agudização em si. Ressaltam ainda aspetos facilitadores para uma intervenção eficaz, a existência de planos de ação, a avaliação do *Peak Flow Meter* (PFM)²⁹ e ainda, a formação dos enfermeiros e a atualização de conhecimentos.

Greener (2015), expõe no seu artigo a inferência que o enfermeiro em contexto escolar assume como preditor para um controlo eficaz da doença, em consonância com a existência de uma “*school’s asthma policy*” (pag.1). Deste modo, seria possível alterar positivamente os encargos associados à doença não controlada, tais como a restrição da participação nas atividades escolares, maior absentismo e pior rendimento escolar. O autor, citando Svavarsdottir et al (2013), afirma que, a otimização do tratamento através de uma PBE, conduz a que alunos com asma apresentem taxas de participação e resultados escolares idênticos aos que não têm a doença. Ressalta do artigo a importância de conhecer aprofundadamente as *guidelines* em vigor, sendo no caso particular as “*British Guideline on the Management of Asthma*”³⁰, utilizando-as para uma prática efetiva baseada na evidência. A intervenção do enfermeiro em ambiente

²⁸ As **National Asthma Education Prevention Program guidelines** preconizam a avaliação e monitorização da gravidade e controlo da asma, educação para uma parceria entre a pessoa com asma e o profissional de saúde, controlo dos fatores ambientais e co-morbilidades que afetam a doença e uso apropriado da terapêutica (Quaranta & Spencer, 2015).

²⁹ **PFM** ou debitómetro de avaliação do débito expiratório máximo instantâneo (DEMI), avalia “*o débito mais elevado com que o ar circula nas vias aéreas durante uma expiração forçada*” (Manique et al., 2014).

³⁰ **British Guideline on the Management of Asthma**, emanam da *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, cujo objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, reduzindo as diferenças na prática de cuidados e resultados, através do desenvolvimento e da disseminação de *guidelines* para a prática clínica com recomendações para uma prática efetiva baseada na evidência.

escolar para ser eficaz preconiza: identificação positiva e diagnóstico de asma na população escolar, controlo da asma gerindo o regime terapêutico progredindo ou regredindo nos degraus do tratamento farmacológico e, avaliação e fomento da adesão ao tratamento³¹ e técnica inalatória eficiente. A intervenção do enfermeiro assume-se assim como essencial, e antevê a necessidade de conhecimento da doença na criança e fatores que a influenciam positiva e negativamente. Isto, pode determinar necessidades educativas especializadas (“asthma qualification”), estratégias de comunicação com a criança, família e comunidade escolar, desenvolvimento de programas específicos no contexto da saúde escolar e, existência de “*School asthma policies*” que devem ser planeadas e atualizadas pelos enfermeiros.

Um aspeto particular constatado como relevante, diz respeito às barreiras à gestão da asma, que devem ser conhecidas e consideradas. Tal é alvo de estudo por Hanley Nadeau & Toronto (2016) numa pesquisa cujo enfoque é o meio escolar, uma vez que estudos demonstram a eficácia da intervenção neste meio para a população em análise, a *Criança* com asma. Os autores identificam a necessidade de os enfermeiros desenvolverem estratégias para ultrapassarem as barreiras identificadas, assegurando uma PBE eficaz. Apesar da evidência existente, que permite um controlo eficaz da doença e de *guidelines* que o asseguram, existem ainda estudos, citados pelos autores (Hanley Nadeau & Toronto 2016 citando Friend & Morrison, 2014; Quaranta & Spencer, 2015), que apontam barreiras que afetam negativamente esse controlo. O seu reconhecimento deve ser avaliado como uma barreira efetiva a uma gestão eficaz da doença. Assim, os autores, com a sua pesquisa, identificam como barreiras principais: falta de recursos e apoios, tempo insuficiente, desafios na comunicação, conhecimento limitado³² e reconhecimento deficiente da capacidade dos enfermeiros³³. Para além do exposto, identificam-se ainda como fonte dessas barreiras os alunos (desvalorização de sintomas, triggers e procura

³¹ A **adesão ao tratamento** pela *Criança* segundo a BGMA é influenciada por diversos fatores entre os quais: esquecimento, dificuldade em incorporar tratamento nas rotinas diárias, perceção de não eficácia, diversidade de horários e terapêutica, criança adormecer antes da toma, esquecer de levar a medicação consigo, planos de ação complexos, preocupação com efeitos adversos, não aceitação da doença, vergonha, etc (Greener, 2015, p.486 citando BGMA).

³² **Conhecimento limitado** refere-se a conhecimento necessário para obter uma gestão de qualidade da asma evidenciado por alunos, pais, professores, administradores escolares, prestadores de cuidados, enfermeiros em contexto escolar (citando Major et al., 2006) e não perceção das implicações do diagnóstico (citando Forbis et al., 2006; Liberatos et al., 2013; Major et al., 2006).

³³ **Reconhecimento da capacidade dos enfermeiros** refere-se aos enfermeiros não se sentirem considerados como profissionais habilitados a gerir a doença (citando Major et al., 2006) e não fazerem parte das comissões de saúde existentes (citando Liberatos et al., 2013).

de ajuda), os pais (confronto com atitudes, crenças e aspetos culturais, iliteracia em saúde, não comunicação do diagnóstico ou plano de ação e receios associados ao uso da terapêutica), prestadores de cuidados de saúde (dificuldade em estabelecer contacto e ter conhecimento do plano de ação), administradores, comunidade e enfermeiros escolares (falta de apoio, rácio enfermeiro/aluno inadequado bem como tempo disponibilizado, educação inadequada da equipa multiprofissional). Decorre deste estudo, implicações para os enfermeiros tais como: cuidados diretos baseados em evidência; ser um elo de ligação entre criança, família, profissionais de saúde e educação; advocacia e ensino (alertar e educar para a doença); liderança e desenvolvimento de políticas de saúde.

Segundo Newcomb (2016), uma forma eficaz do enfermeiro intervir na gestão da asma na criança, será através do estabelecimento de uma parceria enfermeiro/*Criança*, usando uma teoria de médio alcance, a “*Symptom Management Theory*” (SMT), que permite a avaliação da gestão dos sintomas feita pela *Criança*. De uma forma concreta, essa gestão é analisada através de 3 dimensões, a experiência do sintoma, as estratégias implementadas para a sua gestão e o resultado obtido. A autora, evidencia o facto de que a experiência de sintomas está sujeita a vários determinantes biopsicosocioculturais, sendo que, na criança, será determinante, o seu estágio de desenvolvimento e ainda, a família cuidadora em que está inserida e da qual é dependente. Dito isto, analisar os sintomas de asma, considerando todas as suas dimensões permite: uma comunicação mais eficaz com a *Criança* e, uma identificação das principais dificuldades que esta possa ter na avaliação e manejo dos mesmos. O enfermeiro deve identificar os sintomas vividos e o significado atribuído pela *Criança* aos mesmos, construindo uma “história dos sintomas” e ainda, quais os sinais observáveis, determinando necessidades de ensino. Isto, permitirá uma melhor compreensão da doença, das principais alterações ocorridas no corpo, nomeadamente nas vias aéreas, e a sua tradução sintomática. O pressuposto anterior permite clarificar os sintomas e a sua importância, a *Criança* percebendo o porquê do sintoma (tosse persistente, pieira, etc.), pode avaliar se está perante um agravamento ou agudização da doença e, se é necessário intervir, desenvolvendo uma percepção e identificação precisa de sintomas e sinais. A intervenção para a gestão eficaz dos sintomas seguirá, necessariamente, *guidelines* internacionais como terapêutica, controlo ambiental e educação da pessoa. No entanto, segundo a autora, diversos estudos demonstram que tal não

é observável, pois o sucesso está dependente de competências relacionais e de comunicação que muitos profissionais (médicos, terapeutas) não estão capacitados para evidenciar. Esta defende que, “*nurse practitioners are educated within holistic nursing frameworks that emphasize health promotion, prevention of disease and disease complications, treatment, and symptom alleviation in care of the whole person*” (Newcomb, 2010, p.1). Tal, permite uma relação terapêutica eficaz com a Criança, identificando e ultrapassando obstáculos. Finalmente, é salientado a importância de disponibilizar instrumentos à Criança que lhe permita uma avaliação objetiva, tais como o ACT³⁴ ou o PFM, sendo a sua utilização recomendada por organizações como *American Lung Association*, para crianças a partir dos 6, 7 anos.

Cicutto et al. (2017), relata a construção e implementação de um programa educacional que visa o desenvolvimento, nas escolas, de uma equipa multiprofissional de cuidados de saúde, competente na gestão da asma na criança, uma das doenças mais prevalentes neste meio. Este programa prevê o desenvolvimento de competências e a educação continuada dos profissionais envolvidos nas escolas, uma vez que foi identificada a necessidade de prover serviços de saúde que se querem eficazes. Por não existirem enfermeiros permanentemente neste meio, foi necessário desenvolver estratégias que permitissem o controlo da doença, com base nas *guidelines* atuais. Para tal, foi desenvolvido um programa educacional³⁵, que contemplava conteúdos e estratégias identificados como eficazes, que permitiu que os enfermeiros fossem habilitados para gerir a doença (“*Asthma Specialist*”) e, para liderar programas educacionais que, qualificassem enfermeiros escolares com conhecimento e autoeficácia no controlo da doença e técnica inalatória. Por sua vez, os enfermeiros escolares capacitam outros elementos na escola (“*unlicensed assistive personnel*”), com capacidades mínimas que permitam atuar eficazmente junto destas crianças. Este programa objetiva, delinear competências mínimas exigidas para os diferentes intervenientes numa equipa interdisciplinar de saúde, no que se refere ao controlo da asma, na escola. Para a enfermagem em

³⁴ **ACT** é um instrumento de autoavaliação do controlo da asma pelo próprio doente, sem que seja necessária a avaliação da função pulmonar. Consiste num questionário que é preenchido com base nos sintomas evidenciados pela pessoa, e que segundo os investigadores, reflete a natureza multidimensional do controlo da asma e demonstra eficácia de acordo com criteriosas medidas de avaliação do controlo da asma (Nathan et al., 2004).

³⁵ **Programa educacional** foi denominado “*Colorado Competency Framework for Asthma Care in Schools*” preconiza um conjunto de competência mínimas para “*Asthma Care in Schools*” (disponível em https://www.cde.state.co.us/healthandwellness/snh_healthissues) para Asthma Specialist, School Nurse e Unlicensed Assistive Personnel.

concreto como disciplina e prática contempla uma intervenção como consultores e formadores, educando e treinando outros enfermeiros e outros profissionais.

De uma forma refletida, expostos os estudos anteriores, podemos identificar uma intervenção de enfermagem que demonstra um processo e decisão complexa, que segundo Benner (2001, p.204), evidencia um profissional perito “nas competências descritas nos domínios *Função de diagnóstico e vigilância do doente; Controlo eficaz de situações de evolução rápida e Assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados*”, ou, segundo a OE, um “*nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida*” (OE, 2010).

Evidenciam-se *Competências Científicas*, pela necessidade de um conhecimento atualizado da fisiopatologia, classificação da doença, evidência científica, *guidelines* que devem guiar a tomada de decisão e, terapêutica (N. Banasiak & Bolster, 2008; Clack, 2009; Greener, 2015; Hanley Nadeau & Toronto, 2016; Quaranta & Spencer, 2015), colocando o enfermeiro como perito (Cicutto et al., 2017; Clack, 2009), evidenciando isso mesmo na tomada de decisão e implementação de intervenções autónomas (Clack, 2009; Greener, 2015).

As *Competências Técnicas* são as que resultam do saber fazer, assumem importância em áreas como: avaliação da pessoa através de uma colheita de dados completa e história de sintomas, observação minuciosa e identificação de sinais com recurso a auscultação, PFM, instrumentos de avaliação específicos e ainda, educação da pessoa sublinhando manuseio de dispositivos, técnica inalatória e manuseio de planos de ação escritos (N. Banasiak & Bolster, 2008; Clack, 2009; Greener, 2015; Hanley Nadeau & Toronto, 2016; Quaranta & Spencer, 2015).

As *Competências éticas e relacionais* resultam da capacidade de identificar hábitos ou crenças na família (Clack, 2009; Newcomb, 2016), bem como a criação de uma parceria com a *Criança*, identificando necessidades e significados atribuídos aos sintomas (Clack, 2009; Newcomb, 2016; Quaranta & Spencer, 2015); de identificar nos diferentes contextos barreiras à gestão eficaz da doença e intervir (Hanley Nadeau & Toronto, 2016; Quaranta & Spencer, 2015), bem como, a capacidade de comunicar com criança, com a família, com a comunidade escolar e equipa multidisciplinar (Cicutto et al., 2017).

Finalmente *Competências de liderança e gestão de cuidados*, que se inserem na capacidade de liderar programas educacionais que visam a equipa multidisciplinar, nos diferentes contextos; a intervenção como consultores bem como a advocacia (alertando para a doença) ou, desenvolvimento de políticas de saúde (Cicutto et al., 2017; Greener, 2015; Hanley Nadeau & Toronto, 2016).

Para a MCEER, a asma por apresentar uma grande variabilidade ao longo do tempo, com diversas inferências no dia a dia da *Criança*, determina uma abordagem diferenciada por parte dos serviços de saúde (OE, 2018), assumindo a reabilitação respiratória (RR), uma responsabilidade importante no processo terapêutico (Cordeiro & Menoita, 2014). Hesbeen (2003, p.52) afirma que, *“Reabilitação é a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem, e que os seus objetivos são analisar, suprimir, atenuar e ajudar a ultrapassar os obstáculos que a geram”*, por outro lado, a RR assume-se como,

“uma intervenção abrangente, baseada numa avaliação extensiva dos doentes, seguida por tratamentos individualizados que incluem – mas não limitados a – exercício físico, educação e alteração comportamental, desenhados para melhorar a condição física e emocional de pessoas com doença respiratória crónica, e para promover a adesão prolongada a comportamentos de saúde” (OE, 2018 citando Spruit et al., 2013, p.16)

Salienta-se ainda o facto de, por se tratar de uma intervenção junto de uma população específica, criança e família, exige, por parte do EEER, um reconhecimento das especificidades da criança, anatómicas e fisiológicas, e a sua etapa de desenvolvimento (Cordeiro & Menoita, 2014). Embora os objetivos da reeducação funcional respiratória (RFR) sejam sobreponíveis a todo o ciclo de vida, as técnicas utilizadas diferenciam-se na forma como são aplicadas (pela capacidade de participação da criança, consoante a idade), pela utilização de jogos e brincadeiras (ludoterapia) e pela capacidade do EEER de comunicar com a criança estabelecendo uma relação de confiança. Poderemos então, citando Selekman (1991, citado por Hoeman, 2000, p.24) falar em enfermagem de reabilitação pediátrica que é considerado *“um campo relativamente novo; metas relacionadas com cuidados globais e holísticos, estão combinadas com estratégias criativas, dirigidas às necessidades específicas de desenvolvimento das crianças”*. Por outro lado, Hoeman (2000, p.722) refere que *“a criança tem*

que ser encarada como parte integrante do sistema familiar, sendo a família e a casa o foco central do mundo infantil.” Ao EEER, assim como à restante equipa de cuidados, compete ajudar a família no desenvolvimento ou recuperação das competências necessárias para o desempenho das atividades de vida diária. Toda a equipe multidisciplinar que intervém junto da criança com incapacidade, e sua família, *“partilham um papel e responsabilidade importantes na modelação do futuro da criança”* (Hoeman, 2000, p.722). A intervenção da ER é centrada na criança e na família, e o EEER intervêm prevenindo, habilitando e reabilitando no âmbito da saúde e na educação e ação social, como foi sublinhado pelos estudos abordados. Cabe-lhe assim, estabelecer um plano de reabilitação, que contemple as diferentes vertentes do desenvolvimento global da criança – motor, sensitivo, sensorial, socio-afetivo e familiar - sendo responsável pela adequada execução do mesmo (DGS, 2003).

Aspetos particulares desta intervenção, prendem-se por exemplo com a avaliação da função pulmonar da criança com asma, que deve ser feita através de testes que mensuram os volumes pulmonares, identificando alterações. O EEER, de acordo com o regulamento de competências específicas, na unidade de competência J1.1.2 (Regulamento n.º 392/2019, 2019), está habilitado para o fazer. São testes/exames objetivos para essa avaliação a espirometria e o PFM (DGS, 2018; GINA, 2018). Segundo Banasiak (2014). Pela variabilidade da asma ao longo do tempo, a espirometria deve ser usada para a avaliação da gravidade e controlo da doença na criança, pelo que a interpretação deste exame pelo EEER, os resultados devem servir de base para avaliar a inferência da adesão e gestão do regime terapêutico, técnica inalatória, o PAE e as preocupações da Criança. A espirometria deve ser realizada segundo critérios de qualidade, determinando FVC, FEV1, FEV1/FVC basais e após prova de broncodilatação (DGS, 2018; Dias, Oliveira, Bárbara, Cardoso, & Gomes, 2014), que devem ser registados e corretamente interpretados. Estes, fazem parte do acompanhamento, monitorização de sintomas e avaliação de estratégias de gestão necessárias para manter os objetivos da terapêutica implementada (Banasiak, 2014), bem como prevenir crescimento pulmonar reduzido em crianças com asma (citando NAEPP, 2007).

O PFM, é o *“método mandatário para avaliação da função pulmonar do doente asmático”* (Silva, Oliveira, & Silva, 2004), segundo Boaventura et al. (2007, p.31), constitui um *“método simples, não invasivo, económico e rápido”* de avaliação

débito expiratório máximo instantâneo (DEMI) em L/m, e detetar limitações nesse fluxo associadas a constrição das vias aéreas, permitindo à pessoa uma avaliação fácil da função pulmonar. O desenvolvimento de medidores do DEMI em domicílio, serviu não só para estudos epidemiológicos mas, permitem à pessoa, em função dos resultados, e seguindo o PAE (DGS, 2018), ajustar a terapêutica (Boaventura et al., 2007). Para poder ensinar à Criança para o uso seguro do PFM, o EEER deve assim conhecer quais os valores de referência para a criança bem como, se foram respeitados os procedimentos para a obtenção de valores fidedignos. É fundamental assegurar uma técnica correta, equipamento adequado e, requer uma boa colaboração e esforço da criança, sendo reprodutível quando corretamente executado (Silva et al., 2004). É importante estabelecer o melhor valor pessoal, que servirá de base para medições subsequentes.

O plano de ação escrito de tratamento, ou PAE, segundo Manique et al. (2014) deve ser incluído no tratamento da asma, como componente de uma autogestão eficaz no controlo da doença. A par com a educação da Criança, permite o aumento de conhecimento e bom desempenho, que deve ser revisto e reforçado regularmente. Esta capacitação, garante um controlo diário da medicação, o reconhecimento do agravamento dos sintomas e, dependente da adesão ao PAE previamente fornecido pelo médico assistente, orientar a tomada de decisão na terapêutica a implementar, nomeadamente em situação de agudização.

A educação da *Criança*, é um aspeto fulcral na gestão da doença, como afirmado diversas vezes neste relatório (DGS, 2018; GINA, 2018; Manique et al., 2014; OE, 2018). Segundo Lawlor (2015), deve existir uma discussão e uma parceria aberta que inclui: informação sobre o diagnóstico, o tratamento e intervenção, uma parceria com a escola e, reavaliação regular da doença adequando o tratamento (Silva, Oliveira, Moreira, & Silva, 2004)

O reforço das aptidões para técnica inalatória é crucial (DGS, 2018; GINA, 2018; Manique et al., 2014; OE, 2018). A via inalatória é, segundo a DGS (2017), a via preferencial para a administração de terapêutica na asma, pois os fármacos são depositados diretamente no órgão alvo, conduzindo a necessidades de doses menores para um efeito eficaz. A seleção do dispositivo inalatório³⁶ deve

³⁶ Os **dispositivos inalatórios possíveis** são: inaladores pressurizados doseáveis (pMDIs), que podem ser utilizados isoladamente ou em associação com câmaras expansoras (com máscara ou bucal, de acordo com o tamanho, idade e preferência do doente), os inaladores de pó seco (DPI), o dispositivo inalatório com solução para inalação por nebulização e os sistemas de nebulização em casos específicos (DGS, 2017, p.3).

considerar as particularidades da criança (idade, capacidade cognitiva, capacidade inspiratória, condições económicas, preferência) e a disponibilidade do fármaco, obtendo o melhor efeito possível. O ER deve conhecer, saber demonstrar, treinar e avaliar a técnica inalatória, com os diferentes tipos de dispositivos, devendo esta deve ser revista regularmente, para que se identifiquem erros e se possibilite a sua correção (DGS, 2017). A salientar que, o ER deve estar familiarizado com os cuidados a ter com a cavidade oral, uma vez que segundo Caçador (2015) citando Costa & Xavier, 2008 e Thomas et al., 2010 maior parte do fármaco inalado fica retido na cavidade oral e na orofaringe, com efeito na redução de saliva e conseqüente maior exposição a complicações³⁷. A Criança deve ser encorajada a um acompanhamento regular em estomatologia, a realizar bochechos com água após realizar terapia por via inalatória, a ingerir mais água e ainda, a evitar a escovagem dos dentes logo após a administração da terapêutica, pelo risco de danificar o esmalte. Pode ainda usar um colutório antimicrobiano e mastigar pastilhas sem açúcar, de modo a aumentar a produção e secreção de saliva (Caçador, 2015).

Cordeiro & Menoita (2014), afirmam que o EEER pode intervir de forma especializada perante uma criança com asma, com enfoque na RFR. As técnicas a aplicar, diferem consoante esta esteja em período de intercrise ou crise. Em período de intercrise, a educação é fulcral (OE, 2018). O EEER deve intervir ensinando posições de descanso e relaxamento e, o controlo da respiração a adotar nas crises de dispneia, com o objetivo de diminuir a sobrecarga muscular e a ansiedade na criança. Por outro lado, técnicas de limpeza das vias aéreas poderão ser uteis para evitar a retenção de secreções, sendo que deverão ser usadas com precaução pelo risco de broncoespasmo. O uso e ensino de exercícios de reeducação respiratória localizados e globais (com enfoque abdominodiafragmático), poderão corrigir assincronismos e defeitos ventilatórios (Cordeiro et all, 2014). Outras técnicas poderão ser a expiração de lábios semicerrados (OE, 2018).

A British Torax Society (Bott et al., 2009), recomenda exercícios respiratórios que incorporem a redução da frequência respiratória e/ou o volume residual (colocando ênfase na expiração) e, treino de relaxamento para ajudar a criança a controlar os sintomas (Evidência A), e ainda a consideram a “*Buteyko breathing*

³⁷ São **complicações na cavidade oral** associadas ao uso de terapêutica inalatória: Alterações salivares, Candidíase oral, Cárie dentária, Doença Periodontal, Erosão dentária, Halitose, Má oclusão (Caçador, 2015).

*technique*³⁸”, que foi desenhada para reeducar padrões respiratórios, podendo reduzir sintomas da asma (Austin, 2013; Buteyko Breathing Association, 2010; Nóbrega, 2013). Bruton & Thomas (2014), identificam algumas técnicas respiratórias que podem ser divididas em três grandes grupos: exercícios que visam o controlo do padrão respiratório (controlo da respiração), exercícios destinados a aumentar a força e/ou resistência dos músculos respiratórios e exercícios que visam aumentar a flexibilidade do tórax e melhorar a postura.

A inclusão de exercício físico é outro aspeto fundamental, já que devem ser evitados comportamentos de hipoatividade física, condicionantes de maus condicionamentos físicos gerais, observados recorrentemente nestas crianças por experienciarem dispneia associada ao broncoespasmo induzido pelo exercício, se realizado de maneira inadequada (Vieira et al., 2008). A atividade física, por seu lado, ajuda a melhorar a mecânica respiratória e conduz a uma ventilação pulmonar eficaz (Cordeiro et al., 2014), sendo que estudos experimentais sugerem que *“exercício físico aeróbio³⁹ de intensidade leve ou moderada podem reduzir os níveis plasmáticos de IgE e a eosinofilia e o remodelamento pulmonar”*, conduzindo a redução da ventilação em cargas máximas e submáximas de trabalho e a redução da inflamação pulmonar crônica (Vieira et al., 2008, p.107). Por outro lado, restrição à atividade física pode gerar menor participação social e, conseqüente, isolamento, conduzindo a implicações no bem-estar emocional, desenvolvimento e autoconfiança, com *“risco de desenvolvimento de problemas psicossociais, incluindo problemas emocionais e comportamentais, baixa autoestima, desordens psiquiátricas e baixa competência social e escolar”* (Vieira et al., 2008, p.108).

Estes aspetos particulares da intervenção do EEER, devem fazer parte de um Plano de Reabilitação Individualizado para a *Criança com Asma*, onde constarão forçosamente todos os aspetos referidos anteriormente e cujos objetivos são segundo Vieira et al. (2008, p.107), *“melhorar a qualidade de vida do paciente, aumentar sua capacidade física e sua independência nas atividades da vida diária*

³⁸ A **Buteyko Breathing Tecnic** é uma técnica desenvolvida em 1952 pelo médico Konstantin Pavlovich Buteyko, desenhada para melhorar padrões funcionais respiratórios envolvendo inspiração/expiração pelo nariz de forma suave, regular e sem esforço usando a respiração diafragmática, progressivamente são introduzidas pequenas pausas respiratórias alternadas com a respiração descrita anteriormente (Austin, 2013; Buteyko Breathing Association, 2010)

³⁹ São exemplos de **atividade física aeróbia recomendada** a natação (mais recomendada provavelmente por ser realizada em ambiente húmido e quente o que reduz ou previne o broncoespasmo) e ainda a caminhada, corrida, ciclismo, ginástica, subida de degraus e a dança (Vieira et al., 2008)

(AVD), diminuir os sintomas de desconforto respiratório e as internações e reduzir o impacto psicossocial ocasionado” .

De salientar que, todos estes aspetos mencionados, remetem para a importância da capacitação da *Criança* na gestão da doença, ou capacidade de autocuidado. Orem, na sua teoria, define quando e como o enfermeiro intervém, com base na identificação de défices e capacidades de autocuidado, determinando qual a intervenção de enfermagem necessária e, como o enfermeiro deve intervir (sistema de enfermagem).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo visa explanar todo o percurso desenvolvido durante o ensino clínico, através da descrição, análise e avaliação das atividades desenvolvidas, com base nos conhecimentos na área de enfermagem de reabilitação adquiridos, e os resultados obtidos. Assim, o presente capítulo está organizado de acordo com as competências específicas do EEER e comuns de EE, preconizadas pela OE e os objetivos definidos anteriormente no PF que se encontra em apêndice.

2.1. Competências no âmbito do projeto de formação

O processo de Bolonha veio implementar uma mudança no paradigma de ensino baseado na transmissão de conhecimentos, para um ensino baseado no desenvolvimento de competências. Estas são de natureza genérica (instrumentais, interpessoais e sistémicas), e, de natureza específica ou relacionadas com uma área de formação, englobando componente experimental e de projeto, visando a melhoria da qualidade e da relevância da formação oferecida (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006). Segundo Barata (2017, p.127), citando Fernandes (1999), a competência implica a aplicação do conhecimento científico aos cuidados de enfermagem, nos diferentes níveis de intervenção, *“a competência profissional emerge de um saber gerir a complexidade de uma situação profissional”*. Ainda segundo o autor (citando Fernandes, 1999 e Le Boterf, 2003), competência traz inerente *“saber mobilizar”, “saber integrar”, “saber transferir”, “saber agir” e “saber aprender, e aprender a aprender”*.

Ciente do exposto, foi elaborado como objetivo geral relacionado com a temática do PF, *“Desenvolver Competências Científicas e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança, contribuindo para a melhoria dos cuidados nesta área”*.

Como descrito anteriormente, procurou-se primeiramente, através do processo que Meneses (1996) afirma como processo de investigação/formação, integrar os resultados de uma pesquisa científica, num processo de autoformação e análise das práticas de enfermagem à luz da evidência, visando a mudança num contexto e numa prática de enfermagem.

Foi assim assumido o compromisso de uma mudança quer individual, quer potencialmente coletiva, pois segundo Josso (1991) citado por Meneses (1996, p36), a investigação/formação enquanto metodologia na formação de adultos, responsabiliza os profissionais *“na compreensão do seu papel profissional, na sua evolução, na análise das disfunções da sua atividade e na exploração das modificações necessárias à melhoria das suas prestações”*.

Reportando para a revisão de literatura implementada, as competências necessárias na gestão da asma na criança, relacionam-se com a área científica, técnica, ética e relacional e de liderança e gestão de cuidados.

Não ser possível a intervenção direta, junto de *Crianças* com asma, em ambos os contextos de EC, exigiu que se procurassem resoluções para o desenvolvimento das competências identificadas como necessárias, dando assim resposta aos objetivos delineados. Expõem-se assim as iniciativas que foram encetadas, bem como as atividades desenvolvidas, que serão nomeadas e aprofundadas posteriormente, por darem, concomitantemente, resposta às competências que se relacionam com as competências específicas de EEER e comuns de EE.

Ao refletir as atividades, em contexto hospitalar foi possível desenvolver competências técnicas de avaliação da pessoa com alteração da função respiratória, através da identificação de sinais/sintomas, aplicação de instrumentos de avaliação e auscultação, como será detalhado adiante. Tal, foi determinante na aquisição de uma nova identidade profissional, uma vez que como EEER se pretende que exista uma identificação diferenciada, tão rápida quanto possível, de riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades (ACEER, 2015), bem como na avaliação dos resultados das intervenções e programas de reabilitação implementados (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Foi realizado um JA, que permitiu uma reflexão e integração das aprendizagens efetuadas (Apêndice VI)

Também, o ensino no manuseio correto e eficaz de dispositivos como espirómetro de incentivo ou dispositivos de administração de terapêutica inalatória como: inaladores pressurizados doseáveis (pMDIs), isoladamente através de bocal ou associados a câmaras expansoras, ou inaladores de pó seco (DPI) (DGS, 2017a; Regulamento n.º 392/2019, 2019). Expõe-se ainda o ensino do manuseio de PAE relacionados com a terapêutica prescrita, sinais e

sintomas de agravamento da função respiratória e atitudes/comportamentos a adotar, bem como de planos de reeducação funcional respiratória e programas de treino de AVD (Regulamento n.º 392/2019, 2019) a manter em contexto domiciliário, seja através da capacitação da pessoa e/ou do cuidador. No que se relaciona com competências de gestão de cuidados, a implementação de um panfleto de exercícios respiratórios (Apêndice VII) que visa facilitar o ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas, sobre técnicas que promovam o autocuidado e a continuidade dos cuidados, bem como a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER (MCEER, 2012).

Em contexto comunitário, foi possível a intervenção junto de duas crianças institucionalizadas com doença neuromuscular, com conseqüente alteração da função respiratória (para além de outras que serão abordadas posteriormente). Nesse sentido, toda a intervenção desde a avaliação, ao diagnóstico, conceção e implementação, com a necessária adaptação das técnicas, comunicação e relação estabelecida, assumem importância, no sentido em que a criança não é um adulto em ponto pequeno (Cordeiro & Oliveira, 2012). É essencial que o EEER perceba a melhor forma de comunicar com a criança e, tendo por base o cariz científico de cada exercício, o adapte à faixa etária da criança e à sua individualidade, e capacidade de participação (Cordeiro & Oliveira, 2012). Foram identificadas como principais objetivos a alcançar, a consciencialização e controlo da respiração e técnicas de limpeza das vias aéreas, como huff e tosse eficaz. Para tal, utilizaram-se objetos como flores artificiais (cheirar a flor), moinhos de vento (expiração e expiração lábios semicerrados), espelhos (huff e tosse), como será explicitado posteriormente. Também, a oportunidade de intervir junto dos cuidadores, através do ensino da gestão de terapêutica e técnica inalatória, com pMDIs com câmara expansora, limpeza e permeabilização das vias aéreas superiores, nomeadamente através da instilação de soro fisiológico nasal ou aspiração de secreções (Cordeiro & Oliveira, 2012), antes da adaptação ao VNI para otimizar a ventilação. O estabelecimento de uma relação terapêutica com as crianças, criando uma relação de confiança progressiva e respeitando a sua aceitação à intervenção, foi reforçada através de brincadeiras, como será desenvolvido.

A oportunidade de implementação do PF surgiu da identificação de uma necessidade de intervenção nas escolas, junto de crianças com rinite/asma. Por existir uma incidência significativa desta doença na comunidade escolar abrangida pela UCC, foi possível propor o desenvolvimento de ações, de forma a contribuir para uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER, visando a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (MCEER, 2012). Desta forma foi necessário perceber e organizar a forma mais eficaz de intervir, com vista à continuidade de cuidados a estas *Crianças*. Primeiramente, propôs-se realizar uma ação de formação que visava a sensibilização da equipa, em particular o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e os EEER na UCC, responsáveis pela atuação nas escolas, para a problemática. Nesta, propôs-se a implementação, nas escolas, de um instrumento de avaliação do controlo dos sintomas, o Carat (DGS, 2018) (Apêndice VIII) que visa identificar as necessidades de intervenção, em função da gravidade ou controlo da doença nessas crianças. Após a sessão, e posterior análise e discussão pelo NACJR, foi decidido iniciar um projeto piloto, aplicando o inquérito numa das escolas, após a obtenção da necessária autorização, quer das crianças e família, quer da escola, garantindo uma prática profissional, ética e legal. Assume-se com o exposto o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa, bem como a identificação de necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 140/2019, 2019), e o desenvolvimento de programas de reabilitação, incluindo técnicas específicas, para os clientes com necessidades especiais e doenças crónicas (MCEER, 2012). Após a aplicação do teste na escola foram identificados casos de doença não controlada⁴⁰, sendo que atualmente a equipa se encontra em fase de discussão de respostas, sejam elas individuais, através de Planos de Saúde Individual⁴¹ (PSI), ou coletivas, através da implementação de projetos e atividades, relacionadas com a comunidade educativa. Desta forma apela-se à sua participação nos processos

⁴⁰ Entende-se por **asma/rinite não controlada** aquela que apresenta frequência de sintomas diurnos ou noturnos, limitação de atividade e de uso de medicamentos de alívio, de acordo com o instrumento de avaliação de frequência de sintomas escolhido (DGS, 2018)

⁴¹ **PSI** são planos de saúde individualizados para crianças consideradas como tendo Necessidades de Saúde Especiais (NSE), que resultam de problemas de saúde física e mental, que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem (Despacho n.º 12.045/2006, 2006).

de tomada de decisão, e no desenvolvimento de ações que contribuam para um ambiente saudável e sustentável, através da partilha de boas práticas e de um trabalho em rede (Despacho n.º 12.045/2006). Estabeleceu-se uma parceria com o NACJR, que perpetuará até à capacidade do núcleo na gestão do programa, de forma autónoma. Espera-se assim, demonstrar capacidade de aplicar conhecimentos, de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, bem como lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006), conforme previsto na obtenção do grau de mestre. A relatar que, no sentido de dar uma resposta imediata a uma necessidade de intervenção identificada, foi desenvolvida uma sessão de formação na escola visada, para a comunidade escolar, sobre a Asma, como identificar e atuar (Apêndice IX). Esta ação, que teve uma audiência significativa e multiprofissional (professores, auxiliares de ação educativa e administrativos), e, justificou-se também por, no ano vigente, terem ocorrido duas situações de agudização de asma neste contexto. Procurou-se sensibilizar para a problemática bem como esclarecer dúvidas., tendo sido usada metodologia expositiva e prática.

No sentido de, demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006), e avaliando necessidade de formação específica na gestão da doença respiratória crónica, no que diz respeito às ações desenvolvidas pelo EEER. Foi solicitado junto da escola autorização para um estágio complementar de observação, visando o desenvolvimento de competências que se relacionam com o PF delineado, tomando conhecimento de um projeto de reabilitação respiratória na comunidade, a doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Asma. Implementado numa Unidade Local de Saúde (USL) no norte do país, mais concretamente por EEER a exercer funções nas diferentes UCC, este decorreu durante os dias 14, 15, 20 e 21 de fevereiro de 2019. Foi elaborado um relatório de estágio (Apêndice V), no qual se descrevem as atividades desenvolvidas e que permitiram afirmar a aquisição das competências para implementação de medidas terapêutica preconizadas na gestão da Asma (Direção-Geral da Saúde, 2018):

- A. Parceria profissional de saúde – pessoa com asma e família e/ou cuidador:
 - a. Explicar a doença, incluindo diferença entre terapêutica farmacológica de alívio e para o controle;
 - b. Questionar sobre objetivos próprios;
 - c. Estabelecer estratégias de comunicação, considerar o sistema de saúde e a disponibilidade dos medicamentos;
 - d. Identificar preferências pessoais, culturais e literacia em saúde.
- B. Educação para a saúde e capacitação da pessoa com asma e/ou representante legal e/ou família e/ou cuidador:
 - a. reforçar aptidões para técnica inalatória;
 - b. adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica;
 - c. educação e orientação para autogestão (plano de ação escrito, autoavaliação, revisão médica periódica);
- C. Tratamento não farmacológico e farmacológico.

Deste estágio, resultaram oportunidades de vivenciar e desenvolver competências específicas de EEER no que concerne ao cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade, de pessoas com doença respiratória crónica, e em particular a Asma, incapacitante ou potencialmente incapacitante. Assegurar a manutenção das suas capacidades funcionais, prevenindo incapacidades e melhorando as funções residuais (nomeadamente a função respiratória), mantendo ou recuperando a independência, em particular no que concerne à gestão da sua doença (Regulamento n.º 125/2011, 2011). Por outro lado, e por a intervenção junto da pessoa com asma ser recente neste projeto, foi possível a partilha da evidência científica e de experiências. Este processo de socialização, exerce um papel fulcral no processo educativo e formativo, pois segundo Barata (2017, p.125), citando Mestrinho (1997), os *“contextos profissionais são poderosos contextos formativos, produtores de qualificações e saberes”*.

2.2. Competências Específicas do EEER

O presente subcapítulo visa descrever e analisar as atividades desenvolvidas no ensino clínico, que permitirão demonstrar o alcance do objetivo geral *“Desenvolver competências de EEER para cuidar, capacitar e*

maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, decorrentes de alterações motoras, sensitivas e respiratórias, ao longo do ciclo de vida, promovendo o autocuidado". Objetivando, foram construídos objetivos específicos, que serão mencionados e que balizavam a as competências específicas de EEER, preconizadas pela MCEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019), expressos no PF (Apêndice II).

2.2.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

A avaliação da pessoa é a base da prática de cuidados de enfermagem de qualidade, ou como refere Hesbeen (2001, p.49) a "*qualidade real*", que é determinada por um entendimento recíproco entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Permite a busca do "*preferível*", para lá das normas estabelecidas, e é determinada pelo "*olhar da pessoa que cuida, que se cruza e encontra com o da pessoa cuidada*" (p. 49). A avaliação quer-se objetiva, mas objetiva-se na capacidade e no querer do outro que cuidamos, o que nos remete para o que Orem identifica como avaliação de necessidades de AC da pessoa, em função das capacidades relacionadas com o próprio e o meio em que está inserido (Petronilho & Machado, 2017). Esta avaliação, para ser objetiva, passa necessariamente pela utilização de instrumentos que permitam avaliar adequadamente a pessoa face à situação vivida, suportando assim a tomada de decisão clínica (MCEER, 2016). Durante o EC, nos diferentes contextos da prática clínica, a avaliação foi feita em todos os momentos da interação com a pessoa, em situação de doença aguda ou crónica e, seus cuidadores, com vista à implementação e avaliação de programas de reabilitação, visando a excelência dos cuidados (MCEER, 2016).

Assim, realizou-se colheita de dados, com vista à identificação de necessidades de AC, seja pela consulta do processo clínico (avaliação inicial, notas de evolução de enfermagem e médicas), reuniões de ER, junto dos profissionais da equipa multidisciplinar e necessariamente pela entrevista à pessoa/cuidador. Sentiu-se a necessidade da criação de uma folha de colheita de dados, com base no documento disponibilizado no blackboard da escola, e considerando o referencial teórico escolhido para sustentação do planeamento e intervenção, que visava a avaliação dos requisitos de AC (universais,

desenvolvimento e de desvio de saúde) (Apêndice X). A colheita de dados permitiu realizar a identificação da pessoa, história de saúde (antecedentes de saúde pessoal e familiar, vigilância de saúde e história da doença atual), a caracterização da rede de suporte familiar e social, bem como a avaliação subjetiva e objetiva de ER e avaliação do padrão de satisfação e grau de dependência no autocuidado, que se evidenciou em concreto no estudo de caso realizado, apresentado e discutido em contexto de sala de aula (Apêndice XI). Segundo Hoeman (2000), antes do programa de reabilitação, deve ser feita uma avaliação inicial, mas a informação a recolher é determinada pela situação imediata da pessoa, e devem ser usados parâmetros de avaliação apropriados, sendo que Menoita (2014) refere este processo como sistemático e contínuo. Todos os aspetos mencionados, assumem importância no sentido em que, todas as dimensões da pessoa devem ser consideradas, o que remete para o que Menoita (2014, p.40) citando Davies (1996) aponta como, a importância da avaliação por um perito, treinado na avaliação “*contínua, detalhada e perspicaz*” e que determinam uma apreciação e diagnóstico de problemas dificilmente identificados.

Em cada cliente foi feito exame físico, recorrendo à observação e palpação, considerado o seu aspeto geral, pele e mucosas, postura, anomalias físicas visíveis ou massas palpáveis e presença de todos os segmentos corporais, simetria corporal, uso de próteses ou ortóteses. Em alguns clientes, e decorrente o seu estado geral e mobilidade (exp. cliente acamados), foi possível detetar a presença de úlceras por pressão (UPP), pelo que para a sua caracterização recorreu-se à European Pressure Ulcer Advisory Panel, sendo ainda importante a avaliação do risco de UPP através da escala de Braden⁴² (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2017).

No que diz respeito ao estado neurológico, foi avaliado o estado mental, apreciando-se de forma assídua a comunicação da pessoa, o fâcies, a interação com o prestador de cuidados e a sua colaboração, apreciando o estado de consciência, bem como o estado de orientação autopsíquica e alopsíquica, a atenção e memória (Menoita, 2014). A importância dada a todos estes aspetos, justificou-se particularmente por, nos diferentes contextos de EC, a intervenção ter decorrido maioritariamente junto de pessoas idosas, uma vez que estas

⁴² A **escala de Braden** é uma escala de estratificação do risco de UPP, validada para Portugal e recomendada pela DGS. Nesta escala são avaliados 6 parâmetros: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção, forças de deslizamento (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2017).

experienciam no processo de envelhecimento, segundo DGS (2017a) citando Spirduso (2005), citado por Bicudo (2013) *“um conjunto progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente”*, que predisõem a pessoa para desvios de saúde e condicionamentos na capacidade funcional e cognitiva, que se repercutem no AC (Padilha & Sousa, 2017). De uma forma concreta, foi possível a aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE)⁴³ que permitiu uma avaliação e reflexão objetiva sobre as funções cognitivas da pessoa idosa (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009). Foi possível ainda observar aspetos que não podem ser esquecidos, e que se relacionam com a dimensão emocional, resultantes muitas vezes do reconhecimento pela pessoa do processo de saúde/doença que vivencia, bem como a consciencialização da perda de capacidades funcionais. Este aspeto evoca maior importância, quando foram constatados sentimentos de depressão, que interferiram na sua participação no processo de reabilitação, uma vez que segundo Menoita (2014, p.190) alterações como depressão e ansiedade *“fazem com que a pessoa deixe de cuidar de si e de investir no processo de recuperação”*.

No que concerne à avaliação da função respiratória, do cliente acometido por patologia respiratória, em contexto hospitalar, o objetivo será o de identificar alterações na funcionalidade e desenvolver um plano terapêutico adequado (Ferreira & Santos, 2017). Assim, foi possível analisar exames complementares de diagnóstico (ECD) efetuados, sejam eles exames de imagem (RX, TAC), provas de função respiratória, nomeadamente espirometrias⁴⁴, ou de análise laboratorial (incluindo gasometrias⁴⁵). Avaliou-se ainda, junto do cliente, parâmetros vitais como frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC), para além de oximetria de pulso, observação do padrão respiratório (frequência,

⁴³ O **MMSE** (Mini-Mental State Examination) avalia as funções cognitivas de forma global, é um teste de fácil aplicação e requer cerca de 5 a 10 minutos, sendo o tempo de execução não cronometrado. Apresenta 30 questões divididas em seis domínios cognitivos (Orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e repetição de uma frase), três de Compreensão de ordem verbal, um de compreensão de ordem escrita, um de escrita espontânea de uma frase e finalmente de habilidade construtiva.

⁴⁴ A **espirometria** é uma prova funcional respiratória simples e de fácil acesso que mede o volume de ar inspirado e expirado num determinado período de tempo, permitindo monitorizar o volume corrente e identificar a capacidade vital forçada (CVF) e o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEMS). Estes parâmetros avaliados permitem a deteção de alterações ventilatórias e a sua estratificação (Ordem dos Enfermeiros, 2018 citando Quanjer et al., 2012; Hyatt, Scanlon & Nakamura, 2014).

⁴⁵ A **gasometria** permite avaliar as concentrações de oxigénio, a ventilação e o equilíbrio ácido-base, podendo sugerir distúrbios ácido-base (alcalose ou acidose respiratória ou metabólica) ou insuficiência respiratória (tipo I ou II) (D. Ferreira & Santos, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

amplitude e ritmo) e a presença de sinais e sintomas que revelem alterações (cianose, adejo nasal, tiragem, tosse ou outros), observação do tronco (tórax e abdómen), e auscultação do cliente. Assim a avaliação clínica inclui “*inspeção, palpação, percussão e auscultação*” (Ferreira & Santos, 2017, p.169). Foi ainda possível a aplicação de escalas específicas para a avaliação da pessoa com patologia respiratória, nomeadamente o impacto desta no seu dia a dia, principalmente a mMRC⁴⁶ (medical research council dyspnoea questionnaire), escala de Borg⁴⁷ modificada analógica, e ainda o CAT⁴⁸ (teste de avaliação da DPOC), o CARAT (controlo da Asma e Rinite teste).

No que se refere à avaliação motora, esta foi evidenciada nomeadamente junto da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA) ou Joelho (ATJ), bem como ao idoso em contexto comunitário. Fazem parte desta avaliação a apreciação da força muscular, tónus e coordenação de movimentos bem como a amplitude de movimentos realizados (Menoita, 2014). Utilizaram-se escalas como MRCMS⁴⁹ (Medical Research Council Muscle Scale), a Modified Ashworth Scale⁵⁰ e ainda o equilíbrio estático e dinâmico em sedestação e ortostático, utilizando quando possível a Escala de Equilíbrio de Berg⁵¹. Foi possível ainda perceber que, como EEER, se deve realizar um exame pormenorizado das limitações de movimento em cada segmento corporal, avaliando limitações motoras e respetivos músculos afetados, determinando a conceção de planos de intervenção individualizados, ou mais concretamente prescrever exercícios específicos (MCEER, 2011). Decorrente desta avaliação, foi determinante a avaliação de risco de quedas através da escala de Morse⁵².

⁴⁶ mMRC⁴⁶ é um instrumento para avaliação da dispneia que permite classificar a gravidade do sintoma e monitorizá-lo, avaliando-a em 5 níveis consoante o nível de cansaço (MCEER, 2016; OE, 2018).

⁴⁷ Escala de Borg modificada avalia a dispneia num intervalo entre 0 e 10, sendo que 0 corresponde à ausência de dispneia e 10 à sensação máxima de dispneia (OE, 2018 citando Boshuizen, Vincent & Heuvel, 2013). É utilizada como ferramenta na prescrição e ajuste do exercício na pessoa com alteração respiratória (OE, 2018 citando Hareendram et al., 2012 e MCEER, 2016).

⁴⁸ O CAT (COPD Assessment Test) é um questionário destinado a avaliar o impacto que a DPOC tem no bem estar e no quotidiano da pessoa, sendo este tanto maior quanto maior a pontuação obtida, sendo recomendado juntamente com a mMRC na avaliação da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) pela DGS (2011).

⁴⁹ A MRCMS avalia a força muscular numa escala de 0 a 5, sendo considerado o máximo esperado para o músculo avaliado, através de resistência à mobilização ativa. Sendo 0 (sem contração muscular palpável ou visível) e 5 (força normal, que vence a resistência) (MCEER, 2016)

⁵⁰ A Modified Ashworth Scale avalia a espasticidade numa escala de 0 a 4, através da resistência à mobilização passiva dos membros, sendo 0 (nenhum aumento do tónus muscular) e 4 (Parte afetada rígida em flexão ou extensão)

⁵¹ A Escala de equilíbrio de Berg tem como objetivos avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e prever o risco de queda em adultos e idosos (MCEER, 2016), é composta por 14 itens envolvendo tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio e que envolvem alcançar, girar, transferir-se, permanecer de pé e levantar-se, tendo um score total e entre 40 a 56 pontos indica bom equilíbrio (Apóstolo, 2012).

⁵² Escala de Morse avalia o risco de quedas, através da avaliação de seis itens com duas ou três possibilidades de resposta cada um. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens

Pela singularidade de algumas situações, foi necessário pesquisar escalas de avaliação específicas, em concreto FACIT⁵³ e EQ-5D⁵⁴ numa pessoa em cuidados paliativos.

Finalmente, a funcionalidade foi avaliada concretamente na avaliação do padrão de satisfação de AC (segundo Orem), avaliando hábitos e a atualidade. Foi ainda possível a utilização de Índice de Barthel⁵⁵ determinado dependência/independência no autocuidado.

Ao intervir junto de crianças e, no que se refere à sua avaliação, foi determinante perceber-se que esta se relaciona necessariamente com o seu estágio de desenvolvimento, pelo que para a sua avaliação objetiva se utilizou a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan⁵⁶ recomendada pela DGS (2012) que permite identificar desvios do padrão normal para a idade. Identificou-se a necessidade de procura de uma escala que permitisse a avaliação da funcionalidade na criança, dando também resposta a uma necessidade do EC em contexto comunitário. Foi possível usar o PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)⁵⁷ (Anexo I) (Vasconcelos, 2008), usada na unidade de desenvolvimento do departamento de pediatria, de um hospital de Lisboa. Por outro lado, e na determinação de riscos, para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP em pediatria, foi utilizada a escala Braden Q Pediátrica (DGS, 2011a), e a escala de Humpty-Dumpty para a avaliação risco de queda (Caldeira, 2012).

resulta num score entre 0 e 125 que indica o risco de queda, sendo que um resultado superior a 50 indica elevado risco (Barbosa, Carvalho, & Cruz, 2015).

⁵³ **FACIT** (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) permite a avaliação da fadiga e sua interferência nas atividades de vida da pessoa (F. M. P. Pereira & Santos, 2011).

⁵⁴ **EQ-5D** é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde baseado em 5 dimensões que são mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013).

⁵⁵ **Índice de Barthel** que é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez atividades básicas de autocuidado: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MCEER, 2016 citando Mahoney e Barthel, 1965; DGS, 2011a). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas. (DGS, 2011a)

⁵⁶ **A escala de desenvolvimento de Mary-Sheridan** está preconizada pela DGS no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, para avaliação do desenvolvimento infantil, em crianças até aos 5 anos de idade, considerando 4 itens: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem, e comportamento e adaptação social (DGS, 2012c).

⁵⁷ **O PEDI**, é um inventário de avaliação pediátrica da disfunção, foi desenvolvido por Haley em 1992 com uma equipe multiprofissional de pesquisadores de reabilitação, com o objetivo de fornecer um acesso clínico compreensivo das capacidades funcionais chave das crianças e sua capacidade de realização, ou seja, a capacidade funcional e a performance nas atividades da rotina diária, referentes a mobilidade, autocuidado e função social. A capacidade funcional é medida pelo nível de ajuda que a criança necessita para desenvolver as atividades e avaliada nos domínios Habilidade funcional (capacidade da criança realizar tarefas específicas), Assistência do Cuidador (ajuda recebida para efetuar as habilidades da criança) e Escala de modificação no ambiente e adaptações necessárias (Vasconcelos, 2008).

Finalmente importa reafirmar que, a avaliação da pessoa foi feita de forma sistemática em todas as intervenções e, registados os resultados da mesma, bem como a sua inferência nas scores obtidos nas diferentes escalas aplicadas, o que permitiu avaliar ganhos em saúde, autonomia e independência (MCEER, 2012).

Todo o relato anterior permitiu dar resposta aos objetivos delineados no PF visando as unidades de competência:

J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”;

J1.4 “Avalia os resultados das intervenções implementadas”.

A avaliação da pessoa, permite que se concebam planos de intervenção de ER, e se implementem intervenções de ER, para posterior avaliação dos resultados das mesmas.

Em contexto hospitalar, foi possível o planeamento e intervenção junto da pessoa com patologia respiratória, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função respiratória (Regulamento n.º 392/2019, 2019), considerando a avaliação inicial e alterações identificadas no cliente. A RFR, baseou-se no controlo da respiração, posicionamento e movimento, que atuam sobre os fenómenos mecânicos da ventilação, visando melhorar as trocas gasosas e os sintomas resultantes da doença respiratória e os desequilíbrios da relação ventilação/perfusão (Gomes & Ferreira, 2017).

Após o posicionamento correto do cliente, iniciou-se a RFR com o controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, levando ao relaxamento físico e psíquico essenciais para uma ventilação eficaz (Gomes & Ferreira, 2017; OE, 2018). Após o cliente é ajudado a realizar respiração abdominodiafragmática e expiração com lábios semicerrados, que reduzem o trabalho respiratório e promovem uma maior excursão do diafragma e uma melhoria da ventilação alveolar (Cordeiro & Menoita, 2014). Foi possível executar exercícios de reeducação costal global e seletiva, em que se associa o controlo da respiração a exercícios de mobilização dos membros superiores, e diferentes posicionamentos selecionados de acordo com o campo pulmonar a reeducar, ou aplicando resistência (mãos ou peso), conseguindo melhorar a mobilidade torácica e, conseqüentemente a expansão torácica e a ventilação pulmonar (Gomes & Ferreira, 2017; OE, 2018). Seguem-se técnicas como o Huff, drenagem postural

(modificada ou não), manobras acessórias (percussões, vibrações e compressões), tosse eficaz e aspiração de secreções oro e nasofaríngeas e, traqueobrônquicas. Estas, fazem parte das técnicas de limpeza das vias aéreas de secreções, ajudando na sua eliminação, prevenindo complicações e melhorando a ventilação/perfusão (OE, 2018). As técnicas escolhidas, advieram das limitações da própria pessoa, patologia (obstrutiva ou restritiva) e objetivos a atingir com a RFR, limitações fisiológicas encontradas ou contra-indicações para algumas técnicas. De acordo com a capacidade de participação do cliente, foi possível o ensino, demonstração e treino de técnicas que a pessoa pode realizar de forma autónoma de acordo com as necessidades e objetivos a alcançar.

Em contexto comunitário foi possível a intervenção junto de duas crianças institucionalizadas com doença neuromuscular, este facto assumiu um desafio com a necessária adaptação das técnicas à capacidade das crianças e comunicação, uma vez que é necessário que o EEER possua essa capacidade (Cordeiro & Menoita, 2014), como foi explanado no capítulo anterior. Nesse sentido, foi possível sugerir e implementar técnicas através de ludoterapia, usando um espelho para treino da expiração forçada/huff, ou “moinhos de vento”, o que se mostrou eficaz. Associaram-se técnicas a brincadeiras, como percussões associadas ao som *aaaa* (glote aberta) (“Índio”) promovendo uma técnica de expiração lenta para permeabilização das vias aéreas (Cordeiro & Menoita, 2014), ou “saltar” na bola terapêutica como se andassem a cavalo, ou ainda associando cantilenas às intervenções. A avaliação da tosse como ineficaz nestas crianças, indicou a necessidade de aspiração de secreções, o que sendo uma técnica regularmente utilizada induziu a que, para uma melhor adesão/adaptação à mesma, as crianças colaborassem por exemplo controlando o vácuo. Pela doença, eram previsíveis alterações motoras, entre as quais se destacam dificuldade de deambulação, equilíbrio instável, marcha, e o um risco aumentado de quedas, conduzindo frequentemente à necessidade de uso de dispositivos de apoio, e posições viciosas ou deformidades ósseas que interferem na independência da pessoa, na realização das atividades de vida diárias (Correia, 2012). Apesar do objetivo da intervenção da equipa de ER não ser a reeducação funcional motora, foi possível a implementação de algumas intervenções como correção postural realizando a RFR frente a um espelho, ou treino de equilíbrio estático e dinâmico em sedestação (cama e bola terapêutica) e ortostático (alternando carga nos membros inferiores, apoio unipodal), treino de

marcha com auxiliar e/ou apoio, exercícios de fortalecimento muscular com mobilizações ativas assistidas e resistidas dos diferentes segmentos dos MI (decúbito dorsal ou fowler, sedestação e ortostático) (ACEER, 2015).

A intervenção junto de pessoas submetidas a ATA e ATJ, em contexto hospitalar, teve o propósito de promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo no processo de transição saúde/doença, considerando as limitações de atividade identificadas, com vista a otimizar e/ou reeducar a função motora, em especial no MI afetado e da realização das AVD, bem como a prescrição de produtos de apoio (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Sumariamente, foi feito ensino, demonstração e treino dos exercícios isométricos (contrações isométricas abdominais, glúteos, quadricípites e isquiotibiais) e isotónicos (mobilizações ativas assistidas e resistidas e automobilizações com ênfase no MI afetado) a efetuar, com vista ao fortalecimento muscular e a manter a amplitude articular nos limites impostos pela cirurgia (Fernandes, 2017; Sousa & Carvalho, 2017). A intervenção foi alvo de um JA que expõe detalhadamente a intervenção efetuada junto destas pessoas em contexto do EC (Apêndice XII).

A reabilitação cardíaca⁵⁸ foi outro aspeto da intervenção que foi possível desenvolver em contexto hospitalar (Fase I)⁵⁹, em concreto junto de uma pessoa submetida a cirurgia cardíaca (correção de aneurisma da Aorta sob esternotomia), já internado em enfermaria. Aspetos particulares da intervenção junto destes clientes relacionam-se com a avaliação nomeadamente pré-intervenção (ECD, processo clínico) com particular ênfase nos valores de CK e Troponina que devem estar estabilizados (não crescentes). Junto do cliente foram avaliados os sinais vitais, nomeadamente FC, TA, FR, para além de SpO₂, e a ausência de dor precordial, sendo que se manteve a monitorização da FC e avaliação subjetiva de esforço recorrendo à escala de Borg modificada, durante a realização dos exercícios que devem ser de baixa intensidade⁶⁰, uma vez que, as

⁵⁸ **Reabilitação cardíaca** é definida como um conjunto de atividades necessárias que garantam à pessoa com cardiopatia as melhores condições físicas, mentais e sociais que capacitem a pessoa para, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma vida ativa e produtiva bem como a sua posição normal na comunidade (Bolas, 2017)

⁵⁹ **Fase I** de um programa de reabilitação cardíaca ocorre durante o internamento hospitalar e tem início assim que a pessoa esteja hemodinamicamente estável. Consiste na mobilização precoce e prevenção de consequências secundárias à imobilização, treino de AVD, educação para a saúde e promoção de um estilo de vida saudável, controlo não farmacológico dos fatores de risco e encorajamento para a adesão terapêutica e participação (Bolas, 2017)

⁶⁰ Segundo Cordeiro & Menoita (2014) a **intensidade do exercício** deve visar uma intensidade alvo que corresponda à mínima intensidade necessária para produzir uma resposta clínica significativa (citando Cooper, 2001). A avaliação da intensidade do exercício citando Delisa et al (2002) visa dois métodos possíveis, método Karnoven que consiste na aplicação da fórmula: $FC_{\text{Repouso}} + \text{Intensidade (\%)} \times (FC_{\text{Teórica Máxima}} - FC_{\text{Repouso}})$, ou citando a Associação Americana de Cardiologia a FC máxima atingível determina-se pela fórmula $(220 - \text{idade})$, sendo ainda considerada a capacidade de falar durante o exercício.

sessões devem estar adequadas a cada pessoa, com monitorização durante o esforço (Bolas, 2017; Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2009). Identificadas as limitações associadas à cirurgia (relacionado com a esternotomia), nomeadamente na não mobilização dos membros superiores acima da linha dos ombros seja na flexão seja na abdução. Foi realizada RFR, relaxamento e consciencialização dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, reeducação costal global com mobilização ativa dos MS até nível dos ombros, toda esta sequência sem necessidade de pausas para descansar. Um aspeto particular da intervenção deveu-se aos objetivos específicos da RFR, relacionados com a avaliação prévia (pneumotórax à direita e presença de secreções identificadas com auscultação à esquerda). À direita o objetivo era a expansão pela presença de pneumotórax (patologia restritiva) com ênfase na inspiração, e na reeducação costal seletiva esquerda com ênfase da expiração e limpeza das vias aéreas (presença de secreções). Terminámos com tosse dirigida com sustentação do tórax relacionado com presença de sutura da esternotomia. O cliente avaliou em toda a sessão o esforço como leve a moderado, monitorizada FC a meio e no final da sessão, sem elevação da FC relevante, e sem outros sinais de alerta como sudorese ou elevação da FR aparente. Todos estes aspetos revelam maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas e, em particular demonstrar conhecimento aprofundado acerca das funções cardiorrespiratória e motora (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Todo o exposto anteriormente, permite afirmar o alcance dos objetivos que visam as unidades de competência:

J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença 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 alimentação, da eliminação, e da sexualidade.

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

Capacitar acomete-nos para o que a OE defende nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001, p.10), implica a relação terapêutica que deve caracterizar-se pela *“parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”*, que tem como objetivo ajudar a pessoa a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde, sendo que esta parceria deve considerar as pessoas e meio envolvente, gerindo os recursos da comunidade. Contempla aspetos como a promoção de processos de readaptação, satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das AVD⁶¹.

Neste sentido foi possível intervir implementando programas de treino de AVD, maximizando a autonomia da pessoa ao longo do ciclo de vida, e com várias necessidades.

Em contexto hospitalar durante a intervenção junto da pessoa internada, foi possível o treino de AVD, nomeadamente junto da pessoa submetida a ATA, no sentido em que estas sofreram alterações para as quais a pessoa deve ser capacitada. Neste sentido, na locomoção e transferência (cama/cadeira/sofá ou outro) foram treinados quais os movimentos a evitar no sentido de prevenir luxação da prótese, ou seja, reforçando a premência de não fletir a coxofemoral além de 90º nem realizar adução além da linha média. Foram considerados os hábitos da pessoa, por exemplo de que lado da cama se levanta, para uma adequação do ensino ao cliente de forma individualizada, mantendo o MI afetado em extensão apoiando com o MI são ou canadiana. Foi ainda feito treino de marcha com produtos de apoio, sendo este prescrito pelo EEER de acordo com a necessidade da pessoa (andarilho ou canadianas) e respeitando a sequência canadianas, MI operado, MI são. No que diz respeito ao treino de escadas, quando a pessoa sobe deve fazê-lo respeitando a sequência: MI são, MI operado, canadianas e para descer canadianas, MI operado, MI são (Fernandes, 2017;

⁶¹ **AVD** são segundo MCEER (2011) conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos ou seja: cuidado pessoal ou Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) e atividades domésticas e comunitárias ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Assim considera a OE como ABVD: Higiene pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários; Vestuário; Alimentação; Locomoção e Transferência. AIVD referem-se à capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive e inclui as seguintes atividades ou tarefas: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte” (MCEER, Parecer nº 12/2011).

Sousa & Carvalho, 2017). Na AVD higiene pessoal, a pessoa foi treinada a utilizar a casa de banho, nomeadamente duche ou banheira, sendo adequado o treino ao que a pessoa tem no domicílio, nomeadamente na utilização da banheira para a qual deve ser providenciada uma “tábua de transferência”. No que diz respeito ao uso do sanitário, deve ser providenciado um alteador de sanita. Vestir/Despir e Calçar foram outras AVD abordadas, bem como entrar e sair do carro.

À pessoa em reabilitação cardíaca foi também realizado treino de AVD, neste sentido, o enfoque estava nas limitações necessárias associadas à própria cirurgia nomeadamente à esternotomia, e na necessidade de sustentação do tórax abraçando com os MS na transferência e levante, ou quando tossia. Outro aspeto relacionava-se com a não elevação dos MS acima da linha dos ombros o que interferia no vestir, higiene pessoal (banho, pentear, etc.) que foi necessário treinar para ser possível essa adaptação da pessoa.

No contexto comunitário, foi possível intervir com vista à maximização da independência, nomeadamente junto das crianças institucionalizadas com doença neuromuscular. Pelas limitações impostas pela doença, era visível que os cuidadores regularmente as substituíam na realização das AVD, neste sentido foi possível perceber a importância de envolver o cuidador no treino necessário para um desempenho das AVD de forma independente, já que segundo Hoeman (2000, p.722) a equipa de saúde e família “ *partilham um papel e responsabilidade importantes na modelação do futuro da criança.*” Assim, foi necessário sensibilizar para permitir às crianças, ao seu ritmo, alimentar-se ou cuidar da higiene pessoal de forma autónoma, sugerindo para isso adequação dos objetos que permitissem essa mesma capacidade, uma vez que apresentavam diminuição da força e posições anómalas dos segmentos corporais nomeadamente dos MS. Outro aspeto, foi o treino da motricidade fina, sendo que foi possível proporcionar um tapete de atividades (Apêndice XIII), que foi desenvolvido pela autora, e que permitiu treinar gestos como apertar atacadores, abotoar, abrir e fechar fechos e velcros, promovendo a autonomia e independência das AVD vestir e calçar. No que concerne à AVD controle da eliminação vesical e intestinal, a intervenção foi possível uma vez que ainda usavam fralda, sem ter sido avaliado se teriam controlo dos esfíncteres, uma vez que era mais simples mudá-las. Ao abordar o tema com a cuidadora, percebeu-se

que ambas avisavam quando estavam “suja”, sendo que permaneciam longos períodos sem urinar ou evacuar, e até seriam regulares na eliminação intestinal. Neste sentido, foi importante abordar o tema, passando as cuidadoras a colocarem regularmente (nomeadamente a seguir às refeições) as crianças na sanita, com algum sucesso.

Na UCC, uma das pessoas a que foi possível realizar algumas visitas domiciliárias, tratava-se de uma senhora com mielomenigeocele congénito operado, que estava em ECCI por necessidade de penso a UPP na região sacrococcígea, após internamento hospitalar. Era incontinente vesical e intestinal e usava fralda, sendo que a percas de fezes eram constantes. Neste sentido, foi possível sugerir o uso de tampão anal que permitiria o controlo da defecação e evitar percas involuntárias, o que iria ser discutido, para implementação, com a pessoa, sendo que até ao término do EC não foi possível perceber o sucesso dessa intervenção.

No estágio de observação, em contexto comunitário, junto de pessoas com DRC, foi possível intervir maximizando a autonomia e qualidade de vida. Segundo Cordeiro & Menoita (2014), a dispneia é descrita como o principal sintoma da DPOC associada ao aumento da incapacidade, e é o sintoma mais importante como expressão da gravidade da doença, progredindo insidiosamente ao longo dos anos (Canteiro et al., 1998), com ciclos viciosos de desadaptação ao exercício com consequente inatividade (Cordeiro & Menoita, 2014). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, a avaliação da dispneia tanto quanto possível quantificada, será um dos alvos dos programas de reabilitação respiratória (Canteiro et al., 1998). Interveio-se junto de uma pessoa com DPOC grupo D, treinando a gestão da doença respiratória, nomeadamente no treino de exercício, possibilitando assim uma maior tolerância à atividade, ou melhorando a adesão à terapêutica e a técnica inalatória. Estes aspetos serão aprofundados posteriormente, mas no que concerne ao treino de AVD, foi possível através do ensino de gestão do esforço/técnicas de conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2014), respiração com lábios semicerrados, posições de descanso e relaxamento, e necessárias adaptações na realização de AVD higiene pessoal (exp. usando um banco ou apoiando os MS), vestuário e calçado adequado e de utilização simples, e locomoção e transferência de forma faseada, alternando

períodos de atividade com períodos de descanso, e aquisição de equipamentos de oxigenoterapia portáteis e adequados (facilidade de utilização/transporte).

Finalmente, no que concerne às barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa bem como na promoção da participação social, foi possível intervir principalmente em contexto domiciliário, mas destaca-se a intervenção junto de uma pessoa que vivia sozinha, tendo regressado ao domicílio pós ATA com limitações nas AVD e AIVD, não conseguindo ir à rua para aquisição de bens essenciais. Neste caso particular a casa encontrava-se em más condições de higiene, e com vários obstáculos (moveis, tapetes, objetos decorativos, etc.). Interveio-se no sentido de procurar apoios sociais, nomeadamente da Santa Casa da Misericórdia para cuidados à casa, alimentação e apoio na higiene pessoal, bem como proporcionando na UCC um andarilho, que se mostrava um auxiliar da marcha mais seguro. Após cerca de 2 semanas de intervenção, e apesar de alguma melhoria após reeducação funcional motora, foi avaliado como insuficiente o apoio possível em UCC pelo que se propôs o internamento numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, sendo que foi fundamental sensibilizar a pessoa para essa necessidade.

De forma sumária e, considerando a pessoa idosa, foi possível a sensibilização da pessoa e família para a procura na comunidade de respostas/apoios nomeadamente de saúde, de apoio domiciliário e de programas relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, tais como em Juntas de Freguesia e Camaras Municipais.

Na temática do projeto de formação, foi ainda possível a sensibilização da equipa de saúde, nomeadamente na UCC onde decorreu o EC que deu origem à necessidade de intervenção na comunidade, nomeadamente escolar, e o qual será abordado posteriormente.

Tudo o exposto anteriormente permite declarar o alcance dos objetivos que visam as unidades de competência:

J2.1 “Elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida”;

J2.2 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”.

2.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Segundo Vale (2009), remetendo para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁶², a funcionalidade é o termo geral utilizado para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, correspondendo aos aspetos positivos da interação entre a pessoa (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). O EEER, é um profissional de saúde com uma intervenção privilegiada na equipa multidisciplinar pois *“Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal”* (Regulamento n.º 392/2019, 2019). No que concerne à competência supracitada, esta remete-nos para o que Orem avoca na sua teoria de sistemas de enfermagem, que determinam a forma como o enfermeiro intervém junto da pessoa. A avaliação que foi feita à pessoa utilizando a teoria de Orem e os seus requisitos de AC, permitiu identificar “forças e fraquezas” nas pessoas cuidadas, no que se relaciona com a sua capacidade de se autocuidar, identificando as suas necessidades, sendo fundamental a sua participação na formulação do plano de intervenção, uma vez que o enfermeiro irá guiar a pessoa, fazendo com que tenha cada vez mais independência.

Foi desenvolvido em contexto hospitalar, junto da pessoa com patologia respiratória, programas de reabilitação respiratória com vista à melhoria das alterações decorrentes da patologia, que inferem desequilíbrios na relação ventilação/perfusão, por forma a assegurar e maximizar a capacidade funcional da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades ou minimizar o impacto da doença, em especial no que concerne à doença respiratória crónica (MCEER, 2018). Assim, decorrente dos objetivos a alcançar com a intervenção de ER, foi possível avaliar melhoria no padrão ventilatório, nomeadamente através da melhoria da saturação periférica de oxigénio, da diminuição dos ruídos adventícios na auscultação, melhoria nos sinais de dificuldade respiratória e na tolerância progressiva ao esforço. Em concreto, foi possível intervir junto de uma senhora com pneumonia, em contexto de doença oncológica, a realizar

⁶² A CIF é um sistema de classificação da OMS, constituindo o quadro de referência universal adotado para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade, quer ao nível individual, quer ao nível da população (Vale, 2009). O objetivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (OMS, 2004).

quimioterapia e com caquexia, onde era visível dispneia, em particular ortopneia, que infligia a que permanecesse na cama e dependente de cuidados. No caso particular, foi possível intervir realizando RFR de acordo com a tolerância da pessoa. Para além das técnicas de descanso e relaxamento, através de um posicionamento correto e consciencialização da respiração, foi possível corrigir os defeitos ventilatórios melhorando a ventilação alveolar. Realizando respiração diafragmática, expiração lábios semicerrados, reeducação diafragmática e costal com mobilização dos MS considerando a tolerância aos exercícios e, posteriormente, através da drenagem postural e do ensino do Huff e/ou tosse eficaz, promoveu-se a limpeza das vias aéreas. Esta intervenção, permitiu a diminuição progressiva da administração de oxigénio por óculos nasais e da dispneia, especialmente na realização da RFR. Foi essencial a avaliação e aferição junto da cliente do esforço, utilizando a escala de Borg modificada, bem como a apreciação por parte da cliente da fadiga, tendo para isso sido essencial a FACIT. No que concerne à RFM, visando a prevenção das complicações inerentes à imobilidade⁶³, foi feito levantar para o cadeirão, incentivando períodos de permanência alternados entre a cama e o cadeirão, proporcionando ainda neste de atividades do seu gosto, como escrita (poemas) e palavras cruzadas. Promoveu-se ainda a mobilidade ensinando e treinando exercícios de mobilização articular ativa dos MS e MI, e fortalecimento muscular, transferências cama/cadeira e treino de marcha com aumento progressivo da distância. Desta forma foi possível um aumento de tolerância ao esforço, reduzindo a dispneia e aumentando a tolerância na execução das AVD (como ir à casa de banho) (Cordeiro & Menoita, 2012).

Realizou-se RFM a doentes submetidos a ATA e ATJ, com o objetivo de maximizar a funcionalidade, promovendo o fortalecimento muscular, melhorando a estabilidade articular e mantendo a amplitude articular nos limites impostos pela cirurgia, bem como o treino de AVD e suas alterações decorrentes da intervenção. Desta forma para além dos exercícios realizados na cama e cadeira, bem como ensinamentos de transferência e treino de marcha com auxiliar (canadianas

⁶³ A **consequências da imobilidade** relacionam-se com o facto do corpo humano ter sido desenhado para ser móvel, sendo necessário que exista atividade física para um bom funcionamento do sistema músculo-esquelético e consequentemente a manutenção do bom funcionamento dos órgãos internos. A imobilidade afeta, portanto, todos os sistemas orgânicos de uma forma global, nomeadamente os sistemas: cardiovascular, respiratório, geniturinário, gastrointestinal, nervoso central, metabólico e músculo-esquelético (contraturas da musculatura da coluna vertebral e dos membros, fraqueza muscular, osteoporose). Pode alterar o estado emocional do indivíduo, independentemente da causa que a motivou, podendo despoletar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional e isolamento social (Lima, 2014).

ou andarilho), foi possível realizar treino de subir e descer escadas e atividades de vida diárias, visando a melhoria na independência funcional, qualidade de vida, mobilidade e equilíbrio (Sousa & Carvalho, 2017).

Na comunidade, foi realizado junto da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de internamento prolongado ou outras patologias, RFM com vista ao fortalecimento muscular dos MS e MI, através de exercícios de mobilização ativa resistida através do uso de pesos, sendo necessário ajustar a intervenção no domicílio recorrendo por exemplo ao uso de pacotes de leite, de arroz, garrafas de água, bolas e outros, e ainda equipamentos como pedaleiras. Foi também realizado treino de equilíbrio através de alternância de carga nos MI, apoio unipodal, contorno de obstáculos e treinar o andar com auxiliar de marcha, que permitiram maximizar a função motora, aumentando a autonomia e independência e melhorando a autoestima da pessoa.

Finalmente, foi possível junto de duas crianças, com doença neuromuscular, maximizar a função respiratória, através do ensino e treino de huff e tosse dirigida, promovendo a aquisição dessa aprendizagem. Para tal, e por se encontrarem em idade pré-escolar, houve a necessidade de pesquisa de atividades adequadas a esta idade para uma maior participação no programa de RFR, uma vez que segundo Cordeiro e Menoita (2012, p.322), as *“crianças em idade pré-escolar, já podem ser introduzidas brincadeiras que a podem conduzir a realizar os exercícios de forma ativa”*. Desta forma, foi possível treinar consciencialização da respiração usando objetos como uma flor, ou um perfume para cheirar para treino de inspiração pelo nariz, e expiração lábios semicerrados “soprando” um moinho de vento, ou expiração forçada com glote aberta ou huff utilizando um espelho para “embaciar”. Foi ainda realizado ensino aos cuidadores para uma gestão da terapêutica através de nebulização, instilação nasal de soro fisiológico, aspiração de secreções nasais e incentivo para a utilização regular das técnicas supracitadas. Os objetos disponibilizados e o ensino para a sua utilização regular, permitirão uma gestão mais eficaz da doença, prevenindo complicações associadas às alterações pulmonares relacionadas com a fraqueza muscular e que inferem alterações das propriedades mecânicas pulmonares e da caixa torácica, diminuição da força e velocidade de contração dos músculos expiratórios que resultam em picos de fluxo expiratório baixos (Marques, 2012).

O exposto, possibilita afirmar o alcance dos objetivos que visam as unidades de competência:

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.

2.3 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O presente subcapítulo visa descrever e analisar as atividades desenvolvidas no ensino clínico, que permitirão demonstrar o alcance do objetivo geral *“Desenvolver competências no domínio da supervisão, liderança e gestão de cuidados de enfermagem, promovendo a sua continuidade, qualidade e segurança”*. Objetivando, foram delineados objetivos específicos, que balizavam as competências comuns de EE previstas no Regulamento n.º 140/2019.

2.3.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para o alcance das competências que se relacionam com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram delineados dois objetivos nomeadamente *“Demonstrar uma tomada decisão ética na prática especializada de enfermagem de reabilitação, suportada em princípios, valores e normas deontológicas”* e *“Gerir as práticas que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade da pessoa”*.

Neste sentido, foi realizada visita aos locais de estágio, anterior ao início dos mesmos, e feita apresentação formal junto da equipa/instituição para tomada de conhecimento dos objetivos a alcançar com o estágio, bem como do projeto de formação a desenvolver. Foi ainda feita entrevista, para a qual foi elaborado um guião, no sentido de conhecer o funcionamento da equipa, bem como os princípios e valores da instituição, para que fosse possível uma adaptação aos mesmos, bem como as patologias mais recorrentes e intervenção do EEER. Este passo foi fulcral para uma preparação para o novo papel a desempenhar, uma vez que, segundo Menezes (1996), o processo formativo do sujeito ressalta da

consciencialização de si como sendo formado pelos "outros" (hétero-formação) e pelo "Mundo" (eco formação), bem como por si próprio, sendo para isso fundamental a pesquisa pré-praxis. Outra atividade importante, foi o desenvolvimento de jornais de aprendizagem sobre os locais de EC, que permitiram através da pesquisa, entrevista e reflexão analisar os locais, as práticas e as intervenções, tomando consciência das aprendizagens realizadas. A este processo podemos chamar de autoformação, uma vez que Meneses citando Galvani (1991, p.22), se refere a este como "*processo de apropriação do seu poder de formação*" e pressupõe uma tomada de consciência do meio, que influencia o seu próprio processo de formação (Meneses, 1996). Esta atitude perante a autoformação, implicou o assumir com responsabilidade a conduta de estudante, visível no empenho na aprendizagem e disponibilidade para participar nas atividades propostas. Em concreto foi possível, no contexto hospitalar, pela diversidade de experiências possíveis nas diferentes áreas de intervenção, autodefinir o plano de estágio em função das áreas a desenvolver, uma vez que "*... a planificação consciente e deliberada (...) ajuda a ganhar eficiência e organização*" (Benner, 2001, p.54). A verificação e leitura dos protocolos, normas de atuação existentes, bem como dos projetos desenvolvidos, foi realizada de forma transversal aos contextos de EC, desta forma foi possível manter práticas reguladas pelo código deontológico vigente para a enfermagem, bem como identificar necessidades dos serviços que pudessem ser colmatadas. O processo de integração nas equipas decorreu sem incidentes, sendo assumida progressivamente uma maior intervenção junto da pessoa, que pressupôs a necessária análise de cada caso e discussão do plano de reabilitação a desenvolver seja com a pessoa, seja com os diferentes orientadores. a base da intervenção pressupõe uma avaliação minuciosa, como afirmado anteriormente, prevendo a defesa da liberdade e dignidade da pessoa, e o respeito na relação profissional dos valores universais. Para isso, foi identificada de forma assídua, a capacidade e a vontade da pessoa, sendo promovida a sua participação de forma crescente, bem como respeitada a sua autonomia, e ainda a família. Salienta-se uma observação atenta da pessoa e família, antes durante e após a intervenção mantendo uma escuta ativa e disponibilidade, e procurando identificar necessidades da pessoa sejam de AC, familiares, socioeconómicas, educativas, etc., que seriam posteriormente discutidas com a equipa. Concretizando, foi possível identificar dificuldades dos familiares nos cuidados à pessoa

dependente, bem como necessidades de esclarecimento e educação, tendo-se atuado no sentido de colmatar essas necessidades. A linguagem utilizada, adequada a cada pessoa, e isenta muitas vezes de termos técnicos, permitiu uma compreensão mais clara por parte das pessoas, bem como a informação clara sobre a intervenção a realizar assegurando o consentimento da pessoa e respeitando as suas escolhas e capacidades, desta forma respeita-se o direito à autodeterminação⁶⁴ (OE, 2005). A observação permitiu ainda identificar, seja em contexto hospitalar ou comunitário, barreiras como as associadas aos processos de envelhecimento ou a ptofobia⁶⁵, considerando-as na intervenção, e sobre os quais houve a necessidade de refletir e aprofundar conhecimentos, de forma a encontrar estratégias para intervir de forma eficaz, pelo que essa reflexão foi concretizada na forma escrita (Apêndices XIV e XV). A comunicação é outro aspeto a ressaltar, uma vez é a base para uma relação de ajuda profissional. Segundo Coelho (2015, p.98) citando Chalifour (2008), esta permite *“criar as melhores condições possíveis para ajudar o cliente a enfrentar as dificuldades, a reconhecer-se como um ser único e a ajudá-lo a adquirir uma maior consciência de si, e a aceder aos seus recursos pessoais”*. É possível afirmar um olhar atento sobre a pessoa, e a sua comunicação verbal e não-verbal, que permitiu avaliar as suas necessidades e capacidades, respeitando-as, bem como os seus valores. Citando Hoeman (2000, p.39), o EEER deve, na sua relação com o cliente, adquirir *“conhecimento relacional pela escuta das necessidades e valores dos outros, bem como pela procura de pistas que indiquem que a outra pessoa tem capacidade para lidar com o problema”*. Um exemplo poderá ser a utilização da escala modificada de Borg durante a intervenção para avaliação do esforço (MCEER, 2016), que permitiu de forma objetiva que a pessoa participasse no programa de reabilitação seja em contexto hospitalar ou comunitário, gerindo a sua participação de acordo com a sua capacidade, ou avaliando o que *“a pessoa pode fazer sozinha, do que pode fazer com ajuda ou do que já não pode fazer”* (OE, 2005, p.144). Esta aspeto particular foi evidente em contexto hospitalar na intervenção junto de uma pessoa em cuidados paliativos, com caquexia e com

⁶⁴ No respeito pelo direito à **autodeterminação**, assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem; d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (OE, 2005).

⁶⁵ A **Ptofobia** ou o medo de cair, é uma síndrome reconhecida desde 1982 por Murphy e Isaacs, após observarem em pessoas idosas a existência de medo para andar após queda (Lage, Almendra, Braga, & Araújo, 2017). Este medo está associado à perda de confiança na manutenção do equilíbrio e à preocupação com a ocorrência de queda e com as consequências que possam daí advir.

dependência total (Índice Barthel) nas AVD, ou em contexto comunitário intervindo junto de um idoso com dependência severa (Índice de Barthel) nas AVD, ou ainda em contexto comunitário na intervenção junto da pessoa com DPOC de grau muito grave (GOLD⁶⁶ 4) no contexto do EC estágio de observação. Finalmente, considerou-se também na prática, os limites aos cuidados, uma vez que os cuidados têm de fazer sentido ao enfermeiro, e sobretudo à pessoa cuidada/família, através da reflexão acerca do sentido, da razão de ser e da oportunidade desses cuidados, pois estes só *“ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”* (OE, 2005, p. 144). Como exemplo disso, salienta-se a definição de objetivos a atingir com a intervenção tais como “ir à rua”, que considerava o significado atribuído a esse objetivo pela pessoa, bem como o momento adequado, considerando as limitações, sejam elas de origem pessoal, material ou familiar.

Considera-se ainda a intervenção junto de 2 crianças com doença neuromuscular institucionalizadas, e retiradas aos cuidados dos pais, por situação de risco social. Esta instituição tem como objetivo o encaminhamento de cada uma das crianças para uma vida digna, seja no regresso à família biológica, ou na integração numa família de adoção. A intervenção necessariamente previu o respeito pelas regras da própria instituição, visível no pedido formal para intervenção por parte de pessoas externas à UCC junto das crianças, bem como o dever do sigilo, uma vez que *“o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão”* (OE, 2005, p.114). Destaca-se o aspeto do estudo de caso que incidiu nesta intervenção e partilhado em contexto escolar que considerou a manutenção do anonimato (artigo 85º do código deontológico e pressupôs o respetivo pedido de autorização junto das pessoas responsáveis pelas crianças.

Tudo o exposto permitiu afirmar o alcance das competências comuns:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

⁶⁶ In 1998, with the cooperation of the National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health and the World Health Organization the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (**GOLD**) was implemented. Its goals were to increase awareness of the burden of COPD and to improve prevention and management of COPD through a concerted worldwide effort of people involved in all facets of healthcare and healthcare policy. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019)

- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2.3.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Visando o alcance das competências relacionados com o domínio da melhoria da qualidade, foram elaborados os objetivos *“Participar em projetos institucionais de melhoria da qualidade na área da reabilitação”, “Participar em programas de melhoria contínua da qualidade” e “Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança da pessoa, gerindo o risco”*.

A qualidade em enfermagem resulta de uma preocupação transversal à profissão e aos profissionais, traduzido na busca de definir padrões de qualidade dos cuidados, procura-se uma melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, que parte da reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). As instituições e os seus enfermeiros, e em particular os EEER, procuram contribuir com os seus cuidados especializados para a saúde das populações, através da melhoria contínua da qualidade do seu exercício profissional (ACEER, 2015) como retratam os enunciados descritivos dos PQCEER. Nesse sentido as instituições de saúde desempenham um papel importante comprometendo-se em criar um ambiente favorável à implementação e consolidação de projetos de qualidade que devem fazer parte da sua rotina (OE, 2001). Embora a palavra qualidade encerre em si uma definição difícil de alcançar, Hesbeen (2001, p.49) sublinha que qualidade da prática de cuidados alvitra para complexidade, subtilidade, contexto político, cultural, organizacional, etc., afirmando que, será *“em última análise, determinada pelo olhar da pessoa que cuida, que se cruza e encontra com o da pessoa cuidada e que permite uma certa forma de entendimento recíproco...”*. Segundo o mesmo autor, e alargando esse conceito para as instituições, percebe-se que, quer sejam estruturas hospitalares ou extra-hospitalares, abundam fatores que contribuem para essa mesma qualidade, sendo que estas devem estar orientadas no sentido de fomentar um *“espírito de cuidar”* (Hesbeen, 2001, p.62), destacando aspetos como: espaço para que o profissional possa ser autor de iniciativas, a existência de projetos que visem os cuidados e o cuidar da pessoa, a existência de um clima favorável ao sentido de equipa e espaços de discussão, o rigoroso cumprimento

de normas de segurança, a gestão dos recursos humanos que permita uma atuação segura bem como os meios e materiais.

Em ambos os contextos de EC, foi possível o conhecimento de normas de procedimento para o seu rigoroso cumprimento, bem como a atuação segura em função dos meios disponíveis, visando na prestação a segurança do doente⁶⁷. Por outro lado, ao assumir com responsabilidade do seu papel de aluno, e na formação da sua nova identidade profissional com EEER, procurou-se uma participação ativa através da difusão da melhor evidência permitindo informar as ações de ER, de maneira crítica e viável para melhoria do desempenho (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2012).

Em contexto hospitalar, salienta-se a gestão de riscos associado à prática, procurando comportamentos que não comprometessem a pessoa, como é exemplo o rigor na utilização de práticas que promovam o controlo das infeções, nos cuidados à pessoa, bem como o respeito criterioso pelo isolamento de contacto fosse ele protetor⁶⁸ ou de contenção⁶⁹. Por outro lado, a avaliação criteriosa das capacidades da pessoa, e discussão das práticas bem como do plano de reabilitação a implementar com a equipa multidisciplinar, e ainda o envolvimento da própria pessoa alvo de cuidados nesse planeamento, permitiu assegurar uma intervenção segura, uma vez que os riscos seja de quedas, úlceras por pressão e outros associados à própria patologia ou intervenções a que a pessoa foi sujeita. Regularmente, antecedendo a intervenção foi possível consultar os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, particularmente da equipa de enfermagem responsável pela pessoa, obtendo dados que pudessem comprometer ou limitar a intervenção (febre, agravamento hemodinâmico, valores de análises, indicações médicas ou outros, terapêutica, etc.), bem como a transmissão regular da “condição da pessoa” após a intervenção e cuidados a ter (exp. Posicionamento, redução ou aumento de oxigénio, etc.). A transmissão de informação entre profissionais de saúde é prioritária em todos os momentos de transição de cuidados, e deve obedecer a uma comunicação eficaz (Direção-Geral da Saúde, 2017b) prevenindo falhas de comunicação relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão ou falta de

⁶⁷ Segurança do doente: redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro (DGS, 2017b)

⁶⁸ **Isolamento protetor** refere-se ao que é estabelecido para proteger das infeções um indivíduo imunocomprometido (Ducel et al., 2002).

⁶⁹ **Isolamento de Contenção** refere-se ao que visa a prevenção da transmissão dos agentes infecciosos de um indivíduo para os outros (Ducel et al., 2002)

priorização das atividades. Também a comunicação clara com a pessoa e familiares/cuidadores intentou a diminuição de riscos, como foi explanado anteriormente, sendo feito regularmente a gestão de barreiras (ambientais, da pessoa ou outras) e a identificação positiva da compreensão da informação transmitida. Por ser uma instituição que procura ser visada com uma política “*paper free*”, procurou-se a utilização mínima de papel, apenas ao indispensável para cuidados seguros ou identificação positiva da pessoa, consultando, antes da interação/intervenção, o processo em formato digital. A informação escrita também foi executada da forma mais completa possível e respeitando as indicações institucionais, mantendo em todos os momentos o sigilo e a privacidade da pessoa e família.

No que diz respeito à participação em projetos institucionais e/ou programas de melhoria dos cuidados, foi possível a identificação da necessidade de elaboração de um panfleto relacionado com a doença pulmonar obstrutiva, nomeadamente de exercícios respiratórios e algumas recomendações a atribuir a estes doentes no momento da alta. Desta forma, procurou-se respeitar as indicações da própria equipa e instituição, concebendo um documento de perceção e linguagem simples, com imagens que demonstrassem os exercícios a realizar no domicílio, e que deveriam ser os mesmos ou similares aos efetuados durante o internamento. Com este documento, pretende-se fornecer um suporte escrito que permite assegurar a compreensão adequada da informação, possibilitando no domicílio, uma sistematização da mesma favorecendo o seu cumprimento (Silva, 2017 citando Charepe e Figueiredo, 2011).

Em contexto comunitário, a participação na discussão de casos clínicos, permitiu assumir um papel ativo através da procura de informação/evidência pertinente, visando suprir as necessidades encontradas na UCC. Por ser uma realidade diferente do hospital, uma vez que os cuidados são prestados no ambiente das pessoas, e não em ambiente controlado como o hospitalar, foi possível a identificação de riscos, nomeadamente no que diz respeito aos idosos e ao ambiente doméstico, tal como o risco de quedas. A participação em ações de formação desenvolvidas na UCC, e que visavam a sensibilização/formação da equipa e população sobre o tema, foi importante para perceber os fatores associados ao aumento do risco e a sua prevenção, sendo possível incluir essa mesma informação na prática, na intervenção. Para além do exposto, e por a orientadora de estágio ser a gestora da UCC, o que implica o desempenho de

várias funções e colaboração em diversos projetos, foi possível colaborar com a mesma visando a excelência no exercício profissional, e refletindo no papel do enfermeiro como gestor (Apêndice IV) Desta forma, foi possível colaborar em diversos projetos, tal como o de formação de cuidadores informais, especificamente através da elaboração de um panfleto que serviria de suporte a uma das ações de formação relacionadas com a prevenção de úlceras de pressão (Apêndice XVI). Este, tem como objetivo principal ser um documento ilustrativo de suporte para princípios de um posicionamento correto e recomendações gerais, particularmente no cuidar de pessoas com limitação grave da mobilidade ou acamadas, seja este fator permanente ou provisório.

A condicionante existente de limitação de recursos humanos, nomeadamente de EEER na equipa, concomitantemente com uma população alvo, com necessidades especiais, limitação da atividade, restrição da participação e alteração da funcionalidade, com carência de intervenção especializada, conduziu à necessidade de formar os pares, capacitando-os para a implementação de alguns exercícios que visavam a função motora e respiratória. Pretendia-se reduzir riscos e visar a máxima capacidade funcional da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Nesse contexto, foi útil uma ação de formação relacionada com exercícios respiratórios (Apêndice XVII) a realizar no domicílio, por pessoas acamadas ou de mobilidade reduzida, que contemplava fundamentação teórica e prática, e ainda a realização de um panfleto sobre o tema “Exercícios Respiratórios” (Apêndice XVIII), que serviria de suporte aos enfermeiros e ainda aos utentes no domicílio. Pretendeu-se com esta formação capacitar os enfermeiros, para que sejam asseguradas respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde esta UCC está inserida (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009). Visando as pessoas alvo de cuidados, que no geral se tratam de idosos com limitações, e objetivando prevenir complicações ventilatórias associadas à imobilidade tais como: restrição movimento torácico, a presença de uma respiração superficial com risco de acumulação de secreções, associada a uma limpeza das vias aéreas ineficaz, com conseqüente aumento do risco infeções respiratórias e desequilíbrios entre a ventilação/perfusão (Padilha & Sousa , 2017). Este aspeto assenta na premissa de que um envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das capacidades

individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam (DGS, 2018).

A colaboração com os diferentes núcleos da UCC, nomeadamente o NACJR, acompanhando os projetos desenvolvidos na comunidade, e particularmente nas escolas, proporcionou a participação em atividades desenvolvidas na escola, nas quais se destaca ações de formação relacionadas com os principais riscos de acidente e intervenção imediata, em concreto “Primeiros Socorros”.

Finalmente, e por ter sido assinalado nas escolas uma elevada incidência de crianças com asma/rinite, e identificada necessidade de intervenção por parte do NACJR, foi possível a implementação de ações que se relacionam com o PF, as quais serão descritas posteriormente.

Tudo o exposto permitiu afirmar o alcance das competências comuns expressas no Regulamento n.º 140/2019:

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

2.3.3 Competências do domínio da gestão de cuidados

Para a aquisição de competências do domínio da gestão de cuidados delinearam-se objetivos “*Gerir a qualidade e segurança dos cuidados prestados pela equipa de saúde*” e “*Ajustar os recursos às necessidades dos cuidados*”.

Parece claro pelo exposto ao longo deste relatório, assumir o alcance dos objetivos delineados. Relaciona-se esta afirmação à integração nas equipas, pela apropriação de diferentes dinâmicas, relacionando-as com a estrutura e a cultura organizacional que influenciam a intervenção das equipas e conseqüentemente do aluno. Ciente dessa realidade, é possível afirmar uma participação crescente e segura, com o necessário respeitando os métodos de trabalho.

No contexto hospitalar, foi possível observar a organização do trabalho de ER em função das necessidades de intervenção diárias, sendo recorrente a distribuição de doentes pelos EEER disponíveis respeitando sempre que possível

um contacto e conhecimento prévio. Antes dessa distribuição, a equipa reúne-se discutindo os casos e analisando a intervenção necessária em função dos objetivos. Foi possível progressivamente participar nessas discussões, fornecendo informações relativas à pessoa, ao seu plano de intervenção, às suas necessidades e capacidades de participação, bem como os resultados obtidos anteriormente. Eram analisados ainda recorrentemente recursos da pessoa/família, sua influência no plano de intervenção, bem como a prescrição de equipamentos visando melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019). A articulação com a equipa multidisciplinar, identificando necessidades de intervenção de outros profissionais com a necessária notificação, bem como, a articulação com a restante equipa de enfermagem, concretizou a valorização da multiplicidade de competências, permitindo práticas mais ricas, atentas e orientadas para o bem estar do doente (Gelas, 2004). Procurou-se regularmente a continuidade de cuidados, através do registo escrito e da comunicação eficaz na transferência de cuidados e na preparação de uma alta segura, sendo que se salienta a importância dada à avaliação nas diferentes situações do EEER, na determinação do momento indicado para a mesma.

Em contexto comunitário, vivenciou-se um modelo de trabalho que prevê o acompanhamento contínuo das pessoas, ou o de enfermeiro gestor de caso, assim foi possível assegurar desde a admissão e até à alta uma avaliação e intervenção individualizada, sempre pelo mesmo enfermeiro. Segundo Hesbeen (2001) este modelo torna a intervenção mais eficaz, evita perdas de tempo, uma melhor programação dos cuidados e uma gestão do tempo de intervenção mais eficaz evitando “internamento” muito prolongados ou altas precoces. Por outro lado a relação de ajuda estabelecida, em que o cuidar assume um encontro que se descobre, inventa e investe a cada momento (Petit, 2004). Para além dos aspetos realçados anteriormente, foi possível um maior incremento na aquisição do papel de enfermeiro como gestor de cuidados e recursos humanos e materiais. Muitas vezes foi verificado escassez de recursos, levando a uma necessidade de gestão dos recursos da comunidade, sendo o EEER muitas vezes um intermediário, bem como sendo recorrente a necessidade de adequação dos recursos existentes, identificando o papel da criatividade. Neste contexto, o EEER avalia a dualidade entre a necessidade de cuidados e a capacidade de resposta da equipa, identificando situações em que foi necessário reencaminhar a pessoa

para outras unidades de cuidados, sejam elas hospitalares ou unidades de reabilitação (exp. Unidades de média e longa duração), bem como propor apoios necessários, possível através da equipa da unidade de cuidados continuados integrados uma vez que contempla múltiplos profissionais. Em reuniões multidisciplinares regulares, era possível a análise de casos e adequação da resposta, uma vez que a UCC constitui uma forma inovadora de prestação de cuidados à comunidade, já que “*assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida*” (Diário da República 2.^a série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009).

As formações realizadas à equipa, bem como a acessibilidade de documentos escritos, permitiu colmatar necessidades dos cuidadores de estarem seguros das suas competências, que se tornará visível na sua participação e na própria dinâmica do grupo (Gelas, 2004), gerindo de forma eficaz os recursos, adaptando-os às necessidades. Este aspeto parece particularmente delicado e polémico, uma vez que segundo Walter Hesbeen (2001) a dotação de efetivos é um assunto sensível, uma vez que os recursos humanos ocupam o primeiro lugar nos orçamentos, sendo por isso naturalmente onde muitas vezes se procura economizar.

Após o exposto, alvitra-se a aquisição das competências segundo o Regulamento n.º 140/2019:

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

2.3.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais

No domínio das aprendizagens profissionais, pretendeu-se “*Demonstrar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua influência na prestação de cuidados*” e “*Sustentar a tomada de decisão no conhecimento atual*”.

Segundo Hesbeen (2001, p.74) “*o comportamento e a competência dos prestadores de cuidados devem estar associados ao grau de consciência da sua responsabilidade*”, sendo que a competência, citando Le Boterf aponta para a

ação que combina o “*saber agir*”, o “*poder agir*” e o “*querer agir*”, associado à responsabilidade moral⁷⁰ e jurídica⁷¹. Assume-se uma postura ativa perante a formação profissional, alvejando a aquisição de novas competências, e uma atualização constante, que requer um esforço de reflexão e pesquisa a par com a experiência. Enquanto profissionais, segundo Hesbeen (2001, p.64), a experiência por si só não gera conhecimento ou competência, embora possa adquirir-se “*destreza dos gestos executados*”, para existir um enriquecimento profissional a experiência precisa ser refletida, discutida e conceptualizada. Também Meneses (1996) citando Pineau (1991), aborda a formação pela experiência como pressupondo o contacto com os outros e com o ambiente, mas refletindo sobre isso, ou seja a necessidade de um processo cognitivo, que percecion e transforme a experiência. Assim, os jornais de aprendizagem, estudos de caso e partilha de experiências e conhecimentos em sala de aula, bem como a discussão e avaliação das experiências em estágio, planos de intervenção delineados seja com o docente seja com o OC, permitiram essa mesma reflexão e, conseqüente aprendizagem. Meneses (1996, p.25) citando Josso (1989), reitera esta afirmação assumindo que se gera aprendizagem quando se “*articula saber-fazer e conhecimentos, funcionalidade e significação, técnicas e valores, num espaço-tempo que oferece a cada um a oportunidade duma presença em si e na situação, através duma pluralidade de registos (psicológico, sociológico, cultural, económico, etc.)*”.

A procura pelas oportunidades de participação, e melhoria dos cuidados de ER prestados nos diferentes contextos de estágio, procurando diagnosticar necessidades seja de elaboração ou construção de instrumentos ou formação, procura de evidência científica ou oportunidades para desenvolver ou implementar projetos relacionados com o seu projeto individual de formação.

Salienta-se em contexto comunitário, a identificação da necessidade de uma escala de avaliação de funcionalidade na criança, em particular a criança com deficiência, uma vez que as escalas preconizadas e usadas se relacionam com o adulto. Apesar da utilização da escala de avaliação do desenvolvimento infantil Mary Sheridan preconizada pela DGS, esta mostra-se insuficiente porque avalia as capacidades da criança em função de parâmetros normais do desenvolvimento, avaliando a criança de acordo com os mesmos (DGS, 2012). A

⁷⁰ **Responsabilidade moral** refere-se à capacidade de responder pelos seus atos perante a pessoa de quem se cuida (Walter Hesbeen, 2001)

⁷¹ **Responsabilidade jurídica** reporta-se a uma prática de cuidados refletida que evita correr riscos.

PEDI ou Pediatric Evaluation of Disability Inventory (Anexo I), utilizado numa consulta de desenvolvimento infantil de um hospital central da área de Lisboa, surgiu como um instrumento de fácil utilização e eficaz, uma vez que determina a capacidade funcional e a performance da criança, nas atividades da vida diária, no que concerne à mobilidade, autocuidado e função social em crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 7 anos (Vasconcelos, 2008). Este instrumento permite evidenciar a capacidade da criança para realizar tarefas específicas, a assistência necessária por parte do cuidador e as modificações ambientais necessária para facilitar uma determinada habilidade funcional (Vasconcelos, 2008), bem como, de acordo com Mélo (2011, p.30) *“descobrir déficits funcionais, acompanhar progressos e analisar o resultado de intervenções”*.

No que se relaciona com a temática da imobilidade na pessoa idosa, como referido anteriormente, foi identificada a necessidade de formação dos pares, enfermeiros da UCC, sobre exercícios a implementar em domicílio, no sentido de prevenir complicações. Concomitantemente, foi desenvolvido um panfleto de apoio (à equipa e à pessoa), uma vez que atualmente não existem os recursos humanos suficientes para corresponder as necessidades da população. Com uma adesão à formação da quase totalidade dos enfermeiros da UCC, este foi ainda um espaço para o esclarecimento de dúvidas da equipa.

Outro projeto desenvolvido, relacionou-se com o PF. Após a identificação na escola de uma percentagem significativa de crianças com rinite/asma. Foi desenvolvida uma formação à NCJR, sobre um instrumento de avaliação do controlo da asma (Apêndice VIII), e que deu origem à sua implementação nas escolas. Os resultados, encontram-se atualmente em fase de apreciação, após o que se irão desenvolver ações, em função das necessidades, e para o qual a autora mantém uma parceria, como consultora. Ainda neste âmbito, e no sentido de oferecer uma resposta célere, relacionada com as necessidades reconhecidas na população escolar, foi possível a realização de uma ação de formação para docentes e auxiliares de ação educativa, relacionada com a identificação e atuação perante um episódio de agudização da doença (Apêndice IX). Esta ação na escola tornou-se prioritária, uma vez que segundo Cicutto et al. (2017), se preconiza a intervenção do EEER como consultor e formador, educando e treinando enfermeiros e outros profissionais, nomeadamente na comunidade escolar, para um controlo eficaz da asma, o que é reiterado no Programa

Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2012). Neste último, preconiza-se que a equipa de saúde identifique, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizando-as e proporcionando apoio continuado, promovendo a articulação entre os intervenientes (DGS, 2012, p. 30).

Salienta-se ainda, a reflexão da prática e do desempenho enquanto discente, visível nas reflexões de autoavaliação regulares juntamente com o OC e docente, procurando desenvolver aspetos identificados como suscetíveis de melhoria na participação no EC, nos diferentes contextos.

A tomada de decisão fundamentada, parece à autora ter sido demonstrada ao longo do relatório e ainda visível ainda nos JA desenvolvidos.

A autonomia, enquanto profissional, e no exercício da ER, segundo Barata (2017), não é possível sem uma contínua atualização dos conhecimentos. A participação nas 5as jornadas do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias, nos dias 7 e 8 de junho, sobre o tema “Respirar com qualidade”, permitiu uma atualização em diversas temáticas relacionada com a doença respiratória, nomeadamente a Asma (Anexo III).

Tudo o exposto permite expor o alcance das competências expostas no Regulamento n.º 140/2019:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO

Segundo Meneses (1996), a formação é o catalisador de uma sociedade em mudança, e tem como objetivo dar resposta às dificuldades e desafios que essa mudança ou evolução trazem. Poderemos falar em competência(s) que, enquanto atores em saúde, precisamos demonstrar, o que nos remete para o conceito de competência profissional. Esta, segundo Barata (2017, p.129) não deve ser *“apenas um saber individual, produto de um contexto em que se desenvolve”* mas, no contexto da profissão, a construção de novos saberes e/ou *“comportamentos adaptativos”*. A construção do presente RE, na perspetiva em que exigiu uma reflexão das atividades desenvolvidas, e aprendizagens adquiridas, constitui-o como um instrumento vital para a aprendizagem. Este princípio, assume a reflexão como prática que leva ao reconhecimento de forças e fraquezas (Peixoto & Peixoto, 2016), pois *“de uma forma geral a prática reflexiva corresponde às atividades intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem, para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão”* (citando Boud, Keogh, & Walker, 1985). Assumir aprendizagens, concorre para assumir uma transformação, e a aquisição de uma nova identidade profissional.

De uma forma sumária, pretende-se através de uma estratégia SWOT, procurar no percurso desenvolvido, forças (strengths), fraquezas (weaknesses), oportunidades (opportunities) e ameaças (threats), no alcance dos objetivos delineados, identificando potencialidades individuais e aspetos a desenvolver.

Como forças, identificam-se empenho na aprendizagem visível na pesquisa científica, e na concretização das atividades propostas seja pela própria unidade curricular, docente orientador e orientador clínico. Visando uma prática de excelência e segura, ou competente, foi constante a procura do saber (competência teórica) que mobilizado para o saber fazer (competência prática) permitiu a construção e a transformação dos recursos individuais (Barata, 2017). Toda esta ação ou intervenção, tiveram como base uma relação, um “saber ser” (competências sociais e comportamentais) evidente no respeito pelo outro, pelas suas capacidades e potencialidades e na integração nas equipas, respeitando a cultura organizacional. A relação assumiu particular “papel construtivo”, pela diversidade de contextos em que a aprendizagem ocorreu, uma vez que segundo Darras (2004) a formação visa práticas que estão em constante reinvenção e

objetivam *“cuidar de cada paciente”*. Salieta-se um “olhar” para a pessoa relacionando-a como elemento de uma família e comunidade, com as suas forças e limitações, inerentes ao processo de doença e capacidades de resposta às necessidades, integrando todos estes aspetos na intervenção. Foi possível perceber de forma célere os resultados positivos alcançados com a intervenção do EEER, sendo possível constatar a sua contribuição para ganhos em saúde na pessoa cuidada, nos diferentes contextos, percebidos na satisfação da pessoa, prevenção de complicações, promoção da autonomia, bem-estar e autocuidado e reeducação e readaptação funcional da pessoa (MCEER, 2012). Desde a avaliação minuciosa da pessoa nas suas múltiplas dimensões, para a qual assumiram particular destaque não só os diversos instrumentos utilizados e que objetivaram a avaliação, como o modelo conceptual de Orem que constituiu um modelo orientador da intervenção, levando à reflexão, avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados. O planeamento da intervenção, que envolveu necessariamente a pessoa, numa relação de parceria, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel (OE, 2001), e sua implementação, permitem afirmar o desenvolvimento de competências de tomada de decisão e técnicas de EEER.

A procura de oportunidades de atuação, e o envolvimento em diversos projetos nos contextos de EC, foi também uma constante que permitiu o desenvolvimento de novos saberes, mas também a compreensão das dinâmicas das equipas, integrando-as. Tornou-se grata a relação desenvolvida com as equipas, que permitiu uma conexão continuada com as mesmas, uma vez que a “experiência” não faz somente referencia à passagem do tempo, mas ao encontro com novas experiências (Barata, 2017) que acrescentam diferenças e oportunidades formativas na relação com os pares. Segundo Hesbeen (2001), a formação contínua *“inscreve-se numa política de conjunto que permita aos prestadores de cuidados a troca de ideias”* (p.67). Procurou-se ser inovador na intervenção, procurando encontrar uma resposta adequada aos problemas detetados. Junto de crianças foi possível introduzir atividades que se mostraram eficazes na reeducação da função, como foi amplamente descrito. Desta forma pode afirmar-se uma promoção da melhoria contínua dos cuidados de ER.

O interesse pelo desenvolvimento profissional, individual e coletivo, levou especialmente em contexto comunitário à iniciativa da implementação de um projeto a desenvolver nas escolas, no âmbito do PF, e que se espera possa

contribuir para uma melhoria na intervenção. Finalmente, a falta de oportunidade de intervir de forma direta, junto de pessoas com asma no EC, fez com que se procurasse formas de desenvolver o PF, conduzindo a que empreendesse um estágio adicional que permitisse o desenvolvimento dessas competências, bem como o contacto com associações como a Associação Portuguesa de Asmáticos (APA), com quem foi possível reunir, obtendo algum material e informação, e intentando futuras colaborações em ações desenvolvidas pela mesma.

No que concerne a fraquezas, parece importante salientar as limitações percebidas na implementação do projeto no EC, nomeadamente ao que se refere à gestão da asma na criança por não ter existido oportunidade de intervenção direta. Considera-se, no entanto, que tal não foi impedimento para que se possa afirmar o desenvolvimento de competências na temática, uma vez que foi possível avaliar e reeducar a função respiratória, nomeadamente junto de crianças, e dos seus cuidadores educando-os e capacitando-os, sendo possível afirmar uma parceria nos cuidados. Foi ainda possível intervir junto da pessoa com doença respiratória crónica, capacitando para a sua autogestão, abordando os diferentes aspetos.

Como oportunidades, ou circunstâncias que podem potenciar o alcance dos objetivos definidos, existiu uma procura constante por possibilidades de participação e aprendizagem. Salienta-se neste aspeto particular a participação nos momentos de partilha e discussão em sala de aula que muito contribuíram para a aprendizagem, uma vez que só um empenho coletivo de partilha de experiência e conhecimento, permitirá repensar a prática, ultrapassando hábitos, se necessário, e avançar para uma prática de cuidados de qualidade (Hesbeen, 2001). As oportunidades mais importantes que se identificam, para além do EC e as experiências vivenciadas, são as que se relacionam com o desenvolvimento de vínculos de ligação às diferentes equipas, que permitirão um processo de formação contínua. Barata (2017) afirma que neste processo é expectável que se desenvolvam, num contínuo, atitudes, conhecimentos e competências, sendo ainda consideradas futuramente a participação em programas de formação, bem como divulgação de evidência.

Salienta-se ainda a ligação à APA, que se espera possa trazer oportunidades de intervir contribuindo para uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER, particularmente no que à temática da gestão da asma concerne.

O projeto iniciado na avaliação da gestão da asma na população escolar e posterior intervenção, será avaliada como a maior oportunidade de desenvolvimento profissional, não só individualmente mas acima de tudo coletivamente, uma vez que “o sentido de um projeto de saúde é simultaneamente individual, institucional e coletivo” (Honoré, 2002, p.191), e exprime “o sentido e a intenção no modo de agir”, não pode fixar-se numa única forma mas “*constrói-se e dá sentido ao caminho*”.

Não poderia deixar de salientar-se a relação e a intervenção junto das pessoas cuidadas, uma vez que a “*relação de cuidar é formativa*” (Honoré, 2002).

As ameaças, ou circunstâncias que podem impedir o alcance dos objetivos, assumem importância, uma vez que a sua consciencialização, conduz a que estas possam ser ultrapassadas ou minimizadas. Destaca-se o facto de, nos contextos, em especial no contexto hospitalar, não ser possível, contrariamente ao esperado, a intervenção junto de crianças. Este aspeto poderia ter sido desencorajador, mas na construção da sua nova identidade de EEER espera-se competência para intervir junto de “*pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida*” (Regulamento n.º 392/2019, 2019) buscando a qualidade do cuidar. Citando Hesbeen (2001), qualidade no cuidar remete para a sua complexidade, subtilidade, dinâmica, contexto cultural, social, económico, etc., em suma cuidar “ao longo do ciclo de vida” permitiu desenvolver um “quadro de competências” abrangentes, enquanto perito, manifesto na capacidade de “aumentar o número de caminhos possíveis” na intervenção, e ainda “ser conselheiro”, acompanhando a pessoa, aconselhando-a sobre as oportunidades, os riscos e as dificuldades, que permitem ajudá-la a escolher o que é melhor para si. Em suma, segundo Cordeiro & Leite (2012) as técnicas e objetivos da RFR são semelhantes aos traçados para os adultos, considerando as especificidades anatómicas e fisiológicas das crianças, que implicam diferenças na aplicação das técnicas, em que o brincar assume particular destaque, o que foi possível concretizar em contexto comunitário.

Assim, todo o percurso formativo permite afirmar a integração da identidade de EEER, traduzida numa prestação de cuidados especializados, baseada na avaliação da funcionalidade da pessoa e na identificação de problemas reais e potenciais, ao longo do ciclo de vida, que permitem conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Por outro lado, a intervenção assentou em princípios que

permitem demonstrar “capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019), que permitiram desenvolver competências de EE, em particular no âmbito do PF.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste RE, permitiu que se avaliasse de forma concertada as competências desenvolvidas, que permitissem afirmar a identidade profissional de EEER. Segundo Le Boterf (2003, p. 69), *“A competência (...) não pré-existe, mas é construída por um sujeito. Não é pré-definida: é um acontecimento ou um processo. O profissional constrói sua competência ou suas competências a partir de recursos possíveis (capacidades, conhecimentos, habilidades, etc.), (...). O saber mobilizar passa pelo saber combinar e saber transformar.”* Desta forma, na procura da excelência no cuidar, foi necessário um processo de construção de aprendizagens, que reflete a convergência de saberes técnicos, científicos, éticos e relacionais. O percurso acadêmico, no seu todo, visou alcançar metas, que objetivavam a detenção de um entendimento mais profundo e complexo das respostas humanas aos processos de vida e, de saúde/doença, bem como das respostas especializadas de ER. A escrita, por seu lado, potenciou a capacidade crítica e reflexiva, das atividades realizadas, para além da procura de evidência científica que fundamentasse esse mesmo processo, o que contribuiu para o crescimento profissional.

A intervenção, nos diferentes contextos, deu resposta especializada às necessidades das pessoas com alteração ou risco de alteração da funcionalidade, através da conceção, implementação e monitorização de planos de ER, e da identificação de fatores facilitadores e inibidores na realização de AVD. Além disso, foi possível desenvolver programas específicos de treino de AVD, visando capacidades adaptativas à nova situação experienciada, promovendo a autonomia e a qualidade de vida, bem como a gestão da doença, procurando respostas centradas na pessoa e nas suas potencialidades. Foi ainda primordial ensinar, instruir e treinar a família/cuidador, envolvendo-a no processo de reabilitação, discutindo as alterações, definindo estratégias a implementar, resultados esperados e metas a atingir de forma a promover a autonomia e qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

A Teoria dos Orem, por sua vez, permitiu uma avaliação concertada da pessoa, contemplando todas as suas dimensões, ou requisitos de autocuidado, possibilitando a identificação de défices que justifiquem a necessidade e planeamento de intervenções de enfermagem, nomeadamente de EEER, e ainda

o modo como essa intervenção deve ser concretizada, em articulação com a pessoa/família.

O percurso foi pautado, necessariamente, por percalços, nomeadamente no que concerne à implementação do PF, uma vez que a temática não suscitava, nos contextos de estágio, uma preocupação/necessidade identificada. Tal, afirmou-se como um potenciador da formação, no sentido em que se procurou rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, otimizar o autoconhecimento e gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A asma, afeta cronicamente 10% dos habitantes (ONDR, 2018) em Portugal, é considerada um problema de saúde pública, é a doença crónica mais comum na infância, sendo sub-diagnosticada e sub-tratada em todo o mundo, e as exacerbações responsáveis por diversos internamentos e idas à urgências (Cordeiro & Leite, 2012; Ferreira-Magalhães et al., 2015). Os custos associados à asma na criança são altos, pelo que a sua redução é fundamental, e passa por políticas e intervenções para melhorar o controlo da doença, reduzir exacerbações e o recurso a serviços de saúde (Ferreira-Magalhães et al., 2017). A pesquisa possibilitou identificar focos de intervenção e estratégias para melhorar a gestão, com particular importância na população pediátrica, prevenindo a remodelação das vias aéreas, responsável pela diminuição da função pulmonar associada à cronicidade da doença (Nunes, 2011). Por outro lado, a asma interfere de forma importante no dia a dia da *Criança*, pelo que o seu diagnóstico e tratamento é fundamental, controlando a doença e reduzindo o risco de agudizações (DGS, 2017). Foi possível, quer através da pesquisa, quer através da intervenção, perceber os objetivos a alcançar na RFR na asma, tais como o atraso no declínio da função pulmonar, a melhoria da gestão da doença através da redução da frequência dos sintomas, da melhoria da funcionalidade e qualidade de vida (Branco et al., 2012). O EEER, como elemento da equipa multidisciplinar, intervém junto da pessoa, num programa estruturado de abordagem, promovendo o autocontrolo da doença. Este programa deve incluir informação básica sobre a doença, fatores de risco, ensino sobre fármacos, dispositivos inalatórios e técnica inalatória, avaliação do grau de controlo da doença, reconhecer e tratar agudizações, monitorização do PEF, ensino de posições de descanso e relaxamento, exercícios de controlo respiratório,

permeabilização das vias aéreas, condicionamento ao esforço, prevenção e correção de alterações posturais (Silva et al., 2004; Branco et al., 2012; Cordeiro & Leite, 2012; DGS, 2018). No contexto hospitalar foi possível desenvolver competências de intervenção de EEER junto da pessoa com afeção da função respiratória, e gestão da doença, desenvolvendo instrumentos (panfleto) que facilitam a intervenção. Por outro lado, o contexto comunitário, através da sensibilização da equipa para a temática, conduziu à procura e identificação da doença, particularmente em contexto escolar, e a implementação de um projeto que visa uma autogestão eficaz da mesma pela *Criança*. Efetivou-se um trabalho futuro de parceria, na implementação, desenvolvimento e disseminação dos resultados e, experiência adquirida com o mesmo. O estágio adicional, por seu lado objetivou a aquisição das competências específicas do EEER, necessárias para intervir junto da pessoa com doença respiratória crónica e sua gestão, nomeadamente a asma, para além de permitir afirmar as competências do enfermeiro especialista visíveis na responsabilização das aprendizagens profissionais, que visam futuramente uma procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados a estas pessoas, objetivando a participação na otimização das respostas da equipa de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Para além do citado, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março 2006, que regula a atribuição do grau de mestre, e visando todas as atividades/experiências relatadas, parece ao autor demonstrar conhecimentos aprofundados, que sabe aplicar na compreensão e resolução de situações novas, *“em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”* (p. 2246), além de ter comunicado conclusões e conhecimentos aos diferentes profissionais e ainda salientar competências que irão permitir uma *“aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo”* (p.2246).

Finalmente, espera-se após a conclusão deste novo percurso académico, assumir uma intervenção especializada à pessoa, direcionada para as múltiplas possibilidades e capacidades que possui e, concretizada num processo de reabilitação da mesma *“num contexto global, mas também num âmbito específico, voltado para a perspetiva da ER, enquanto ciência integradora desse processo”* (Santos, 2017, p.15) e, que integra necessariamente as dimensões físicas, psicológicas, socioeconómicas, morais, não esquecendo os seus direitos.

Enquanto futuro EEER, espera-se o desenvolvimento de um projeto na área da temática aprofundada, na instituição onde exerce funções, nomeadamente associada às consultas de imunoalergologia e pneumologia pediátrica, uma vez que existe a vontade da criação de um projeto na área da capacitação da pessoa. Numa sociedade em constante evolução, e estando a autora ciente da necessidade de acompanhar essa evolução, gerando respostas de enfermagem eficazes e, visando a melhoria da prestação de cuidados, inseridas num contexto de atuação multiprofissional, assumindo decisões e intervenções autónomas, incorporando a evidência nessa tomada de decisão (OE, 2001).

5. BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde do Algarve. (2017). *Úlceras de Pressão: Atuação na Prevenção e Tratamento*. 29. Retrieved from <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/UP.pdf>
- Antunes, L. T. (2016). *O Cuidado Informal a Doentes com Doença Neuromuscular: Estudo da Prevenção do Risco de Aspiração no Autocuidado Alimentar-se*. Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Austin, G. (2013). Buteyko technique use to control asthma symptoms. *Nursing Times*, 109(16), 16–17.
- Banasiak, N., & Bolster, A. (2008). PEDIATRIC ASTHMA. *RN*, 71(7), 26–31.
- Banasiak, N. C. (2014). Spirometry in primary care for children with asthma. *Pediatr Nurs*, 40(4), 195–198. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25269360>
- Barata, L. F. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional - A Importância da Formação Contínua. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longa da Vida* (pp. 123–135). Lusodidacta.
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. *Escola Superior de Enfermagem Do Porto*, 20. Retrieved from http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.
- Boaventura, C. D. M., Amuy, F. F., Franco, J. H., Sgarbi, M. E., Matos, L. B. De, & Matos, L. B. De. (2007). Valores de referência de medidas de pico de fluxo expiratório máximo em escolares. *Arq. Med. ABC*, 32, 30–34.

- Bolas, R. (2017). Pessoa em Programa de Reabilitação Cardíaca. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longa da Vida* (pp. 381–404). Lusodidacta.
- Bott, J., Blumenthal, S., Buxton, M., Ellum, S., Falconer, C., Garrod, R., ... White, J. (2009). Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax*, *64*(Suppl 1), i1–i52. <https://doi.org/10.1136/thx.2008.110726>
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). *Reabilitação respiratória* (L. Medesign – Edições e Design de Comunicação, Ed.). Retrieved from [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/765/1/Temas Reabilitação_Reab Respiratória.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/765/1/Temas_Reabilitação_Reab_Respiratória.pdf)
- Bruton, A., & Thomas, M. (2014). Breathing exercises for asthma. *Breath*, *10*(4), 312–322. <https://doi.org/10.1183/20734735.008414>
- Buta, B. J., Walston, J. D., Godino, J. G., Park, M., Kalyani, R. R., Xue, Q., ... States, U. (2017). *Developing an Interactive Story for Children with Asthma*. *48*(2), 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.12.003>.Frailty
- Buteyko Breathing Association. (2010). *Buteyko Practice Diary and Quick Reference Guide*. J L Brindley.
- Caçador, M. G. C. S. (2015). *A influência da medicação para a asma na cavidade oral*. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- Caldeira, N. C. R. (2012). *Queda da Criança em Contexto Hospitalar: Uma Problemática Atual*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Canteiro, C., Heitor, C., Gomes, I., Melo, I., Moita, J., Ferreira, M., & Fernandes, M. (1998). Normas clínicas para intervenção na doença pulmonar obstrutiva crónica. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*, 1–46. Retrieved from <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/spp/PDF38.pdf>
- Cicutto, L., Gleason, M., Haas-Howard, C., Jenkins-Nygren, L., Labonde, S., & Patrick, K. (2017). Competency-Based Framework and Continuing Education for Preparing a Skilled School Health Workforce for Asthma Care: The Colorado Experience. *Journal of School Nursing*, *33*(4), 277–284. <https://doi.org/10.1177/1059840516675931>
- Clack, G. (2009). Decision making in nursing practice: a case review. *Paediatric Care*, *21*(5), 24–27. <https://doi.org/10.7748/paed2009.06.21.5.24.c7078>
- Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: utilização*

- pelos enfermeiros. 1–276. Retrieved from file:///C:/Users/Mariana/Downloads/tese.pdf
- Concelho Internacional dos Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade : da evidência à ação. In *Ordem dos Enfermeiros*.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. Retrieved from <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>
- Cordeiro, M. do C. O., & Leite, T. (2012). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. In *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* (pp. 321–352). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Cordeiro, M. do C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Cordeiro, M. O., & Menoita, E. P. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Correia, A. L. de S. (2012). *Qualidade De Vida Em Portadores De Doenças Neuromusculares* (UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS). Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3219/3/DM_17465.pdf
- Darras, É. (2004). O Cuidar Pedagógico. In *Cuidar neste mundo* (pp. 263–286). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. (2006). *Graus e diplomas do Ensino Superior*.
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 Abril. (1998). *Código Deontológico dos Enfermeiros*.
- Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. *Diário Da República n.º 110 de 7 de Junho. Direção-Geral Da Saúde*.
- DGS. (2011a). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* (No. 054/2011).
- DGS. (2011b). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Direção-Geral Da Saúde, 1(1)*, 1–15.
- DGS. (2017a). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direção-Geral de Saúde, 52*. Retrieved from

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

- DGS. (2017b). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017. *Portugal. Ministério Da Saúde. Direção-Geral Da Saúde. Programa Nacional Para as Doenças Oncológicas 2017 Lisboa: Direção-Geral Da Saúde, 2017.* <https://doi.org/ISSN: 2183-0746>
- DGS. (2018). Monitorização e Tratamento para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto. *Norma 006/2018 Da Direcção-Geral Da Saúde* Direcção-Geral Da Saúde, 1–46.
- Diário da República 2.^a série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009. *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade.* , 2.^a série § (2009).
- Dias, H. B., Oliveira, A. S., Bárbara, C., Cardoso, J., & Gomes, E. M. (2014). *Programa nacional para as Doenças Respiratórias - Critérios de qualidade para a realização de uma espirometria.* Retrieved from [http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/006_centros_de_estudio/05_centro_de_estudios_para_el_adelanto_de_las_mujeres_y_la_equidad_de_genero/01g_investigaciones_ceameg/07a_2016/\(offset\)/12](http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/006_centros_de_estudio/05_centro_de_estudios_para_el_adelanto_de_las_mujeres_y_la_equidad_de_genero/01g_investigaciones_ceameg/07a_2016/(offset)/12)
- Direção- Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. In *Direção Geral da Saúde.* <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.049>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma. *Norma Da Direcção - Geral Da Saúde, 1(1), 9.* <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.049>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma de procedimento nr 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.*
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 006/2018 - Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto.* 1–53.
- Direção Geral da Saúde. (2014). Manual para abordagem da Sibilância e asma em idade pediátrica. *Programa Nacional Para as Doenças Respiratórias,* 1–36.
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Orientação nº 011/2017: Asma - descrição , diagnóstico diferencial, comorbilidades e codificação.* 1–17.
- Direcção Geral da Saúde. (2003). Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. In *Medicina.* Retrieved from <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao->

hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.aspx

- Ducel, G., Fabry, J., Nicolle, L., Silva, L. de L. da, de Oliveira, A., & Soares, S. (2002). Prevenção de infecções adquiridas no hospital - Um guia prático. In *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*. Retrieved from http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf
- ESEL. (2017). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*. <https://doi.org/10.1038/nrg2748>
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port* -, 6(26), 664–675. Retrieved from <papers2://publication/uuid/590095F3-7CCB-4CD6-AE6A-19FDBA6EE955>
- Fernandes, C. S. C. (2017). *Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA)*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ferreira-Magalhães, M., Amaral, R., Pereira, A. M., Sá-Sousa, A., Azevedo, I., Azevedo, L. F., & Fonseca, J. A. (2017). Cost of asthma in children: A nationwide, population-based, cost-of-illness study. *Pediatric Allergy and Immunology*, 28(7), 683–691. <https://doi.org/10.1111/pai.12772>
- Ferreira-Magalhães, M., Pereira, A. M., Azevedo, I., Fonseca, J. A., Morais-Almeida, M., Sa-Sousa, A., & Azevedo, L. F. (2015). Asthma control in children is associated with nasal symptoms, obesity, and health insurance: a nationwide survey. *Pediatric Allergy and Immunology*, 26(5), 466–473. <https://doi.org/10.1111/pai.12395>
- Ferreira-Magalhães, M., Pereira, A. M., Sa-Sousa, A., Morais-Almeida, M., Azevedo, I., Azevedo, L. F., & Fonseca, J. A. (2015). Asthma control in children is associated with nasal symptoms, obesity, and health insurance: A nationwide survey. *Pediatric Allergy and Immunology*, 26(5), 466–473. <https://doi.org/10.1111/pai.12395>
- Ferreira-Magalhães, M., Sá-Sousa, A., Morais-Almeida, M., Pité, H., Azevedo, L. F., Azevedo, M. I., ... Fonseca, J. A. (2016). Asthma-like symptoms, diagnostic tests, and asthma medication use in children and adolescents: A population-based nationwide survey. *Journal of Asthma*, 53(3), 269–276. <https://doi.org/10.3109/02770903.2015.1095926>
- Ferreira, D., & Santos, A. (2017). Avaliação da Pessoa com Patologia

- Respiratória. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Idosa ao Longo da Vida* (pp. 167–180). Loures: Lusodidacta.
- Ferreira, M. B. (2011). ABC da Asma na Urgência. In Publicações Ciência e Vida (Ed.), *Aspetos Básicos Clínicos das Alergias* (pp. 35–42). Lisboa.
- Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias. (2017). O Impacto Global da Doença Respiratória. In *European Respiratory Society*.
- Gelas, S. (2004). O cuidado, um jogo criativo. In *Cuidar neste mundo* (pp. 143–164). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- GINA. (2018). Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2018 update). In *National Nurse*. <https://doi.org/10.1183/09031936.00138707>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2019). *GOLD Report 2019*. 1–155.
- Gomes, Bruno Noronha; Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253–262). Loures: Lusodidacta.
- Greener, M. (2015). Managing acute asthma in school age children. *British Journal of School Nursing*, 10(1), 12–17. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.1.12>
- Hanley Nadeau, E., & Toronto, C. E. (2016). Barriers to Asthma Management for School Nurses: An Integrative Review. *Journal of School Nursing*, 32(2), 86–98. <https://doi.org/10.1177/1059840515621607>
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hesbeen, Walter. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação* (2ª Edição). Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitacao. Aplicação e Processo* (2ª edição). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lawlor, R. (2015). Management of asthma in children. *Practice Nursing*, 26, 326–330. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.18.05351-3>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª Ed; Artmed Editora, Ed.). São Paulo.

- Lima, A. (2014). *A Reabilitação e a Independência Funcional Do Doente Sujeito a Imobilidade*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Manique, A., Arrobas, A. M., Todo-Bom, A., Bugalho, A., Antunes, A. F., Carvalho, A., ... Bandeira, T. (2014). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Boas práticas e Orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. In *Direção-Geral da Saúde*.
- Meneses, M.T.P.N. (1996). *Formação experiencial e desenvolvimento de competências*. UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA FACULDADE DE CIENCIAS E TECNOLOGIA.
- Marques, T. B. C. (2012). *Avaliação do pico de fluxo de tosse e capacidade vital forçada em pacientes com distrofia muscular ou amiotrofia espinhal submetidos a treinamento de empilhamento de ar*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Mélo, T. R. (2011). Escalas de Avaliação do Desenvolvimento e Habilidades Motoras: AIMS, PEDI, GMFM E GMFCS. In *Fisioterapia em neuropediatria* (pp. 23–42). Retrieved from <http://omnipax.com.br/livros/2011/FNP/FNP-cap2.pdf>
- Menoita, E. C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2011). *Parecer nº 12/2011 sobre AVD*.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2014). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*. Porto.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ministério da Saúde. (2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 228 — 20 de novembro de 2015. *Despacho n.º 13427/2015, 2ª Série(2002)*, 33814–33816.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009).

- Novos Valores Normativos do Mini-mental StateE. *Sinapse*, 9(2).
<https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.05.002>
- Nathan, R. A., Sorkness, C. A., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J. T., Marcus, P., ... Pendergraft, T. B. (2004). Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2003.09.008>
- Newcomb, P. (2016). Using Symptom Management Theory to Explain how Nurse Practitioners Care for Children with Asthma. *Journal of Theory Construction and Testing*, 14(2), 40–44. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com.library.gcu.edu:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=eb1a1eb5-66b4-4031-a765-e17d61e7f7fc@sessionmgr4003&hid=4111>
- Nóbrega, A. S. (2013). *Efeitos da técnica respiratória de Buteyko na espirometria de nadadores de competição*. Universidade Fernando Pessoa.
- Nunes, A. C. L. F. (2011). *Asma Alérgica: etiologia, imunopatologia e tratamento*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde.
- ONDR. (2018). *Obervatório Nacional das Doenças Respiratórias -13º RELATÓRIO 2018*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos* (Letrário, Ed.). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação respiratória - Guia Orientador de Boa Prática*. In *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Orem, D. F. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (5ª Edição; Mosby, Ed.). Missouri.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Calssificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saude*.
- PACHECO, R. J. C. (2016). A Deontologia Profissional como meio de empoderamento do cidadão. *Açoriano Oriental*, (A deontologia profissional),

2016. Retrieved from srcocres@ordemenfermeiros.pt
- Padilha, M., & Sousa, P. (2017). O autocuidado e o processo de envelhecimento. In *Coisas de Ler* (Ed.), *Cuidados e Envelhecimento: Perspetivas da Enfermagem* (pp. 119–140). Lisboa.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(Série IV), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, A. R. (2018). *A eficácia da Reabilitação Respiratória nas Crianças com Asma: uma Revisão Sistemática da Literatura*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Pereira, F. M. P., & Santos, C. S. V. de B. (2011). Estudo de adaptação cultural e validação da Functional Assessment of Cancer Therapy-General em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 45–54. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104631808&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: Uma exigência da humanidade. In *Cuidar neste mundo* (pp. 87–102). <https://doi.org/972-8383-71-1>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3–23). Lusodidacta.
- Quaranta, J. E., & Spencer, G. A. (2015). Using the Health Belief Model to Understand School Nurse Asthma Management. *Journal of School Nursing*, 31(6), 430–440. <https://doi.org/10.1177/1059840515601885>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019. *Ordem Dos Enfermeiros*, 4744–4750. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 85 — 3 de Maio de 2019. *Mesa Do Colégio de Enfermagem de Reabilitação*, 13565–13568.
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671–682.

- Santos, L. L. (2017). O Processo de Reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15–23). Loures: Lusodidacta.
- Silva, T. J. D. da. (2017). *A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença respiratória crónica na criança/família*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Silva, M. L., Oliveira, J. F. de, & Silva, J. P. M. da. (2004). Aspectos práticos do seguimento do doente com asma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 597–607.
- Sousa, Luís; Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405–431). Loures: Lusodidacta.
- Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Lusociência (Ed.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição, pp. 211–235). Loures.
- Vale, M. do C. (2009). Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): conceitos, preceitos e paradigmas. Contributo de um construto para o percurso real em meio natural de vida. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(5), 229–236.
- Vasconcelos, R. L. de M. (2008). *Avaliação do desempenho funcional de crianças com Paralisia Cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Centro de Ciências da Saúde.
- Vieira, R. P., Mendes, F. A. R., Carvalho, C. R. F., & Arnaldo, A. D. (2008). Reabilitação Pulmonar Do Paciente Asmático Grave. *Gazeta Médica Da Bahia*, 78(67), 107–113. Retrieved from www.gmbahia.ufba.br

APENDICES

Apêndice I – Glossário

Agudização ou crise de asma define-se como *“perda do controlo da doença, que requer tratamento urgente e caracteriza-se de acordo com a GINA 2014, por um agravamento agudo ou subagudo dos sintomas e da função pulmonar relativamente ao estado habitual do doente asmático, ou por um episódio inaugural da doença”* (Manique et al., 2014).

American Lung Association é uma organização líder que trabalha para salvar vidas melhorando a saúde dos pulmões e prevenindo doenças pulmonares através da educação, consultoria e investigação.

Atenção é uma dimensão da consciência que designa a capacidade para manter o foco numa atividade e divide-se em vigilância, tenacidade, concentração (Menoita, 2014).

Autogestão é entendida como, estar capacitado para gerir a própria doença com autonomia.

Autoeficácia associa-se à capacidade de reconhecer e tratar os sintomas de asma, administrar a terapêutica, usar planos de ação na asma, comunicar com criança e cuidadores e assegurar educação sobre a doença (Quaranta & Spencer, 2015, pág 31).

A **auscultação** é um método de diagnóstico fundamental na avaliação respiratória, que permite detetar alterações do murmúrio vesicular (assimetrias ou ausência de som) e sons respiratórios anormais ou adventícios. Deve ser feita de uma forma sistemática e de cima para baixo, comparando os campos pulmonares, direito e esquerdo, e deve solicitar-se à pessoa que respire profundamente pela boca. Devem ser tidas em conta as condições ambientais adequadas como o silêncio e o posicionamento da pessoa (OE, 2018).

Avaliação da função pulmonar considera as três alterações funcionais mais importantes na asma que são: padrão obstrutivo das vias aéreas, hiper-reatividade brônquica a diversos estímulos e a variabilidade temporal dos débitos das vias aéreas, que podem ser constatados através da espirometria pré e pós broncodilatação e dos testes de broncoprovocação com metacolina, histamina ou exercício (prova a realizar se no estudo funcional respiratório basal o FEV1 for superior a 70% do valor teórico) (DGS, 2018).

Barreiras em contexto escolar para a gestão eficaz da doença são: falta de tempo, apoio da administração, fundos, equipamento necessário, programas de educação, disponibilidade dos profissionais na escola e das famílias das crianças.

Crise de asma assume-se como período durante o qual o broncoespasmo, o edema da mucosa brônquica e a hipersecreção brônquica são fatores responsáveis pela obstrução brônquica (Cordeiro & Menoita, 2014).

Critica é o exame de um principio ou de um facto, que permite ao sujeito um julgamento de apreciação, é uma forma de abordar as ações com uma intenção avaliativa (Honoré, 2002).

As **doenças neuromusculares** são um conjunto alargado de diferentes patologias, que afetam de forma direta ou indireta os vários componentes do sistema nervoso periférico (SNP), a junção neuromuscular e o músculo, podendo por isso englobar Miopatias, Neuropatias, Atrofia Espinais e Miastenias, entre outras (Associação Portuguesa de Neuromusculares, 2018). São doenças genéticas, hereditárias e

progressivas e que se manifestam comumente com diminuição da força muscular e/ou dos reflexos osteotendinosos e autonómicos. Os sintomas e sinais que apresentam podem revelar-se de forma aguda, subaguda ou crónica e progredir de forma variável e dar origem a diferentes graus de incapacidade, o que conduz a que as pessoas necessitem de apoios específicos e/ou ajudas técnicas (Antunes, 2016)

Empoderamento refere-se segundo Pacheco (2016) à capacitação da pessoa para deter o poder de saber para poder escolher, ou seja, preconiza uma intervenção onde as *“perspetivas centradas nos défices ou necessidades de saúde são preteridas pelos direitos e habilidades das pessoas, objetivando a melhoria dos resultados na gestão de saúde e da doença”*, para tal devem ser desenvolvidas habilidades e capacidades da pessoa, e do seu pensamento crítico que lhe permitem uma tomada de decisão para resolução dos problemas.

Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) nomeadamente exames de imagem como radiografia de tórax, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética, são componentes fundamentais na avaliação da pessoa, permitindo obter informação sobre várias estruturas nomeadamente parênquima pulmonar, mediastino, estruturas ósseas e partes moles de forma mais ou menos pormenorizada decorrente do tipo de ECD realizado (OE, 2018).

FVC é a Capacidade vital forçada ou Volume máximo de ar que pode ser mobilizado entre uma inspiração máxima (até capacidade pulmonar total) e uma expiração máxima (até volume residual) durante uma manobra expiratória forçada. Mede-se em litros (Dias et al., 2014).

FEV1 é volume máximo de ar que pode ser expirado no 1º segundo de uma expiração forçada. Mede-se em litros (Dias et al., 2014).

Identificação positiva da doença, pressupõe a exclusão de outras causas que justifiquem os sintomas respiratórios e evidências clínicas que tornem o diagnóstico de asma menos provável, como PFM ou Espirometria sem alterações.

Intervenções interdependentes de enfermagem referem-se às intervenções que são iniciadas por outros técnicos da equipa de saúde, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação (OE, 2001).

Intervenções autónomas de enfermagem são intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro em que este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (OE, 2001).

Investigação em Enfermagem envolve o inquérito sistemático desenhado especificamente para desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em Enfermagem. O objetivo da investigação em Enfermagem é responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando uma metodologia científica - sendo esta quantitativa, qualitativa ou mista (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2012).

Literacia em saúde é definida pela DGS, citando a OMS como o conjunto de *“competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”*.

Meio escolar é considerado como ideal para uma gestão efetiva da asma na criança, tal como refere a National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP), que desde 2007 recomenda a ampliação da gestão da doença além dos

cuidados dos prestadores de saúde em meio hospitalar e cuidados de saúde primários, bem como a difusão de planos de ação da asma que devem ser geridos por enfermeiros especializados nas escolas.

Melhor valor pessoal de Débito Expiratório Máximo Instantâneo (DEMI), determina-se avaliando e registando durante um período de duas a três semanas o DEMI de manhã ao acordar e de tarde, antes da utilização do broncodilatador se o estiver a utilizar. O melhor DEMI pessoal é o valor mais alto atingido nas medições vespertinas.

Morbilidade, segundo **diciopédia on-line**, refere-se à relação entre os casos de doença e o número de habitantes de um aglomerado populacional, ou, número de portadores de uma determinada doença relativamente a um grupo de pessoas, num dado lugar ou momento.

Objetivos da RFR são: reduzir a tensão psíquica e muscular; aumentar o recrutamento alveolar, de modo a melhorar a ventilação pulmonar, as trocas gasosas e a oxigenação; mobilizar e remover as secreções brônquicas, promovendo a limpeza da via aérea e a sua permeabilização; otimizar o padrão de movimento toracoabdominal para diminuir trabalho respiratório; promover a mobilidade costal e corrigir as posições viciosas; aumentar a resistência, a capacidade de exercício e independência na funcionalidade, quando associado ao treino de exercício; aumentar a compreensão relativamente à condição pulmonar e capacitar a pessoa para a gestão da sua doença (OE, 2018, p.87 citando Marques, Bourton e Barney (2006), Holland et al., (2012), Spruit et al., (2013).

Objetivos da terapêutica na asma são segundo National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) e GINA são reduzir o comprometimento respiratório e risco de complicações associadas à asma, que podem ser determinados para além de outros indicadores, pela manutenção de uma função pulmonar dentro de valores da normalidade (N. C. Banasiak, 2014)

Obstrução brônquica variável significa que os sintomas e a obstrução brônquica podem desaparecer espontaneamente ou por ação de fármacos. A pessoa com asma pode manter-se assintomática por longos períodos, ou apresentar agudizações mais ou menos graves que representam uma enorme carga para os doentes e para a comunidade (DGS, 2017).

Orientação autopsíquica refere-se à orientação relativa à própria pessoa (a si) e **alopsíquica** como a orientação no tempo e no espaço (Menoita, 2014).

PBE é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar (Concelho Internacional dos Enfermeiros, 2012, pág.10).

Período de intercrise relaciona-se com o espaço de tempo em que a pessoa demonstra diminuição ou ausência de sintomas, podendo existir um estudo funcional respiratório normal (Manique et al., 2014).

Posição de descanso no período de crise refere-se à posição em que a criança se sinta confortável e vise colocar o diafragma em posição de vantagem mecânica, facilitando o relaxamento dos músculos acessórios.

Posicionamento adequado na RFR, segundo OE (2018), tem como objetivo otimizar a ventilação, favorecer a mecânica diafragmática e, conseqüentemente, melhorar as trocas gasosas e contribuir para uma melhor distribuição da força muscular, distribuição da ventilação, melhoria do transporte mucociliar e oxigenação (citando França et al., 2012).

Procedimentos para a avaliação correta de PFM são: criança sentada confortavelmente, segurar o aparelho verticalmente, tomando o cuidado para que os dedos não bloqueiem a saída do ar, após uma inspiração máxima a criança expira forçadamente através do bucal, realizando o seu esforço máximo. São realizadas, no mínimo, três avaliações e considerada a melhor desde que não haja uma diferença de medida superior a 5% das restantes (Boaventura et al., 2007)

Recursos e apoios referem-se a recursos materiais e de pessoal e falta de apoio parental e institucional (escola e prestadores de saúde).

Reeducação Funcional Respiratória, *“também denominada de cinesiterapia respiratória, baseia-se num conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento. É definida como uma terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na base da sua intervenção com a finalidade de restabelecer o padrão funcional da respiração. Atua sobre a componente mecânica da respiração (ventilação externa) com o objetivo de melhorar a ventilação alveolar”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Reflexão é o processo que permite ao enfermeiro reinvestir a sua experiência sobre a prática, a materializar as conclusões que permitem abordar e tratar novas situações, através do que já conhece e domina, sendo capaz não só de aprender, mas de aprender a aprender e ainda de transformar a ação (Barata, 2017, pág 127).

Relação de confiança para Buta et al. (2017), refere-se ao reconhecimento, pela criança, da capacidade de ajuda do outro (familiares ou outros), ou seja, reconhece que estes estão habilitados para a atuar perante uma agudização de asma, e assume que estes “cuidadores” estão treinados para ajudar a criança.

Respiração abdominodiafragmática consiste numa inspiração lenta nasal usando exclusivamente a parede abdominal, e reduzindo o movimento da caixa torácica, seguida de uma expiração lenta forçada (Gomes & Ferreira, 2017; Cordeiro & Menoita, 2014).

Sibilância refere-se a um som musical de alta frequência, audível com ou sem estetoscópio (sibilo e pieira respetivamente), predominante na expiração e resultante da obstrução do fluxo das vias aéreas (DGS, 2014).

Sibilância recorrente define-se como a manifestação de mais de 3 episódios de sibilância, nos 3 primeiros anos de vida ou mais de 3 episódios no último ano com resposta a broncodilatadores e intervalos livres de sintomas independente da existência de queixas de esforço (DGS, 2014).

Sinais referem-se às alterações objetivas que indicam a doença e que podem ser usados para avaliar o seu status e a eficácia das intervenções.

Sinais objetivos ou critérios de gravidade de agudização são: estado de consciência, discurso, diaforese, tiragem, pulso, cianose, frequência respiratória, tempo respiratório, sibilos, murmúrio vesicular e gasometria (M. B. Ferreira, 2011).

Sintoma, de acordo com a teoria é a experiência subjetiva e indesejável que a pessoa vivencia no seu funcionamento biopsicossocial, cognição ou sensações habituais (Newcomb, 2016).

Suscetibilidade e gravidade referem-se à capacidade de reconhecer que as crianças com asma estão suscetíveis a uma exacerbação da doença com potencial de colocar em risco a sua vida.

Valores Universais são a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e o aperfeiçoamento profissional (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 Abril, 1998).

Apêndice II - Projeto de Formação

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Projeto de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na
Criança**

Maria Júlia Cunha

Lisboa

Julho de 2016

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular **Opção II**

Projeto de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista de
Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na
Criança**

Maria Júlia Cunha, n.º 8360

Docente Orientador: Professora Doutora **Maria do Céu Sá**

Lisboa

Julho de 2016

LISTA DE ABREVIATURAS

AC - Autocuidado

ACEER – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro de Reabilitação ou Enfermagem de Reabilitação

FISR – Forum Internacional de Sociedades Respiratórias

GINA – Global Initiative for Asthma

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Prática Clínica

PF – Projeto de Formação

PFM – Peak Flow Meter

PNDR – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

RS – Revisão de Scoping

INDICE

| | Pág |
|--|------------|
| 1. INTRODUÇÃO DO PROJETO | 5 |
| 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 7 |
| 2.1 PERTINÊNCIA DO TEMA | 7 |
| 2.1.1 Asma | 8 |
| 2.1.2 Gestão da asma na criança | 10 |
| 2.2 INTERVENÇÃO DO EEER – SCOPING REVIEW | 11 |
| 2.3 TEORIA DE DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE OREM | 17 |
| 3. PERCURSO FORMATIVO | 20 |
| 3.1 Locais de estágio | 20 |
| 3.2 Planeamento de atividades | 20 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 31 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 32 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I – Histórico de Pesquisa Inicial | |
| Apêndice II – Fluxograma Scoping Review | |
| Apêndice III – Tabela Resumo dos Textos da Revisão Scoping | |
| Âpendice IV – Guião de Entrevista Hospital dos [REDACTED] | |
| Âpendice V - Guião de Entrevista UCC [REDACTED] | |
| Âpendice VI – Cronograma de Atividades | |
| Âpendice VII – PowerPoint Apresentação Projeto | |

1. INTRODUÇÃO DO PROJETO

No âmbito do 9º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi solicitada a realização de um projeto de formação (PF). Este documento surge no **âmbito** da Unidade Curricular Opção II - Projeto, como forma de planear o trabalho a desenvolver no 3º semestre, quer do ponto de vista teórico, quer prático nos diferentes contextos de estágio.

De acordo com o guia de orientador da unidade curricular (ESEL, 2018) pretende-se que o estudante seja capaz de explicitar a área de estudo, e identificar as competências que pretende desenvolver. A estrutura escolhida para a elaboração deste projeto, respeita os *ítems* da grelha de avaliação do PF (Anexo1).

Defino como **objetivo geral deste documento**, evidenciar a área de estudo que pretendo aprofundar enquanto estudante, bem como as competências científicas e técnicas especializadas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), a desenvolver nessa área. Este PF será implementado e desenvolvido no 3º semestre, durante a prática clínica (PC) nos diferentes locais de estágio, em que traço como objetivo major desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais de EEER. Para a sua concretização, delinhei como **objetivos específicos**: Explicitar a pertinência do tema; Descrever a teoria escolhida; Elaborar uma Revisão Scoping (RS); Apresentar os contextos de estágio; Planear e explicitar as atividades a desenvolver no 3º semestre.

Pretendo desta forma, enriquecer a minha prática profissional, desenvolvendo competências sedimentadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento de EEER, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados à pessoa ao longo do ciclo de vida. Neste sentido, a procura da qualidade na prestação de cuidados visa, no âmbito concreto do projeto, satisfazer as necessidades da criança com Asma e família, identificando o projeto como **“A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da asma na criança⁷²”**.

Em Portugal, estima-se uma prevalência de 8,6% de asma na população pediátrica⁷³, sendo que os dados de um estudo sugerem que a gestão da doença seja precária ou insatisfatória (Ferreira-Magalhães et al, 2016). Segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) (2014) melhorar esta

⁷² Segundo Hoeman (2000, p.722) criança tem que ser encarada como parte integrante do sistema familiar, pelo que **Criança** neste PF se refere a criança e a família.

⁷³ Entende-se por **população pediátrica** todas as pessoas com idades inferiores aos 18 anos

gestão, tornando-a eficaz, passa por habilitar a criança, capacitando para o autocontrolo da doença. Esta intervenção será necessariamente multidisciplinar. O EEER, possuidor de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, está habilitado a desempenhar um papel importante não só junto da criança, como também do seu cuidador (Ordem dos Enfermeiros, 2010), que permitem maximizar o potencial funcional e independência, que poderá marcar a diferença nos cuidados prestados. Numa pesquisa exploratória inicial, parece não existir ainda estudos com enfoque nas intervenções do EEER. Nesta perspetiva, uma **Revisão Scoping**, permite recorrer à investigação feita, identificar o estado da arte para fundamentar a ação (Ribeiro, 2014). Uma RS fornece informação ampla e aprofundada, sobre toda a literatura existente, independentemente dos desenhos de estudo. É exploratória e, por isso, todos os resultados encontrados, e que se relacionem com o tópico, podem e devem ser incluídos. Parece assim justificar-se a utilização desta metodologia de pesquisa, com enfoque na identificação das intervenções de enfermagem na gestão da Asma na criança, contribuindo assim para uma **prática baseada na evidência**. Esta RS será explicitada posteriormente neste documento.

Palavras Chave: Enfermagem de Reabilitação, Criança, Asma, Gestão.

Data de início: Setembro de 2018

Duração: 6 Meses

Estruturo este trabalho em 3 capítulos que são: **Enquadramento Conceptual do tema/Revisão da literatura**, onde justifico a pertinência do tema (problemática da asma, gestão da asma na criança), a intervenção do EEER e a teoria de Orem, seguida de **Percorso formativo**, onde faço a apresentação dos contextos de estágio, a definição dos objectivos de estágio e o planeamento de atividades com os respetivos recursos e indicadores de avaliação. Por fim surgem as **Considerações Finais** onde farei uma Síntese e abordarei as minhas expectativas.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

2.1 PERTINÊNCIA DO TEMA

Segundo o Fórum Internacional das Sociedades Respiratórias (FISR, 2017), cinco doenças respiratórias estão entre as causas mais comuns de morte em todo o mundo, sendo uma delas a Asma. Estima-se que esta afete cerca de 334 milhões de pessoas em todo o mundo. Na infância é a doença Crônica mais comum atingindo aproximadamente 14% das crianças, com uma prevalência crescente em todo o mundo (Ferreira-Magalhães et al, 2016). Constitui também, um peso financeiro importante, pois afeta o sistema de saúde e as sociedades de forma global, lesando a produtividade dos indivíduos e sendo disruptiva para as famílias.

Em Portugal, as doenças respiratórias, nas quais se incluem a Asma, são alvo de particular preocupação e atenção. Prova disso é o **Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio** que determinou a criação do Programa de Saúde Prioritário na área das Doenças Respiratórias, que integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crônicas. Este programa, tem como principais objetivos dinamizar e potenciar os esforços do sistema de saúde e outros sectores da sociedade a reduzir a morbilidade, a incapacidade e a mortalidade relacionada com as doenças respiratórias crônicas, bem como implementar projetos que melhorem o seu controlo e promovam a sua vigilância.

A gestão efetiva da asma pode controlar a doença, requer uma parceria entre o profissional de saúde e a pessoa com asma, como forma de habilitar a pessoa a ter uma vida sem restrições e com boa qualidade. (GINA, 2018; DGS, 2018). É fundamental que a criança seja envolvida no processo, e esteja capacitada para assumir a gestão da doença. Esta autogestão⁷⁴ reduz a morbilidade associada à doença (Evidência A) (Gina, 2018), e traduz cuidados de qualidade pela redução do risco de agudizações da doença e de perda de função pulmonar (DGS, 2018).

O EEER tem a capacidade de ter uma intervenção privilegiada junto da criança com Asma. Segundo a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACEER, 2014) os cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação (ER), “dirigem-se à pessoa em todas as fases do ciclo vital, em diferentes contextos da prática clínica,..., constituindo-se uma área de intervenção clínica que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (ACEER, 2014, pág.3). Por outro

⁷⁴ Autogestão é entendida como, estar capacitado para gerir a própria doença com autonomia.

lado, visam manter e promover o bem estar, a qualidade de vida, promover o autocuidado, prevenir complicações e maximizar capacidades, que permitem recuperar a funcionalidade.

De acordo com a ACEER (2015), consideram-se áreas de investigação prioritárias para a enfermagem de reabilitação em 2015/2025, os estudos sobre as intervenções autónomas de EEER (na função respiratória) e sobre a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal.

Todos os factos descritos anteriormente, explicitam e justificam a pertinência de estudar de que forma o EEER pode intervir na gestão da Asma na Criança.

2.1.1 Asma

A asma é uma doença heterogénea caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas. Define-se por uma história de sintomas respiratórios tais como sibilância/peira, dispneia, opressão torácica e tosse, variáveis em intensidade e ao longo do tempo, associada a obstrução brônquica variável (GINA, 2018; DGS, 2017; DGS, 2018). Estes sintomas podem ser desencadeados por exposição a alérgenos, irritantes inalatórios, exercício físico, associados a alterações climáticas, infeções respiratórias entre outros.

Por ser considerado um problema de saúde global grave, justificou uma particular atenção por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em conjunto com diversas entidades mundiais, elaborou uma estratégia para a gestão e prevenção da doença. Visando a disseminação de orientações de tratamento e cuidado aos pacientes, e o uso da melhor evidência científica, gerou-se a *Global Initiative for Asthma* (GINA). Deste esforço conjunto, resultou o relatório “*Global Strategy for Asthma Management and Prevention*”, que resume orientações para diagnóstico, vigilância e tratamento da doença, que são seguidas de forma generalizada em todo o mundo, estando ainda na base das orientações/normas dos vários países como Portugal.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o diagnóstico é essencialmente clínico (DGS, 2018). Deve basear-se na colheita estruturada da história clínica, na avaliação da presença de sintomas característicos, no exame físico e na espirometria com teste de broncodilatação para determinação de obstrução brônquica variável. Na criança, que é segundo a norma da DGS (2018) a pessoa com idade compreendida entre os 0 e os 12 anos, o diagnóstico é feito também pela

presença dos sintomas, sendo que até aos 6 anos este é difícil de objetivar pois a função pulmonar é difícil de avaliar, e os sintomas como sibilância são recorrentes, o que traduz uma grande probabilidade de existirem diagnósticos alternativos. Recomenda-se que, perante um quadro sugestivo, deva estabelecer-se a probabilidade diagnóstica de asma, que deve ser revista e confirmada posteriormente. Perante este facto, considerarei para o meu PF como **população alvo, a criança entre os 6 e os 12 anos.**

Num inquérito nacional realizado em Portugal sobre a Asma (INAsma), pretendeu-se estimar a prevalência da asma na população em geral e ainda, avaliar numa amostra representativa da população, nomeadamente pediátrica, qual o controlo da doença (Ferreira-Magalhães *et al*, 2015). Deste inquérito concluiu-se que: de uma prevalência de 39,4% de crianças com “Asthma like symptoms”⁷⁵, 8,4% tinha “*Current Asthma*”⁷⁶ diagnosticada. Concluiu-se ainda que, a gestão da asma tem estado aquém do desejado, principalmente em zonas rurais. Para além destes factos, percebeu-se que estas criança usam habitualmente medicação inalada (67,6%). Deste estudo inicial, foi investigada a prevalência de Asma controlada e não controlada, e quais os fatores determinantes para este facto (Ferreira-Magalhães *et al*, 2015). Dos fatores identificados internacionalmente como determinantes importantes para o mau controlo da doença, foram analisados rinite alérgica/sintomas nasais, obesidade, e fatores económicos⁷⁷.

Finalmente, investigou-se quais os custos associados ao tratamento da Asma na criança, do qual se concluiu que, são muito elevados e representam 0,9% das despesas de saúde em Portugal (Ferreira-Magalhães *et al*, 2017). Os custos diretos representam 3/4 desta despesa e relacionam-se com: uso dos serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT) e medicação. A maioria, relaciona-se com agudizações da doença e a crianças cuja doença não está controlada. Deste estudo emana a necessidade de implementar políticas e intervenções para melhorar o controlo da asma, e assim reduzir custos.

Face a estes resultados, coloca-se perante os profissionais de saúde um desafio: como intervir de forma a melhorar o controlo/gestão da doença, melhorando a qualidade de vida das crianças e reduzindo os custos associados à doença.

⁷⁵ **Asthma like sintoms** é considerada para os investigadores como crianças com presença de sintomas característicos da Asma, mas sem um diagnóstico concreto da doença.

⁷⁶ **Current Asthma** corresponde para os investigadores a, crianças com diagnóstico de asma e com sintomatologia nos últimos 12 meses.

⁷⁷ **Fatores económicos** estão relacionados, segundo os investigadores, com status socio-económico baixo e/ou existência de seguro de saúde, que por limitar o acesso a cuidados de saúde como por exemplo consultas de especialidade, exames complementares de diagnóstico, terapêutica e dispositivos próprios.

2.1.2 Gestão da Asma na criança

Apesar da existência de terapêutica que se comprovou eficaz, e todos os esforços feitos, em muitos países o controlo da asma continua pouco eficaz, sendo que as recomendações internacionais reforçam a necessidade de assegurar acesso a tratamento efetivo, bem como o desenvolvimento de estratégias e programas que promovam o seu controlo.

Em Portugal, o controlo da asma na criança foi avaliado, estimando-se que este seja precário. Os fatores associados a este facto são, para além das co-morbilidades associadas (rinite, eczema atópico, obesidade, entre outros) (DGS, 2018), outros fatores como status socioeconómicos mais baixos e a sua associação à limitação no acesso a cuidados de saúde, contribuem para uma perceção deficiente doença e da sua gestão (Ferreira-Magalhães et al, 2015).

Dado estes resultados, coloca-se perante os profissionais de saúde o desafio de intervir de forma a alcançar uma gestão efetiva da asma. Este facto requer uma parceria entre a pessoa com asma, nomeadamente a criança, e o profissional de saúde. (GINA, 2018; DGS, 2018). É fundamental que a criança esteja envolvida no processo, para tal deve ser dado o conhecimento necessário, as capacidades/competências e a confiança, que lhes permita assumir a gestão da sua asma. Esta autogestão reduz a morbilidade associada à doença (Evidência A) (Gina, 2018) e consequentemente traduz cuidados de qualidade pela redução do risco de agudizações da doença e de perda de função pulmonar (DGS, 2018). Nesta parceria, segundo a DGS (2018) cabe ao profissional de saúde: explicar a doença e diferente terapêutica (alívio e controlo), identificar objetivos próprios da criança e estabelecer estratégias de comunicação, identificando preferências pessoais e literacia em saúde bem como, avaliação da frequência e controlo dos sintomas, presença de limitação de atividade, educação para reconhecimento de sintomas de agudização, melhoria da aptidão para técnica inalatória, adesão a terapêutica farmacológica e não farmacológica⁷⁸ e orientação para autogestão (plano de ação escrito, autoavaliação e seguimento médico periódico).

⁷⁸ Entende-se por tratamento não-farmacológica o controlo ambiental, a promoção de atividade física, o controlo de peso, identificação e evicção de desencadeantes de episódios de agudização. (DGS, 5)

2.2 INTERVENÇÃO DO EEER – SCOPING REVIEW

O EEER detém um nível elevado de conhecimentos e experiência que lhe permitem agir de forma diferenciada junto da criança com Asma. Segundo a OE (2010) no Regulamento de Competências Específicas do EEER, o ER consegue tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação que visam maximizar o potencial da pessoa. Através de técnicas específicas de reabilitação e intervindo na educação da criança com Asma, consegue prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como melhorar a função respiratória (e outras que possam estar afetadas) e manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária (AVD).

Apesar da Asma ser amplamente estudada e existirem diversas *guidelines* internacionais, são poucos os estudos que evidenciam a intervenção do EEER neste contexto de cuidados, e a forma como a criança deve ser acompanhada.

Visando o desenvolvimento da ER, a ACEER (2015), identifica como **área emergente de investigação** as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória” e ainda como **àrea prioritária de investigação**, a “capacitação da pessoa e/ou cuidador informal”, que identifico como aquelas que com este projeto pretendo aprofundar.

Neste sentido, elaborei uma Revisão Scoping cujo objetivo era, explorar e mapear quais as intervenções do EEER na gestão da asma na criança. Como referido, numa pesquisa inicial não foram encontradas intervenções específicas de ER, pelo que pretendi perceber de que forma é que o enfermeiro intervém, e posteriormente procurar intervenções especializadas de ER noutras fontes.

Assim sendo, estabeleci como questão de investigação:

De que forma é que o Enfermeiro intervêm na gestão da Asma na criança?

Tendo por base o formato **PCC**, pretendi identificar quais as componentes fundamentais para a pesquisa bibliográfica, sendo que esta é uma forma eficaz de identificar os descritores de pesquisa, e que passo a explicitar.

Tabela 1. Aplicação do formato PCC

| | |
|------------------|---|
| População | Crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos |
| Conceito | Intervenção do enfermeiro na gestão da asma |
| Contexto | Todos os contextos existentes |

Mais especificamente, foquei-me nas seguintes questões: Quais as intervenções dos enfermeiros na gestão da asma na criança? Quais as competências que os enfermeiros devem desenvolver para gerir de forma eficaz a asma na criança?

Para orientar a pesquisa e a seleção de artigos a incluir na RS, determinaram-se os seguintes **critérios de inclusão e exclusão**:

Tabela 2. Critérios de Inclusão

| | |
|----------------------------|---|
| Tipo de Estudo | Todos os estudos de abordagem quantitativa e qualitativa |
| População em Estudo | Crianças com idade entre 6 e 12 anos |
| Intervenções | Estudos que contemplem intervenções de enfermagem na gestão da asma |
| Idiomas | Português e Inglês |
| Espaço Temporal | Estudos publicados a partir de 2008 |
| Acessibilidade | Acessíveis na CINAHL Complete e na MEDLINE Complete |

Tabela 3. Critérios de exclusão

| | |
|-------------------------|---|
| Acessibilidade | Artigos a que não seja possível aceder em FULL TEXT |
| Outras situações | Artigos que não cumpram os critérios de inclusão |

Posteriormente, foi então efetuada a pesquisa, sendo que se utilizou o motor de busca EBSCOhost Integrated Search, acedido através do Website da ESEL, disponível no Centro de Documentação On-line, em Bases de dados com acesso na Intranet ou VPN, e que permitiu o acesso às bases de dados selecionadas previamente, e descritas nos critérios de inclusão. Para a obtenção dos artigos analisados, utilizaram-se os seguintes descritores de pesquisa:

Tabela 4. Descritores de Pesquisa

| | |
|-------------------------|--|
| CINAHL Complete | Child* AND Asthma AND Nurs* AND Manag* |
| MEDLINE Complete | Child* AND Asthma AND Nurs* AND Manag* |

Para a seleção dos artigos a serem incluídos na pesquisa, para extração de dados, foi feita uma pesquisa com os descritores por mim delineados, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete (Apêndice I), dos quais foi feita uma inclusão primária, após aplicação dos critérios de inclusão FULL TEXT,

Espaço temporal a partir de 2008 e idioma Português e Inglês, tal como mostra a tabela.

Tabela 5. Artigos seleccionados para Inclusão primária

| Website | Base de dados | Nº Total de textos | Texto completo | Limitação temporal | Língua |
|----------------|------------------|--------------------|----------------|--------------------|--------|
| ESBSCO HOST | CINAHL Complete | 112 | 37 | 12 | 11 |
| | MEDLINE Complete | 192 | 46 | 16 | 16 |

Dos 27 artigos das 2 bases de dados, eliminaram-se as referências duplicadas (4), sendo que foram identificados artigos não disponíveis em Full Text (4), apesar deste critério ter sido incluído inicialmente, ficando 21 artigos. Seguiu-se a leitura do título e resumo, de modo a verificar o cumprimento dos critérios de inclusão. Por não cumprirem os critérios, foram excluídos 11 artigos, sendo que 10 artigos foram elegidos para leitura e análise do texto completo. Destes, e após a leitura integral, percebeu-se que em 3 o objeto de estudo era: programas WEB que não incidiam nas intervenções de enfermagem, pelo que foram excluídos, o que resultou numa amostra final de 7 artigos para análise aprofundada e extração de dados, o que constitui o corpo de análise (Apêndice II).

Após análise dos artigos, apresento de forma sumária, numa tabela, os resultados obtidos e que identificam as intervenções do enfermeiro na gestão da doença na criança com Asma. Uma tabela mais completa seguirá como apêndice (Apêndice III).

Tabela 6. Resumo dos artigos selecionados – REVISÃO SCOPING

| TITULO | AUTOR E ANO | OBJETIVO DO ESTUDO | PRINCIPAIS CONCLUSÕES |
|--|---|---|---|
| Barriers to Asthma Management for School Nurses: An Integrative Review | Ellen Hanley Nadeau Coleen E. Toronto. 2016 | Examinar as barreiras à gestão da asma, identificadas por enfermeiras, em ambiente escolar. | Desenvolver competências para superar as barreiras à gestão da asma identificadas tais como: <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento atualizado sobre a doença, terapêutica, triggers, uso de equipamento específico, sintomas e planos de ação; - Ensino aos pais e comunidade escolar sobre a doença e gestão da mesma; - Capacidade de comunicar com a criança com asma e cuidadores ultrapassando desafios; - Capacidade de envolver criança e cuidadores na gestão da doença. - Reconhecer o ambiente escolar como adequado para gestão eficaz da asma; |
| Using the Health Belief Model to Understand School Nurse Asthma Management | Judith E. Quaranta Gale A. Spencer 2015 | Perceber o desempenho de gestão da asma das enfermeiras escolares em relação ao conhecimento da asma, atitude de asma, auto-eficácia da asma e classificação de importância dos comportamentos de controle da asma. | Níveis elevados de eficácia na gestão da asma por enfermeiros relacionados com: <ul style="list-style-type: none"> - conhecimento sobre asma; - suscetibilidade das crianças a exacerbações em contexto escolar; - perigo potencial das exacerbações; - capacidade de intervir e educar; - identificar e ultrapassar barreiras; |
| Managing asthma in school age children: An overview | Mark Greener 2015 | Perceber a importância da intervenção do enfermeiro na gestão da asma em meio escolar. | Políticas de controlo da Asma na escola proporcionam melhor controlo da doença. Identificadas intervenções do enfermeiro como: <ul style="list-style-type: none"> - Referenciar crianças de risco (conhecimento de sintomas) - Conhecimento de guidelines de gestão da doença - Conhecimento de fatores de agravamento e seu controle - Uso correto de terapêutica; - Conhecimento de barreiras à gestão da doença; - Desenvolver estratégias efetivas de comunicação; |

| TITULO | AUTOR E ANO | OBJETIVO DO ESTUDO | PRINCIPAIS CONCLUSÕES |
|--|--|---|---|
| Using Symptom Management Theory to Explain how Nurse Practitioners Care for Children with Asthma | Patty Newcomb 2016 | Sugerir uso da Teoria de Gestão de sintomas como sendo mais útil na prática de enfermagem com Crianças com Asma, com vista a um melhor cuidado. | Identificadas 3 dimensões na gestão de sintomas: - Experiência ou identificação dos sintomas; - Estratégias ou intervenção para gerir os sintomas; - Avaliação de resultados; Controlo de sintomas em crianças: Desafios na comunicação com criança com doença - estadio de desenvolvimento - família; - experiência dos sintomas - construção de história de sintomas; - identificação e gestão dos sintomas; |
| Decision Making in nursing practice: a case review | Gail Clack 2009 | Implicações de competências de observação do tórax e auscultação pulmonar nas decisões de enfermagem. | Para tomar decisões no cuidado a crianças com asma o enfermeiro precisa adquirir competências especializadas tais como: - observação do tórax; - auscultação pulmonar; |
| Competency-Based Framework and Continuing Education for Preparing a Skilled School Health Workforce for Asthma Care: The Colorado Experience | Lisa Cicutto, Melanie Gleason, Christy Haas-Howard Lynn Jenkins-Nygren, Susan Labonde, Kathy Patrick, 2017 | Implicações de um programa de educação de enfermeiros e sua influência na gestão da asma de forma eficaz. | Programa de gestão da Asma nas escolas, liderado por enfermeiros especializados, requerem: - Conhecimentos sobre a doença e sua gestão; - Conhecimento sobre terapêutica inalada; - Técnica de administração de terapêutica |
| Paediatric asthma | Nancy Banasiak; Anjanean Bolster 2008 | As exacerbações da asma podem causar perigos para a criança e aumentar os custos relacionados com a gestão da doença. | Para conseguir controlar a asma na criança os profissionais de saúde devem ter: - Conhecimento da fisiopatologia da doença; - Conhecimentos de fatores desencadeantes de agudizações; - Fármacos utilizados; - Prevenção de agudizações (uso regular de peak flow meter); - Capacitar a criança (diário de sintomas, avaliar percepção dos sintomas, testes de alergia, comorbilidades, esclarecer dúvidas) |

De uma forma sumária, nos textos analisados, identifico intervenções de enfermagem, que se relacionam com diferentes competências a desenvolver, tais como: **Competências científicas** (conhecimento atualizado de evidência científica e *guidelines* internacionais, planos de ação terapêutica e gestão terapêutica, risco de exacerbações em diferentes contextos); **Competências Técnicas** (Uso e manuseio de equipamento específico, Peak Flow Meter (PFM)); **Competências Éticas** (identificar “crenças” dos pais, identificar no contexto escolar barreiras à gestão eficaz da doença e intervir); **Competências Relacionais** (Capacidade de comunicação com a criança, com a família, com a escola, capacidade de intervir e educar)

Não foram encontrados estudos com enfoque na intervenção do EEER na Asma, pelo que procurei outras fontes de informação, nomeadamente livros publicados no âmbito da intervenção de ER, e que respondessem em concreto aos objetivos delineados para o projeto. Cordeiro & Menoita (2014), afirmam que o EEER pode intervir de forma especializada perante uma criança com asma, com enfoque na reeducação funcional respiratória. A OE no Guia Orientador de Boa Prática (2018) refere que a Reabilitação Respiratória (RR) é um componente importante no processo terapêutico da criança com Asma, sendo que as técnicas a aplicar, diferem consoante esta esteja em período de intercrise ou crise. Em período de intercrise, a educação é fulcral (OE, 2018). O EEER deve intervir ensinando posições de descanso e relaxamento⁷⁹ e o controlo da respiração a adotar nas crises de dispneia, com o objetivo de diminuir a sobrecarga muscular e a ansiedade na criança. Por outro lado, técnicas de limpeza das vias aéreas poderão ser úteis para evitar a retenção de secreções, sendo que deverão ser usadas com precaução pelo risco de broncoespasmo. O uso e ensino de exercícios de redução respiratória localizados e globais (com enfoque abdominodiafragmático), poderão corrigir assincronismos e defeitos ventilatórios (Cordeiro et al, 2014). Outras técnicas poderão ser, expiração de lábios semicerrados (OE, 2018).

Estes aspetos particulares da intervenção do EEER, devem fazer parte de um Plano de Reabilitação individualizado para a criança com Asma, onde constarão forçosamente todos os aspetos referidos anteriormente. A inclusão de exercício físico é outro aspeto fundamental, já que deve ser evitados comportamentos de

⁷⁹ Posição de descanso no período de crise refere-se à posição em que a criança se sinta confortável e vise colocar o diafragma em posição de vantagem mecânica, facilitando o relaxamento dos músculos acessórios.

hipoatividade física que condicionam maus condicionamentos físicos gerais. A atividade física, por seu lado, ajuda a melhorar a mecânica respiratória e uma ventilação pulmonar eficaz (Cordeiro et al, 2014).

Finalmente, quero salientar que, a criança não é nem deve ser considerada um adulto em ponto pequeno. É um ser com características próprias, ligadas ao seu desenvolvimento, e cujas especificidades devem ser ponderadas no “seu” processo de reabilitação. Hoeman (2000, p.722) refere que “A criança tem que ser encarada como parte integrante do sistema familiar, sendo a família e a casa o foco central do mundo infantil.” Ao EEER, assim como á restante equipa de cuidados, compete ajudar a família no desenvolvimento ou recuperação das competências necessárias para o desempenho das actividades de vida diária. Toda a equipe multidisciplinar que intervém junto da criança com incapacidade e sua família “partilham um papel e responsabilidade importantes na modelação do futuro da criança”(Hoeman, 2000, p.722).

A intervenção da ER é centrada na criança e na família, tal como foi enfatizado por mim no início deste PF. O EEER intervêm prevenindo, habilitando e reabilitando no âmbito da saúde, educação e acção social. Cabe-lhe estabelecer um plano de reabilitação, que contemple as diferentes vertentes do desenvolvimento global da criança – motor, sensitivo, sensorial, socio-afectivo e familiar, sendo responsável pela adequada execução do mesmo. (DGS, 2003)

2.3 TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE OREM

A Asma acarreta um grande impacto na vida das crianças, por poder conduzir a limitações físicas e conseqüentemente produzir impacto a nível emocional e social. Neste sentido, é de opinião generalizada que, o controlo da doença, assume a maior importância. O enfermeiro, como parte da equipa multidisciplinar, tem um papel fulcral no sentido em que, intervem educando a criança, promovendo o seu conhecimento, poder e responsabilidade no controlo da doença, e incentivando a alterações comportamentais e de estilos de vida mais saudáveis.

Assim sendo, importa que o enfermeiro atue de forma concertada, sendo que os modelos teóricos de Enfermagem, constituem um modelo orientador da intervenção, levando à reflexão, avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados.

Como foi dito, é esperado da criança, que seja capaz de assumir um “papel” ativo na gestão da doença. Emanando deste pressuposto o conceito de autocuidado (AC), ou

seja a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001).

Assumindo isto, parece-me claro que a Teoria do AC de Dorothea Orem, poderá trazer subsídios teóricos fundamentais para a definição e execução das intervenções do enfermeiro. A autora apresenta a sua Teoria Geral de Enfermagem constituída por três constructos teóricos interrelacionados (Orem, 2001): a Teoria do AC que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a Teoria do Défice de AC que pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários e como as pessoas podem ser ajudadas através das intervenções de enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que explica as relações a estabelecer, neste caso concreto com a criança.

Assume-se que existe uma necessidade de intervenção do enfermeiro quando a pessoa não consegue manter de forma continuada a qualidade ou capacidade de AC, ou quando a sua ação relacionada com a saúde ou cuidados de saúde está limitada (Taylor, 2004). Estas limitações, que no caso concreto do controlo da Asma se refletem em necessidade de competências diversas, podem deixar a criança completa ou parcialmente incapazes de saber as condições existentes e emergentes para o cuidado regulador⁸⁰.

No caso concreto da criança⁸¹, e decorrente da sua capacidade de intervir no seu AC, relacionado com a fase de desenvolvimento em que se encontra, a previsão de défice, poderá dizer-se, deverá ser vista em dois sentidos. Por um lado, na sua capacidade de AC (agente de autocuidado), e ainda na capacidade ou incapacidade da família (agente de cuidar dependente) que assumem a responsabilidade de conhecer e colmatar o défice de AC (Taylor, 2004). Estes aspetos, remetem para o que Orem (2001) denomina como fatores condicionantes básicos e que podem determinar o desempenho do AC, surgindo como inibidores ou facilitadores de adaptação do estado de saúde da pessoa. Incluem a idade, sexo, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, sistema de cuidados de saúde, orientação sociocultural, fatores de sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e adequação dos recursos disponíveis.

A teoria supracitada envolve o conceito de requisitos, ou propósito expresso de AC, que se dividem em 3 categorias, decorrente do resultado pretendido ou desejado. Assim temos, os **Requisitos universais de AC**, que são comuns a todo o

⁸⁰ Cuidado regulador refere-se ao conjunto de atividades desempenhadas pela pessoa que visam manter a saúde e bem estar.

⁸¹ Neste parágrafo assume-se criança não como criança/família, mas a pessoa dos 0 aos 18 anos.

ciclo de vida, interrelacionados e associados a processos de manutenção da estrutura e do funcionamento humano, **Requisitos de AC de desenvolvimento** que surgem de acordo com o estágio de desenvolvimento do indivíduo e compreendem as dimensões do desenvolvimento humano, e **Requisitos de AC no desvio de saúde**, que são exigidos em situação de doença ou lesão (associados a patologias específicas), ou que podem resultar de intervenções médicas, de diagnóstico ou tratamento.

A teoria do déficit de AC constitui-se como o centro da teoria geral de Orem que pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. O déficit, que se traduz por uma discrepância entre a necessidade de AC⁸², e a capacidade da pessoa⁸³, ajuda o enfermeiro a determinar quais as intervenções que necessita desenvolver para o capacitar/ajudar.

O enfermeiro diagnostica a necessidade de cuidados, faz um planeamento e intervém, aquilo que a teoria denomina como processo de enfermagem. Desta forma o enfermeiro executa o AC (sistema totalmente compensatório), substitui no que a pessoa não consegue realizar (sistema parcialmente compensatório) ou orienta/encaminha (sistema de apoio/educação).

⁸² Necessidade de AC remete para o que é necessário para manter o funcionamento ideal.

⁸³ Capacidade da pessoa remete para aquilo que é capaz de fazer por si.

3. PERCURSO FORMATIVO

3.1 Locais de estágio

Os locais de estágio em que este projeto vai ser desenvolvido, bem como, onde me proponho adquirir competências especializadas de ER, serão agora de forma sucinta abordados. A referir que, por motivos aos quais sou alheia e não puderam ser contornados, a visita aos locais não pode ser efetuada, sendo que está planeado realizá-la antes do início do ensino clínico. Os locais de estágio serão o Hospital do [REDACTED], nomeadamente no Departamento de Enfermagem de Reabilitação (de 24 de Setembro de 2018 a 23 de Novembro de 2018) e a Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED] (de 26 de Novembro de 2018 a 8 de Fevereiro de 2019), sediada em [REDACTED]. Foram planeados guiões de entrevista (Apêndices IV e V) a utilizar na visita aos locais de estágio, para perceber o seu funcionamento, o tipo de pessoas a que se prestam cuidados de enfermagem com a vertente de EEER, e como está organizada a equipa.

3.2 Objetivos e planeamento de atividades

A construção deste PF teve por base, a área de interesse pessoal que foi explicitada anteriormente, bem como as competências que necessito desenvolver como EEER. Desta forma, irei explicitar os objetivos gerais por mim delineados para dar resposta às competências preconizadas pela OE, para atribuição do título de EEER, e que são:

- 1. Desenvolver Competências Éticas, Científicas, Relacionais e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;**
- 2. Desenvolver Competências Científicas e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança;**

O alcance dos objetivos supracitados, estará necessariamente relacionado com as atividades a desenvolver nos diferentes campos de estágio. Assim sendo, planeei como estratégia balizar as competências a desenvolver, projetando

objetivos específicos a atingir, que estarão relacionados com as competências específicas do EEER (Anexo II) e as competências comuns do enfermeiro especialista (Anexo III), deliberadas pela ordem dos enfermeiros. Desta forma, foi construído um objetivo específico para cada unidade de competência, com as respectivas atividades a desenvolver, recursos a utilizar e critérios de avaliação, e que serão retratados na tabela seguinte.

A referir que para estas atividades, foi elaborado um Cronograma de Atividades (Apêndice VI).

Tabela 7. Objetivos relacionados com as Competências Específicas do EEER

| J1.1 AVALIA A FUNCIONALIDADE E DIAGNOSTICA ALTERAÇÕES QUE DETERMINAM LIMITAÇÕES DA ATIVIDADE E INCAPACIDADES | | | |
|--|--|---|---|
| Objetivos Específicos | Atividades a desenvolver | Recursos | Crítérios de Avaliação |
| 1. Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações ao autocuidado (AC) na criança com Asma. | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre fisiopatologia da asma e desenvolvimento infantil; - Recolha de informação sobre Processo Assistencial Integrado da Asma; - Recolha de informação sobre a criança com asma, e utilização de instrumentos de avaliação existentes no serviço (processo clínico, auscultação pulmonar, Meios complementares de diagnóstico e Tratamento (MCDT)); - Avaliação da capacidade funcional da criança para realizar o autocuidado de forma independente; - Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado na criança com Asma | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Escalas e Instrumentos utilizados nos locais de estágios (<i>Peak Flow Meter</i> (PFM)); Processo clínico Meios complementar de diagnóstico e tratamento (MCDT, auscultação) Autores de referência Normas e <i>guidelines</i> de avaliação (DGS, GINA e outros).</p> | Realiza pesquisa bibliográfica; Recolhe informação pertinente sobre a criança; Avalia a capacidade funcional; Identifica fatores facilitadores e inibidores; |
| 2. Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações ao AC ao longo do ciclo de vida | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre patologias presentes nos estágios; - Recolha de informação pertinente sobre a situação de saúde da pessoa e utilização de instrumentos de avaliação existentes no serviço; - Avaliação da capacidade funcional da pessoa que determinem défices do AC; - Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado na pessoa ao longo do ciclo de vida; | | |

J1.2 CONCEBE PLANOS DE INTERVENÇÃO COM O PROPÓSITO DE PROMOVER CAPACIDADES ADAPTATIVAS COM VISTA AO AUTOCONTROLO E AUTOCUIDADO NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA E OU INCAPACIDADE

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>3. Conceber planos de intervenção que promovam o autocuidado na criança com Asma.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a intervenção do EEER na gestão da Asma e técnicas de comunicação em pediatria; - Elaboração de planos de intervenção de enfermagem (reeducação funcional respiratória e outros) personalizados à criança com Asma que promovam o AC - Seleção e prescrição de produtos de apoio (diário de sintomas, PFM,...) em colaboração com a equipa de enfermagem; | <p>Humanos: Docente orientador Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida</p> <p>Técnicos e materiais: Escalas e Instrumentos utilizados nos locais de estágios e PFM; Processo clínico MCDT e auscultação Autores de referência Normas e <i>guidelines</i> de avaliação (DGS, GINA e outros).</p> | <p>Realiza pesquisa bibliográfica; Elabora planos de intervenção de enfermagem Seleciona e prescreve produtos de apoio em colaboração com equipa de enfermagem</p> |
| <p>4. Conceber planos de intervenção que promovam o AC na pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a intervenção do EEER na patologia em causa ao longo do ciclo de vida; - Elaboração de planos de intervenção de enfermagem que visem otimizar a função motora, cardiorrespiratória, sensorial e cognitiva, e outros que promovam o AC - Seleção e prescrição de produtos de apoio. | | |

J1.3 IMPLEMENTA AS INTERVENÇÕES PLANEADAS COM O OBJETIVO DE OTIMIZAR E/OU REEDUCAR AS FUNÇÕES AOS NÍVEIS MOTOR, SENSORIAL, COGNITIVO, CARDIORESPIRATÓRIO, DA ALIMENTAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO E DA SEXUALIDADE.

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>5. Implementar intervenções que otimizem as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação da criança com Asma;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Implementação dos programas de intervenção à criança com Asma; - Implementação de programas de reeducação funcional respiratória à criança com Asma; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de planos de intervenção; - Registo das ações realizadas à criança com Asma; | <p>Humanos: Docente orientador Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida; Equipa multidisciplinar;</p> <p>Técnicos e materiais: Processo clínico; Meios complementares de diagnóstico e tratamento MCDT Auscultação Autores de referência; Normas e <i>guidelines</i> de avaliação (DGS, GINA e outros).</p> | <p>Implementa os programas de intervenção delineados; Implementa programas de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade elaborados; Colabora com a equipa multidisciplinar na implementação de planos de intervenção; Regista as ações realizadas;</p> |
| <p>6. Implementar intervenções que otimizem as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade da pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Implementação dos programas de intervenção à pessoa ao longo do ciclo de vida; - Implementação de programas de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade à pessoa ao longo do ciclo de vida; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de planos de intervenção; - Registo das ações realizadas à pessoa ao longo do ciclo de vida; | | |

J1.4 AVALIA OS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS

| | | | |
|---|--|--|---|
| 7. Avaliar os resultados das intervenções implementadas à criança com Asma | - Monitorização da implementação e dos resultados dos planos implementados à criança com Asma; | Humanos: Docente orientador; Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida; | Monitoriza a implementação e os resultados dos planos implementados |
| 8. Avaliar os resultados das intervenções implementadas à pessoa ao longo do ciclo de vida; | - Monitorização da implementação e dos resultados dos planos implementados à pessoa ao longo do ciclo de vida; | Técnicos e materiais: MCDT Auscultação Indicadores e instrumentos utilizados nos locais de estágio; | |

J2.1 ELABORA E IMPLEMENTA PROGRAMAS DE TREINO DE AVD VISANDO A ADAPTAÇÃO ÀS LIMITAÇÕES DA MOBILIDADE E À MAXIMIZAÇÃO DA AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9. Implementar programas de treino de Atividades Vida Diária (AVD), maximizando a autonomia da criança com Asma | - Pesquisa bibliográfica sobre planos de gestão da Asma na criança; - Ensino à criança com Asma sobre identificação e controlo de sintomas, adesão à terapêutica, identificação e evicção de fatores desencadeantes de agudizações e adesão ao plano de ação se prescrito - Ensino e supervisão de técnica inalatória e uso de PFM; | Humanos: Docente orientador; Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida; | Realiza pesquisa bibliográfica; Ensina a criança com Asma sobre identificação e controlo de sintomas, adesão à terapêutica, identificação e evicção de fatores desencadeantes de agudizações e adesão ao plano de ação se prescrito; Ensina e supervisiona a técnica inalatória e uso de PFM; |
| 10. Implementar programas de treino de Atividades Vida Diária (AVD), maximizando a autonomia da pessoa ao longo do ciclo de vida; | - Ensino sobre técnicas específicas de autocuidado ao longo do ciclo de vida; - Realização de treinos específicos de AVD, com uso de dispositivos de apoio ao longo do ciclo de vida; | Técnicos e materiais: Normas e <i>guidelines</i> existentes; Dispositivos de apoio; Programas de treino existentes no serviço | Ensina sobre técnicas específicas de autocuidado ao longo do ciclo de vida; Realiza treinos específicos de AVD, com uso de dispositivos de apoio ao longo do ciclo de vida; |

J2.2 PROMOVE A MOBILIDADE, A ACESSIBILIDADE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>11. Promover a mobilidade e a participação social da criança com Asma.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração da criança com Asma; - Sensibilização da comunidade para a importância da adoção de práticas preventivas de agudizações de Asma; | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliografia sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração da criança com Asma; - Sensibiliza a comunidade para a importância da adoção de práticas preventivas de agudizações de Asma; |
| <p>12. Promover a mobilidade e a participação social da pessoa ao longo do ciclo de vida</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração da pessoa ao longo do ciclo de vida; - Colaboração com a equipa de enfermagem na sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas; | <p><u>Técnicos e materiais:</u> Normas e <i>guidelines</i> existentes; Programas de sensibilização existentes no serviço</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliografia sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração da pessoa ao longo do ciclo de vida; - Colabora com a equipa de enfermagem na sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas; |

J3.1 CONCEBE E IMPLEMENTA PROGRAMAS DE TREINO MOTOR E CARDIORESPIRATÓRIO

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>13. Elaborar e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório da criança com Asma</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre programas de treino e exercício à criança com Asma; - Elaboração e implementação de sessões de treino com vista à promoção da saúde e prevenção de agravamento da função pulmonar da criança com Asma. | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Normas e <i>guidelines</i> existentes;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliografia sobre programas de treino e exercício; - Elabora e implementa de sessões de treino; |
| <p>14. Elaborar e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório da pessoa ao longo do ciclo de vida.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre programas de treino e exercício à pessoa ao longo do ciclo de vida; - Colaboração com equipa de enfermagem na elaboração e implementação de sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e reabilitação à pessoa ao longo do ciclo de vida. | <p>Dispositivos de apoio; Programas de treino existentes no serviço;</p> | |

| J3.2 AVALIA E REFORMULA PROGRAMAS DE TREINO MOTOR E CARDIORESPIRATÓRIO EM FUNÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS | | | |
|---|--|---|--|
| 15. Avaliar os programas de treino motor e cardiorespiratório implementados à criança com Asma, em função dos resultados. | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da implementação dos programas concebidos, à criança com Asma; - Avaliação dos resultados obtidos com os programas de treino motor e cardiorespiratório em função dos objetivos definidos com a criança com Asma, | <p>Humanos: Docente orientador; Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avalia a implementação dos programas concebidos, à criança com Asma; - Avalia os resultados obtidos com os programas de treino motor e cardiorespiratório à criança com Asma, em função dos objetivos definidos com a pessoa; |
| 16. Avaliar os programas de treino motor e cardiorespiratório implementados à pessoa ao longo do ciclo de vida, em função dos resultados. | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da implementação dos programas concebidos, à pessoa ao longo do ciclo de vida - Avaliação dos resultados obtidos com os programas de treino motor e cardiorespiratório, em função dos objetivos definidos com a pessoa ao longo do ciclo de vida; | | |

Tabela 8. Objetivos relacionados com as Competências Comuns

| A1 DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO | | | |
|--|---|---|--|
| 17. Demonstrar uma tomada decisão ética na prática especializada de enfermagem de reabilitação, suportada em princípios, valores e normas deontológicas. | <ul style="list-style-type: none"> - Visita ao serviço e integração na equipa multidisciplinar, compreendendo a sua dinâmica; - Conhecimento de normas e protocolos do serviço; - Reflexão e participação na tomada de decisão, com equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos; - Envolvimento da pessoa na procura e implementação de estratégias de resolução de problemas; - Consulta do Código Deontológico para resolução de situações de cuidados à pessoa; | <p>Humanos: Docente orientador; Orientador clínico; Pessoa ao longo do ciclo de vida; Equipa multidisciplinar;</p> <p>Técnicos e materiais: Código deontológico;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Visita o serviço e integra-se na equipa multidisciplinar, compreendendo a sua dinâmica; - Conhece as normas e protocolos do serviço; - Reflete e participa na tomada de decisão, com equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos; - Envolve a pessoa na procura e implementação de estratégias de resolução de problemas; - Consulta o Código Deontológico para resolução de situações de cuidados à pessoa; |

| A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS. | | | |
|--|--|---|---|
| 18. Gerir as práticas que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade da pessoa. | <ul style="list-style-type: none"> - Promoção do respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, privacidade e autodeterminação na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Colaboração com a equipa de enfermagem na promoção do respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas da pessoa na prática de cuidados de enfermagem; - Recolha e análise de informação pertinente relativa à pessoa, com a finalidade de aumentar a segurança de práticas que respeitem as dimensões éticas e deontológicas; | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência;</p> | Promove o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, privacidade e autodeterminação na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Colabora com a equipa de enfermagem na promoção do respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas da pessoa na prática de cuidados de enfermagem; - Recolhe e analisa informação pertinente relativa à pessoa, com a finalidade de aumentar a segurança de práticas que respeitem as dimensões éticas e deontológicas; |
| B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA | | | |
| 19. Participar em projetos institucionais de melhoria da qualidade na área da reabilitação. | <ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa de enfermagem na realização de atividades na área da qualidade existentes no serviço; - Divulgação de situações que reflectam a qualidade dos cuidados de ER; | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Equipa multidisciplinar</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa na realização de atividades na área da qualidade, existentes no serviço; - Divulga situações que reflitam a qualidade dos cuidados de ER,. |
| B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE | | | |
| 20. Participar em programas de melhoria contínua da qualidade | <ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa de enfermagem na análise e revisão das práticas de cuidados de reabilitação à pessoa relacionadas com os seus resultados; - Colaboração com a equipa de enfermagem na implementação de programas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação; - Colaboração com a equipa de enfermagem na realização de auditorias clínicas existentes no serviço; - Colaboração com a equipa de enfermagem na aplicação de instrumentos de avaliação de resultado dos cuidados de enfermagem; - Pesquisa bibliográfica sobre guias orientadores de boas práticas; - Colaboração com a equipa de enfermagem na elaboração de guias orientadores de boas práticas | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Equipa multidisciplinar;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Guias orientadores de boas práticas; Autores de referência; Indicadores do serviço; Instrumento de auditoria do serviço;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa de enfermagem na análise e revisão das práticas de cuidados de reabilitação à pessoa relacionadas com os seus resultados; - Colabora com a equipa de enfermagem na implementação de programas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação; - Colabora com a equipa de enfermagem na realização de auditorias clínicas existentes no serviço; - Colabora com a equipa de enfermagem na aplicação de instrumentos de avaliação de resultado dos cuidados de enfermagem; - Colabora com a equipa de enfermagem na elaboração de guias orientadores de boas práticas; |

B3.CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>21. Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança da pessoa, gerindo o risco.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Participação em discussões da equipa multidisciplinar relacionadas com práticas que comprometam o respeito pela pessoa;- Colaboração com a equipa na promoção de um ambiente que promova o respeito pela pessoa;- Conhecimento e aplicação os princípios que garantam a administração segura de terapêuticas;- Conhecimento os planos de emergência existentes nos serviços;- Desenvolvimento juntamente com a equipa medidas de segurança dos dados e registos; | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Guias espirituais; Guias culturais;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Normas do serviço; Informação sobre terapêutica; Literatura sobre identidade cultural e espiritual;</p> | <ul style="list-style-type: none">- Participa em discussões da equipa multidisciplinar relacionadas com práticas que comprometam o respeito pela pessoa;- Colabora com a equipa na promoção de um ambiente que promova o respeito pela pessoa;- Conhece e aplica os princípios que garantam a administração segura de terapêuticas;- Conhece os planos de emergência existentes nos serviços;- Desenvolve juntamente com a equipa medidas de segurança dos dados e registos; |
|--|--|--|--|

C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>22. Gerir a qualidade e segurança dos cuidados prestados pela equipa de saúde.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Colaboração com a equipa multiprofissional na tomada de decisão relativa aos cuidados da pessoa;- Colaboração na colheita e partilha de informação relativa à pessoa, junto da equipa multidisciplinar;- Identificação de situações em que é necessário reencaminhar a pessoa para outros profissionais de saúde;- Elaboração cartas de alta e/ou transferência de enfermagem; | <p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Equipa multidisciplinar; Pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Normas do serviço; Processo clínico; Cartas de alta e transferência de enfermagem;</p> | <ul style="list-style-type: none">- Colabora com a equipa multiprofissional na tomada de decisão relativa aos cuidados da pessoa;- Colabora na colheita e partilha de informação relativa à pessoa, junto da equipa multidisciplinar;- Identifica situações em que é necessário reencaminhar a pessoa para outros profissionais de saúde;- Elabora cartas de alta e/ou transferência de enfermagem; |
|---|---|--|--|

| C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS | | | |
|--|--|---|--|
| <p>23. Ajustar os recursos às necessidades dos cuidados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da gestão de cuidados nos diferentes campos de estágio; - Discussão com o orientador clínico os recursos existentes no serviço e sua adequação à prestação de cuidados de qualidade; - Avaliação juntamente com o orientador clínico os riscos para a prestação de cuidados, associados aos recursos; - Integração na equipe de saúde, reconhecendo e respeitando os diferentes papéis; | <p>Humanos: Docente orientador; Orientador clínico; Equipe multidisciplinar;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conhece a gestão de cuidados nos diferentes campos de estágio; - Discute com o orientador clínico os recursos existentes no serviço e sua adequação à prestação de cuidados de qualidade; - Avalia juntamente com o orientador clínico os riscos para a prestação de cuidados, associados aos recursos; - Integra a equipa de saúde; |
| D1. DESENVOLVE O AUTOCONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE | | | |
| <p>24. Demonstrar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua influência na prestação de cuidados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e profissionais na prática de cuidados; - Reconhecimento e gestão de sentimentos e emoções na prática de cuidados e relação com a equipa multidisciplinar; - Reconhecimento de situações de conflito eminente com a pessoa e equipa multidisciplinar; - Discussão semanal com o orientador clínico para avaliar desempenho na prática de cuidados e relação com a equipa multidisciplinar; - Realização de reflexões escritas de ocorrências de conflito na prática de cuidados ou relação com a equipa multidisciplinar, visando a sua reflexão; - Reflexão formal sobre o meu desempenho nos momentos de avaliação. | <p>Humanos: Docente orientador; Orientador clínico;</p> <p>Técnicos e materiais: Reflexões escritas; Registos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhece recursos e limites pessoais e profissionais na prática de cuidados; - Reconhece e gere sentimentos e emoções na prática de cuidados e na relação com a equipa multidisciplinar; - Reconhece situações de conflito eminente com a pessoa e equipa multidisciplinar; - Discute semanalmente com o enfermeiro orientador para avaliar desempenho na prática de cuidados e relação com a equipa multidisciplinar; - Realiza reflexões escritas de ocorrências de conflito na prática de cuidados ou relação com a equipa multidisciplinar, visando a sua reflexão; |
| D2. BASEIA A SUA PRAXIS CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SÓLIDOS E VÁLIDOS PADRÕES DE CONHECIMENTOS | | | |
| <p>25. Sustentar a tomada de decisão no conhecimento atual.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre os conteúdos necessários à prestação de cuidados de reabilitação nos diferentes contextos clínicos e no âmbito do tema do PF; - Desenvolver projetos nos diferentes campos de estágio, relacionados com as necessidades identificadas e/ou projetos existente no serviço (<i>flyer</i>, poster, sessão de formação ou outros); | <p>Humanos: Docente orientador; Orientador clínico;</p> <p>Técnicos e materiais: Bases de dados Artigos e estudos publicados;</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realiza pesquisa bibliográfica; - Desenvolve projetos relacionados com as necessidades dos campos de estágio; |

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste PF, permitiu que avaliasse de forma mais concertada quais as competências que preciso desenvolver para poder assumir no futuro uma nova conduta profissional, ou por assim dizer, “a *Competência*” de EEER. Segundo Le Boterf (2003, p. 69), “*A competência (...) não pré-existe, mas é construída por um sujeito. Não é pré definida: é um acontecimento ou um processo. O profissional constrói sua competência ou suas competências a partir de recursos possíveis (capacidades, conhecimentos, habilidades, etc.), mas sua competência não se reduz apenas à aplicação desses possíveis. O saber mobilizar passa pelo saber combinar e saber transformar.*” Desta forma, e caminhando em direção à excelência do cuidar, é minha convicção pessoal que, tal se baseia num processo de construção da aprendizagem e reflecte a convergência de saberes técnicos, científicos, éticos e relacionais. Saliento que, o resultado que apresento neste documento, advem também das orientações que recebi, sendo que em apêndice (Apêndice VI e VII) coloco as apresentações que fiz, e que espelham as mudanças efetuadas.

Ao iniciar este percurso académico, estabeleço metas para mim própria, proporcionais às expectativas que alimentava quanto às mais valias desta especialização. O desenvolvimento de competências de EEER instiga a uma conceção de objetivos e atividades, com vista à detenção de um entendimento mais profundo e complexo das respostas humanas aos processos de vida, e seus problemas de saúde ao longo do ciclo de vida.

Por trabalhar em pediatria, foi claro para mim que o foco deste PF se relaciona-se com a criança. A perspectiva de desenvolver no futuro um projeto de trabalho relacionado com a criança com Asma, na instituição onde trabalho, conduziu a que esta fosse, mais concretamente, a temática a aprofundar. Desta forma, espero contribuir para a melhoria na qualidade de cuidados.

A imprevisibilidade faz parte da vida, pelo que, no decurso e implementação deste PF, a sua reformulação e/ou adequação a novas necessidades que possam surgir, está prevista. Conjeturo para isso que, a intervenção quer do docente orientador, quer do orientador clínico, me possibilitem uma análise mais concreta dessas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
2. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*. Porto. Ordem dos Enfermeiros
3. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto. Ordem dos Enfermeiros.
4. Banasiak, N.,Bolster,N.(2008). Pediatric Asthma. *RN*, Julho 2008:26-31.
5. Cicutto, L., Gleason, M., Haas-Howard, C.,Jenkins-Nygren, L.,Labonde,S., Patrick,K. (2009). Competency-Based Framework and Continuing Education for Preparing a killed School Health Workforce for Asthma Care: The Colorado Experience. *The Journal of School Nursing*, Agosto 33(4):277-284. DOI: 10.1177/1059840516675931
6. Clack, G. (2009). Decision Making in nursing practice: a case review. *Paediatric Nursing*, 21(5):24-27. DOI: 10.7748/paed2009.06.21.5.24.c7078
7. Cordeiro, M. O., & Menoita, E. P. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Portugal: Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
8. Despacho nº 6401/2016 de 16 de Maio (2016). Programas de Saúde Prioritários. Diário da República n.º 94/2016, Série II de 2016-05-16. 15239

9. Direcção Geral de Saúde. (2003). *Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física de Reabilitação*. Acedido 27-02-2018. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006180.pdf>. Consulta em: 20/10/09
10. Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Asma - descrição, diagnóstico diferencial, comorbilidades e codificação*. Portugal: Ministério da Saúde.
11. Direcção-Geral da Saúde. (2018). *Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto*. Portugal: Ministério da Saúde
12. ESEL (2018). *Documento de Orientação da Unidade Curricular OPÇÃO II – PROJECTO*. (05-07-2018). Disponível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
13. Ferreira-Magalhães, M; Amaral, R., Pereira, A.M.; Sá-Sousa, A., Azevedo, I.; Azevedo, L.F. & Fonseca, J. A. (2017). Cost of asthma in children: A nationwide, population-based, cost-of-illness study. *Pediatric Allergy Immunology*, Nov;28(7):683-691. DOI: 10.1111/pai.12772
14. Ferreira-Magalhães, M., Sá-Sousa, A., Morais-Almeida, M., Pité, H., Azevedo, L.F., Azevedo, M.I., Bugalho-Almeida, A., Fonseca, J. A., (2016). Asthma-like symptoms, diagnostic tests, and asthma medication use in children and adolescents: a population-based nationwide survey. *Journal of Asthma*, 53(3), 269-76. DOI: **10.3109/02770903.2015.1095926**.
15. Ferreira-Magalhães, M; Pereira, A.M.; Sá-Sousa, A., Morais-Almeida, M.; Azevedo, I.; Azevedo, L.F. & Fonseca, J. A. (2015). Asthma control in children is associated with nasal symptoms, obesity, and health insurance: a nationwide survey. *Pediatric Allergy and Immunology*, 26: 466–473. DOI:10.1111/pai.12395

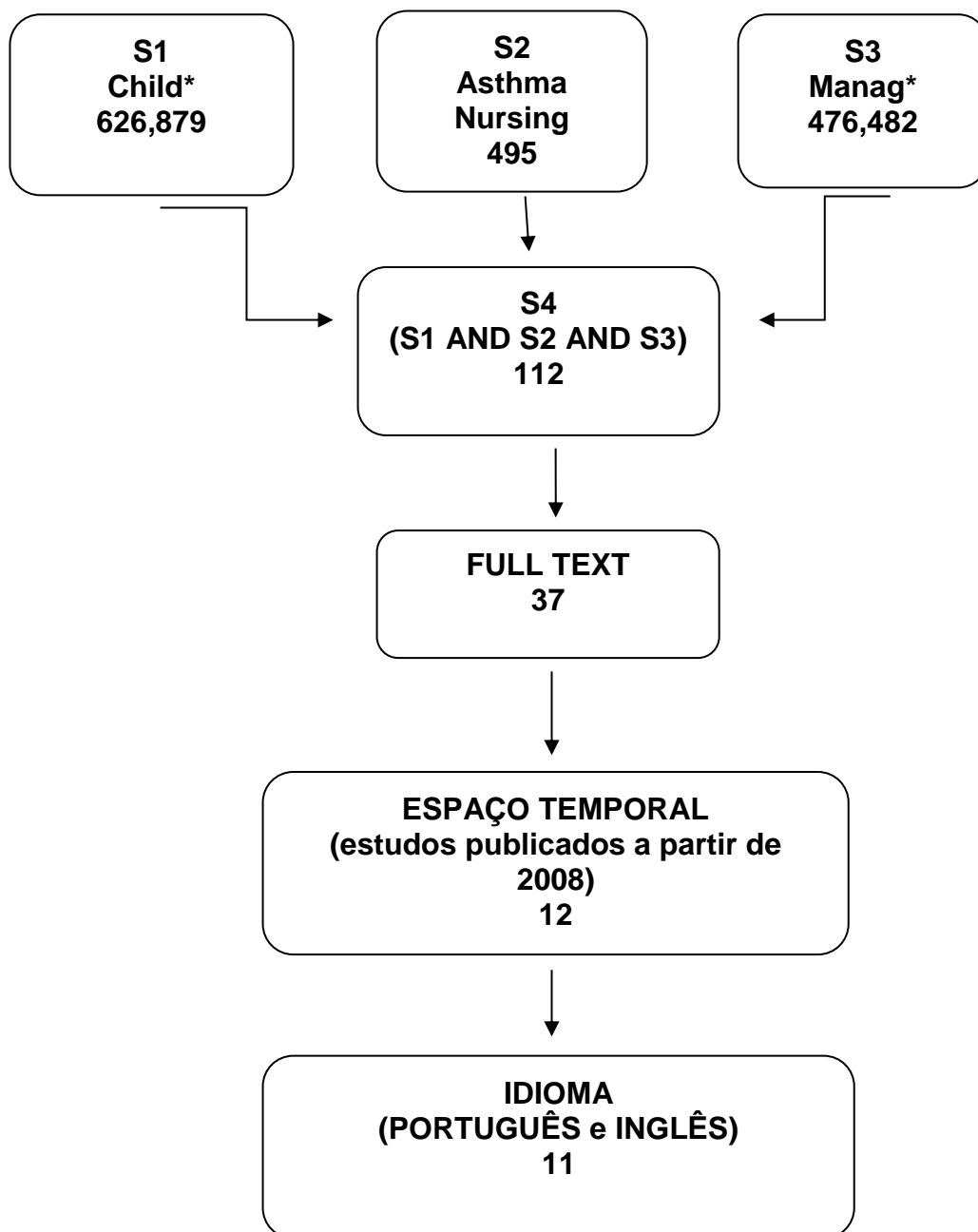
16. Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias (FISR) (2017). *O impacto global da doença respiratória* - Segunda edição. Associação Latino Americana do Tórax. México
17. Global Initiative For Asthma (GINA) (2018). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (Updated 2018)*. Acedido em 15/01/2018. Disponível em <https://ginasthma.org/>
18. Greener, M. (2015). Managing asthma in school age children: An overview. *British Journal of School Nursing*, Dezembro 9(10). DOI: org/10.12968/bjsn.20.9.10.484
19. Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação*. (2 Ed.). Lisboa: Lusociência
20. Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3 Ed). São Paulo: Artmed Editora.
21. Nadeau, E.H., Toronto, C.E. (2016). Barriers to Asthma Management for School Nurses An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, Abril 32(2):86-98. DOI: 10.1177/1059840515621607
22. Newcomb, P. (2016). Using Symptom Management Theory to Explain how Nurse Practitioners Care for Children with Asthma. *Journal of Theory Construction & Testing* .Fall/Winter2010, Vol. 14(2):40-44.
23. Ordem dos enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Cadernos OE. Série 1. Número 10. Acedido 20-03-2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
24. Orem, D. F. (2001). *Nursing Concepts of practice* (Sixth edition ed.). Missouri: Mosby.

25. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) (2014). *Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança*. Portugal: Direção Geral de Saúde.
26. Quaranta, J.E., Spencer, G.A. (2015). Using the Health Belief Model to Understand School Nurse Asthma Management. *The Journal of School Nursing*, Dezembro 31(6):430-40. DOI: 10.1177/1059840515601885. Epub 2015 Aug 30.
27. Ribeiro, J.L.P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, saúde & doenças*. Vol.15(3), 671- 682
28. Taylor, S. G. (2004). Dorethea E. Orem: Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp.211 – 235). (5ª Edição). Loures: Lusociência.

APÊNDICE I – Histórico de Pesquisa Inicial

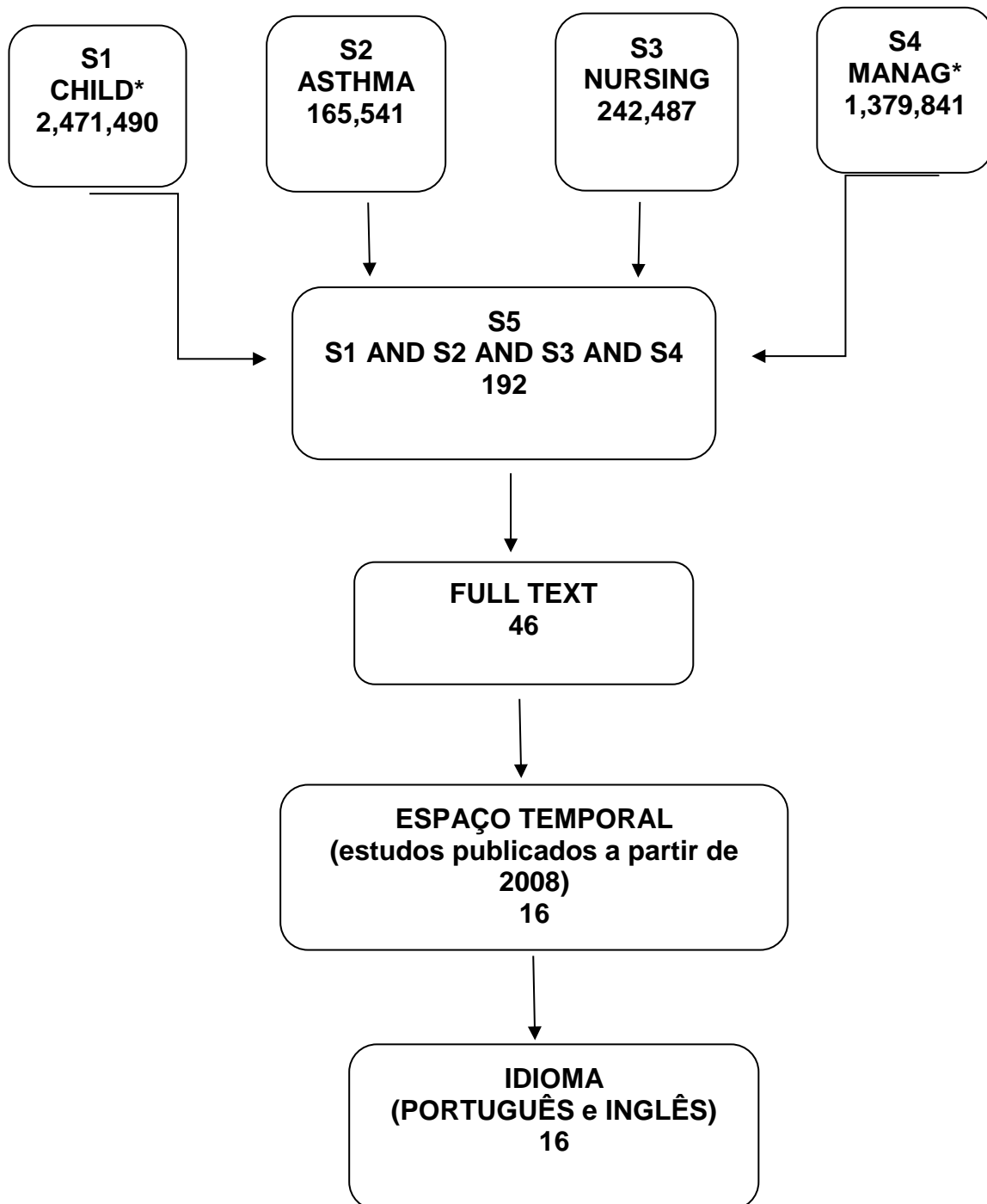
Histórico de pesquisa Inicial na Base de Dados CINAHL Complete

| | |
|--|-----------------------|
| Descritores De Pesquisa | Child* |
| | Asthma Nursing |
| | Manag* |



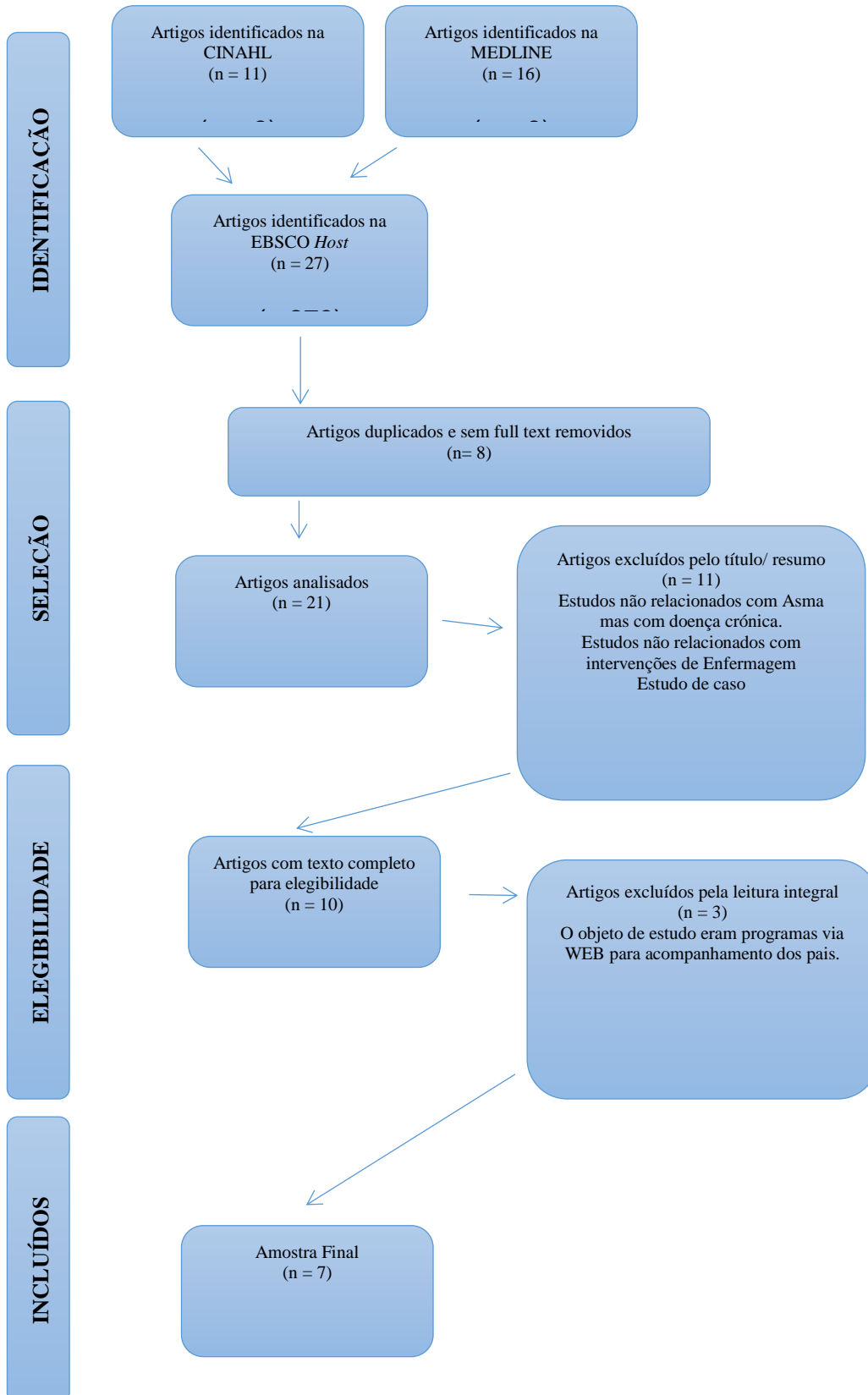
Histórico de pesquisa Inicial na Base de Dados MEDLINE Complete

| | |
|--|----------------|
| Descritores De Pesquisa | Child* |
| | Asthma |
| | Nursing |
| | Manag* |



APÊNDICE II – Fluxograma Revisão Scoping

Fluxograma Prisma



APENDICE III – Tabela Resumo dos Textos da Revisão Scoping

| TITULO | AUTOR E ANO | TIPO DE ESTUDO E PARTICIPANTES | OBJETIVO DO ESTUDO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADAS | COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS |
|---|---|--|---|---|--|
| Barriers to Asthma Management for School Nurses: An Integrative Review | Ellen Hanley Nadeau Coleen E. Toronto. 2016 | Revisão integrativa de literatura | Examinar as barreiras à gestão da asma, identificadas por enfermeiras, em ambiente escolar. | Desenvolver competências para superar as barreiras à gestão da asma identificadas tais como: - Conhecimento atualizado sobre a doença, terapêutica, triggers, uso de equipamento específico, sintomas e planos de ação; - Ensino aos pais e comunidade escolar sobre a doença e gestão da mesma; - Capacidade de comunicar com a criança com asma e cuidadores ultrapassando desafios; - Capacidade de envolver criança e cuidadores na gestão da doença. - Reconhecer o ambiente escolar como adequado para gestão eficaz da asma; | CIENTIFICAS; ÉTICAS; RELACIONAIS; TÉCNICAS; |
| Using the Health Belief Model to Understand School Nurse Asthma Management | Judith E. Quaranta Gale A. Spencer 2015 | Estudo descritivo correlacional Enfermeiros em contexto escolar | Perceber o desempenho de gestão da asma das enfermeiras escolares em relação ao conhecimento da asma, atitude de asma, auto-eficácia da asma e classificação de importância dos comportamentos de controle da asma. | Níveis elevados de eficácia na gestão da asma por enfermeiros relacionados com: - conhecimento sobre asma; - suscetibilidade das crianças a exacerbações em contexto escolar; - perigo potencial das exacerbações; - capacidade de intervir e educar; - identificar e ultrapassar barreiras; | CIENTIFICAS; RELACIONAIS; TÉCNICAS; |
| Managing asthma in school age children: An overview | Mark Greener 2015 | Artigo de opinião com base em guidelines internacionais. | Perceber a importância da intervenção do enfermeiro na gestão da asma em meio escolar. | Políticas de controlo da Asma na escola proporcionam melhor controlo da doença. Identificadas intervenções do enfermeiro como: - Referenciar crianças de risco (conhecimento de sintomas) | CIENTIFICAS; RELACIONAIS; TÉCNICAS; |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento de guidelines de gestão da doença - Conhecimento de fatores de agravamento e seu controle - Uso correto de terapêutica; - Conhecimento de barreiras à gestão da doença; - Desenvolver estratégias efetivas de comunicação; | |
| Using Symptom Management Theory to Explain how Nurse Practitioners Care for Children with Asthma | Patty Newcomb 2016 | Artigo de opinião sobre o uso de uma teoria de médio alcance na prática de enfermagem na gestão da Asma | Sugerir uso da Teoria de Gestão de sintomas como sendo mais útil na prática de enfermagem com Crianças com Asma, com vista a um melhor cuidado. | Identificadas 3 dimensões na gestão de sintomas: <ul style="list-style-type: none"> - Experiência ou identificação dos sintomas; - Estratégias ou intervenção para gerir os sintomas; - Avaliação de resultados; Controlo de sintomas em crianças: Desafios na comunicação com criança com doença <ul style="list-style-type: none"> - estadio de desenvolvimento - família; - experiência dos sintomas - construção de história de sintomas; - identificação e gestão dos sintomas; | CIENTIFICAS RELACIONAIS TÉCNICAS |
| Decision Making in nursing practice: a case review | Gail Clack 2009 | Artigo de opinião sobre competências especializadas de enfermagem na gestão da asma | Implicações de competências de observação do tórax e auscultação pulmonar nas decisões de enfermagem. | Para tomar decisões no cuidado a crianças com asma o enfermeiro precisa adquirir competências especializadas tais como: <ul style="list-style-type: none"> - observação do tórax; - auscultação pulmonar; | TÉCNICAS |
| Competency-Based Framework and Continuing Education for Preparing | Lisa Cicutto, Melanie Gleason, Christy Haas-Howard Lynn | Avaliação de um programa piloto de educação de enfermeiros que visa aquisição de competências na gestão da asma. | Implicações de um programa de educação de enfermeiros e sua influência na gestão da asma de forma eficaz. | Programa de gestão da Asma nas escolas, liderado por enfermeiros especializados, requerem: <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos sobre a doença e sua gestão; - Conhecimento sobre terapêutica inalada; - Técnica de administração de | CIENTIFICAS; TÉCNICAS; |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| a Skilled School Health Workforce for Asthma Care: The Colorado Experience | Jenkins-Nygren, Susan Labonde, Kathy Patrick, 2017 | | | terapeutica | |
| Pediatric Asthma | Nancy Banasiak; Anjenean Bolster 2008 | Artigo de opinião de um docente de enfermagem e de um enfermeiro sobre a prática de cuidados a crianças com asma. | As exacerbações da asma podem causar perigos para a criança e aumentar os custos relacionados com a gestão da doença. | Para conseguir controlar a asma na criança os profissionais de saúde devem ter: <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da fisiopatologia da doença; - Conhecimentos de fatores desencadeantes de agudizações; - Fármacos utilizados; - Prevenção de agudizações (uso regular de peak flow meter); - Capacitar a criança (diário de sintomas, avaliar percepção dos sintomas, testes de alergia, comorbilidades, esclarecer dúvidas) | CIENTIFICAS; RELACIONAIS; TECNICAS; |

Apendice V - GUIÃO DE ENTREVISTA UCC [REDACTED] – ALCANTARA

Pretendo com este guião, estruturar a entrevista de forma a:

- Perceber as características dos clientes;
- Descrever a ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Descrever os projetos e recursos existentes;
- Conhecer aspetos organizacionais;
- Compreender como são organizados os EEER e os cuidados de ER;

Questões?

1. Intervêm junto a quantos utentes/famílias?
2. Qual a área de influência da UCC?
3. Quais as características da população abrangida?
4. Quais os diagnósticos mais prevalentes nos clientes?
5. Qual a composição da equipa?
6. Qual o método de distribuição de trabalho utilizado?
7. Existem crianças nos clientes. Se sim, quais as patologias prevalentes?
8. Quais as atividades que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação realiza?
9. Que instrumentos são utilizados na prática de cuidados do Enfermeiro de Reabilitação;
10. Quais as normas existentes no serviço que regulem intervenções ER?
11. Existe algum programa específico no âmbito da criança com doença respiratória crónica?
12. Existem crianças com Asma a serem acompanhadas na UUC?
13. Existem projetos de intervenção cujo público alvo sejam crianças?
14. Identificam necessidades de intervenção/projetos a desenvolver no serviço?

APENDICE IV - GUIÃO DE ENTREVISTA HOSPITAL DOS [REDACTED]

Pretendo com este guião, estruturar a entrevista de forma a:

- Perceber as características dos clientes;
- Descrever a ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Descrever os projetos e recursos existentes;
- Conhecer aspetos organizacionais;
- Compreender como são organizados os EEER e os cuidados de ER;

QUESTÕES:

1. Qual a área de influência do serviço?
2. Quais os diagnósticos mais prevalentes no internamento?
3. A equipa de ER é composta por quantos elementos?
4. Como é feita a gestão da equipe de EEER?
5. Qual o método de trabalho utilizado no serviço?
6. Características dos clientes?
7. Existe algum projeto de ER no serviço implementado ou a implementar?
8. Identificam necessidades de intervenção/projetos a desenvolver no serviço?
9. Na criança com necessidade de intervenção de EEER qual a patologia mais prevalente?
10. Na preparação da alta, existe algum procedimento uniformizado com vista à continuidade de cuidados/articulação com a comunidade?
11. Existe algum tipo de acompanhamento pós alta?
12. Como integra os pais no cuidado de enfermagem de reabilitação?
13. Que instrumentos são utilizados na prática de cuidados do Enfermeiro de Reabilitação?
14. Existem normas no serviço relacionadas com ER?
15. O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção?
16. Como funciona a equipa de reabilitação/referenciação no cuidado à criança com doença respiratória crónica?
17. Prestam cuidados ou interveem na gestão da Asma na criança? Se sim, como?

APÊNDICE VI – Cronograma de Atividades

| | HOSPITAL DOS [REDACTED] | | | | UCC [REDACTED] | | | |
|--|-------------------------|---------|----------|----------|----------------|-----------|-------|-------|
| ANO | 2018 | | | | 2019 | | | |
| MÉS | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril |
| Pesquisa bibliográfica | | | | | | | | |
| 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 e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade | | | | | | | | |
| J1.3 implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da eliminação e da sexualidade | | | | | | | | |
| J1.4 avalia os resultados das intervenções implementadas | | | | | | | | |
| J2.1 elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida | | | | | | | | |
| J2.2 promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | |
| B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica | | | | | | | | |
| B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade | | | | | | | | |
| B3.cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro | | | | | | | | |
| C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional | | | | | | | | |
| C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados | | | | | | | | |
| D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade | | | | | | | | |
| D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos | | | | | | | | |
| Elaboração relatório | | | | | | | | |

GESTÃO DA ASMA NA CRIANÇA

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PROJETO DE ESTÁGIO – ETAPA 2

DISCENTE: M^o Júlia Cunha, nr 8360

DOCENTE ORIENTADORA: Prof^a Doutora M^o do Céu Sá

LISBOA
12 DE JULHO DE 2018

1

GESTÃO DA ASMA NA CRIANÇA

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

SUMÁRIO:

1. ÁREA TEMÁTICA
2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA
3. COMPONENTE CIENTÍFICA
4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

2

GESTÃO DA ASMA NA CRIANÇA INTERVENÇÃO DO EEER

1. ÁREA TEMÁTICA

- Qualidade atendimento
- Consulta de Enfermagem
- Prevalência da doença Respiratória (APP/Consulta)



- Pediatria
- Doença Respiratória Crónica
- Capacitação

- Justificação do interesse da Temática
- Competências a Desenvolver
- Estado da Arte

Asma na Criança
Intervenção do EEER

3

2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 ASMA NO MUNDO

- É um **sério problema Global de Saúde** que afeta pessoas de todas as idades. A sua prevalência cresce em muitos países especialmente nas CRIANÇAS;
- Implica **custos Globais** muito significativos nos **sistemas de saúde** e na **Sociedade** com **impacto negativo na produtividade e família**;
- Afeta **1 a 18% da População** em diferentes países;



(Global Initiative for Asthma, 2018)



(Forum of Internacional Respiratory Disease, 2017)

- Acomete cerca de **334 MILHÕES de pessoas** em todo o mundo;
- Doença crónica **mais comum** em crianças;
- É uma das causas mais frequentes de **internamentos evitáveis**;
- Responsável por **30%** internamentos pediátricos e **12%** são readmitidos num curto período de tempo;

2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 ASMA NO MUNDO

- É um **sé SÉRIO PROBLEMA Saúde** que afeta p **CUSTOS GLOBAIS MUITO SIGNIFICATIVOS** as idades. A sua prevalência cresce em muitos países especialmente nas CRIANÇAS;
- Implica **custos Globais** muito significativos nos **sistemas de saúde** e na **Sociedade** com **impacto negativo na produtividade e família**;
- Afeta **1 a 18% da População** e **IMPACTO NEGATIVO NA PRODUTIVIDADE E FAMÍLIA**



(Global Initiative for Asthma, 2018)

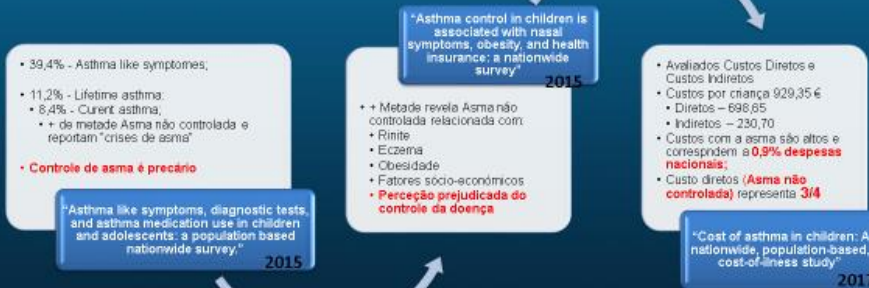


(Forum of Internacional Respiratory Disease, 2017)

- Acomete cerca de **334 MILHÕES DE PESSOAS** pessoas em todo o mundo;
- Doença crónica **mais comum** em crianças; **CAUSA DE INTERNAMENTOS EVITÁVEIS**
- É uma das causas mais frequentes de **internamentos evitáveis**;
- Responsável por **30%** internamentos pediátricos e **12%** são readmitidos num curto período de tempo;

2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

2.2 ASMA NA CRIANÇA EM PORTUGAL



2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

2.2 ASMA NA CRIANÇA EM PORTUGAL



3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3.1 ASMA / GESTÃO DA ASMA

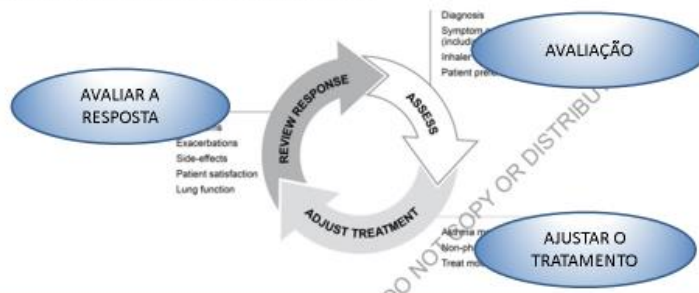
"A asma é uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas. É definida pela história de sintomas respiratórios, como sibilos, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e da intensidade, juntamente com limitação variável do fluxo expiratório"

"A gestão eficaz da asma requer o desenvolvimento de uma parceria entre a pessoa com asma (ou o pai / cuidador) e os profissionais de saúde. Isso deve permitir que a pessoa com asma ganhe conhecimento, confiança e habilidades para assumir um papel importante no manejo de sua asma. A educação de autogestão reduz a morbidade da asma em adultos (Evidência A) e crianças (Evidência A)

(Global Initiative for Asthma, 2018)

PERMITIR QUE A PESSOA COM ASMA GANHE CONHECIMENTO, CONFIANÇA E HABILIDADES PARA ASSUMIR UM PAPEL IMPORTANTE NO MANEJO DE SUA ASMA.

Box 3-2. The control-based asthma management cycle



(Global Initiative for Asthma, 2018)

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3.2 CONTRIBUTOS DO MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

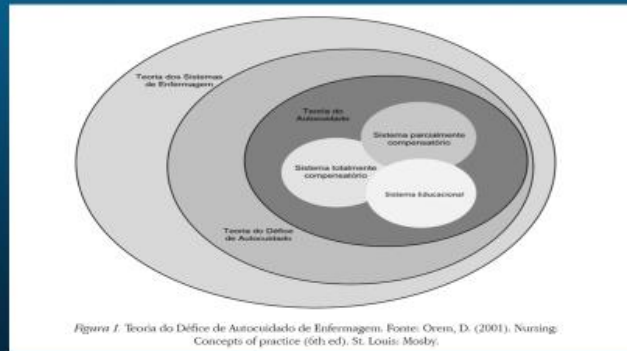


Figura 1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

(Queirós, P. et al, 2014)

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3. CONTRIBUTOS DO MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

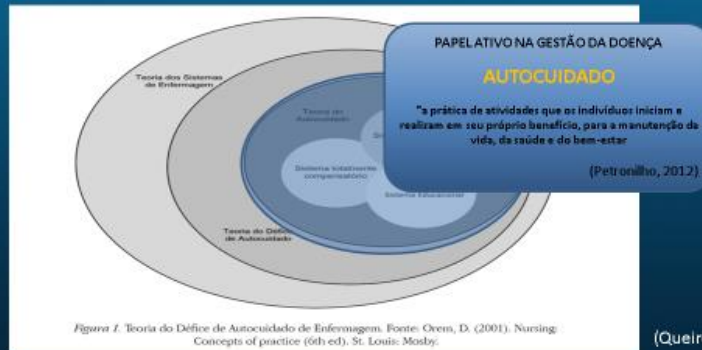


Figura 1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

(Queirós, P. et al, 2014)

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3. CONTRIBUTOS DO MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM



Figura 1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

(Queirós, P. et al, 2014)

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3. CONTRIBUTOS DO MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM



Figura 1. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

(Queirós, P. et al, 2014)
19

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3.3 A INTERVENÇÃO DO EEER – SCOPING REVIEW

QUESTÃO DE PARTIDA:

De que forma é que o EEER intervêm na gestão da Asma na criança?



20

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3.3 A INTERVENÇÃO DO EEER – SCOPING REVIEW

QUESTÃO DE PARTIDA:

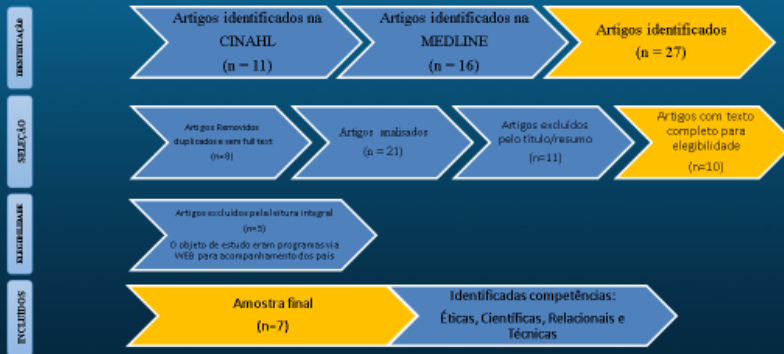
De que forma é que o EEER intervêm na gestão da Asma na criança?



21

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3.3 A INTERVENÇÃO DO EEER – SCOPING REVIEW



3. COMPONENTE CIENTÍFICA

3.3 A INTERVENÇÃO DO EEER – SCOPING REVIEW



4. PERCURSO FORMATIVO

LOCAIS DE ESTÁGIO



4. PERCURSO FORMATIVO

OBJETIVOS GERAIS:

Desenvolver Competências Éticas, Científicas, Relacionais e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Desenvolver Competências Científicas e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Gestão da Asma na Criança

4. PERCURSO FORMATIVO

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

| Objetivos Específicos | Atividades |
|--|--|
| 1.1 Avaliar a funcionalidade da criança com Asma e família e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre fisiopatologia da asma e intervenção do EEER na gestão da doença; - Avaliação o risco de alteração da funcionalidade a nível respiratório da criança com Asma e família; - Recolha de informação sobre a criança com asma e família e utilização escalas de avaliação da função respiratória (processo clínico, auscultação pulmonar, ECD, Peak Flow Meter); - Avaliação da capacidade funcional da criança para realizar as AVD de forma independente; - Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD; - Identificação das necessidades de intervenção de EEER |

4. PERCURSO FORMATIVO

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

| Objetivos Específicos | Atividades |
|--|---|
| 1.2 Avaliar a funcionalidade da pessoa ao longo do ciclo de vida e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade - Colheita de informação sobre as funções: cardiorrespiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade, através da utilização escalas e instrumentos. - Avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD). - Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa. - Identificação das necessidades de intervenção de ER para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD. |

4. PERCURSO FORMATIVO

| Ano | 2018 | | | | | | | | | | | | 2019 | |
|---|-------|-------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|---------|-----------|-------|-------|--|
| Mês | março | abril | junho | julho | agosto | setembro | outubro | novembro | dezembro | janeiro | fevereiro | março | abril | |
| Pesquisa Bibliográfica e elaboração de projeto de estágio | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital das Lusíadas Departamento de ER | | | | | | | | | | | | | | |
| UCC Caslgo- Alcântara | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesquisa Bibliográfica e elaboração de relatório | | | | | | | | | | | | | | |
| Desenvolvimento de competências comuns EE | | | | | | | | | | | | | | |
| Desenvolvimento de competências específicas EEER | | | | | | | | | | | | | | |

28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde. (2014). Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. Programa Nacional para as doenças respiratórias. Lisboa:Ministério da Saúde

Direção Geral de Saúde. (2017). Doenças Respiratórias não transmissíveis, Asma e Rinite. Situação em Portugal. Observatório Nacional das Doença Respiratórias.

Global Initiative for Asthma. (2018). Global Strategy For Asthma Management and Prevention. GINA.

Magalhães, M. F et all (2017). Cost of Asthma in children, population-based, cost-of-illness study. *Pediatric Allergy Immunology* 2017. Vol.28, 183-191

Magalhães, M. F et all (2015). Asthma like symptoms, diagnostic tests, and asthma medication use in children and adolescents: a population based nationwide survey. *Journal of asthma*. October 2015

Magalhães, M. F et all (2015). Asthma control in children is associated with nasal symptoms, obesity, and health insurance: a nationwide survey. *Pediatric Allergy Immunology* 2017. Vol.26, 466-473

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Queirós, P. J. P. Et all (2014). *Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência. Serie IV – nº3 – nov/dez

World Health Organization (2017). O impacto da doença respiratória. Fórum das doenças respiratórias Internacionais . Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf

29

GESTÃO DA ASMA NA CRIANÇA
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PROJETO DE ESTÁGIO – ETAPA 2

DISCENTE: Mª Júlia Cunha, nr 8360

DOCENTE ORIENTADORA: Profª Doutora Mª do Céu Sá

Apêndice III – Reflexão

“A intervenção do EEER no Departamento de Enfermagem de
Reabilitação do [REDACTED]”

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

A Intervenção do EEER no Departamento de Enfermagem de Reabilitação

do



Discente: Maria Júlia Cunha, nº 8360

Enfermeiro Orientador:



Docente Orientador: Profª Doutora Mª do Céu Sá

Lisboa

Outubro de 2018

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, é proposto aos alunos que realizem Jornais de Aprendizagem (JA) com o objetivo de que estes possam ser instrumentos de registo da prática de cuidados, seja ela observada ou realizada pelos estudantes, e mais concretamente um registo reflexivo. Desta forma, pretende-se atribuir um significado à prática, responsabilizando o aluno pela sua própria aprendizagem, ao mesmo tempo que este se apropria da mesma e esta assume relevância na sua própria prática como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). A análise para ser efetiva e aprofundada, deve ser sustentada em conhecimento declarativo, o que implica a procura de evidência científica que suporte ou justifique essa mesma prática.

Pretende-se que a reflexão seja construída de forma crítica, organizada e lógica, pelo que optei por escutar a mesma seguindo as seis etapas do Ciclo de Reflexivo de *Gibbs*: Descrição, Pensamentos e Sentimentos, Avaliação, Análise, Conclusão e Planear a Ação (ESEL, 2018).

Durante o estágio, *“pretende-se que o estudante desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação”* (ESEL, 2018). Por outro lado, espera-se que o aluno operacionalize e desenvolva o projeto de estágio desenhado por si, considerando deste modo os objetivos delineados por si. Neste sentido delineei como estratégia, e visando os objetivos a atingir propostos, a realização de JA que balizassem esses mesmos objetivos.

Neste primeiro JA, estabeleci como principal objetivo a análise da organização do Departamento de Enfermagem de Reabilitação (DER) no contexto de estágio em que me encontro, a atuação do EEER, relacionando o que observo com as competências de EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como a minha integração no contexto da equipa.

O DER é parte integrante do Departamento de Medicina Física e de Reabilitação do [REDACTED] de Lisboa, sob a tutela da Direção de Enfermagem. Integra a equipa multidisciplinar deste departamento desde 3 de novembro de 2014, contribuindo para que os indivíduos incapacitados possam

conduzir a sua vida pessoal e em sociedade da forma que desejam, num contexto de restrições resultantes de doenças ou lesões.

O DER intervém em 2 vertente principais:

- **Vertente assistencial**, nos cuidados diretos especializados ao cliente em contexto de internamento ou pós-alta no domicílio, coordenando-se com os restantes profissionais responsáveis pelo mesmo, procurando prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, e ainda na discussão de casos e respetivo plano de intervenção na equipa de MFR.
- **Vertente formativa**, na formação dos profissionais do Grupo ████████ de Norte a Sul, no sentido de prevenir riscos associados à prática.

Atualmente, constituem este núcleo três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) com experiências diversificadas nas áreas de urgência/emergência, medicina, cirurgia e ortopedia. O DER não se encontra alocado a um serviço específico, antes possui um espaço próprio onde diariamente é feita a discussão e gestão dos clientes em equipa e planificação do plano de intervenção necessário.

Na **vertente assistencial**, ou de prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação diretos, de uma forma sumária percebemos que inicialmente o médico assistente identifica a necessidade de intervenção especializada de MFR realizando o respetivo pedido, posteriormente o Fisiatra avalia o cliente prescrevendo a intervenção da equipa. O DER intervém junto dos clientes, dando apoio a todos os serviços de internamento do hospital, sejam eles do foro médico ou cirúrgico e ao longo de todo o ciclo de vida, nomeadamente:

- Atendimento Médico Permanente (Adultos e Pediátrico);
- Internamento Médico Cirúrgico;
- Internamento de Ginecologia Obstetrícia;
- Unidade de Cuidados Intensivos;
- Unidade Especial de Internamento;
- Internamento de Pediatria;
- Internamento de Curta Duração;

A equipa funciona diariamente, das 8h às 23h, e de acordo com as necessidades dos clientes internados ou no pós-alta imediato em contexto de domicílio. Os pedidos efetuados até às 12h pressupõem avaliação e intervenção do EEER no mesmo dia, sendo que após este horário é preconizado que seja feita apenas avaliação e planeamento da intervenção a efetuar no dia seguinte, não obstante, e de acordo com as necessidades da pessoa, frequentemente ao realizar a avaliação, o EEER intervém de imediato de forma a melhorar as funções e/ou prevenir complicações.

Cumprindo o que está preconizado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º125/2011), a intervenção do DER pressupõe:

- Avaliação de funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;
- Conceção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;
- Implementação das intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Avaliação dos resultados das intervenções implementadas;
- Elaboração e implementação de programas de treino de atividades de vida diárias (AVD's) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
- Promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social;
- Conceção e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório;
- Avaliação e reformulação dos programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

Antes da intervenção, o DER reúne-se discutindo todos os casos clínicos, intervenções implementadas, resultados obtidos de acordo com a capacidade da pessoa e plano a implementar no próprio dia, distribuindo a equipa. Na forma como o está organizado, consigo perceber competências do domínio da gestão dos cuidados, mais concretamente “*gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa*”

de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (Regulamento n.º122/2011). Neste aspeto particular, tange-me partilhar que por cuidarem de pessoas com patologias diversas, e ao longo de todo o ciclo de vida, exige que possuam um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que lhes permitam tomar decisões (Regulamento n.º125/2011).

Por outro lado, enquanto elemento na equipa multidisciplinar, o DER, semanalmente reúne com a equipa de MFR, discutindo os clientes, participando na tomada de decisão de planos de intervenção e análise dos resultados obtidos, otimizando a resposta da equipa e mais concretamente da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multiprofissional (Regulamento n.º125/2011). Neste aspeto particular, evidencia-se uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento n.º122/2011)

Por cuidarem de pessoas com patologias diversas, condições de estabilidade ou instabilidade hemodinâmica e/ou paliativa e ao longo de todo o ciclo de vida, exige que possuam um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que lhes permitam tomar decisões (Regulamento n.º125/2011). Por outro lado, o DER otimiza os processos de cuidados ao nível da tomada de decisão nos serviços, juntamente com os restantes elementos da equipa responsável pelo cliente (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), disponibilizando acessoria, colaborando nas decisões e intervindo melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar (Regulamento n.º122/2011). Desta forma procura-se uma intervenção clínica, tal como descrita nos padrões de qualidade, reconhecida como dando resposta às necessidades das pessoas, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014).

O DER presta ainda cuidados no domicílio todos os clientes em situação de risco de dependência física e funcional ou de maior vulnerabilidade, com necessidade de acompanhamento próximo, e, cujo programa de intervenção tenha sido iniciado em contexto hospitalar. Neste aspeto particular, é solicitado por parte do cliente esse mesmo apoio, que é analisado no DER e posteriormente agendado. A ressaltar que este serviço apenas se consegue assegurar a clientes que residam

na área urbana de Lisboa. Desta forma o EER atua ensinando, instruindo e treinando a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação, maximizando a sua funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa, e ainda capacitando o cuidador (Regulamento n.º125/2011).

Verifico que existe por parte da restante equipa (seja médica ou de enfermagem) deferência, sendo que a sua avaliação é valorizada e procurada. A sua intervenção clínica, tal como descrita no padrões de qualidade, é reconhecida como dando resposta às necessidades das pessoas, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014). Assisti frequentemente, na visita aos serviços com o enfermeiro orientador, que os enfermeiros procuram o apoio e o esclarecimento de dúvidas junto deste, o que evidencia uma prática de cuidados reconhecida como preventiva de incapacidades e promotora de capacidades dos clientes, e ainda de suporte/consultoria (Regulamento n.º122/2011).

Semanalmente, a EER reúne-se para discutir os “casos clínicos” com a Fisiatra responsável pelo serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), desta forma não só a avaliação, como a intervenção planeada e os resultados obtidos são discutidos e analisados. Desta forma “*participa na construção da tomada de decisão em equipa*” (OE, 2010) o que dá visibilidade à intervenção do EEER numa equipa de reabilitação, que se preconiza seja multidisciplinar. Equipa, segundo Branco (2017), compreende um grupo de pessoas unidas por objetivos comuns, Hoeman(2000, pág 31) aborda a importância de um modelo de prática de colaboração, em que a “*coordenação e convergência de cuidados são fatores críticos no início da incapacidade e durante todas as fases da reabilitação*”, sendo as equipas “*equipas terapêuticas*” multidisciplinares, a autora prevê que uma equipa de reabilitação “*envolve um grupo de várias disciplinas unido com o propósito de obter determinados resultados*”. As equipa de saúde podem ser organizadas segundo diversos modelos, sendo o modelo interdisciplinar, segundo Branco (2017) citando Bjorck-Akesson et al. (2010), considerado gold standard em reabilitação, Hoeman afirma a colaboração como chave do sucesso desta equipa, uma vez que os seus membros, em conjunto, identificam metas, e estão envolvidos na resolução dos problemas, em que cada disciplina contribui no âmbito da sua área específica,

colaborando sempre que as metas se situem em áreas sobreponíveis (Hoeman, 2000, pág. 33)

Na **Vertente Formativa**, e por desenvolver a sua atividade no Grupo ██████████, o DER colabora na concretização do projeto institucional de trabalhar a Qualidade no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Sendo o primeiro e terem Portugal hospitais acreditados pela mais importante entidade norte-americana na acreditação de organizações de saúde: a JointCommissionInternational (JCI), este grupo procura garantir um funcionamento das suas instituições que cumpra os mais rigorosos parâmetros internacionais de qualidade. De uma forma concreta intervindo na formação dos profissionais prevenindo acidentes com os clientes como quedas ou a ocorrência de úlceras de pressão, e ainda a ocorrência de lesões musculoesqueléticas dos colaboradores, nomeadamente no manuseamento de cargas. Por outro lado, colabora com as diferentes instituições de ensino, orientando alunos em estágio, procurando uma formação de excelência.

Neste aspeto particular, o DER atua através da formação dos pares, em todos os hospitais e clínicas do grupo de Norte a Sul do país, promovendo a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes, e promovendo a adesão à saúde e segurança ocupacional, demonstrando competências no domínio da melhoria da qualidade (Regulamento n.º122/2011).

Considero este campo de estágio muito rico, pela oportunidade que proporciona para o desenvolvimento de competências nas várias áreas de intervenção do EEER, sejam elas cardiorespiratória, motora, neurológica ou outras. Este facto, constituiu para mim um misto de entusiasmo, pela abrangência da aprendizagem, e de receio, pelo questionamento da minha capacidade para o fazer. Este último aspeto, relaciona-se não só pelas

Considero que fui acolhida de uma forma muito positiva, o orientador procurou que me sentisse tranquila e confiante, e que a aprendizagem seria construída gradualmente. Desta forma, foi-me pedido que eu própria fizesse um planeamento do meu estágio, e sobre a forma como eu gostaria que ele se desenvolvesse, indo ao encontro dos meus próprios objetivos. Esta primeira reflexão foi muito importante

para mim, pois foi organizadora da minha aprendizagem, e negociada com o orientador e restante equipa, sendo que os clientes que iria cuidar seriam atribuídos em função desse planeamento prévio.

Sendo o foco do meu projeto de estágio a área respiratória, pareceu-me pertinente que esta fosse a primeira a desenvolver. Sendo o foco do meu projeto de formação a área respiratória, pareceu-me pertinente que esta fosse a primeira a desenvolver. Desta forma, considero que consegui organizar o meu estudo, dado que segundo o EO, é necessário que não só o EEER intervenha de forma especializada, como tenha uma compreensão plena de todos os fenómenos envolvidos no comprometimento da funcionalidade da pessoa, ou seja “um nível elevado de conhecimentos”(Regulamento n.º125/2011). Desta forma, elaborei como estratégia a revisão de conhecimentos adquiridos ao longo do período formativo teórico, anatomia, fisiologia, avaliação da pessoa, exames complementares de diagnóstico e objetivos a alcançar com as intervenções do EEER. A integração na equipa decorreu sem problemas, sendo que considero que assumi com responsabilidade a minha conduta de estudante, empenhando-me na aprendizagem e mostrando-me disponível para a participação nas atividades propostas, nomeadamente intervindo junto dos clientes.

Bibliografia:

Branco, P. S. (2017). Equipa de Reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longa da Vida* (pp. 25–34). Lusodidacta.

ESEL (2018). Documento de Orientação da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Setembro 2018. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Hoeman, S. . (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação* (2ª Edição). Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2014). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*. Porto.

Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamentadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, N.º35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamentadas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8658-8659.

Apêndice IV – Reflexão
“O EEER Gestor de uma UCC”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Gestor de uma UCC

Discente: Maria Júlia Cunha, nº 8360

Enfermeiro Orientador: Adelaide Pereira

Docente Orientador: Profª Doutora Mª do Céu Sá

Lisboa

2019

Neste oitavo Jornal de Aprendizagem (JA), pretendo refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), como gestor de uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC), dado que a minha Enfermeira Orientadora (EO) em estágio, para além de Intervenções de Enfermagem de Reabilitação (ER) diretos ao clientes da UCC, como elemento da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), faz a gestão da UCC que integra, juntamente com outras funções de gestão nas diferentes equipas do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

As UCC criadas pelo Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, são segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) pilares fundamentais na prestação de cuidados na comunidade. No Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009, no Despacho n.º 10143/2009 delibera-se que a UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, para isso *“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo”* e ainda atua na educação para a saúde, integra redes de apoio à família e implementando unidades móveis de intervenção. Participa ainda na formação dos diferentes grupos profissionais nos diferentes níveis de formação, bem como lhes compete constituir equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).

De uma forma geral percebo que a UCC constitui uma forma inovadora de prestação de cuidados à comunidade, já que *“assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida”*, sendo que observo que a equipa que a compõe é multidisciplinar, integrando médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais consoante as necessidades e os recursos disponíveis, como é preconizado no decreto supracitado. Outro aspeto para mim inovador e inesperado, que ressalto, é a particularidade da UCC ter como coordenador um enfermeiro, por este ter a seu cargo a direção de uma equipa multidisciplinar, o que poderá atribuir maior complexidade a este papel pela inevitabilidade de coordenar e associar competências distintas, que se interrelacionam, na prestação de cuidados à comunidade. O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência, sendo que as suas competências vêm

discriminadas no mesmo decreto, as quais são de uma forma sumária a programação das atividades, assegurar o cumprimento dos objetivos programados para a unidade, promovendo a cooperação com as diferentes unidades funcionais do ACES, assegurar a qualidade dos serviços através da sua monitorização, ouvir os profissionais da equipa no sentido de promover boas práticas e elaborar o regulamento interno da unidade, elaborar o relatório anual e representar a unidade (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009). Segundo Dias (2011), coordenar uma UCC é um desafio inovador para os enfermeiros, proporcionando uma oportunidade excelente para um exercício autónomo da profissão, e que exige a estes profissionais a necessidade de usar competências de gestão e liderança (Dias, 2011). Este deve garantir que os princípios orientadores do funcionamento de uma UCC sejam mobilizados, tais com:

“a cooperação, a solidariedade e trabalho em equipa, a autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, a articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES, parcerias com estruturas da comunidade local, avaliação contínua e por fim uma gestão participativa assente em princípios de comunicação e de relações entre todos os profissionais, promotores de ganhos, de motivação e satisfação profissional.” (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009)

Ao enfermeiro, e no caso particular do UCC ██████████, ao EEER coordenador que assumiu este desafio, compete um papel importante no êxito dos cuidados de saúde a desenvolver nesta comunidade, sendo que este será, tal como afirma Dias (2011) um dos papéis mais desafiantes dos últimos anos, no percurso profissional feito pelos enfermeiros ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo que se identificam competências individuais como liderança, capacidade de persuasão, trabalho de equipa, criatividade, comunicação, tomada de decisão, planeamento, organização e determinação (Dias, 2011).

Observo e identifico na EO as competências preconizadas. Para além de estar envolvida e ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelas diferentes equipas e profissionais, sendo frequentemente envolvida e consultada, seja no que diz respeito aos cuidados particulares aos utentes, nomeadamente desenvolvidos pela ECCI no domicílio, seja nos projetos desenvolvidos na comunidade. Identifico aqui competências comuns de enfermeiro especialista tais como, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, e ainda, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e

ao contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Observo ainda a EO, como coordenadora, promover a comunicação entre a equipa, sendo visível ser um recurso nos diversos assuntos a resolver, bem como um empenho na autoformação, para posterior formação da equipa como no que diz respeito ao manuseio eficaz das plataformas S-Clinic e Gestcare, e ainda na avaliação dos profissionais estimulando a que se esforcem no rigoroso cumprimento dos objetivos pessoais e coletivos.

Como aluna, tive assim a oportunidade de colaborar em diversos projetos em que a EO está envolvida, nomeadamente no que diz respeito à formação dos pares. Por ter neste momento menos um EEER, a restante equipa da ECCI necessita de prestar cuidados a pessoas com necessidades especiais, limitação da atividade ou restrição da participação, bem como alteração da funcionalidade. Por impossibilidade de acompanhamento por EEER, dado existirem atualmente apenas 2 nos quais se inclui a EO que acumula a coordenação da UCC (como referido), foi necessário estabelecer planos de intervenção para os utentes, que fossem implementados por enfermeiros com outras especialidades, surge então a necessidade de formar esses enfermeiros no sentido de os capacitar. Nesse contexto surgiu a necessidade de uma formação relacionada com exercícios respiratórios a realizar por pessoas acamadas ou de mobilidade reduzida. Decorrente dessa mesma formação, surge a necessidade de realização de um flyer sobre o tema “Exercícios Respiratórios”, que poderia servir de suporte aos elementos da equipa e ainda aos utentes que dela necessitem. Pretende-se com esta formação capacitar os enfermeiros para que sejam asseguradas respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde esta UCC está inserida (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009). Pretende-se ainda com esta formação, e em concreto para as pessoas alvo de cuidados que no geral se tratam de idosos com limitações, prevenir complicações ventilatórias associadas à imobilidade tais como: restrição movimento torácico, a presença de uma respiração superficial com risco de acumulação de secreções, associada a uma limpeza das vias aéreas ineficaz, com consequente aumento do risco infeções respiratórias e desequilíbrios entre a ventilação/perfusão (Padilha & Sousa , 2017). Este aspeto assenta na premissa de que um envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam (Direção Geral de Saude, 2018).

Outro projeto em que tive oportunidade de participar, ainda que de forma sumária, e através da elaboração de um outro flyer, foi o de formação de cuidadores informais que é desenvolvido pela equipa da UCC [REDACTED], em que uma das temáticas se relaciona com a prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente no que se relaciona com o posicionamento na cama, princípios e recomendações. Este flyer tem como objetivo principal ser um documento ilustrativo dos principais princípios a ter em conta no posicionamento da pessoa, em particular a pessoa com limitação grave da mobilidade ou acamada, seja este fator permanente ou provisório.

Finalmente, e por a EO fazer parte do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, acompanhando os projetos desenvolvidos por este na comunidade, e particularmente nas escolas, foi-me dada a oportunidade de desenvolver o meu projeto de formação que se relaciona com a intervenção do EEER na gestão da asma na criança. Por ter sido assinalada nas escolas um número significativo de crianças com asma/rinite, foi identificada de uma necessidade intervenção por parte do núcleo, assim, pude realizar uma formação que se relaciona com a aplicação de um instrumento de avaliação do controle da doença, Carat e Carat Kids (Direção Geral de Saúde, 2018), para uma forma mais concreta perceber se esta se trata de um dos Cuidados Especiais de Saúde a trabalhar quer com a Criança/Família, quer com a comunidade escolar capacitando para o cuidados a estas crianças. Desta forma, pode ainda ser elaborado um Plano de Saúde Individual (PSI) com o objetivo de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado, caso a doença possa trazer alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Foi posteriormente a esta apresentação, enviado para a escola onde foi identificada esta necessidade, os inquéritos supracitados para preenchimento pela Criança/família, e que depois de analisados serão alvo de uma intervenção na escola.

Bibliografia:

- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009. (s.d.). *Diário da República*, 2.^a série — N.º 74. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Dias, M. D. (2011). Enfermeiro coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade Desafios, Dificuldades e Competências. *Dissertação de mestrado*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2018). *Monitorização e Tratamento para Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto*. Lisboa.
- Direção Geral de Saude. (1 de 10 de 2018). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. *Envelhecimento Saudável*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Padilha, M., & Sousa, P. (2017). O autocuidado e o processo de envelhecimento. Em I. Lage, *Cuidados e Envelhecimento: Perspetivas da Enfermagem* (pp. 119-140). Lisboa: Coisas de Ler.

Apêndice V – Relatório Estágio de Observação
“Núcleo de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade,
Projeto de Reabilitação Respiratória DPOC e Asma”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Relatório do Estágio de Observação

Núcleo de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade

Projeto de Reabilitação Respiratória DPOC e Asma

Discente: Maria Júlia Cunha, nº 8360

Enfermeiro Orientador: Liliana Silva

Docente Orientador: Prof^a Doutora M^a do Céu Sá

Lisboa

2019

No contexto da unidade curricular “Estágio com Relatório”, e visando o desenvolvimento de competências que se relacionam com o projeto de formação por nós delineado, solicitou-se a concretização de um estágio de observação de um projeto de reabilitação respiratória na comunidade, a doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Asma, implementado numa Unidade Local de Saúde (ULS) no norte do país, mais concretamente por enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação (EEER) a exercer funções nas diferentes Unidades de Cuidados Continuados (UCC) da ULS em questão, e que formam o Núcleo de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade (NERC). O estágio decorreu durante o mês de fevereiro de 2019, nos dias 14, 15, 20 e 21.

O presente documento tem como objetivo, descrever sumariamente o projeto, sua implementação e objetivos principais, bem como as aprendizagens realizadas no contexto do estágio.

O pressuposto inerente ao projeto acima mencionado, enquadra-se na missão das UCC, expresso em diário da república, ou seja, “*contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção*” (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009), através da prestação de cuidados de saúde no âmbito domiciliário e da comunidade. No projeto em análise, trata-se da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com DPOC e Asma, que foram identificadas, segundo decreto supracitado, como “*pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo*”. Neste sentido, o NERC, integra uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte os médicos de família das UCC envolvidas, pneumologistas do hospital que faz parte da ULS e ainda nutricionista e assistente operacional.

De uma forma sumária, com o projeto procura-se dar resposta às diretivas da direção geral de saúde (DGS), em concreto explicitas no plano nacional para as doenças respiratórias (PNDR), em que se pretende a maximização dos ganhos em saúde das pessoas com doença respiratória crónica (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2017).

Em Portugal, de acordo com o observatório nacional das doenças respiratórias (ONDR), as doenças do aparelho respiratório têm uma prevalência elevada e são responsáveis por cerca de 19% dos óbitos e a causa maioritária de internamento hospitalar (Observatório Nacional das Doenças respiratórias, 2018). Estima-se que a DPOC atinga em Portugal uma prevalência de 14,2%, para os

portugueses com mais de 40 anos, e que a Asma afete cronicamente 10% dos habitantes (ONDR, 2018). Estes fatos apresentados resultam em importantes gastos para o país e alvo de particular atenção, tal como prova o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) criado em 2012 pelo ministério da saúde, e que faz parte dos programas de saúde prioritários da direção geral de saúde (DGS). O propósito deste programa é, segundo a DGS, “*divulgar e promover condições de melhoria para os doentes com doença respiratória*”, para tal, delinearam como objetivos estratégicos, “*promover a vigilância epidemiológica das Doenças Respiratórias Crónicas (DRC) e desencadear e desenvolver estratégias de gestão e controlo das DRC em todas as regiões do país, encorajando a implementação de medidas de prevenção das DRC*” (PNDR, 2017). No último relatório emitido, considerando todas as ações implementadas, verificou-se que: Portugal é um dos países da Europa com menos internamentos por Asma e DPOC, que os médicos de família fazem mais diagnósticos destas patologias e que houve um aumento das vendas de medicamentos para as doenças respiratórias. Estes últimos dois factos, mostram que estamos a tratar mais doentes e melhor (PNDR, 2017). Emanam ainda deste programa, as metas a atingir até 2020, as quais de forma sumária são: aumentar em 20% o número de diagnósticos de asma e duplicar o número de diagnósticos de DPOC, confirmados por espirometrias, em utentes dos Centros de Saúde e ainda reduzir em 10% o número de pessoas internadas por causas respiratórias que podem ser prevenidas ou tratadas nos centros de saúde (PNDR, 2017).

Após a evidência da pertinência do projeto, importa referir que este se alicerça nas normas da DGS “Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Monitorização” e “Tratamento Para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto”. Trata-se de um programa de reabilitação respiratória, que pretende capacitar o doente com estratégias para melhor controlar a sua doença. Com recurso a programas educacionais de autogestão que se baseiam nas normativas da DGS e recomendações internacionais como Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) e Global Initiative for Asthma (GINA), implementados através de três tipos de abordagem estruturada, atendendo às características do utente, as quais são **consultas de enfermagem, sessões em grupo e individualmente, no domicílio**, que devem ser integrados na reabilitação respiratória, visando o maior controlo da doença respiratória, da gestão do regime

terapêutico, resultando em menos infecções respiratórias associadas e melhor qualidade de vida.

A reabilitação respiratória (RR) é segundo a DGS uma intervenção terapêutica abrangente, baseia-se numa avaliação aprofundada do doente e que leva à implementação de intervenções individualizadas as quais incluem “*treino de exercício, educação e alteração do comportamento, de modo a melhorar a condição física e psicológica das pessoas com doença respiratória crónica, e a promover a adesão a longo termo de comportamentos promotores de saúde*” (Direção Geral de Saúde, 2015). Existe evidência de que os doentes com doença respiratória crónica beneficiam com estes programas, repercutindo-se em maior controlo e melhoria dos sintomas, redução do grau de fadiga e prevenção de agudizações (DGS, 2013; DGS, 2018). Atendendo a que há possibilidade de intervenção no sentido de melhorar a qualidade de vida destes doentes, de acordo com os objetivos delineados, o quais veem expressos na descrição do projeto no site da ULS, ou seja,

com esta intervenção pretendemos o alívio dos sintomas, a diminuição da limitação funcional, a melhor tolerância ao esforço, a participação do doente na vida social e uma melhor qualidade de vida. Mas, a longo prazo, o objetivo é a diminuição da utilização de recursos de saúde, incluindo uma diminuição do número de internamento hospitalares, ao mesmo tempo que se investe na capacitação do utente para a gestão de sintomas da doença (para.5)

Os programas de reabilitação respiratória, têm como objetivos proporcionar a diminuição das incapacidades físicas e psicológicas causadas pela doença respiratória, através da melhoria da aptidão física, mental e alteração de comportamentos de agravamento, promovendo a reintegração social e capacitando a pessoa com doença respiratória crónica para a gestão integrada da sua doença. A integração do exercício físico (exercício aeróbio e exercício de força muscular dinâmica) nos programas de reabilitação respiratória vai permitir prevenir a evolução da doença e diminuir o número de agudizações.

Este projeto pode ter como **critérios de inclusão** utentes com diagnóstico de DPOC (R95) e/ou Asma (R96), inscritos na área de intervenção da ULS desde que clinicamente estáveis e como **critérios de exclusão** doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave, com morbilidades instáveis e impossibilidade da prática de exercício físico, por exemplo, por doença reumatismal ou neurológica. Os **critérios de qualidade** definidos são o acompanhamento dos utentes DPOC/Asma segundo evidência científica, utilizando as orientações GOLD, GINA e DGS e a avaliação da

satisfação dos utentes. Os **objetivos gerais** são prevenir exacerbações da doença respiratória e capacitar para a autogestão da doença. Foram ainda definidos como **objetivos específicos** monitorizar as exacerbações dos utentes seguidos no projeto DPOC e Asma (por exacerbação entende-se recorrência ao SU por sintomas respiratórios sem internamento e internamentos por motivos respiratórios), melhorar a gestão do regime terapêutico, capacitar o utente para a terapêutica inalatória e capacitar o utente para a execução de exercícios respiratórios. De uma forma mais concreta, todos os utentes com diagnóstico de DPOC e Asma inscritos e acompanhados nesta ULS, têm acesso a este programa de reabilitação respiratória, desde que referenciados pelos respetivos médicos das diversas unidades de saúde. É feita uma avaliação pela EEER que identifica as necessidades da pessoa e a forma mais adequada de intervir, e os profissionais envolvidos, uma vez que a pessoa pode ter necessidades físicas, emocionais ou sociais. Para uma avaliação mais completa possível, para além da informação constante do **processo clínico** seja ela o estadiamento da doença, os antecedentes pessoais e co-morbilidades associadas, terapêutica atual e existência de limitações clínicas à participação no programa, nomeadamente à realização de atividade física, exames complementares de diagnóstico como espirometrias, exames de imagem, gasometrias e outros, o EEER faz ainda **avaliação completa da pessoa** nomeadamente avaliação respiratória, neurológica, neuromuscular, articular, postura e movimento, sinais vitais e impacto da doença na vida diária, seja nas limitações à participação da pessoa, funcionalidade e grau de dependência para o autocuidado, e ainda uma avaliação dos conhecimentos sobre a doença e gestão da mesma, e do regime terapêutico. Para uma avaliação mais concreta, o EEER dispõe de diversos **equipamentos** como estetoscópio, oxímetro de pulso e dinamómetro, e escalas que são aplicadas, sendo que estas permitem ainda avaliar a eficácia das intervenções, pelo impacto causado na vida da pessoa o que se repercute em scores mais favoráveis. As **escalas preconizadas** e utilizadas pela equipa são o CAT (teste de avaliação da DPOC), o CCQ (questionário clínico para a DPOC), o CARAT (controlo da Asma e Rinite teste), mMRC (medical research council dyspnoea questionnaire), TAI (teste de adesão a inaladores), SGRQ (questionário do Hospital de St George de qualidade de vida), AQLQ-M (Asthma Quality of Life Questionnaire de Marks), Índice de Barthel e escala de Borg modificada analógica. Após esta avaliação, e de acordo com a capacidade da pessoa, esta inicia o programa seja em sessões de grupo e consultas de enfermagem realizadas na UCC, seja no domicílio. O **conteúdo das**

sessões está previamente organizado, sendo possível a sua adaptação em função das necessidades e capacidades da pessoa/grupo, assim são abordadas temáticas como fisiopatologia da doença, técnica de utilização de dispositivos inalatórios, técnicas de gestão de esforço, agudizações, nutrição, gestão de ansiedade, e exercício físico. Em todas as sessões são realizados planos de exercício físico sejam estes com enfoque na reeducação funcional respiratória, treino de exercício e reeducação no esforço.

Durante o estágio, houve a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Orientadora (EO) em diferentes momentos da sua intervenção, nomeadamente na prestação de cuidados diretos de enfermagem de reabilitação ao doente com Asma e/ou DPOC, em contexto domiciliário e durante consulta de enfermagem na UCC, integrado no projeto em concreto e ainda, em reuniões do NERC para discussão da implementação do projeto, e reuniões com a equipa multidisciplinar no hospital para discussão e análise de casos. Estas intervenções enquadram-se, nas competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e comuns de enfermeiro especialista as quais passaremos a explicitar.

Como explicitado anteriormente, o EEER faz **parte de uma equipa multidisciplinar** que faz um acompanhamento dos utentes, desta forma permite-lhe demonstrar competências comuns de enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010) como: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) refletindo e participando na tomada de decisão em equipa e envolvendo a pessoa na procura e implementação de estratégias de resolução de problemas; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3) recolhendo e analisando informação pertinente relativa à pessoa, dado que o EEER tem uma relação de proximidade que privilegia o conhecimento e apreciação da mesma, trazendo essa mesma informação para as reuniões em equipa, promovendo assim o respeito pela pessoa como um todo, desenvolve ainda medidas de segurança de dados e registos mantendo a análise dos mesmos apenas na equipa; desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica (B1), sendo que em concreto “partiu” da equipa de EEER a implementação do projeto nesta ULS visando a melhoria da qualidade de prestação de cuidados, cujos resultados são divulgados recorrentemente em congressos e outras iniciativas; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2) pelo dito

anteriormente, colaborando ainda na aplicação de instrumentos para avaliação de resultados e realizando auditorias ao projeto e analisando e revendo as práticas de cuidados de ER; gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional (C1) e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade (C2) sendo um consultor na necessidade de cuidados e decisão dos melhores cuidados a prestar, bem como identificando situações em que é necessário reencaminhar a pessoa para outros profissionais de saúde, assumindo o seu papel da equipa, liderando a gestão de recursos e cuidados em equipa.

Como prestador de cuidados de enfermagem de reabilitação, seja em sessões de grupo ou individualmente nas consultas de enfermagem e no domicílio, foi possível observar e participar na avaliação da pessoa, tomada de decisão e implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Foi assim possível identificar competências específicas de EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010), nomeadamente: avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1) através da avaliação realizada à pessoa, utilizando instrumento de avaliação validados e recomendados pelas diferentes entidades científicas com relevo, saliento a identificação que os EEER fazem de fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de vida diária, propondo soluções; concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2) e implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções (J1.3) e avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4) elaborando planos de intervenção de ER, que aplica e avalia, e prescrevendo produtos de apoio tais como andarilhos, sistemas portáteis para oxigenoterapia, flutter, acapella e dispositivos para administração de terapêutica inalatória. Faz ainda ensinamentos, tal como o explicitado anteriormente, que inclui instruir e treinar, por exemplo no que se refere à gestão do regime terapêutico e/ou técnica inalatória e colaborando com a equipa multidisciplinar na implementação de planos de intervenção; elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações, maximizando a autonomia e qualidade de vida (J1.4) e promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (J2.2) pois de acordo com a limitação e os objetivos individuais da pessoa, o EEER implementa programas de treino que permitem a pessoa adaptar-se à limitação imposta pela doença, melhorando o trabalho respiratório, a

gestão de esforço e a melhoria da tolerância ao exercício. O EEER, procura ainda através da pesquisa procurar respostas na comunidade para as necessidades da pessoa, seja através da legislação associada à doença crónica, o que permite juntamente com a equipa multidisciplinar desencadear respostas comunitárias que permitam promover a participação da pessoa; concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório (J3.1) e avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (J3.2) considerando que o EEER concebe para estas pessoas programas de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e reabilitação à pessoa com DPOC e Asma utilizando evidência científica e orientações nacionais e internacionais.

Em domicílio acompanhou-se diversos utentes, com as mais variadas características, e planos de intervenção diferenciados, tendo em conta as suas especificidades, e que se passa a explicitar, de forma a evidenciar as aprendizagens e desenvolvimento de competências efetuadas.

O Sr MGF de 68 anos, com diagnóstico de **DPOC grupo D**, segundo a GOLD, o que significa um **grau muito grave** de limitação de fluxo aéreo, alto risco de exacerbações, com presença de sintomas frequentes e que limitam a pessoa nas atividades de vida diárias, Enfisema e Bronquiectasias. Faz oxigénio 1l/m por óculos nasais para esforços médios como sair de casa, realização de plano de exercícios ou outra atividade que desencadeie dispneia. Foi referenciado para o projeto por se ter verificado que recorria diversas vezes ao serviço de urgência (SU) do hospital por episódios de dispneia associados a infeções respiratória e agudizações da DPOC (15 episódios de maio a outubro). Mantém hábitos tabágicos (5 cigarros/dia) e é seguido em consulta de psicologia por stress pós-traumático pós-guerra, mantendo frequentes episódios de ansiedade. Medicado com **terapêutica via inalatória**: suspensão pressurizada para inalação Budesonida/formoterol 2x dia, Brometo de Aclidínio 1X dia, Bricanyl SOS, e **terapêutica via oral** Acetilcisteína SOS e Escitalopram dário. Foi integrado no projeto em outubro de 2018 e desde então (até fevereiro 2019) apenas recorreu ao SU 2xs, sendo que quando necessita contacta a EEER que avalia a situação e reencaminha caso seja necessário. A visita domiciliária que se realizou tinha como objetivo avaliação da situação atual, sendo que o Sr MGF realiza plano de exercícios em casa e gere regime terapêutico de forma autónoma e independente. Feita avaliação com auscultação pulmonar, saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca e tensão arterial, em ambiente e repouso, sendo que não havia alterações dignas de preocupação,

relativamente ao O2. Aplicado CAT (score 16 – impacto médio dos sintomas na vida diária) e mMRC (grau 3), os valores apresentam melhoria significativa na qualidade de vida com boa gestão de sintomas. Avaliada gestão do regime terapêutico pelo TAI (score 51) que evidencia uma adesão à terapêutica elevada e uma gestão eficaz (utiliza corretamente terapêutica SOS). Relativamente aos hábitos tabágicos apesar de verbalizar compreender necessidade de cessação tabágica, e ter reduzido o consumo para 5 cigarros/dia, refere ponderar cessação total, mas para a qual necessita de ajuda. Este caso foi analisado em reunião multidisciplinar desencadeando respostas como consulta de cessação tabágica no hospital com acompanhamento multidisciplinar. Neste domicílio foi ainda possível perceber a relação terapêutica e de confiança estabelecida EEER/utente, que permitiu o sucesso da intervenção, com um melhor controlo da doença, sintomas, adesão ao plano de exercícios e regime terapêutico.

A Sr^a M.A.R., tem 66 anos, viúva, reformada, vive sozinha, mas com acompanhamento próximo de uma filha. Tem como antecedentes pessoais Rinite e Asma alérgica mal controlada, alergias alimentares e medicamentosas que desvaloriza (com história anterior de anafilaxia com ingestão de tremozos e urticária e edema da mucosa oral após administração de diclofenac), e outras de manifestação cutânea (hipótese de alergia ao Níquel não confirmada). Ainda a referir osteoartrose joelhos, hipertensão arterial, obesidade (IMC>30). Independente para o autocuidado, foi referenciada pela médica de família para o projeto por diagnóstico de Asma mal controlada associado ao facto de não respeitar plano terapêutico de controlo da doença, com episódios de agudização que não medica. Última avaliação em consulta de alergologia realiza gasometria arterial em repouso que revela hipoxemia (pH-7.39; pCO2-45; pO2-67; HCO3-27.2; Sat. 93%). Medicada com easyhaler budesonida + formoterol 1Xdia e Salbutamol Inalador 100 microgramas/dose Suspensão pressurizada para inalação em SOS. Acompanhada desde há cerca de 1 mês após prótese total do joelho direito, para realização de reabilitação motora e reabilitação respiratória. Nesta visita a EO pede para que durante a realização de exercícios de reeducação funcional motora, se faça uma avaliação de conhecimentos sobre a fisiopatologia da Asma, gestão do regime terapêutico de manutenção e crise, e sinais e sintomas de agudização. Como habita numa zona rural, numa moradia, os exercícios que incluem treino de marcha e de escadas (subir e descer) foram realizados na rua. Durante a interação demonstra ter alguns conhecimentos da fisiopatologia da doença, embora a imagem da “palhinha

apertada” que não permite a passagem de ar e o efeito da terapêutica aparentemente tenha feito com que compreendesse a importância de cumprir o plano. Refere ainda assim que se sente bem e que não vivencia dispneia habitualmente, apenas se cansa facilmente pelo que facilmente não cumpre terapêutica. Aparenta compreender a necessidade e diminuir peso e realizar atividade física regular, pelo que já se inscreveu com a filha na piscina para realização de hidroginástica. Por nos encontrarmos no exterior não foi possível avaliar de forma concreta a técnica inalatória, mas de forma sumária parece verbalizar os principais passos e cuidados a ter.

O Sr ELS de 80 anos, foi referenciado e integrado no programa em janeiro de 2019 por doença pulmonar multifatorial com componente obstrutiva grave, insuficiência respiratória tipo II e dessaturação com o esforço, enfisema pulmonar, bronquiectasias. Faz OLD a 2l/m e VNI à noite durante o sono. Antecedentes de relevo HTA, dislipidemia. Medicação habitual **oral** Lisinopril, Indapamida, Amlodipina, Sinvastatina, **inalatória** salmeterol/propionato de fluticasona e Brometo de tiotrópio. Neste caso em particular, o utente permanecia no domicílio 24h/dia por apresentar cansaço fácil a esforços, dispneia a esforços mais intensos como deambulação e, dependência de O2 sendo que, não utilizava equipamento de O2 portátil necessário, por ter tido incidente com a utilização do mesmo o que fez com que tivesse medo de o utilizar. Foi estabelecido pelo Sr. ELS como objetivo para a intervenção a ida diária de manhã ao café que se situa na rua, e acompanhar o neto à tarde ao parque em frente à sua casa. Todos os temas referidos anteriormente foram abordados, sendo que o utente tem uma boa gestão do regime terapêutico, incluindo OLD e uma boa perceção de dispneia utilizando corretamente mMRC (conseguindo percecionar os valores de SpO2 em cada momento) e perceção de esforço utilizando escala de Borg modificada. Inicialmente a frequência de visita domiciliária era de 4 a 5xs semana e atualmente 3xs por semana, tendo sido estabelecido plano de exercícios com enfoque na reeducação funcional respiratória e treino de exercício sentado com cicloergómetro membros superiores (MS) e membros inferiores (MI), e treino de endurance com carga (1Kg) MS e MI, com aumento progressivo de duração de acordo com tolerância (avaliado com mMRC, Borg e SpO2). Feito ensino e treino de técnicas de gestão de esforço e conservação de energia com sucesso, demonstrando autonomia e independência. Este caso foi também analisado em reunião de equipa multidisciplinar tendo-se conseguido alterar equipamento portátil de O2 de forma célere. O EEER consegue ensinar e treinar

neta para manuseio seguro de equipamento existente até que este seja substituído (dado que a neta está presente temporariamente, de férias), conseguindo o Sr ELS ir ao café todos os dias de manhã com satisfação do mesmo. Relativamente ao programa de treino, apresenta melhor tolerância ao esforço, conseguindo progressivamente aumentar tempo de exercício e número de vezes por dia, sendo que reduz O₂ para 1l/m em repouso e 2l/m em esforço, com tolerância. Neste caso específico para além de ser possível observar eficácia do programa de reabilitação com ganhos em saúde, foi ainda possível (por se ter realizado três visitas a este utente) intervir avaliando e implementando o programa estabelecido. Para além disso a neta que estava de visita, refere que tem asma e filho de 3 anos com asma sendo que solicitou apoio. Desta forma foi possível realizar ensino sobre fisiopatologia da doença, identificação de sintomas de crise e dificuldade respiratória, medicação e controlo e de alívio e técnica inalatória correta, bem como dispositivo mais adequado para uma técnica inalatória eficaz nomeadamente no filho através do uso de camara expansora. A neta apesar de ter a doença há muitos anos, verbaliza que o ensino lhe permitiu esclarecimento de dúvidas e a perceção de alguns erros que cometia o que justificava que a doença não se mantivesse controlada, e mitos relativamente ao uso regular da medicação.

Foi possível acompanhar EO em visitas a outros utentes integrados no projeto e observar não só a atuação da mesma, como intervir como futuro EEER, e enriquecer o desenvolvimento de competências.

Tendo que o projeto iniciado com doentes com DPOC, e só desde 2018 terem sido incluídos doentes com Asma, foi possível colaborar partilhando algum conhecimento relacionado com pesquisa realizada, nomeadamente estudos realizados em Portugal, discussão de orientações e escalas a utilizar. Ainda alguns documentos realizados, nomeadamente sessões de formação sobre fisiopatologia da doença, sinais e sintomas de crise, e atuação para posterior utilização em sessões de grupo. Para além dos factos relatados, foi possível estabelecer uma relação de proximidade e colaboração com a equipa, que permitirá troca de informação, experiências e futuros documentos elaborados no contexto da prática de EEER, nomeadamente na gestão da doença respiratória crónica.

Bibliografia

- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009. (s.d.). *Diário da República, 2.ª série — N.º 74*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (9 de 10 de 2013). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (Dezembro de 2015). *Relatório de análise da capacidade instalada de reabilitação respiratória nos hospitais do serviço nacional de saúde*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2018). *Monitorização e Tratamento para Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto*. Lisboa.
- Observatório Nacional das Doenças respiratórias. (2018). *Panorama das doenças respiratórias em Portugal*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. (2017). *Programa nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Apêndice VI – Reflexão
“A Intervenção do EEER na pessoa com Patologia Respiratória
no Departamento de Enfermagem de Reabilitação”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

**A Intervenção do EEER na pessoa com Patologia
Respiratória no Departamento de Enfermagem de
Reabilitação**

Discente: Maria Júlia Cunha, nº 8360

Enfermeiro Orientador: [REDACTED] [REDACTED]

Docente Orientador: Profª Doutora Mª do Céu Sá

Lisboa

2018

Neste segundo Jornal de Aprendizagem (JA), delineei como objetivo a análise da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), ao cliente com Patologia Respiratória (PR) no local de estágio em que me encontro. De acordo com Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação (MCER) percebemos que os problemas respiratórios poderão ter repercussões significativas na autonomia da pessoa e na sua qualidade de vida (MCER, 2018, p. 19), principalmente quando se trata de doença respiratória crônica. O EEER intervém de forma especializada, concebendo, implementando e monitorizando planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas acometidas por esta patologia (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No que se refere à avaliação do cliente, o objetivo será o de identificar alterações na funcionalidade e desenvolver um plano terapêutico adequado (Ferreira & Santos, 2016). Ao longo vinte e quatro anos, a minha atuação como enfermeira sempre teve a avaliação da pessoa e suas necessidades, no entanto enquanto EEER entendo que existem novas competências de avaliação que devo desenvolver. Ao acompanhar o Enfermeiro Orientador (EO) observo que, diariamente e antes de se dirigir aos serviços este avalia o processo clínico do cliente, nomeadamente as notas de evolução quer de enfermagem quer médicas, e os exames complementares de diagnóstico (ECD) efetuados, sejam eles exames de imagem (RX, TAC, provas de função respiratória) ou de análise laboratorial (incluindo gasometrias). Desta forma, e antes da avaliação do cliente, o EO consegue perceber qual o foco da sua atuação, dando resposta ao que o RCEEEER afirma, a recolha de informação pertinente para avaliar as diversas funções da pessoa, dando resposta à unidade de competência *“Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4). Concretizando para os clientes com patologia respiratória, e considerando que o foco da intervenção é a melhoria da função respiratória, o EO procede à avaliação, junto do cliente, dos parâmetros vitais frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC) e Oximetria de pulso, observação do padrão respiratório (frequência, amplitude e ritmo) e a presença de sinais e sintomas que revelem alterações (cianose, adejo nasal, tiragem, tosse ou outros), observa o tronco (tórax e abdómen), e realiza a auscultação do cliente. Observo que é feita uma avaliação clínica do cliente com patologia respiratória muito completa, que inclui inspeção, palpação, percussão e auscultação (Ferreira &

Santos, 2016, p. 169). Após a avaliação concreta e completa do cliente, o EO determina a intervenção mais adequada. Enquanto aluna, tive oportunidade de realizar essa mesma avaliação, com a orientação clínica. No exame físico do cliente, a observação do padrão respiratório, tórax, bem como detecção de presença de sinais e sintomas reveladores de alterações, foram mais evidentes para mim. A auscultação foi o que me suscitou o maior desafio, esta deve ser sistemática e segue uma sequência, deve ser iniciada na região superior do tórax, a partir do segundo espaço intercostal direito ou esquerdo e comparando sempre os dois lados. Esta aprendizagem foi feita com orientação e de forma progressiva. Inicialmente procurei avaliar o murmúrio vesicular, de forma a detetar assimetrias, ou seja, diminuição em algum campo pulmonar. A MCER, citando Miller, Owens & Silverman refere que na auscultação devemos solicitar à pessoa que respire profundamente pela boca, avaliando a intensidade/volume, duração e fase em que se ouvem os sons respiratórios, comparando os campos pulmonares, direito e esquerdo (MCER, 2018, p. 52). Posteriormente, procurei identificar sons adicionais/anormais, ou ruídos adventícios, durante estes dias consegui identificar ferveores (sendo que não consegui de forma concreta avaliar se eram crepitantes ou sub-crepitantes), sibilos e roncos e seu significado, ou seja, a identificação de regiões com alteração na ventilação, presença de secreções, estreitamento da via aérea ou atrito pleural (MCER, 2018, p. 55). Inicialmente apenas identifiquei sons anormais que após avaliação do EO pude nomear de forma concreta. Percebo que o treino, na avaliação correta dos sons respiratórios é o mais importante, e fiquei muito satisfeita por ter avaliado alteração na simetria da auscultação de forma acertada, bem como a identificação dos ruídos adventícios que ouvia.

Após a avaliação completa, o EO concebe a sua intervenção junto da pessoa. Esta etapa da intervenção do EEER, corresponde segundo o RCEEER às competências de Conceção e Implementação de intervenções, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4). Ressalvo que apesar deste JA se focar na função respiratória, seria redutor dizer que a intervenção do EO apenas considera esse aspeto da pessoa, pois todos os outros aspetos são tidos como importantes e alvo da sua intervenção, no conjunto de todas as necessidades do cliente.

Para a conceção de um plano de intervenção, e considerando a avaliação inicial e alterações identificadas no cliente, o EO, de forma a facilitar a aprendizagem e a intervenção junto da pessoa, sistematizou um plano de intervenção estruturado, o

qual deveria ser seguido por mim enquanto aluna. Este plano contém uma sequência lógica de um conjunto de técnicas, o qual deverá ser adaptado em função das necessidades e capacidades da pessoa e, dos objetivos a alcançar com a Reeducação Funcional Respiratória (RFR). A RFR baseia-se essencialmente no controlo da respiração, posicionamento e movimento, que atuam sobre os fenómenos mecânicos da ventilação, visando melhorar as trocas gasosas e os sintomas resultantes da doença respiratória e os desequilíbrios da relação ventilação/perfusão (Gomes, Bruno Noronha; Ferreira, Dulce;, 2016) (MCER, 2018). Assim o EO posiciona corretamente o cliente, na cama com a cabeceira elevada em posição de semi-fowler, membros inferiores em extensão e com uma almofada na região poplíteia, dizendo a este que relaxe e respire lentamente. Após, pede para que inspire pelo nariz e expire pela boca, com os lábios semicerrados. Estas técnicas correspondem ao controle da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, levando ao relaxamento físico e psíquico essenciais para uma ventilação eficaz (Gomes, Bruno Noronha; Ferreira, Dulce;, 2016). Posteriormente o cliente é ajudado a realizar respiração abdominodiafragmática. Esta técnica consiste numa inspiração lenta nasal usando exclusivamente a parede abdominal, e reduzindo o movimento da caixa torácica, seguida de uma expiração lenta forçada (Gomes, Bruno Noronha; Ferreira, Dulce;, 2016). Posteriormente, executam-se exercícios de reeducação costal global e seletiva, em que se associa o controlo da respiração a exercidos de mobilização dos membros superiores, e diferentes posicionamentos. Nesta fase, decide-se a aplicação de resistência ou força, ou quais os posicionamentos mais importantes de acordo com o campo pulmonar a reeducar. Com a reeducação costal consegue-se melhorar a mobilidade torácica e consequentemente a expansão torácica e a ventilação pulmonar (Gomes, Bruno Noronha; Ferreira, Dulce;, 2016) (MCER, 2018). Segue-se o Huff, Drenagem Postural, Manobras acessórias (percussões, vibrações e compressões) e tosse eficaz. Estas fazem parte das técnicas de limpeza das vias aéreas de secreções, ajudando na sua eliminação, prevenindo complicações e melhorando a ventilação/perfusão (MCER, 2018). De acordo com a capacidade de participação do cliente, fazem-se ainda ensinamentos de algumas técnicas que estes podem realizar de forma autónoma. Desta forma, infiro que se cumpre o que se refere às competências do EEER, maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Enquanto aluna, tive a oportunidade de observar e intervir junto dos clientes com patologia respiratória, seguindo todas as etapas. Após a avaliação, em conjunto com o EO, decidia o plano de intervenção, quais as técnicas de RFR mais corretas a implementar, e algumas adaptações necessárias. Neste sentido perceciono a construção da minha nova identidade como EEER, concebendo e implementando planos de reeducação funcional respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Tenho prestado cuidados a clientes com maior ou menor capacidade de colaboração, sendo que este facto se deve ao seu estado de consciência, capacidade física, limitações causadas pela própria doença, ou alterações cognitivas. Desta forma, ainda que seguindo o “plano base” delineado pelo EO, tive de decidir as etapas a cumprir e a desprezar, em função da pessoa, da patologia respiratória ser restritiva ou obstrutiva, ou as técnicas a que dar ênfase ou como adaptá-las. Ainda, saliento o ensino, que é uma competência a desenvolver como EEER. A componente educacional acarreta diversos componentes, durante o ensino clínico tive a oportunidade de realizar ensinamentos sobre as técnicas de RFR, no sentido de obter a colaboração do cliente, ou após sobre alguns exercícios que pode fazer autonomamente. Saliento, neste aspeto o ensino da tosse, que observo como sendo de extrema eficácia, verificando a eliminação de secreções, em especial após a minha intervenção. As componentes de um programa de educação podem ser: Compreender a doença, controlo da respiração, higiene brônquica, regime medicamentoso, deteção precoce e tratamento de exacerbações, atividade física, nutrição, gestão da ansiedade, atividades de vida diária e outros aspetos que a pessoa considere importantes para si (Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018). Dito isto, antecipo ainda um longo caminho a percorrer, o investimento contínuo no meu desenvolvimento enquanto EEER, com um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Foi proposto pelo EO, a elaboração de um documento de apoio à educação do doente com doença respiratória obstrutiva, o qual estou a desenvolver. A construção desde permitirá uma melhoria da qualidade dos cuidados do departamento de enfermagem de reabilitação, e permitiu-me desenvolver competências contempladas no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, tais como criar e manter um ambiente terapêutico seguro, ajustar os recursos às necessidades de cuidados, desenvolver autoconhecimento e assertividade e participar em projetos institucionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Bibliografia

- Ferreira, D., & Santos, A. (2016). Avaliação da Pessoa com Patologia Respiratória. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida*. Loures: LUSODIDACTA.
- Gomes, Bruno Noronha; Ferreira, Dulce;. (2016). Reeducação da Função Respiratória. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Loures: LUSODIDACTA.
- Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. (Janeiro de 2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. *Ordem do Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Apêndice VII – Panfleto
“Exercícios Respiratórios Doença Pulmonar Obstrutiva”

Recomendações:

A saúde dos seus pulmões desempenha um papel fundamental para uma vida ativa...

- ✓ Siga as orientações do seu médico;
- ✓ Faça uma Alimentação equilibrada;
- ✓ Mantenha uma vida ativa;
- ✓ Pratique exercício físico regularmente;
- ✓ Faça caminhadas enquanto controla a sua respiração;
(20 a 30 min – 3xs semana)



DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA

Cuidamos de si 24h: Atendimento urgente/Pediátrico/Adultos/Obstetria e Ginecologia

Cuidamos de si em todo o país: Lisboa/Porto/Algarve

Realizado por aluna do 9º CMER da ESEL: M^ª Júlia Cunha, 8360
Orientador: EBEB
Docente: Prof^ª Dr^ª M^ª do Céu Sá



Departamento
Medicina Física e
Reabilitação

Exercícios de controlo respiratório

1. Controlo da Respiração:

Sente-se confortavelmente, apoiando bem suas costas enquanto relaxa o pescoço e os ombros.

Respire lentamente fazendo o ar entrar pelo nariz (como se cheirasse uma flor) e sair pela boca com os lábios semi-cerrados (como se soprasse uma vela);



2. Respiração Abdominal

Coloque a mão na sua barriga e quando **inspira** (o ar entra) observe a sua mão subir, e quando **expira** (o ar sai) a sua mão desce.

(se quiser coloque uma mão no peito sentindo que deve permanecer imóvel)



Exercícios de expansão torácica

3. Respiração Costal

Com a ajuda de uma toalha ou bastão (que deve segurar à sua frente com as mãos afastadas)

Eleve os braços enquanto **inspira** pelo nariz;

Baixe os braços enquanto **expira** pela boca.



Repita o exercício mas agora e eleve os braços lateralmente enquanto inspira e baixe os braços enquanto expira.



4. Agora com as pernas

De pé **inspire** profundamente pelo nariz e eleve a perna **expirando** pela boca



Exercícios de limpeza das vias aéreas

5. Tosse eficaz

Fique na posição sentada.

Coloque a mão na barriga

Inspire profundamente pelo nariz e até à sua máxima capacidade;

Abra a boca

Tussa com a maior intensidade que conseguir fazendo pressão com as suas mãos na barriga (3 vezes)



Apêndice VIII – Sessão de Formação NACJR
“Gestão da Asma na Criança – Avaliação da frequência e controlo
de Sintomas – CARAT e CARAT Kids”

Gestão da Asma na Criança

Avaliação da frequência e controlo dos sintomas **CARAT 10 ou CARAT KIDS**

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

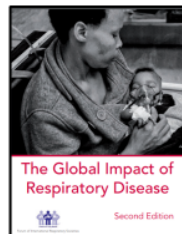
Lisboa
Janeiro de 2019

Docente Orientador: Profª Maria do Céu Sá
Enfermeira Orientadora: EEER
Discente: Maria Júlia Cunha nr 8630

A Problemática da Asma...

A **asma brônquica** é um sério problema de saúde pública, generalizada em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades e, quando não controlada, pode ser incapacitante ou mesmo fatal.

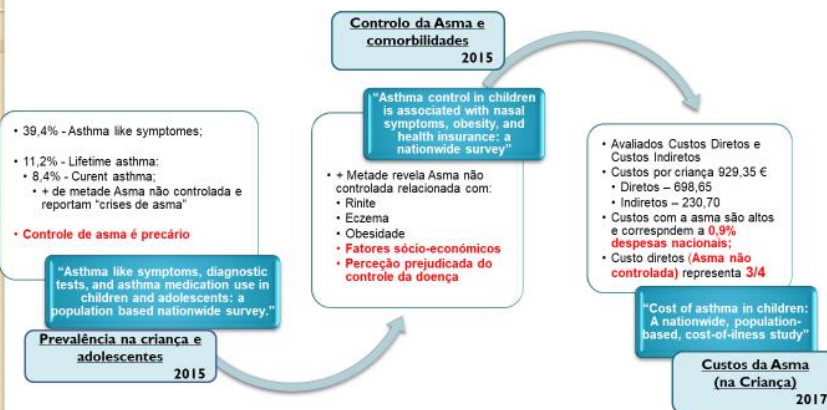
(DGS, 2017)



- Doença crónica **mais comum** em crianças;
- É uma das causas mais frequentes de **internamentos evitáveis**;
- Responsável por **30% internamentos pediátricos** e 12% são readmitidos num curto período de tempo;

(Forum of Internacional Respiratory Disease, 2017)

Prevalência Asma na Criança em Portugal...



Prevalência Asma na Criança em Portugal...



Principais Conclusões...

A problemática da Asma...

Relatório do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017

Dos objetivos estratégicos de intervenção destacam-se:



- **Desencadear e desenvolver estratégias de gestão e controlo das doenças respiratórias crónicas em todas as regiões do país**, encorajando a implementação de medidas de prevenção das doenças respiratórias crónicas;
- **Promover a literacia em saúde, no que diz respeito às doenças respiratórias e hábitos de vida saudáveis.**

(DGS,2017)

Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma

A monitorização e tratamento para o controlo da asma devem incluir
(Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)



- ✓ O controlo dos sintomas;
- ✓ A redução do risco (de agudizações, de obstrução brônquica progressiva e de efeitos adversos dos medicamentos);
- ✓ A adesão à terapêutica não farmacológica;
- ✓ A adesão à terapêutica farmacológica;
- ✓ A verificação da utilização dos dispositivos de terapêutica inalatória e do plano de ação escrito;
- ✓ O diagnóstico e controlo de co morbilidades.

(DGS, 2018)

Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma

A monitorização e tratamento para o controlo da asma devem incluir
(Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)



✓ O controlo dos sintomas;

- ✓ A redução do risco (de agudizações, de obstrução brônquica progressiva e de efeitos adversos dos medicamentos);
- ✓ A adesão à terapêutica não farmacológica;
- ✓ A adesão à terapêutica farmacológica;
- ✓ A verificação da utilização dos dispositivos de terapêutica inalatória e do plano de ação escrito;
- ✓ O diagnóstico e controlo de comorbilidades.

(DGS, 2018)

Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma

... deve ser avaliado o controlo dos sintomas
(Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I)

Norma DGS, 006/2018

- Deve ser utilizado o Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica **CARAT 10** ou **CARAT Kids**

(DGS,2018)



CARAT fundamentação...

A asma e rinite são patologias muitas vezes associadas e o estado clínico de uma afeta o estado da outra.

“Uma via aérea, uma doença”

Embora seja recomendada a sua avaliação em conjunto, não existia um questionário para esse fim.

O projeto CARAT respondeu a essa necessidade...



<https://pt.depositphotos.com>



<http://www.maedoano.com.br/>

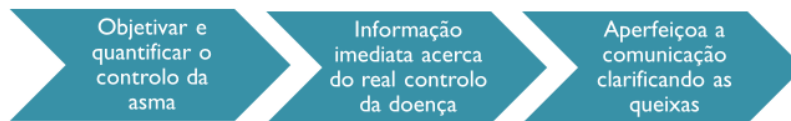
CARAT fundamentação...

CARAT é um questionário de auto-preenchimento para avaliação do grau de controlo da Asma e Rinite Alérgica.

- Recomendado pela Organização Mundial de Saúde
- Mais de 100 médicos Portugueses e 350 pacientes participaram ativamente no desenvolvimento do CARAT.
- Existem 2 versões deste teste:

CARAT KIDS – Crianças em idade escolar dos 6 aos 12 anos

CARAT 10 – idades superiores a 12 anos e adultos



CARAT KIDS

<http://apa.org.pt/>

CARAT KIDS Interpretação dos resultados...

- **Controlado:** < 4
- **Parcialmente controlado:** 4 a 5
- **Não controlado:** > 5

TESTE DE CONTROLO DA ASMA E RINITE ALÉRGICA

DATA: ____/____/____ IDENTIFICAÇÃO: _____

Por favor, assinale a frequência:

| | Nunca | Até 2 dias por semana | Mais de 2 dias por semana | Quase todos os dias ou todos os dias |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| 1. Não entupido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Espirros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Coriza no nariz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Corrimento/saço do nariz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Falta de ar/dificuldade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Chateira no peito/palmeira? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Aperto no peito com esforço físico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Cansaço/dificuldade em fazer as suas atividades ou tarefas de dia-a-dia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Acordou durante a noite por causa das suas doenças alérgicas respiratórias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Aumentar a utilização dos seus medicamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PONTUAÇÃO TOTAL (somatório das 10 questões): _____

<http://apa.org.pt/>

Interpretação de resultados.. UCC *Consigna*

UNIDADE DE CIDADÃOS NA COMUNIDADE

• BOM CONTROLO GLOBAL

- Pontuação Total > 24 no somatório das 10 questões

• PONTUAÇÕES PARCIAIS QUE INDICAM BOM CONTROLO

- > 8 no somatório das questões 1 a 4;
- 16 ou mais no somatório das questões 5 a 10;

<http://apa.org.pt/>

Bibliografia...

- Direção Geral de Saúde. (2014). Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. Programa Nacional para as doenças respiratórias. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral de Saúde. (2017). Doenças Respiratórias não transmissíveis, Asma e Rinite. Situação em Portugal. Observatório Nacional das Doença Respiratórias.
- Global Initiative for Asthma. (2018). Global Strategy For Asthma Management and Prevention. GINA.
- Magalhães, M. F et al (2017). Cost of Asthma in children, population-based, cost-of-illness study. *Pediatric Allergy Immunology* 2017. Vol.28, 183-191
- Magalhães, M. F et al (2015). Asthma like symptoms, diagnostic tests, and asthma medication use in children and adolescents: a population based nationwide survey. *Journal of asthma*. October 2015
- World Health Organization (2017). O impacto da doença respiratória. Fórum das doenças respiratórias Internacionais . Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf



A imagem [Esta fotografia](#) de Autor Desconhecido está licenciada ao abrigo de [CC BY](#).

Obrigado

Apêndice IX – Sessão de Formação na escola
“Asma na Criança – Reconhecer e Atuar”

Asma na Criança

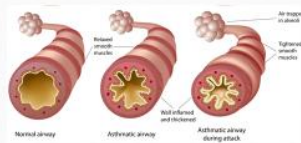
Reconhecer e Atuar

Docente Orientador: Profª Maria do Céu Sá
Enfermeira Orientadora: EEER

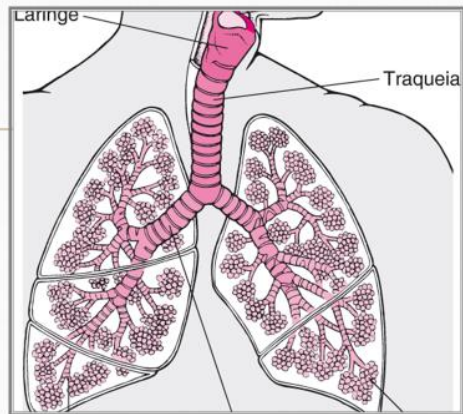
Lisboa
Fevereiro de 2019

Discente: Maria Júlia Cunha, nr 8630

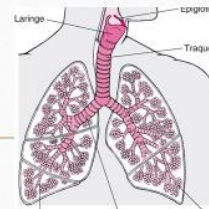
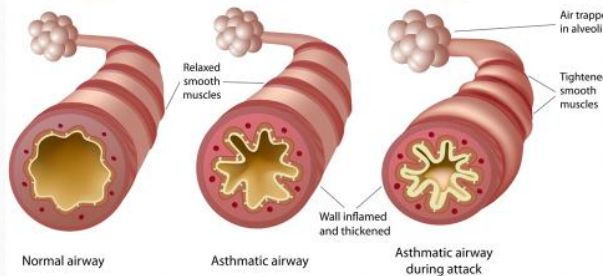
Vias Aéreas



A imagem é uma adaptação de Astma Desenvolvida em Infância ao site do CC BY-SA 3.0

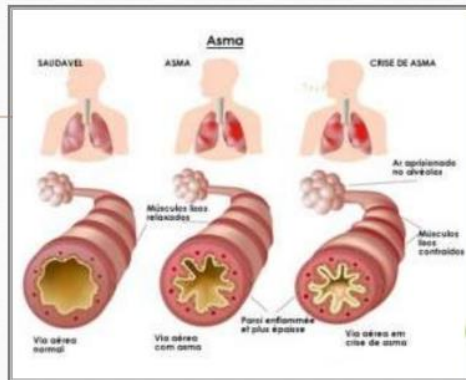


Vias Aéreas na Asma



A imagem é uma adaptação de Astma Desenvolvida em Infância ao site do CC BY-SA 3.0

O que é Asma?



A imagem é uma fotografia de stock criada em Inscendia por Alamy © CC BY 5.0

O que desencadeia uma crise?



A imagem é uma fotografia de stock criada em Inscendia por Alamy © CC BY 5.0



A imagem é uma fotografia de stock criada em Inscendia por Alamy © CC BY 5.0

Como identificar crise de Asma

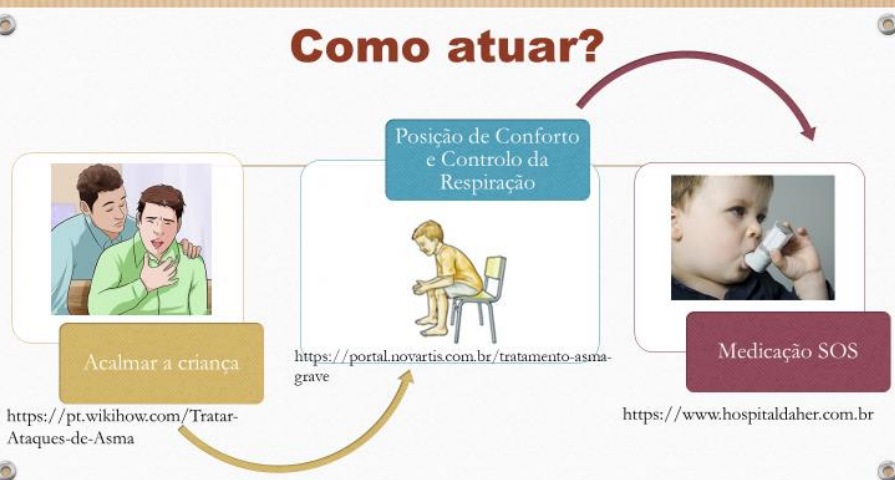


<http://tudosobreasma.telessaude.uerj.br/>

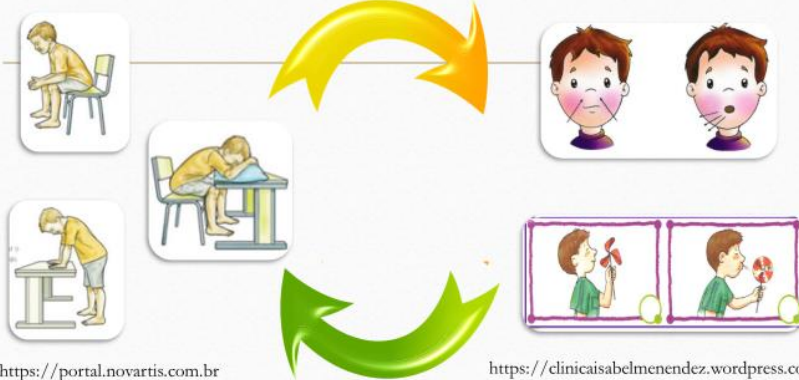
Como atuar?



Como atuar?



Posição de Conforto e Controlo da Respiração



<https://portal.novartis.com.br/tratamento-asma-grave>

<https://clinicaibelmenendez.wordpress.com/2014/01/31/respiracion-y-soplo/>

Medicação SOS Conhecer a medicação



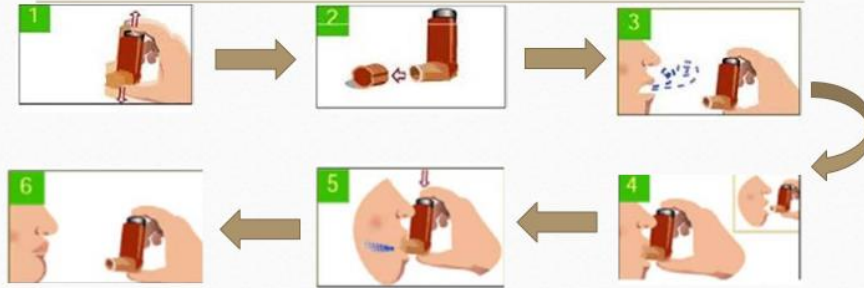
<https://www.spiolto.com/resource-library/professional-resources>

Medicação SOS Administração correta



<https://farmaciaturcifalense.blogspot.com/2016/06/aparelho-de-aerosol-ou-camara.html>

Medicação SOS Administração correta



<https://docplayer.com.br/73303394-2o-curso-de-formacao-para-internos.html>

Medicação SOS Administração correta



<https://static-webv8.jet.com.br/drogaosuper/Bulas/7896269901720.pdf>

Medicação SOS Administração correta



<https://www.spiolto.com/resource-library/professional-resources>



Obrigado

A imagem é de Fotostudio de Antónia Dourado e está licenciada no âmbito da CC BY-NC.

Apêndice X – Folha para Colheita de Dados à Pessoa

GUIA PARA COLHEITA DE DADOS

| DADOS PESSOAIS | |
|-----------------------------------|--|
| NOME | |
| IDADE | |
| DATA DE NASCIMENTO | |
| IDADE | |
| GENERO | |
| PROFISSÃO | |
| ETNIA | |
| NATURALIDADE | |
| PESSOA SIGNIFICATIVA | |
| ANTECEDENTES PESSOAIS | |
| CO MORBILIDADES | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES DE RELEVO | |
| HÁBITOS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE | |
| TERAPÊUTICA HABITUAL | |
| ALERGIAS | |
| HÁBITOS ADITIVOS | |
| RECURSOS SOCIAIS, FAMILIARES | |
| HISTÓRIA DOENÇA ATUAL | |
| | |
| DIAGNÓSTICO | |
| | |

EVOLUÇÃO DO INTERNAMENTO

| EVOLUÇÃO DO INTERNAMENTO | |
|---|--|
| | |
| EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO | |
| IMAGIOLOGIA | |
| LABORATORIAL | |
| OUTROS | |

2. ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO**ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL**

| | Padrão | Problemas Identificados |
|--|---------------|--------------------------------|
| 1. Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | | |
| 2. Manutenção de uma ingestão suficiente de água | | |
| 3. Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos | | |
| 4. Provisão de cuidados associados com os processos de Eliminação | | |
| 5. Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso | | |
| 6. Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social | | |
| 7. Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano | | |
| 8. Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as | | |

| | | |
|--|--|--|
| limitações conhecidas, e o desejo de ser normal | | |
| AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO | | |
| | | |
| AUTOCUIDADO NO DESVIO DE SAÚDE | | |
| 1. Procurar garantir a assistência médica adequada | | |
| 2. Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos | | |
| 3. Realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas | | |
| 4. estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas | | |
| 5. Modificar o autoconceito em aceitar um estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde | | |
| 6. Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos, intervenções no estilo de vida. | | |

3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

EXAME FÍSICO SUMÁRIO

AVALIAÇÃO FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

| | |
|-------------------|--|
| INSPEÇÃO | |
| PALPAÇÃO | |
| PERCUSSÃO | |
| AUSCUTAÇÃO | |
| TOSSE | |
| SECREÇÕES | |

ESCALA DE DISPNEIA MODIFICADA – MEDICAL RESEARCH COUNCIL

| Classificação | Características |
|---------------|---|
| Grau I | Falta de ar quando realiza atividade física intensa (correr, nadar, etc.) |
| Grau II | Falta de ar quando caminha de maneira apressada no plano ou quando caminha em subidas. |
| Grau III | Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, pára para respirar. |
| Grau IV | Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, para para respirar. |
| Grau V | Falta de ar impede que saia de sua casa. |

EXAME NEUROLÓGICO

1. ESTADO DE CONSCIÊNCIA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

| Escala de Coma de Glasgow | | Score | |
|---------------------------|---|-------|--|
| | | DATA | |
| Abertura dos Olhos | 4- Espontânea 3- Ordem Verbal 2- À dor 1-Nula | | |
| Resposta Verbal | 5- Orientada 4- Confusa 3- Inapropriada 2- Incompreensível 1-Nula | | |
| Resposta Motora | 6- Obedece a ordens simples 5- E a dor 4- Membro Retraído 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1-Nula | | |
| Total | 7= Coma 7-15= Descrição das respostas 15= Consciente | | |

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

| LETARGIA OU SONOLÊNCIA | ESTADO CONFUSIONAL | OBNUBILAÇÃO | ESTUPOR OU TORPOR | COMA |
|------------------------|--------------------|-------------|-------------------|------|
| DATA | | | | |

ESTADO DE ORIENTAÇÃO

| | |
|--------------|--|
| AUTOPSIQUICA | |
| ALOPSÍQUICA | |

ATENÇÃO

| | |
|--------------|--|
| VIGILÂNCIA | |
| TENACIDADE | |
| CONCENTRAÇÃO | |

MEMÓRIA

MMSE

| | |
|----------|--|
| IMEDIATA | |
| RECENTE | |
| REMOTA | |

LINGUAGEM

| | |
|---------------------|--|
| DISCURSO ESPONTÂNEO | |
| COMPREENSÃO | |
| NOMEAÇÃO | |
| REPETIÇÃO | |
| LEITURA | |
| LINGUAGEM ELABORADA | |
| ESCRITA | |

CAPACIDADES PRÁXICAS

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL UNILATERAL

| |
|--|
| |
|--|

AValiação dos pares Cranianos

| | | |
|--|--|--|
| <p>I – Olfativo(S)</p> | <p>Verificar processos patológicos Verificar Odor Bilateralmente</p> | |
| <p>II – Óptico (S)</p> | <p>Acuidade visual Contar dedos a várias distâncias</p> <p>Campo de Visão Seguir dedo percebendo até que angulo consegue observar N – externamente a 60º e linha nasal para dentro 40º</p> | |
| <p>III – Oculomotor (M) IV – Patético (M) VI – Motor Ocular Externo (M)</p> | <p>Presença: Miose + elevação pálpebra superior + elevação abaixamento e adução do olho + rotação do olho + abdução do olho</p> | |
| <p>V – Trigêmeo (S/M)</p> | <p>Divisão mandibular Divisão maxilar Divisão oftálmica Testar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa Reflexo corneopalpebral (tocar córnea) Encerrar e mover mandíbula bilateralmente (músculos da mastigação)</p> | |
| <p>VII – Facial (S/M)</p> | <p>Simetria facial + Apagamento sulco nasogeniano Sorrir + franzir o sobrolho + encerrar firmemente as pálpebras + dificuldade em conter a saliva na boca + reconhecer sabores</p> | |
| <p>VIII – Estado-Acústico (S)</p> | <p>Divisão coclear Acuidade auditiva Teste de rinne com diapasão osso mastoide Teste de weber com diapasão vértice crânio</p> <p>Divisão Vestibular Tonturas ou vertigens Equilíbrio estático sentado Equilíbrio dinâmico sentado Equilíbrio estático em pé (olhos fechados)</p> | |
| <p>IX – Glossofaríngeo (S/M)</p> | <p>Percepção gustativa 1/3 posterior da língua</p> | |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| X – Vago (S/M) | Reflexo de vômito Alterações da voz | |
| XI – Espinhal (M) | Esternocleido mastoideu (Lateralizar cabeça contra resistência) Trapézio (elevar os ombros contra resistência) | |
| XII – Grande Hipoglosso (M) | Diferentes movimentos da língua Atrofia da língua Desvio da úvula Acumulação de saliva | |

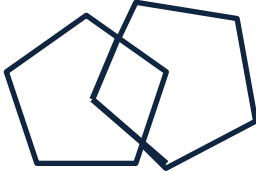
Motricidade

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

| AVALIAÇÃO DA FORÇA (MRCMS) | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|
| Segmentos | Movimentos | Hemicorpo direito | Hemicorpo esquerdo |
| Cabeça e Pescoço | Flexão | | |
| | Extensão | | |
| | Flexão lateral esquerdo | | |
| | Flexão lateral direito | | |
| | Rotação | | |
| | Escapulo-umeral | Flexão | |
| | | Extensão | |
| | | Adução | |
| | | Abdução | |
| | | Rotação interna | |
| | | Rotação externa | |
| | Cotovelo | Flexão | |

| | | | | | |
|------------------------|------------------------|----------------------|----------|--|--|
| Membro superior | | Extensão | | | |
| | Antebraço | Pronação | | | |
| | | Supinação | | | |
| | Punho | Flexão palmar | | | |
| | | Dorsi-flexão | | | |
| | | Desvio radial | | | |
| | | Desvio cubital | | | |
| | | Circundação | | | |
| | Dedos | Flexão | | | |
| | | Extensão | | | |
| | | Adução | | | |
| | | Abdução | | | |
| | | Oponência do polegar | | | |
| | Membro inferior | Coxo Femural | Flexão | | |
| | | | Extensão | | |
| Adução | | | | | |
| Abdução | | | | | |
| Rotação interna | | | | | |
| Rotação externa | | | | | |
| Joelho | | Flexão | | | |
| | | Extensão | | | |
| Tibio-társica | | Flexão plantar | | | |
| | | Flexão dorsal | | | |
| | | Inversão | | | |
| | | Eversão | | | |
| Dedos | | Flexão | | | |
| | | Extensão | | | |
| | | Adução | | | |
| | Abdução | | | | |

MMS

| | | | |
|--|---|--|--|
| Orientação Temporal (1 valor por cada resp.) | 1. Em que ano estamos? | | |
| | 2. Em que mês estamos? | | |
| | 3. Em que dia do mês estamos? | | |
| | 4. Em que estação do ano estamos? | | |
| | 5. Em que dia da semana estamos? | | |
| Orientação Espacial (1 valor por cada resp.) | 1. Em que país estamos? | | |
| | 2. Em que distrito vive? | | |
| | 3. Em que terra vive? | | |
| | 4. Como se chama o sítio onde estamos? | | |
| | 5. Em que andar estamos? | | |
| Retenção (1 valor por cada resp.) | Repita as seguintes palavras: PERA; GATO; BOLA. | | |
| Atenção e Calculo (1 valor por cada resp.) | Subtrair: 30-3= 27-3=24-3=21-3=18-3=15 | | |
| Evocação (1 valor por cada resp.) | Consegue dizer as 3 palavras que lhe pedi à pouco para repetir? | | |
| Nomeação (1 valor por cada resp.) | Mostrar um lápis – Como se chama isto? Mostrar um relógio – Como se chama isto? | | |
| Repetição (1 valor por cada resp.) | “O rato rói a rolha.” | | |
| Comandos (1 valor por cada etapa bem executada) | “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.” | | |
| Leitura e Comando (1 valor pela etapa bem executada) | “Leia e cumpra o que diz no cartão” (mostrar um cartão com a frase) FECHE OS OLHOS | | |
| Escrita (1 valor pela etapa bem executada) | “Escreva uma frase” | | |
| Cópia (1 valor pela etapa bem executada) | “Copie o desenho que lhe vou mostrar”  | | |
| TOTAL | | | |

Índice de Barthel - Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado

| | | DATA | | |
|----------------------------|---|-----------|--|--|
| Controlo Intestinal | Incontinente | 0 | | |
| | Incontinente Ocasional | 5 | | |
| | Continente-Independente | 10 | | |
| Controlo Vesical | Incontinente ou cateterizado e incapacitado de o fazer | 0 | | |
| | Acidente Ocasional (máximo 1x em 24h) | 5 | | |
| | Continente | 10 | | |
| Higiene Corporal | Dependente | 0 | | |
| | Independente | 5 | | |
| Uso da Casa de Banho | Dependente | 0 | | |
| | Precisa de ajuda (mas consegue fazer alguns coisas sozinho) | 5 | | |
| | Independente | 10 | | |
| Alimentação | Dependente | 0 | | |
| | Necessita de ajuda (cortar, barrar a manteiga, etc.) | 5 | | |
| | Independente | 10 | | |
| Banho | Dependente | 0 | | |
| | Independente (ou no chuveiro) | 5 | | |
| Vestir | Dependente | 0 | | |
| | Precisa de ajuda (mas faz cerca de metade sem ajuda) | 5 | | |
| | Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) | 10 | | |
| Subir Escadas | Incapaz | 0 | | |
| | Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) | 5 | | |
| | Independente para subir e descer | 10 | | |
| Transferência Cadeira-Cama | Incapaz - Dependente | 0 | | |
| | Necessita de grande ajuda | 5 | | |
| | Necessita de ajuda mínima | 10 | | |
| | Independente | 15 | | |
| Deambulação | Imobilizado - Dependente | 0 | | |
| | Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc... | 5 | | |
| | Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) | 10 | | |
| | Independente (pode utilizar bengala, andarilho) | 15 | | |
| TOTAL | | | | |

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. Posição sentada para posição em pé.

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- () 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
- () 3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
- () 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
- () 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
- () 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
- () 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- () 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.

- () 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
- () 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
- () 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
- () 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

4. Posição em pé para posição sentada.

Instruções: Por favor, sente-se.

- () 4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
- () 3 controla a descida utilizando as mãos.
- () 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
- () 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
- () 0 necessita de ajuda para sentar-se.

5. Transferências.

Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.

- () 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
- () 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
- () 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
- () 1 necessita de uma pessoa para ajudar.
- () 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- () 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
- () 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
- () 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos. () 1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.
- () 0 necessita de ajuda para não cair.

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.

Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- () 4 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.
- () 3 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.
- () 2 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
- () 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.

8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar à frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.

- () 4 pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.
- () 3 pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.
- () 2 pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.
- () 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.
- () 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.

Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

- () 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.
- () 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
- () 2 incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.
- () 1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.

Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.

- () 4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
- () 3 olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
- () 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
- () 1 necessita de supervisão para virar.
- () 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

11. Girar 360°

Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.

- () 4 capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
- () 3 capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.
- () 2 capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente. () 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
- () 0 necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.

- () 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.
- () 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.
- () 1 capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.
- () 0 incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.

Instruções: Demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- () 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- () 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.
- () 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna.

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

- () 4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.
- () 3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.
- () 2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.
- () 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

TOTAL: _____

Apêndice XI – Estudo de Caso e Apresentação



9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED]

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Discente:

Maria Júlia Cunha, nr 8630

Docente Orientador: Prof. Maria do Céu Sá

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Lisboa

Janeiro de 2019

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| <u>1. INTRODUÇÃO</u> | 38 |
| <u>2. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE</u> | 41 |
| <u>3. HISTÓRIA DE SAÚDE</u> | 42 |
| <u>3.1 Antecedentes de Saúde pessoal e familiar</u> | 42 |
| <u>3.1.1 Antecedentes Pessoais</u> 42 | |
| <u>3.1.2 Antecedentes familiares</u> 45 | |
| <u>3.1.3 Vigilância de Saúde</u> | 45 |
| <u>3.2 Histórico de Intervenção da UCC Consigo</u> | 45 |
| <u>4 CARACTERIZAÇÃO REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR</u> | 47 |
| <u>4.1 Suporte Social</u> | 47 |
| <u>4.2 Suporte Familiar</u> | 48 |
| <u>5 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u> | 49 |
| <u>5.1 Avaliação Subjetiva e Objetiva de Enfermagem de Reabilitação</u> | 49 |
| <u>5.1.3 Exame Físico</u> 49 | |
| <u>5.1.4 Exame Neurológico</u> 50 | |
| <u>5.2 Avaliação Padrão de Satisfação de Autocuidado</u> | 53 |
| <u>5.3 Avaliação Grau de Dependência no Autocuidado</u> | 55 |
| <u>6 PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u> | 56 |
| <u>6.1 Diagnósticos de Enfermagem</u> | 56 |
| <u>6.2 Objetivos de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação</u> | 57 |
| <u>6.3 Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação</u> | 57 |

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Portuguesa de Doenças Neuromusculares (APN), o termo “Doenças Neuromusculares” aplica-se a um conjunto alargado de diferentes patologias, que afetam de forma direta ou indireta os vários componentes do sistema nervoso periférico (SNP), isto é, o nervo periférico, a junção neuromuscular e o músculo, podendo por isso englobar Miopatias, Neuropatias, Atrofia Espinais e Miastenias, entre outras (Associação Portuguesa de Neuromusculares, 2018). São doenças genéticas, hereditárias e progressivas e que se manifestam comumente com diminuição da força muscular e/ou dos reflexos osteotendinosos e autonómicos. Podem ainda existir alterações sensitivas dolorosas, e os sintomas e sinais que apresentam podem revelar-se de forma aguda, subaguda ou crónica, progredir de forma variável e dar origem a diferentes graus de incapacidade (Antunes, 2016), o que conduz a que as pessoas necessitem de apoios específicos e/ou ajudas técnicas. São doenças raras, incapacitantes e alvo de investigação existindo ainda muitos aspetos a conhecer, sendo que o diagnóstico preciso é, na maior parte das situações, difícil pela similitude semiológica entre diferentes grupos.

O diagnóstico de DNM, acarreta consigo uma série de alterações, nomeadamente um grande número de mudanças a nível físico, psicológico e social, podendo implicar uma alteração permanente no modo de vida das pessoas (Correia, 1012).

Segundo Correia (2012), as DNM manifestam-se através de vários sintomas, embora o principal seja a diminuição progressiva da força muscular, o que acarreta alterações motoras, ortopédicas, respiratórias e cardíacas. De uma forma sumária, a nível motor pode existir dificuldade de deambulação, equilíbrio e marcha, e o um risco aumentado de quedas, conduzindo frequentemente à necessidade de uso de dispositivos de apoio como cadeiras de rodas. Podem surgir também deformidades ósseas no esqueleto, como por exemplo na coluna com cifoses e outras, que obrigam por vezes a correção quer por aparelhos cirúrgicos como talas, ou cirurgias corretivas. A função respiratória recorrentemente fica comprometida, levando a complicações resultantes da fraqueza da musculatura respiratória, associadas frequentemente a deformidades músculo-esqueléticas, como a cifoesciose (Marques, 2012). Progressivamente, estes doentes desenvolvem doença pulmonar restritiva, o que se associa não só ao descrito anteriormente, como também a sequelas de infeções respiratórias anteriores, a uma

diminuição da complacência pulmonar, que determinam uma redução dos volumes pulmonares destes pacientes. Frequentemente verificam-se presença de atelectasias, aumento da tensão superficial alveolar em consequência da ventilação de baixo volume, e ainda o encurtamento das fibras elásticas dos pulmões (Marques, 2012). Marques, citando Severa et al 2003, sumariza as alterações pulmonares nos doentes com DNM relacionadas com a fraqueza muscular em: alterações das propriedades mecânicas pulmonares e da caixa torácica, e diminuição da força e velocidade de contração dos músculos expiratórios, que resultam em picos de fluxo expiratório baixos. Este último aspeto referido, associado a uma tosse e movimento ciliar ineficazes, ou seja, a mecanismos fisiológicos de limpeza das vias aéreas inadequados, aumenta o risco de ocorrência de infeções respiratórias (Frias, Grou, & Monteiro, 2012). A tosse, como mecanismo de expulsão de secreções das vias aéreas, assume um papel preponderante, e a sua ineficácia conduz a retenção de secreções, potencia a atelectasia e infeções secundárias, e reduz a compliance pulmonar (Frias, Grou, & Monteiro, 2012), sendo que esta ineficiência torna-se crítica em situações de infeção respiratória.

De acordo com a APN, regularmente, e associado a todos os aspetos abordados anteriormente, pessoas com DNM apresentam insuficiência respiratória crónica, com hipercapnia e hipoxemia. Nos últimos anos, e para a correção dos distúrbios ventilatórios e melhoria da ventilação alveolar, tem sido utilizada a Ventilação Não Invasiva (VNI), com um impacto significativo na qualidade de vida e longevidades das pessoas (Marques, 2012). A VNI favorece e melhora a mecânica ventilatória e diminui o trabalho dos músculos respiratórios, diminuindo a sua fadiga, além de melhorar a força, resistência e sensibilidade ventilatória ao CO₂. Marques, citando Finder et al (2004), refere que a aplicação de uma pressão positiva nas vias aéreas facilita a entrada de ar, auxilia os músculos expiratórios e aumenta a expectativa de vida.

A reabilitação pulmonar, através do uso de técnicas de limpeza das vias aéreas e de assistência a uma tosse mais eficaz, e de expansibilidade torácica, é de extrema importância para proporcionar uma melhoria da qualidade de vida e sobrevida destes doentes.

Com este trabalho pretende-se evidenciar a avaliação e intervenção implementada junto da menina R.S.D., bem como a avaliação dos resultados da intervenção da equipa de enfermagem de Reabilitação da ECCI da UCC [REDACTED].

A colheita dos dados apresentados foi feita através de consulta do processo clínico existente na Unidade Cuidados Continuados (UCC) [REDACTED] de Alcântara, entrevistas à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) da Equipa de Cuidados Integrados Continuados (ECCI) responsável pelos cuidados de enfermagem de reabilitação à R.S.D., para além da restante equipa da ECCI envolvida nos cuidados e ainda à auxiliar responsável pelos cuidados na instituição onde se encontra, e avaliação objetiva de enfermagem de reabilitação realizada por mim com orientação e apoio da EEER, recorrendo à observação, avaliação, instrumentos de avaliação como estetoscópio, oxímetro portátil e uso de escalas de avaliação.

Após a colheita de dados e apreciação efetuada, foi feita a identificação de problemas sujeitas a intervenção de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, e elaboração de um plano de intervenção, utilizando linguagem NANDA, tendo em conta os problemas encontrados e aos quais se pretende dar resposta.

2. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

DADOS GERAIS

| | |
|-----------------------------|--|
| NOME | R.S.D. |
| IDADE | 5 Anos e 3 Meses |
| DATA DE NASCIMENTO | 04 de outubro de 2013 |
| GENERO | Feminino |
| ESTADO CIVIL | Solteira |
| PROFISSÃO | Frequenta o ensino pré-escolar desde setembro de 2018 |
| ETNIA | Caucasiana |
| NATURALIDADE | Lisboa, Portugal |
| PESSOA SIGNIFICATIVA | <p>Está institucionalizada desde 30 de junho de 2014 juntamente com a irmã gémea na Instituição "A.B.".</p> <p>Parece próxima de uma funcionária da instituição que está encarregue dos cuidados à R.S.D. e que forneceu informação detalhada sobre a criança. Referido no processo, em avaliação anterior que "acalma ao colo da funcionária da instituição com quem tem uma relação preferencial".</p> |
| RESIDÊNCIA HABITUAL | Alcântara, Portugal. |
| AGREGADO FAMILIAR | <p>Atualmente institucionalizada com a irmã gémea, com quem coabita no quarto, embora cada uma tenha uma cama individual.</p> <p>Família visitou as crianças, levando-as para casa ao fim de semana até ao verão de 2017. Desde então sem contacto, sendo que atualmente estão propostas para adoção.</p> <p>O agregado familiar da R.S.D. é composto por pai 43 anos, mãe 47 anos, 4 irmãos sendo que 3 deles com 20, 10 e 7 anos vivem com os pais e irmã gémea que vive com ela na instituição.</p> |
| SISTEMA DE SAÚDE | Segurança Social |

3. HISTÓRIA DE SAÚDE

Para a realização de uma colheita de dados mais completa, recorri à enfermeira da UMAD do hospital de origem, que prestou apoio desde o momento da alta até à altura em que a responsabilidade dos cuidados domiciliários passou para a ECCI da UCC.

3.1 Antecedentes de Saúde pessoal e familiar

3.1.1 Antecedentes Pessoais

Gravidez gemelar, vigiada, sem intercorrências, serologias 3º Trimestre negativas, Strepto B desconhecido.

Cesariana eletiva às 36 semanas por apresentação pélvica.

A R.S.D é a 2ª gémea, nasceu com índice Apgar: 7/8/8, sem necessidade de reanimação.

Peso Nascer: 2750 gr, Comprimento: 49 cm e Perímetro Cefálico: 32,8cm

Após nascer apresentou bradicardia e hipotonia, com necessidade de administração de oxigénio e ventilação com ambu, que condicionou internamento em neonatologia.

Apresentou Diplegia facial e hipotonia marcada desde o nascimento.

Rastreio metabólico alargado sem alterações.

Alta hospitalar em junho de 2014 para a instituição “A.B.”, com alimentação por sonda nasogástrica mantém vigilância de saúde e acompanhamento no Hospital em:

- ✓ Neurologia - doença neuromuscular (DNM) em estudo com atraso do Desenvolvimento Psicomotor (DPM);
- ✓ Gastroenterologia – Por tolerância alimentar comprometida relacionada com RGE.
- ✓ Pneumologia – iniciou VNI noturna em Janeiro de 2015;
- ✓ Medicina Física e Reabilitação - encontra-se a fazer terapia ocupacional 3 vezes/semana e Cinesiterapia;
- ✓ Otorrinolaringologia – para vigilância, usa Ortótese Ocular.

Autonomia e tolerância alimentar desde a 1ª semana de vida. Diagnóstico de Refluxo Gastroesofágico (RGE) significativo, pelo que manteve alimentação com

leite artificial espessado até ao 1º ano de vida, altura em que inicia ingestão de iogurte e papa, ficando após a refeição cerca de 1 hora sentada para evitar episódios de refluxo. Em setembro de 2014 por má progressão estatoponderal decide-se colocação de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) para realização de alimentação noturna em gavagem contínua. Atualmente mantém PEG que não utiliza desde novembro de 2018, faz dieta pastosa e/ou sólida, mas com alimentos ligeiramente triturados, diversificada e com tolerância alimentar. Dependência para alimentação, embora progressivamente apresente a capacidade de se alimentar por boca, desde há cerca de 1 ano, de parte da refeição com aumento progressivo da quantidade. Atualmente, alimenta-se com colher, embora vagarosamente, e com necessidade constante de estímulo por se distrair facilmente.

Mantém VNI noturno, relacionado com DNM e consequente fraqueza dos músculos respiratórios, com hipoventilação e diminuição progressiva da capacidade vital e complacência pulmonar. Apresenta limpeza ineficaz das vias aéreas, com tosse não eficaz. Verificou-se a necessidade de múltiplos internamentos por infeções respiratórias de repetição, com necessidade de reeducação funcional respiratória periódica. Fez cinesioterapia no serviço de MFR do hospital até maio de 2015, altura em que se iniciou apoio da ECCI no domicílio para realização de reeducação funcional respiratória, na instituição.

Atraso de desenvolvimento psicomotor (DPM) e hipotonia generalizada, seguida em MFR no hospital onde faz terapia ocupacional para aumentar a força muscular e prevenir limitações articulares, bem como treino de atividades de vida diárias com ganho progressivo de independência no autocuidado. Pretendeu-se ainda o treino da aquisição de equilíbrio sentado e em pé, e treino de marcha.

De forma sumária manteve atraso DPM, sendo que, de acordo com registos do processo de enfermagem e entrevista à funcionária da instituição responsável pelos cuidados à criança, de uma forma sumária, relacionando com as etapas genéricas de aquisição de competências (DGS, 2012), terá feito as principais aquisições em:

Marcos do Desenvolvimento Infantil**Marcos desenvolvimento R.S.D.****Escala Mary Sheridan (DGS, 2012)**

| | |
|---|---|
| 9 Meses – Leva uma bolacha à boca e mastiga | 3 Anos ½ - Alimenta-se por boca de parte da refeição pastosa (Com assistência máxima do cuidador) |
| 12 Meses – Equilíbrio sentado | 4 Anos – Equilíbrio Estático sentado estável 4 Anos - Equilíbrio Dinâmico Sentado instável |
| 18 Meses – Anda bem | 4 Anos - Equilíbrio Estático ortostático instável 4 Anos – Marcha com Andarilho Novembro 2018 – Marcha sem andarilho com apoio Janeiro 2019 – Até 5 passos sem apoio |
| 18 M – Segura a colher e leva o alimento à boca | 4 Anos – Segura a colher e leva alimento à boca parte da refeição |
| 2 Anos – Usa bem a colher | Dezembro 2018 – Usa bem a colher |
| 18 M – Indica necessidade de ir ao WC 3 Anos – Vai sozinho ao WC | Incontinência Vesical e Intestinal (aparente), usa fralda 4 Anos – Avisa que está suja |
| 2 Anos – Coloca os Sapatos | Não coloca os sapatos, assistência Total Cuidador |

Atualmente mantém, aparentemente, incontinência de esfíncteres vesical e intestinal, e necessidade de uso de fralda.

Mantém dependência total na realização das atividades de vida diária, embora progressivamente participe na realização das mesmas.

| | |
|-----------------------------|---|
| TERAPÊUTICA HABITUAL | Ventilação não invasiva (VNI) 12 H/dia (noite e durante a “sesta” da tarde) <u>Terapêutica inalatória:</u> MDI: Seretaide 1puff/2xdia no ventilador Nebulizada: aerossol com 2ml Brometo de ipatrópio + 3ml de cloreto de sódio 0,9% 1x dia antes de cinesiterapia <u>Terapêutica via oral:</u> Esomeprazol 10 mg 1x/dia Eritromicina 250mg 2xs dia Casenlax 1xdia <u>Terapêutica oftálmica:</u> Liposic gel oftálmico Oclusão olho direito 1h dia |
|-----------------------------|---|

Terapêutica SOS:

Cetirizina 2ml 2 x dia SOS se rinorreia

ALERGIAS

Alergias a fármacos ou outras desconhecidas

3.1.2 Antecedentes familiares

Relativamente a antecedentes familiares de relevo existem poucos registos, pelo que não é possível apurar muita informação. Registam-se os dados disponíveis:

- ✓ Mãe de 44 anos com surdez congénita;
- ✓ Pai de 40 anos com surdez adquirida;
- ✓ Irmãos sem patologia conhecida;

3.1.3 Vigilância de Saúde

A R.S.D. desde a alta hospitalar que é seguida no hospital de origem em diversas especialidades decorrentes da sua patologia de base, doença Neuromuscular com atraso do DPM ainda em estudo, tais como:

Neurologia - DNM em estudo, com atraso do DPM;

Gastroenterologia – por necessidade de PEG que foi colocada em Setembro 2014;

Pneumologia - VNI noturna;

Medicina Física e Reabilitação - terapia ocupacional 3 vezes/semana;

ORL – Amigdalectomia em 2016.

Oftalmologia

Está inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da área da instituição AB. Em 2015 a UCC foi contactada pela Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) do hospital, para apoio por parte da ECCL, nomeadamente para continuidade nos cuidados de reabilitação respiratória à RSD e irmã, na instituição, com o intuito de reduzir as idas constantes ao hospital, onde realiza para além de estimulação do desenvolvimento psicomotor, cinesiterapia respiratória que necessita regularmente.

3.2 Histórico de Intervenção da UCC

Desde maio de 2015 foi pedido apoio da ECCL para realização de reeducação funcional respiratória na instituição. O objetivo desta parceria seria, reduzir a frequência das idas ao hospital (MFR), serviço de urgência e internamentos hospitalares, o que se traduziria em ganhos em saúde e na sua qualidade de vida.

Foi realizada uma reunião inicial entre a UCC, representada pela EEER e Enfermeira especialista em saúde infantil, as representantes da instituição “A.B.”, nomeadamente a assistente social e psicóloga e enfermeira da UMAD do hospital, ficando acordado o início da parceria informal de cuidados a partir do dia 8 de maio de 2015, mantendo-se até ao momento.

Foram identificadas necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente de reeducação funcional respiratória com o objetivo de prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar e assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Desta forma, foram cumpridas as seguintes intervenções principais: limpeza das vias aéreas através da realização de cinesiterapia respiratória, vigilância da respiração e características da expectoração e otimização da ventilação através da técnica de posicionamento. De modo a dar-se resposta ao pretendido, a regularidade desta visita domiciliária tem sido diária ou em dias alternados, de acordo com as necessidades das crianças, e também com a disponibilidade dos recursos humanos existentes na UCC. **Atualmente** as visitas são agendadas à terça e quarta-feira, como se justificará posteriormente, e ajustadas em função das necessidades das crianças.

Avaliação dos ganhos em saúde para as duas crianças em consequência desta parceria:

- Diminuição das idas ao hospital para realização de reabilitação respiratória:
 - ✓ Redução do risco de infeção pela permanência em ambiente hospitalar.
 - ✓ Melhoria da qualidade de vida pela promoção das rotinas domésticas favorecedoras do desenvolvimento infantil.

- Diminuição das idas ao serviço de urgência e de internamentos hospitalares por infeções respiratórias.

Mais recentemente foi discutida em equipa o início de frequência da escola da R.S.D e da irmã. Início ocorreu no ano letivo corrente, em setembro de 2018 com sucesso. Verificou-se uma boa adaptação às rotinas e vida escolar por parte das irmãs, sendo que estão programadas visitas da ECCL para realização de reeducação funcional respiratória 2xs por semana e/ou de acordo com a necessidade identificada nas mesmas, como referido anteriormente. Mostram agrado na frequência da escola e frequentemente contam as atividades que realizam com entusiasmo. Habitualmente frequentam a escola em horário parcial, durante a manhã e até cerca das 11h30, pois necessitam de frequentes deslocações para cumprimento de “atividades terapêuticas”.

4 CARACTERIZAÇÃO REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR

Para a caracterização da rede de suporte social e familiar recorri à informação obtida através de consulta de registos do processo clínico, entrevista à EEER da ECCI e funcionários da instituição A.B. onde se encontra com a irmã, bem como observação durante visitas domiciliárias para prestação de cuidados às irmãs.

4.1 Suporte Social

A R.S.D. e a irmã gêmea residem numa Instituição Particular de Solidariedade Social registada sob o n.º 30/99, do livro n.º 7 das Associações de Solidariedade Social, que tem como missão o acolhimento de crianças entre os poucos dias de vida e os 3 anos de idade, vítimas de situação de risco ou abandono, e que por isso não podem viver com os seus pais ou familiares. Tem como objetivo o encaminhamento de cada uma destas crianças para uma vida digna, seja no regresso à família biológica, ou na integração numa família de adoção.

Nesta instituição, existem cerca de 20 crianças institucionalizadas, distribuídas por vários quartos devidamente identificados. Aparentemente a distribuição das crianças nos quartos, parece-me ser feita de acordo com as idades das mesmas. A instituição situa-se numa zona habitacional, num bairro social na zona de [REDACTED], na loja de um prédio, ampla e que se situa no rés do chão. Em todas as visitas que realizei a esta instituição, verifiquei que possui saneamento básico, gás e eletricidade e, dentro dos possíveis, condições habitacionais favoráveis, com boas condições de higiene e climatização adequada.

Cada grupo de crianças possui um quarto com espaço para armazenar os seus objetos pessoais, existindo ainda algumas salas para realização de atividades de lazer com brinquedos adequados às diferentes idades e etapas de desenvolvimento, que estavam organizados, sendo que observei que as crianças são estimuladas a arrumá-los após a sua utilização.

O aspeto das crianças é cuidado, e estão vestidas de modo adequado à idade e estação do ano. Nas meninas verifica-se que usam acessórios tais como fitas de cabelo, ganchos, laços, e a roupa é escolhida de forma esmerada, condicente e com bom gosto. Sempre que fui à instituição as crianças estavam sorridentes e acompanhadas/vigiadas pelas funcionárias que cuidavam delas. O ambiente na instituição aparenta ser cordial e afável, gerador de um bom acolhimento, do qual testemunho em primeira pessoa.

A R.S.D coabita no quarto com a irmã, tendo cada uma a sua cama e o seu espaço, têm objetos pessoais tais como fotos ou desenhos e outros trabalhos manuais feitos por elas a

decorar o espaço. Possuem ainda os equipamentos médicos de que necessitam tais como ventilador, aspirador de secreções, nebulizador e consumíveis como embalagens individuais de cloreto de sódio 0,9%, compressas não-tecido, sondas de aspiração de secreções, seringas e terapêutica (inalatória e outra) que está guardada longe do alcance das crianças.

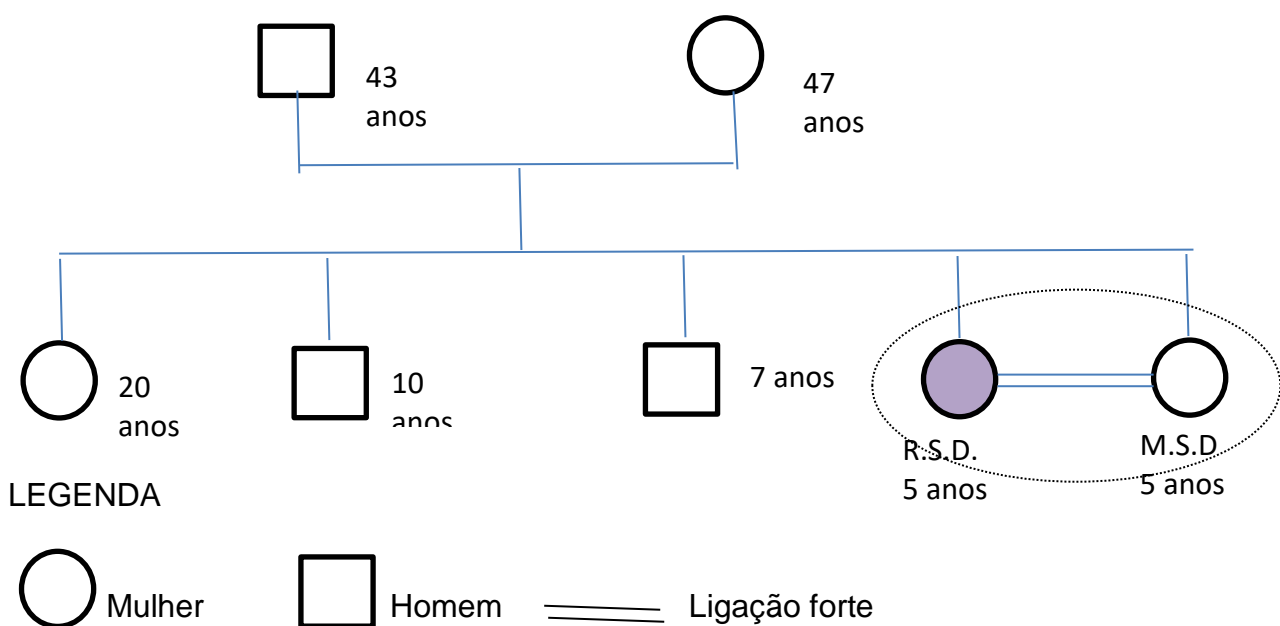
Sempre que necessitam de apoio médico, existe uma estreita ligação quer à equipa do hospital responsável pelas mesmas, quer à equipa de ECCI que se desloca à instituição de forma regular ou de acordo com as necessidades identificadas pela equipa da instituição, seja por necessidade de intervenção, seja para apoio e esclarecimento de dúvidas.

Observei ainda uma ligação próxima à EEER responsável pela prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à R.S.D e irmã, sendo que sorriem sempre que ela chega, aceitam os seus cuidados incluindo a aspiração de secreções, na qual colaboram gerindo o vácuo, escolhendo a narina a aspirar primeiro ou o brinquedo usado para realizar reeducação costal com mobilização dos membros superiores.

4.2 Suporte Familiar

Atualmente, as crianças estão em vias de iniciar processo de adoção, e não recebem a visita dos familiares desde o Verão de 2017. Segundo registos no processo clínico, de apreciação de enfermagem em janeiro de 2018, já não pergunta pelos pais.

A estrutura familiar representa-se assim pelo seguinte Genograma:



5 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

5.1 Avaliação Subjetiva e Objetiva de Enfermagem de Reabilitação

Passa-se a descrever a avaliação que foi realizada junto da R.S.D. e que retrata a avaliação subjetiva de enfermagem tendo em conta a observação do enfermeiro, e ainda a avaliação objetiva através do uso de escalas de avaliação.

5.1.1 Exame Físico

Relativamente ao exame físico podemos observar que a R.S.D. apresenta um aspeto cuidado, está consciente, atenta ao ambiente que a rodeia, acompanhando o profissional de saúde com o olhar, ou dirigindo o olhar para acompanhar os gestos do cuidador (exp. quando se vai buscar o brinquedo), ou seja, aos sons e às pessoas em seu redor.

De um modo geral, apresentava um estado de higiene adequado. Não foram detetados odores corporais desagradáveis e, aparentemente, o vestuário estava lavado e era adequado à temperatura ambiente e estação do ano.

A pele está limpa, íntegra (sem presença de lesões), com textura lisa e macia, sem presença de humidade, de tonalidade rosada e turgor mantido.

Tendo como base uma observação Céfalo-Caudal, verifica-se que a cabeça é proporcional ao tronco e membros. Os olhos são simétricos, as pálpebras encontram-se na posição habitual, a íris tem uma coloração castanha e as escleróticas têm uma tonalidade branca. Pupilas são simétricas, uniformes, circulares e reagem de forma simétrica ao estímulo luminoso. Os pavilhões auriculares estão alinhados e o nariz está na posição habitual, lábios rosados e contornos definidos sem alterações. O cabelo é castanho claro, liso, brilhante, macio e apresenta uma distribuição uniforme. A mimica facial é diminuída, mas simétrica, apresenta diplegia facial.

O discurso é limitado, usa frases curtas e alteração na fonação das palavras ou disartria. Aparente rinolalia.

Tórax uniforme, está deitada na cama com máscara nasal de VNI enquanto faz nebulização com Brometo de ipatrópio e cloreto de sódio 0,9%. Tem uma postura descontráida, com os membros inferiores fletidos (coxofemoral e joelho) e cruzados um sobre o outro enquanto vê um livro, que lhe foi oferecido pela EEER. Comunicativa, olhar dirigido e curioso, sorriso “tímido/desconfiado” mas permite a aproximação.

Corpo aparentemente simétrico, aspeto emagrecido, na mobilização apresenta movimentos um pouco descoordenados, mas eficazes na sua função, tem presença de todos os segmentos corporais, usa ortótese ocular.

Mobiliza os membros superiores (MS) mantendo amplitude articular em todos os segmentos, quando leva objetos à cara (ex. coloca soro fisiológico no nariz ou leva colher à boca), coloca, no entanto, a mão em flexão palmar e com ligeiro desvio cubital, e necessita de fazer abdução escapulo-umeral a cerca de 45°.

Membros inferiores (MI) com amplitude articular mantida em todos os segmentos, habitualmente posicionamento dos MI com ligeira rotação interna da coxa femoral e inversão da tibiotársica. A pedido reverte o posicionamento, mas rapidamente retorna à posição anterior.

Sem massas palpáveis, sem dor à palpação ou manipulação de todos os segmentos corporais.

Abdómen mole e depressível.

Sinais vitais obtidos

| | |
|----------------------|------------------------|
| <i>FC</i> | 97 bpm (normalidade) |
| <i>FR</i> | 26 cpm (normalidade) |
| <i>SpO2</i> | 95-97% em ar ambiente |
| <i>TA</i> | 88/50mmHg |
| <i>T (timpânica)</i> | Temperatura axilar 37° |
| <i>Dor</i> | 0 (na escala FLAC) |

Aspeto emagrecido, em janeiro de 2018 encontra-se no **percentil <3 no peso (11,300Kg), <15 de estatura (1,03m) e <3 no Índice de Massa Corporal (10,66)**, conforme se apresenta nas curvas de crescimento em anexo (anexo IX)

5.1.2 Exame Neurológico

A) Estado mental

Criança calma, colaborante e comunicativa para a apreciação. Interage de forma espontânea.

Relativamente à avaliação do **Estado Mental**, está vígil, orientada relativamente a si – Autopsíquica - (como te chamas? Responde com nome completo) e aos outros (aponta a EEER e nomeia), ao espaço (o meu quarto) e tempo (sabe a sua idade e a hora do dia em que se encontra, sabe que amanhã vai à escola) – Alopsíquica -. O discurso é coerente, visível na identificação positiva dos outros, nomeadamente os técnicos de saúde e cuidadores, que nomeia corretamente. Está atenta relativamente aos estímulos exteriores, e observa-se tenacidade nomeadamente durante a intervenção do EEER, cumprindo o que

lhe é pedido sem dúvidas e sem erros. Tem capacidade de concentração visível durante a intervenção, por exemplo conta o número de vezes que repete o exercício pedido sem se enganar mesmo que aja distrações (interrupção da irmã ou outro).

Avaliada consciência com escala de Glasgow sendo o valor obtido 15. (Anexo I)

Relativamente à **memória**, de uma forma sucinta parecem mantidas a **memória imediata** (retém a sequência de exercícios a fazer, sem erros e sem dúvidas), **memória recente** (se interrompida a intervenção, por exemplo se brinca com a irmã recupera a sequência de exercícios que estava a executar sem dúvidas ou erros) e **memória remota** (evidente quando fala de episódios da vida remota como por exemplo da festa de Natal da escola que já tinha acontecido há uns dias, nomeando momentos da festa e o que recebeu, bem como a personagem que interpretou, embora com discurso limitado e com partes de difícil compreensão, ou quando questionada sobre quem ofereceu o livro, apontando a EEER).

A **Linguagem**, numa avaliação informal, percebe-se que tem um discurso espontâneo, voz nasalada (rinolalia), audível, frases curtas, mas completas, vocabulário simples, dificuldade na articulação correta das palavras, e alteração da fonação ou disartria, mas globalmente perceptível.

Compreende o que lhe é dito, visível por não ter erros na execução do que lhe é pedido, e nomeia os objetos e pessoas corretamente.

Usa o humor no discurso, por exemplo quando se pede para se sentar esta estende os braços, diz “não consigo” e ri-se, cumprindo de seguida de forma autónoma e independente. Gosta de exercer algum controlo na interação, escolhendo o brinquedo com que faz mobilização ativa dos MS, a narina onde se coloca o SF ou onde se faz aspiração de secreções primeiro.

B) Motricidade

No exame para avaliação da motricidade deve ser apreciada a força muscular, tónus e coordenação de movimentos.

Foi avaliada a **Força Muscular** utilizando a escala de MRC, em todos os movimentos dos segmentos articulares, sendo que apresenta hipotonia generalizada em todos os segmentos corporais, conseguindo realizar um raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade, não conseguindo, no entanto, vencer uma resistência maior. Relativamente aos membros inferiores, apresenta quando na posição

ortostática ligeira rotação interna coxofemoral e inversão tíbio társica que corrige a pedido, retornando à posição e inicia a marcha embora com hesitação e algum desequilíbrio que vai compensando desde que apoiada com as mãos e/ou com ajuda de outra pessoa.

Relativamente ao **Tónus muscular** não foi percebida resistência ao movimento, ou seja, aumento do tónus, segundo a **Escala de Ashworth Modificada** (Anexo II) classifica-se como 0.

A **Coordenação motora** também poderá ser avaliada, sendo que a R.S.D. apresenta descoordenação motora dos MS – ataxia -, por exemplo não consegue segurar um objeto (boneco de peluche) que lhe é atirado. Marcha atáxica, mas eficaz se realizada com apoio pelos MS em superfícies como móveis ou paredes e com apoio de outro. Apresenta sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida aparentemente (verbalizada pela criança). Mantém o equilíbrio estático e dinâmico estável na posição sentada, equilíbrio instável estático e dinâmico na posição ortostática, necessitando de apoio.

O **Equilíbrio** foi avaliado recorrendo à escala de Berg Pediátrica, Score 16.

5.1.3 Avaliação da Função Respiratória

A) Avaliação Subjetiva

A RSD não aparenta ou refere dispneia quando questionada.

Responde às questões:

- “Estás cansada?” com **não**

- “Quando brincas ficas cansada?” com **não**

Percebe, pelo discurso, que tem presença de secreções nas vias aéreas e que necessita de ser aspirada.

Tosse de forma espontânea, mas ineficaz, mesmo quando se solicita que tussa, a expiração forçada ou prolongada a pedido é débil.

Faz VNI durante o sono à noite 12h e à tarde cerca de 2h, por máscara nasal, com boa adaptação à ventilação e sem verbalização de desconforto.

B) Avaliação Objetiva

| | |
|-----------------|--|
| INSPEÇÃO | Tórax simétrico, caixa torácica visível relacionado com emagrecimento. |
|-----------------|--|

| | |
|--------------------|---|
| | Expansão simétrica de ambos os hemitórax. Ventilação espontânea, ritmo regular, normopneica com FR-26 cpm, padrão respiratório misto, moderadamente profundo, sem aparente uso de músculos acessórios da respiração, sem tiragem. SpO2 entre 95-97% em ar ambiente. Faz VNI durante o sono (tarde e noite). |
| PALPAÇÃO | Sem massas palpáveis, saliências ou pontos dolorosos no tórax. |
| PERCUSSÃO | Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax |
| AUSCULTAÇÃO | Murmúrio vesicular mantido nos terços superiores de ambos os hemitórax e diminuído nos terços médio e inferior. Presença de ruídos adventícios nomeadamente ruídos de transmissão no terço medio de ambos os hemitórax. |
| TOSSE | Tosse por vezes a pedido, produtiva não eficaz, pouco frequente. |
| SECREÇÕES | Secreções mucosas, viscosas em regular a abundante quantidade. |

5.2 Avaliação Padrão de Satisfação de Autocuidado

Para avaliação do padrão de Satisfação de autocuidado (AC), esta foi feita tendo por base o Modelo teórico de Dorothea Orem, avaliando o grau de satisfação das atividades de autocuidado e comprometimento ou défice de autocuidado e o sistema de enfermagem necessário para suprir o autocuidado.

| AVALIAÇÃO ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL | | |
|---|---|--|
| Atividade AC | Avaliação | Défice Autocuidado e Sistema de Enfermagem |
| 1. Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | <ul style="list-style-type: none"> - Ventilação espontânea, ritmo regular, normopneica com FR de 26cpm, padrão respiratório misto, moderadamente profundo, sem aparente uso de músculos acessórios da respiração, sem tiragem. SpO2 entre 95-97% em ar ambiente. - Tosse produtiva esporádica e não eficaz, expiração forçada e prolongada débil, dificuldade em expelir secreções que são mucosas e viscosas, com necessidade diária de aspiração de secreções na qual colabora. - Auscultação com MV diminuído nos terços médio e inferiores de ambos os hemitórax e roncocal do 1/3 médio de ambos os hemitórax | <p>Manutenção de uma quantidade suficiente de ar comprometida.</p> <p>Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório e Apoio/Educação</p> |
| 2. Manutenção de uma ingestão suficiente de água | - Ingestão de água regular a acompanhar as refeições, em quantidade controlada por refluxo gastroesofágico. Consegue levar copo com adaptador à boca sem incidentes. | Sem défice. Mantém ingestão hídrica |
| 3. Manutenção de uma | Alimentação pastosa e/ou de sólidos ligeiramente | Manutenção de uma ingestão |

| | | |
|--|--|---|
| ingestão suficiente de alimentos | triturados e diversificada, com tolerância alimentar, alimenta-se de forma autônoma com uso de colher, embora necessite de estímulo do cuidador para se alimentar da totalidade da refeição, sendo que por vezes é a cuidadora que lhe dá 2/3 a 1/2 da refeição. | suficiente de alimentos comprometida. Dependência para se alimentar. Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório e Apoio/Educação |
| 4. Provisão de cuidados associados com os processos de Eliminação | Incontinência do esfíncter vesical e intestinal, usa fralda (aparentemente por não ter sido avaliada continência) Risco de Obstipação Padrão vesical e intestinal mantido. | Provisão de cuidados associados com os processos de Eliminação comprometida. Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório |
| 5. Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso | Sem aparente alteração padrão de sono, dorme cerca de 12h durante a noite e 2h durante a tarde, usa VNI durante o sono, com boa adaptação, sem intercorrências e sem desconforto verbalizado associado ao uso de máscara nasal. | Sem déficit |
| 6. Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social | Frequenta escola durante o dia, relaciona-se de forma espontânea com a irmã e as outras crianças da instituição. | Sem déficit |
| 7. Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano | Risco de quedas baixo na Escala de Humpti Dumpty, usa capacete de proteção da cabeça durante os períodos de vigília e deambulação. | Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano comprometido Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório |
| 8. Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas, e o desejo de ser normal | Frequenta a escola, parece ter tido uma boa adaptação ao ambiente e rotinas escolares, tem amigos na escola e instituição | Sem déficit Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório |
| AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO | | |
| Providenciar as condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento | Mantém frequência escolar integrada nas terapias a realizar. Adaptação à vida escolar e rotinas com sucesso, manifesta interesse e satisfação aparente Atraso no Crescimento e Desenvolvimento R/C DNM M/P dificuldade em realizar habilidades típicas do grupo etário | Providenciar as condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento comprometido Sistema de Enfermagem Apoio/Educação |

| AUTOCUIDADO NO DESVIO DE SAÚDE | | |
|--|--|--|
| 1. Procurar garantir a assistência médica adequada | Acessibilidade fácil a assistência médica adequada proporcionada pela ECCI e EEER responsável, bem como equipa médica e enfermagem HDE | Sem défice |
| 2. Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos | Está consciente aparentemente das suas limitações, verbaliza não consigo e pede ajuda ao adulto, adapta-se às limitações. Demonstra comportamento alegres apesar das limitações. | Sem défice |
| 3. Realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas | Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas, de forma proativa e de acordo com as limitações relacionadas com dependência no autocuidado. | Potencial para aprender demonstrado Sistema de Enfermagem Apoio/Educação |
| 4. estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas | Disposição para melhorar o autocuidado relacionado com melhoria do padrão ventilatório e manter/aumentar a força muscular, mantendo a mobilidade articular nos MS e MI. | Sem défice Potencial para aprender demonstrado Sistema de Enfermagem Apoio/Educação |
| 5. Modificar o autoconceito em aceitar um estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde | Aparentemente aceita o estado de saúde atual e está adaptada às suas limitações. | Sem défice |
| 6. Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos, intervenções no estilo de vida. | Aceita aparentemente a sua condição e limitações. Colabora ativamente no seu processo de reabilitação. | Sem défice Sistema de Enfermagem de Apoio/Educação |

5.3 Avaliação Grau de Dependência no Autocuidado

Para avaliar grau de dependência no autocuidado foi utilizado Índice de Barthel, indicando dependência total 20/100 relacionado com DNM e subsequente hipotonia generalizada (Anexo VIII)

5.4 Avaliação das capacidades funcionais chave e capacidade de realização da criança

Para a avaliação das capacidades funcionais e performance na criança na concretização das atividades de vida diárias, no que concerne aos cuidados pessoais, mobilidade e funcionamento social, foi utilizada a escala PEDI, que permite evidenciar a capacidade da criança para realizar tarefas específicas, a assistência necessária por parte do cuidador e as modificações ambientais necessária para facilitar uma determinada habilidade funcional em crianças com idades compreendidas ente os 6 meses e os 7 anos (Anexo VII).

| HABILIDADES FUNCIONAIS | | ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ADULTO E MODIFICAÇÕES |
|------------------------|------------------|---|
| CUIDADOS PESSOAIS | Score 23 (em 73) | Score 8 (em 40) |
| MOBILIDADE | Score 22 (em 59) | Score 13 (em 35) |
| FUNCIONAMENTO SOCIAL | Score 52 (em 65) | Score 24 (em 25) |

6 PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

6.1 Diagnósticos de Enfermagem

De acordo com a avaliação realizada à cliente identificam-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Padrão ventilatório ineficaz R/C DNM e hipotonia generalizada M/P necessidade VNI durante o sono e Murmúrio vesicular diminuído nos terços medio e inferior de ambos os hemitórax e ronos audíveis predominantemente no 1/3 médio de ambos os hemitórax, tosse produtiva ineficaz e expiração forçada e prolongada débil;

Desobstrução ineficaz das vias aéreas R/C tosse produtiva ineficaz M/P expetorar ineficaz, expiração forçada e prolongada débeis, Murmúrio vesicular diminuído nos terços

medio e inferior de ambos os hemitórax e necessidade de aspiração de secreções diária para limpeza das vias aéreas.

Mobilidade física prejudicada R/C Força muscular diminuída (MRC 4 em todos os segmentos) e Equilíbrio instável M/P assistência moderada do adulto para transferência e locomoção (PEDI) e dependência total (índice de Barthel 25)

Déficit no autocuidado: alimentar-se, higiene e vestir-se R/C equilíbrio instável (BERG 16) e ataxia MS e MI M/P assistência total do adulto (PEDI) e dependência total (Índice de Barthel 20)

Atraso no Crescimento e Desenvolvimento R/C DNM M/P dificuldade em realizar habilidades típicas do grupo etário

6.2 Objetivos de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

- Promover desenvolvimento psicomotor
- Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios
- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas
- Aumentar a força muscular, mantendo a mobilidade articular em todos os segmentos
- Melhorar o equilíbrio sentado dinâmico e ortostático estático e dinâmico;
- Adquirir autonomia nas atividades de autocuidado

6.3 Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação

Local: ECCI da UCC [REDACTED]

Identificação: R.S.D

PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

| DATA | NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO DE SISTEMA ENFERMAGEM DE | DIAGNÓSTICOS | OBJECTIVO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|------|--|--|---|---|
| D1 | <p>Autocuidado Universal Manutenção de uma quantidade suficiente de ar COMPROMETIDO</p> <p>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório Sistema de apoio/educação</p> | <p>Padrão ventilatório ineficaz R/C DNM e hipotonia generalizada M/P necessidade VNI durante o sono e Murmúrio vesicular diminuído nos terços medio e inferior de ambos os hemitórax e roncospredominantemente no 1/3 médio de ambos os hemitórax, tosse produtiva ineficaz e expiração forçada e prolongada débil;</p> <p>Desobstrução ineficaz das vias aéreas R/C tosse produtiva ineficaz M/P expetorar ineficaz, expiração forçada e prolongada débeis, Murmúrio vesicular diminuído nos terços medio e inferior de ambos os hemitórax e necessidade de aspiração de secreções diária para limpeza das vias aéreas.</p> | <p>Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição alveolar. Impedir a formação de aderências pleurais para manter a mobilidade costal e diafragmática;</p> <p>Assegurar permeabilidade das vias aéreas;</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Nebulização antes de realizar RFR2. Avaliar padrão respiratório, FR e SpO₂;3. Auscultação Pulmonar;4. Reeducação Funcional Respiratória (RFR):(10xs cada exercício)<ol style="list-style-type: none">a. Posicionamento com alinhamento corporal e flexão da coxofemural ligeira com suporte região popliteia;b. Relaxamento e consciencialização da respiração com uso de brinquedos (cheirar uma flor e soprar um moinho de vento)c. Otimização da ventilação através da técnica respiratória:<ol style="list-style-type: none">I. Expiração lenta prolongada com moinho de ventod. Executar técnica de reeducação costal:<ol style="list-style-type: none">I. <i>Reeducação costal global com mobilização ativa dos membros superiores (flexão 10xs e Abdução 10xs) segurando brinquedo</i>5. Huff (3xs) com uso de espelho (embaciar o espelho)6. Avaliar a tosse7. Ensinar, instruir e treinar técnica de tosse eficaz;8. Incentivar a tossir9. Aspiração de secreções; |

Disposição para melhorar o autocuidado relacionado com melhoria do padrão ventilatório e desobstrução das vias aéreas e manter/aumentar a força muscular, mantendo a mobilidade articular nos MS e MI

10. Avaliar expectoração
11. Incentivar a ingestão de Líquidos;

AVALIAÇÃO

D1

Eupneica em repouso, **SpO2 96%**. Respiração mista profunda, ritmo regular **FR- 26cpm**, expansão torácica simétrica.

Auscultação Pulmonar: **Murmúrio vesicular** mantido mas **diminuído nos terços médio e inferior bilateralmente** e **roncos audíveis nos 1/3 médios de ambos os hemitórax**.

Colabora no programa RFR de forma ativa e com interesse cumprindo sem dificuldade mobilização ativa dos MS, no entanto demonstra incapacidade de realizar dissociação dos tempos respiratórios, com ou sem mobilização dos MS. Quando se solicita expiração prolongada não cumpre e verbaliza “não consigo”. Não faz Huff. Tosse por vezes a pedido, tosse pouco eficaz. Manobras acessórias com ênfase nas percursões (jogo “o índio”) nas quais colabora emitindo o som ahhh (expiração lenta prolongada).

Saltos na bola enquanto emite o som eeeeeee (expiração forçada e prolongada).

Aspiração de secreções com ajuda da R.S.D. no controlo do vácuo, acessos de tosse provocada pela presença da sonda na glote, aspiram-se secreções em grande quantidade espessas mucosas.

D11

Apresenta capacidade de realizar expiração prolongada e forçada com uso de moinho de vento, ainda débeis mas seguidas de acessos de tosse produtiva espontâneos não eficaz.

Faz inspiração (cheirar a flor) e expiração (soprar o moinho) a pedido, bem como tosse ainda que pouco eficazes.

Realiza tosse durante a aspiração de secreções a pedido

| DATA | NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO DE SISTEMA ENFERMAGEM DE | DIAGNÓSTICO | OBJECTIVO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|------|---|--|--|---|
| D1 | <p>Autocuidado Universal Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso COMPROMETIDO</p> <p>Sistema enfermagem totalmente compensatório Sistema apoio/educação</p> | <p>Mobilidade física prejudicada R/C Força muscular diminuída (MRC=4 em todos os segmentos) e Equilíbrio ortostático instável M/P assistência moderada do adulto para transferência e marcha (PEDI) e dependência total no autocuidado (índice de Barthel 25)</p> | <p>Aumentar a força muscular, mantendo a mobilidade articular em todos os segmentos</p> <p>Melhorar o equilíbrio sentado e ortostático estático e dinâmico</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar força Escala MRC; 2. Avaliar equilíbrio sentado e ortostático (estático e dinâmico); 3. Negociar atividade física; 4. Ensinar, instruir e treinar mobilizações ativas e ativas resistidas e exercícios de fortalecimento muscular na base da cama e/ou sentada de todos os segmentos corporais 5. Ensinar, Instruir e Treinar técnica de adaptação para sentar-se, levantar-se e transferir-se, apoiando-se com a mão; 6. Executar técnica de treino de equilíbrio em pé com apoio das mãos: <ol style="list-style-type: none"> a. Flexão plantar b. Apoio unipodal com flexão do joelho e da coxofemoral c. Treino proprioceptivo com bola: <ol style="list-style-type: none"> i. Correção postural ii. Equilíbrio dinâmico sentado iii. "saltar" na bola 7. Treino de marcha: <ol style="list-style-type: none"> a. Providenciar ambiente livre de perigos (obstáculos, supervisão) b. Ensinar cuidador sobre treino de marcha c. Estimular marcha com apoio das mãos d. Avaliar marcha sem apoio aumentando a distância. |

AVALIAÇÃO

D1

Avaliada força escala de MRC (4/5) em todos os segmentos. Equilíbrio ortostático estático e dinâmico instável.

Colabora de forma interessada em todas as atividades, escolhe sequência de exercícios, posição deitada ou sentada e brinquedo para realização de mobilizações que executa sem dificuldade:

- Preensão palmar com boneco, flexão/extensão dos MS segurando boneco, abdução/adução MS (juntamento com inspiração/expiração), flexão/extensão coxofemoral e ponte, rolar direita/esquerda.
- Rola esquerda, apoia-se no MS (cotovelo) esquerdo e senta-se com assistência máxima do adulto (PEDI), verbaliza “não consigo”
- levanta-se com assistência moderada do adulto e com apoio das mãos na grade da cama;
- Apoiada com as mãos faz flexão plantar;
- Senta-se na bola com assistência máxima, mantém a postura com assistência mínima do adulto (PEDI) e salta com assistência moderada;
- Faz marcha com apoio das mãos e/ou assistência moderada do adulto, média distância (até 30 metros);

D11

- Rola, apoiar-se cotovelo e sentar com assistência moderada do adulto (PEDI), faz de forma espontânea;
- Levanta-se com assistência mínima do adulto;
- Marcha com assistência mínima do adulto;

(4/1/2019) - 5 passos sem apoio e com bom controle postural;

| DATA | NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO SISTEMA DE ENFERMAGEM | DE DE DIAGNÓSTICO | OBJECTIVO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|------------------|--|---|--|--|
| 31/10/2018 D5 | <p><u>Autocuidado Universal</u> Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso COMPROMETIDO</p> <p>Sistema de enfermagem apoio/educação cuidador</p> | <p>Déficit no autocuidado: Alimentar-se Higiene Vestir-se <u>R/C</u> equilíbrio instável (BERG 16) e ataxia MS e MI <u>M/P</u> assistência total do adulto (PEDI) e dependência total (Índice de Barthel 25) Disposição para melhorar o autocuidado relacionado com: Alimentar-se Higiene Vestir-se Demonstrada pelo interesse em participar no autocuidado</p> | Adquirir autonomia nas atividades de autocuidado | <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar equilíbrio ortostático (estático e dinâmico); 2. Avaliar grau de dependência do utente através da escala de Barthel; 3. Avaliar capacidade funcional (PEDI) 4. Ensinar cuidador sobre assistência atividades autocuidado; 5. Planear atividades de autocuidado; 6. Disponibilizar o tempo necessário para realizar as atividades de autocuidado 7. <u>Autocuidado alimentar-se:</u> <ol style="list-style-type: none"> a. Providenciar alimentos e colher b. Permitir tempo necessário para se alimentar c. Estimular participação no autocuidado alimentar-se 8. <u>Autocuidado Higiene:</u> <ol style="list-style-type: none"> a. Planear atividades de higiene diárias (banho/higiene oral/escovar o cabelo/lavar as mãos/vestir parte superior e inferior corpo); b. Providenciar equipamento necessário em local de fácil acesso; c. Incentivar participação no autocuidado: higiene; 9. <u>Autocuidado vestir-se:</u> <ol style="list-style-type: none"> a. Incentivar planear roupa a vestir; b. Providenciar vestuário em local acessível; c. Incentivar participação no autocuidado vestir; d. Manusear fechos, botões; e. Colocar e tirar meias; f. Calçar e descalçar sapatos e apertar; |

AVALIAÇÃO

D1

Dependência total autocuidado, índice de Barthel 25.

Capacidade funcional PEDI, habilidades funcionais relacionadas com cuidados pessoais consegue 23 em 73 possíveis.

Veste um braço com supervisão e restante com assistência máxima do adulto (PEDI), colabora no vestir os MI, calçar meias e sapatos assistência total do adulto;

Dependência total atividades relacionadas com higiene.

Alimenta-se de 1/3 a 1/2 da refeição de forma independente e restante com assistência do adulto cuidador (assistência máxima na escala PEDI);

D 4/1/2018

Dependência total autocuidado, índice Barthel 25.

Capacidade funcional PEDI, habilidades funcionais relacionadas com cuidados pessoais consegue 28 em 73 possíveis.

Adulto cuidador diminui assistência à criança na realização de atividades de autocuidado e disponibiliza o tempo necessário para as realizar, sempre que possível.

Alimenta-se de forma independente (PEDI) da totalidade da refeição quando possível, come alimentos sólidos cortado em pequenos pedaços (PEDI)

Autocuidado higiene com assistência máxima do adulto cuidador (PEDI): adquirindo: - escova os dentes mas não completamente; penteia ou escova o cabelo (adulto desembaraça); calça sapatos desapertados; Fecha e abre fechos;

| DATA | NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO DE SISTEMA ENFERMAGEM DE | DIAGNÓSTICO | OBJECTIVO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|----------------------|--|---|-------------------------------------|---|
| 31/10/2018 D5 | <u>Autocuidado de Desenvolvimento</u> Providenciar as condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento comprometido Sistema de Enfermagem Apoio/Educação | Atraso no Crescimento e Desenvolvimento R/C DNM M/P dificuldade em realizar habilidades típicas do grupo etário | Promover desenvolvimento psicomotor | <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar desenvolvimento infantil com ajuda da Enfermeira especialista de saúde infantil do Núcleo de Crianças e Jovens em risco; 2. Colaboração na equipa multidisciplinar de forma a promover o desenvolvimento infantil: <ol style="list-style-type: none"> a. Promoção autocuidado; b. Melhorar equilíbrio corporal; c. Aumentar força muscular; d. Promover mobilidade; 3. Avaliar ganhos em saúde com a intervenção ECCI; 4. Redução idas ao hospital e internamentos; 5. Promover permanência na escola e instituição de forma a promover existência de rotinas; 6. Usar jogo e brincadeira durante a intervenção; 7. Estimular a imaginação; 8. Executar estimulação neuro sensorial na bola (oscilações sentada, decúbito ventral e decúbito dorsal); |

AVALIAÇÃO

Atraso global do desenvolvimento infantil segundo Escala de Mary Sheridan (DGS, 2012) na **Postura e Motricidade Global, Linguagem** (vocabulário simples, dificuldade na articulação das palavras, mas, globalmente, perceptível) e **Comportamento e Adaptação Social**.

Redução de intervenções terapêuticas hospitalares, redução de internamentos e aumento de fatores predisponentes ao desenvolvimento neuro psicomotor.

Disponibilidade da ECCI para prestação de cuidados de EEER na instituição e de acordo com a necessidades/disponibilidades da criança.

APENDICE I – ESCALA DE FORÇA MUSCULAR DE MRC E DE TONUS MUSCULAR
DE ASHWOTH

**Avaliação da Força muscular segundo Escala de MRC e Tonus Muscular
segundo Escala de Ashworth**

| SEGMENTOS | | MOVIMENTOS | Hemicorpo direito | | Hemicorpo esquerdo | |
|------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|
| | | | MRC | Ashworth | MRC | Ashworth |
| Cabeça e Pescoço | | Flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Extensão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Flexão lateral esquerdo | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Flexão lateral direito | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Rotação | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| Membro superior | Escapulo-umeral | Flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Extensão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Adução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Abdução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Rotação interna | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Rotação externa | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | Cotovelo | Flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Extensão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | Antebraço | Pronação | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Supinação | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | Punho | Flexão palmar | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Dorsi-flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Desvio radial | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Desvio cubital | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Circundação | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | Dedos | Flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Extensão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Adução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Abdução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Oponência do polegar | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| Membro | Coxo Femoral | Flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Extensão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Adução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Abdução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |

| | | | | | | |
|----------|----------------------|-----------------|-----|---|-----|---|
| inferior | | Rotação interna | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Rotação externa | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | Joelho | Flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Extensão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | Tibio-társica | Flexão plantar | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Flexão dorsal | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Inversão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Eversão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | Dedos | Flexão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Extensão | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Adução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |
| | | Abdução | 4/5 | 0 | 4/5 | 0 |

| ESCALA DE MRC – Força Muscular | |
|---------------------------------------|--|
| GRAU | DESCRIÇÃO |
| 5 | Movimento normal contra gravidade e resistência |
| 4 | Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força |
| 3 | Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência |
| 2 | Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama. |
| 1 | Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento |
| 0 | Sem contração muscular e sem movimento |

| ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH | |
|--------------------------------------|---|
| GRAU | DESCRIÇÃO |
| 0 | Sem aumento de tônus muscular |
| 1 | Leve aumento de tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou or resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (AMA), quando a região é movida em flexão ou extensão. |
| 1+ | Leve aumento de tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da AMA . |
| 2 | Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da AMA, 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. |

Avaliação do Equilíbrio

| | D1 | | D10 | |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Estático | Dinâmico | Estático | Dinâmico |
| Sentado | EE | EE | EE | EE |
| Pé | EI | EI | EI | EI |

EE – Equilíbrio Estável
EI – Equilíbrio Instável

| Resumo observação características equilíbrio | |
|---|--|
| D1 | <p><u>Posição de sentado:</u> apresenta bom controlo estático e dinâmico.</p> <p><u>Posição Ortostática:</u> Equilíbrio estático e dinâmico instável, necessita de se ajuda de terceiro para manter posição durante a marcha, associada a diminuição força nos MI, 4 em 5 Escala de Lower.</p> |
| D11 | <p><u>Posição de sentado:</u> apresenta bom controlo estático e dinâmico.</p> <p><u>Posição Ortostática:</u> Equilíbrio estático e dinâmico instável, necessita de se ajuda de terceiro para manter posição durante a marcha, associada a diminuição força nos MI, 4 em 5 Escala de Lower.</p> |

ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG PEDIÁTRICA

| ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG - Pediátrica | | |
|--|----|-----|
| Descrição do Item | D1 | D10 |
| 1. Da posição de sentada para a posição de pé | | |
| <u>Melhor das três tentativas</u> | | |
| 4 – É capaz de se manter de pé sem uso das mãos de forma estável e independente | | |
| 3 – É capaz de se manter de pé de forma independente usando as mãos | | |
| 2 – É capaz de se manter de pé usando as mãos depois de várias tentativas | | |
| 1 – Necessita de assistência mínima para se manter de pé ou para ficar estável | | |
| 0 – Necessita de assistência moderada ou máxima para se manter de pé. | 3 | 3 |
| 2. Da posição de pé para a posição sentada | | |
| <u>Melhor das três tentativas</u> | | |
| 4 – Senta-se em segurança com o uso mínimo das mãos | | |
| 3 – Controla a descida usando as mãos | | |
| 2 – Usa a parte de trás das pernas contra a cadeira para controlar a descida | | |
| 1 – Senta-se de forma independente, mas faz uma descida sem controlo | | |
| 0 – Necessita de ajuda para se sentar | 3 | 3 |
| 3. Transferências | | |
| <u>Melhor das três tentativas</u> | | |
| 4 – É capaz de se transferir em segurança com o uso mínimo das mãos | | |
| 3 – É capaz de se transferir em segurança, com necessidade definida das mãos | | |
| 2 – É capaz de se transferir com instruções verbais e/ou supervisão (observação) | | |
| 1 – Necessita de uma pessoa para ajudar | | |
| 0 – Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para se manter em segurança | 3 | 3 |
| 4. Manter-se em pé sem apoio | | |
| 4 – É capaz de se manter em pé em segurança durante 30 segundos | | |
| 3 – É capaz de se manter em pé por 30 segundos com supervisão | | |
| 2 – É capaz de se manter de pé durante 15 segundos sem apoio | | |
| 1 – Necessita de várias tentativas para se manter em pé durante 10 segundos sem apoio | | |
| 0 – Não é capaz de se manter em pé durante 10 segundos sem assistência | 0 | 0 |
| 5. Sentar-se sem apoio | | |
| 4 – É capaz de se sentar em segurança durante 30 segundos | | |
| 3 – É capaz de se sentar durante 30 segundos com supervisão ou necessitar | | |
| 2 – É capaz de se sentar durante 15 segundos | | |
| 1 – É capaz de se sentar durante 10 segundos | | |
| 0 – Não é capaz de se manter sentado durante 10 segundos sem apoio | 4 | 4 |
| 6. Manter-se em pé com os olhos fechados | | |
| <u>Melhor das três tentativas</u> | 0 | 0 |

| | | |
|--|---|---|
| 4 – É capaz de se manter de pé em segurança durante 10 segundos | | |
| 3 – É capaz de se manter de pé durante 10 segundos com supervisão | | |
| 2 – É capaz de se manter de pé durante 3 segundos | | |
| 1 – Não é capaz de manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas permanece estável | | |
| 0 – Necessita de ajuda para evitar queda | | |
| 7. Manter-se de pé com os pés juntos | | |
| <u>Melhor das três tentativas</u> | | |
| 4 – É capaz de manter os pés juntos de forma independente e de ficar de pé em segurança durante 30 segundos | | |
| 3 – É capaz de manter os pés juntos de forma independente e ficar de pé durante 30 segundos com supervisão | | |
| 2 – É capaz de manter os pés juntos de forma independente, mas não é capaz de se aguentar durante 30 segundos | | |
| 1 – Necessita de ajuda para alcançar a posição mas é capaz e se manter de pé durante 30 segundos com os pés juntos | | |
| 0 – Necessita de ajuda para alcançar a posição e/ ou não é capaz de se aguentar durante 30 segundos | 2 | 2 |
| 8. Manter-se de pé com um pé à frente do outro | | |
| <u>Melhor das três tentativas</u> | | |
| 4 – É capaz de colocar os pés alinhados um atrás do outro com independência e de se aguentar durante 30 segundos | | |
| 3 – É capaz de colocar um pé à frente do outro com independência e de se aguentar durante 30 segundos | | |
| 2 – É capaz de dar um pequeno passo com independência e de se aguentar durante 30 segundos, ou necessitar de ajuda para colocar um pé à frente, mas consegue manter-se de pé durante 30 segundos | | |
| 1 – Necessita de ajuda para dar o passo, mas é capaz de se manter de pé durante 15 segundos | | |
| 0 – Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto se mantém em pé | 0 | 0 |
| 9. Manter-se de pé sobre uma perna | | |
| <u>Melhor das três tentativas</u> | | |
| 4 – É capaz de levantar a perna de forma independente e de se aguentar durante 10 segundos | | |
| 3 – É capaz de levantar a perna de forma independente e de se aguentar durante 5 a 9 segundos | | |
| 2 – É capaz de levantar a perna de forma independente e de se aguentar durante 3 a 4 segundos | | |
| 1 – Tentar levantar a perna; não é capaz de se aguentar durante 3 segundos mas permanece de pé | | |
| 0 – Não é capaz de tentar ou precisa de ajuda para prevenir a queda | 0 | 0 |
| 10. Dar uma volta de 360º | | |
| 4 – É capaz de dar uma volta de 360º com segurança em 4 segundos ou menos para cada volta (total inferior a 8 segundos) | | |
| 3 – É capaz de dar uma volta de 360º com segurança em 4 segundos ou menos apenas numa direção e a volta completa na outra direção mas necessita de mais de 4 segundos | 0 | 0 |

| | | |
|--|--------------|--------------|
| 2 – É capaz de dar uma volta de 360º em segurança, mas devagar 1 – Necessita de supervisão próxima ou de indicações verbais constantes 0 – Necessita de ajuda durante a volta | | |
| 11. Virar-se pra olhar para trás | | |
| 4 – Olha para trás, por cima de cada ombro; as deslocações do peso incluem rotação do tronco 3 – Olha para trás, por cima de um ombro com rotação do tronco; a deslocação do peso na direção contrária e ao nível do ombro, não há rotação do tronco 2 – Vira a cabeça para olhar ao nível do ombro; não há rotação do tronco 1 – Necessita de supervisão quando se vira; o queixo move-se mais do que a metade da distância ao ombro 0 – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio ou evitar a queda; o movimento do queixo é menor do que metade da distância do ombro | 0 | 0 |
| 12. Apanhar objeto do chão | | |
| 4 – É capaz de apanhar o sapato do chão com segurança e facilmente 3 – É capaz de apanhar o sapato do chão com segurança e facilmente, embora menos que no item anterior 2 – Não é capaz de apanhar o sapato mas chega entre 2,24cm e 5,08cm do sapato e mantém o equilíbrio de forma independente 1 – Não é capaz de apanhar o sapato; necessita de supervisão enquanto tenta 0 – Incapaz de tentar, necessita de ajuda para evitar a perda do equilíbrio ou a queda | 0 | 0 |
| 13. Colocar os pés alternadamente num degrau | | |
| 4 – Mantém-se de pé de forma independente e em segurança e completa 8 degraus em 20 segundos 3 – É capaz de se manter de pé de uma forma independente e completa 8 degraus em mais de 20 segundos 2 – É capaz de completar 4 degraus sem ajuda, mas necessita de supervisão próxima 1 – É capaz de completar 2 degraus, mas necessita de ajuda mínima 0 – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio ou evitar a queda; não é capaz de tentar | 0 | 0 |
| 14. Chegar à frente com o braço esticado | | |
| <u>Pontuação média das três tentativas</u> 4 – Consegue chegar à frente com confiança > 25,4cm 3 – Consegue chegar à frente com segurança > 12,7cm 2 – Consegue chegar à frente com segurança > 5,08cm 1 – É capaz de chegar à frente, mas precisa de supervisão 0 – Perde o equilíbrio enquanto tenta; precisa de apoio externo | 1 | 1 |
| Pontuação Total do Teste | 16/56 | 16/56 |

**Apêndice V - ESCALA de Avaliação de Risco de Quedas de Humpty
Dumpty**

ESCALA de Avaliação de Risco de Quedas de Humpty Dumpty

| Parâmetros | Critérios | Pontuação |
|-------------------------------------|--|--------------------|
| Idade | < 3 Anos | 4 |
| | >ou = 3 Anos e < 7 Anos | 3 |
| | >ou = 7 Anos e < 13 Anos | 2 |
| | >ou = 13 Anos | 1 |
| Gênero | Masculino | 2 |
| | Feminino | 1 |
| Diagnóstico | Alterações Neurológicas | 4 |
| | Alterações na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anemia, anorexia, tonturas/ síncope, etc.) | 3 |
| | Psiquiátrico/ Alterações do comportamento | 2 |
| | Outros diagnósticos | 1 |
| Cognição | Não está consciente das suas limitações | 3 |
| | Esquece as suas limitações | 2 |
| | Está consciente das suas limitações | 1 |
| Fatores Ambientais | História de quedas nos últimos 3 meses OU criança < 3 Anos em cama (i.e. não em berço) | 4 |
| | Criança com < 3 Anos em berço | 3 |
| | Criança/ adolescente acamado | 2 |
| | Criança/ adolescente que deambula. | 1 |
| Cirurgia/ Sedação/ Anestesia | Há menos de 24h | 3 |
| | Há mais de 24h e menos de 48h | 2 |
| | Há mais de 48h | 1 |
| | Sem sedação/ Anestesia/ Cirurgia | 0 |
| Medicação | Utilização de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: - Sedativos - Hipnóticos - Barbitúricos - Fenotiazinas - Anticonvulsivos - Antidepressivos - Narcóticos - Laxantes - Diuréticos | 3 |
| | Um dos medicamentos acima listados | 2 |
| | Outros medicamentos/ Nenhum | 1 |
| | Total | 11 |
| | Nível de Risco | Baixo risco |

Legenda:
Baixo Risco de Queda – Total < ou = 12
Alto Risco de Queda – Total > 12

Apêndice VI - ESCALA DE BRADEN para Avaliação de Risco de úlcera de pressão

ESCALA DE BRADEN PEDIÁTRICA

| Itens de Avaliação | | | | | Avaliação |
|---|---|--|--|--|-----------|
| Percepção Sensorial (Capacidade de reação significativa ao desconforto) | 1.Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo. | 2.Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo. | 3.Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. | 4.Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto. | 4 |
| Humidade Nível de exposição da pele à humidade | 1.Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado. | 2.Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno. | 3.Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia. | 4.Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais. | 4 |
| Atividade Nível de atividade física | 1.Acamado: O doente está confinado à cama. | 2.Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem que ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas. | 3.Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos, deitado ou sentado. | 4.Andar frequentemente: Andar fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado. | 4 |
| Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo | 1.Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda. | 2.Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas, sozinho. | 3.Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda. | 4.Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda. | 4 |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| <p>Nutrição</p> <p>Alimentação habitual</p> | <p>1.Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p> | <p>2.Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento diabético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p> | <p>3.Adequada: Come mais de metade das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> | <p>4.Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> | <p>4</p> |
| <p>Fricção e forças de deslizamento</p> | <p>1.Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente e sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p> | <p>2.Problema potencial: Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição. Relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p> | <p>3.Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p> | <p>2</p> | |
| <p><u>Legenda:</u> Alto Risco – Total < 22 Baixo Risco – Total > ou = 22</p> | | | | | <p>Pontuação Total (Máximo= 23)</p> <p>23 BAIXO</p> |

APENDICE VII - Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)

PEDI – Pediatric Evaluation of Disability Inventory

PARTE I – HABILIDADES FUNCIONAIS

| CUIDADOS PESSOAIS | | |
|--|---------|-----|
| | Não faz | Faz |
| | 0 | 1 |
| A. Texturas Alimentares | | |
| 1. Come purés/Cremes | | X |
| 2. Come alimentos moídos/triturados | | X |
| 3. Come alimentos sólidos cortados em pequenos pedaços | | X |
| 4. Come alimentos de todas as texturas (inclui comer alimentos com diferentes texturas ao mesmo tempo) | X | |
| B. Utilização de Talheres | | |
| 5. Come com os dedos | X | X |
| 6. Enche a colher e leva-a à boca | | X |
| 7. Usa bem a colher | | X |
| 8. Usa bem o garfo | X | |
| 9. Usa a faca para colocar manteiga no pão ou cortar alimentos moles | X | |
| C. Uso de utensílios para beber | | |
| 10. Segura na garrafa ou copo com adaptador (o adulto pode ajudar a colocar o copo na posição correta, mas a criança é capaz de o segurar) | | X |
| 11. Levanta o copo aberto, inclina-o para beber, mas ainda pode entornar. | | X |
| 12. Levanta o copo de modo seguro com as duas mãos. | | X |
| 13. Levanta o copo de modo seguro com uma mão. | X | |
| 14. Despeja líquidos para o recipiente | X | |
| D. Lavagem dos dentes | | |
| 15. Abre a boca para que lhe lavem os dentes (coopera) | | X |
| 16. Segura na escova de dentes (tenta lavar os dentes) | | X |
| 17. Escova os dentes, mas não completamente (o adulto tem ainda de repetir a lavagem). | | X |
| 18. Lava os dentes completamente (o adulto pode lembrá-lo de alguns pontos importantes) | X | |
| 19. Prepara a escova com pasta para lavar os dentes (o adulto pode supervisionar, mas não ajuda). | X | |
| E. Escovar o cabelo | | |
| 20. Segura a cabeça na posição pedida para que lhe escovem o cabelo (coopera). | | X |
| 21. Leva a escova ao cabelo (pode fazê-lo durante as brincadeiras). | | X |
| 22. penteia ou escova o cabelo (o adulto apenas ajuda a desembaraçar ou a separar o cabelo). | X | |
| 23. Desembaraça e divide o cabelo (apenas necessita de ajuda em penteados complicados). | X | |
| F. Asseio Nasal | | |
| 24. Permite que o assoem (se a criança recusa porque quer fazer sozinha, pontual). | X | |
| 25. Assoa-se a um lenço seguro por um adulto. | X | |
| 26. Limpa o nariz a um lenço sem ajuda física, a pedido (pode não se assoar, mas apenas limpar). | X | |
| 27. Limpa o nariz a um lenço, sem ser lembrado (pode não se assoar mas limpar). | X | |
| 28. Assoa-se sem ser lembrado. | X | |

| G. Lavagem das Mãos | | |
|--|---|-----------|
| 29. Coloca as mãos em posição para que as lavem (coopera) | | X |
| 30. Esfrega as mãos uma na outra, para as limpar (contudo o adulto tem de lhas limpar de seguida). | | X |
| 31. Abre e fecha a torneira, pega no sabonete. | | X |
| 32. Lava completamente as mãos | X | |
| 33. Seca completamente as mãos | X | |
| H. Lavagem da Face e do Corpo | | |
| 34. Tenta lavar algumas partes do corpo. | | X |
| 35. Lava-se completamente, não incluindo a cara. | X | |
| 36. Obtém sabonete e usa-o | X | |
| 37. Seca-se completamente (o adulto lembra-o de pormenores e seca-lhe a face) | X | |
| 38. Lava e seca a face completamente. | X | |
| I. Vestir Camisolas/Roupas abertas à frente | | |
| 39. Ajuda, por exemplo empurrando os braços pelas mangas | | X |
| 40. Despe uma t-shirt, camisola ou vestidos sem fechos. | X | |
| 41. Veste uma t-shirt, camisola ou vestido sem fechos | X | |
| 42. Veste e despe uma peça de roupa aberta à frente, sem fechos | X | |
| 43. Veste e despe peças de roupa abertas à frente com fechos laterais ou frontais | X | |
| J. Fechos | | |
| 44. Tenta ajudar o adulto no manuseamento de fechos | | X |
| 45. Fecha e abre fechos (não incluindo ganchos) | | X |
| 46. Fecha e abre colchetes | X | |
| 47. Abotoa e desabotoa botões. | X | |
| 48. Fecha e abre fechos (incluindo ganchos iniciais) | X | |
| K. Calças | | |
| 49. Ajuda por exemplo empurrando as pernas pelas calças | | X |
| 50. Despe calças com cintura elástica | X | |
| 51. Veste calças com cintura elástica (o adulto pode dar ajuda verbal) | X | |
| 52. Despe calças desabotoando-as ou abrindo o fecho (não inclui fivelas de cintos) | X | |
| 53. Veste calças abotoando-as ou fechando os fechos (não inclui fivelas de cintos) | X | |
| L. Sapatos/Meias | | |
| 54. Tira as meias e sapatos desapertados | | X |
| 55. Calça sapatos desapertados (pode receber ajuda verbal do adulto para os orientar corretamente) | | X |
| 56. Calça as meias (colocando o calcanhar corretamente) | X | |
| 57. Calça sapatos orientados corretamente (fecha e abre sapatos de velcro) | X | |
| 58. Ata os sapatos | X | |
| 59. Ajuda na gestão da roupa (por exemplo alinha as peças de roupa que lhe são dadas) | X | |
| M. Toilet | | |
| 60. Tenta limpar-se após o uso da sanita | | X |
| 61. Senta-se na sanita, alcança e usa o papel higiénico e o autoclismo (podem ser necessárias adaptações ambientais) | | X |
| 62. Veste-se e despe-se antes e depois do uso da casa de banho (sem necessidade de ajuda com fechos, exceto quando a criança está habituada a roupa prática como calças de cintura elástica) | X | |
| 63. Limpa-se completamente após o uso da sanita (inclui a eliminação de fezes) | X | |
| N. Controlo Vesical | | |
| 64. Dá sinal de fralda molhada | | X |
| 65. Ocasionalmente, mostra vontade de urinar (o sinal pode coincidir com o início do urinar) | | X |
| 66. Mostra vontade de urinar a tempo de ir à casa de banho (consegue esperar até estar sentada na sanita/bacio) | X | |
| 67. Dirige-se à casa de banho para urinar (pode necessitar de ajuda nas tarefas de toilet) | X | |
| 68. Geralmente mantém-se seco de dia e de noite | X | |
| O. Controlo Intestinal | | |
| 69. Dá sinal de fralda suja | | X |
| 70. Ocasionalmente, mostra necessidade de evacuar (o sinal pode coincidir com o início) | | X |
| 71. Mostra vontade de evacuar a tempo de ir à casa de banho (consegue esperar até estar sentada na sanita/bacio) | X | |
| 72. Distingue entre a necessidade de urinar e de evacuar | X | |
| 73. Dirige-se para a casa de banho para evacuar (pode necessitar de ajuda nas tarefas de toilet) | X | |
| Soma do Domínio dos Cuidados Pessoais | | 30 |

MOBILIDADE

| | Não faz | Faz |
|--|---------|-----|
| | 0 | 1 |
| A. Mobilidade na Sanita | | |
| 1. Senta-se suportado por equipamento ou por adulto | | X |
| 2. Senta-se sem apoio, na sanita ou no bacio | | X |
| 3. Senta-se e levanta-se de sanita baixa ou de bacio | X | |
| 4. Senta-se e levanta-se de sanita para adultos | X | |
| 5. Senta-se e levanta-se sem necessitar de ajuda dos seus braços | X | |
| B. Mobilidade em cadeiras | | |
| 6. Mantém-se sentada se suportada pelo adulto ou por equipamento (pode necessitar de ajuda para se sentar) | | X |
| 7. Mantém-se sentada sem suporte em cadeira ou banco | | X |
| 8. Trepá e desce de cadeira baixa | | X |
| 9. Senta-se e sai de cadeira de adulto com a ajuda dos seus braços (transfere-se de cadeira de rodas para outra cadeira sem ajuda) | X | |
| 10. Senta-se e levanta-se de cadeira sem ajuda de braços | X | |
| C. Mobilidade no automóvel | | |
| 11. Move-se dentro de automóvel, senta-se e levanta-se do banco do carro sem ajuda | X | |
| 12. Entra e sai do automóvel com pouca ajuda ou instrução | X | |
| 13. Entra e sai do automóvel sem ajuda | X | |
| 14. Lida bem com o cinto de segurança (aperta-o e solta-o) | X | |
| 15. Entra e sai do carro, abre e fecha as portas (inclui entrar e sair sozinho e lidar com o cinto de segurança) | X | |
| D. Mobilidade e transferências na cama | | |
| 16. Na cama, levanta-se para a posição de sentado e vice-versa | | X |
| 17. Na beira da cama, passa de deitado para sentado e o contrário | | X |
| 18. Entra e sai da cama com ajuda dos braços (transfere-se de cadeira de rodas para a cama e o contrário) | | X |
| 19. Entra e sai da cama sem ajuda dos seus braços | X | |
| E. Mobilidade na banheira | | |
| 20. Senta-se na banheira se suportado por equipamento ou pelo adulto | | X |
| 21. Senta-se sem suporte e move-se na banheira | | X |
| 22. Trepá para dentro e para fora da banheira (ou transfere-se para uma cadeira de banho) | | X |
| 23. Senta-se e levanta-se dentro da banheira (pode apoiar-se ou precisar de supervisão) | | X |
| 24. Entra e sai de uma banheira de adulto | X | |
| F. Métodos de locomoção no interior | | |
| 25. Rola, reptá e rasteja no chão (locomove-se de qualquer maneira) | | X |
| 26. Anda com suporte (apoia-se na mobília, adulto ou aparelho de suporte) | | X |
| 27. Anda sem suporte | X | |
| G. Locomoção no interior: Distância/Velocidade | | |
| 28. Move-se numa sala com dificuldade – 10 passos (anda devagar se comparada com os pares) | | X |
| 29. Move-se numa sala sem dificuldade | X | |
| 30. Move-se entre salas, mas com dificuldade (anda devagar se comparada com os pares) | X | |
| 31. Move-se entre salas sem dificuldades – cerca de 50 passos | X | |
| 32. Move-se no interior, abre e fecha as portas sem ajuda | X | |

| | | |
|--|---|-------|
| H. Locomoção no interior: Transporte de objetos | | |
| 33. Muda intencionalmente de lugar | | X |
| 34. Move objetos ao longo do chão (rola uma bola, puxa um brinquedo) | | X |
| 35. Transporta objetos pequenos com uma só mão (pode transportá-los no colo se usar cadeira de rodas) | | X |
| 36. Transporta objetos grandes, segurando-os com as duas mãos (pode transportá-los no colo se usar cadeira de rodas) | X | |
| 37. Transporta objetos frágeis (pode transportá-los no colo se usar cadeira de rodas) | X | |
| I. Métodos de Locomoção no exterior | | |
| 38. Marcha com suporte, apoiando-se em adultos, ou dispositivos próprios | | X |
| 39. Marcha sem suporte | X | |
| J. Locomoção no exterior: Distância/Velocidade | | |
| 40. Move-se cerca de 10 a 50 passos (pode apoiar-se) | | X |
| 41. Move-se cerca de 50 a 100 passos | X | |
| 42. Move-se cerca de 100 a 150 passos (cerca 35 a 50 metros) | X | |
| 43. Move-se mais de 150 passos, com dificuldade (devagar para a idade e com muito esforço) | X | |
| 44. Move-se mais de 150 passos sem dificuldade | X | |
| K. Locomoção no exterior: Superfícies | | |
| 45. Move-se em superfícies lisas | | X |
| 46. Move-se em piso levemente irregular | | X |
| 47. Move-se em piso acidentado e irregular (por exemplo: rua de cascalho) | X | |
| 48. Move-se para cima e para baixo em rampas inclinadas | X | |
| 49. Sobe e desce bermas de passeios sem cair | X | |
| L. Subir escadas | | |
| 50. Trepá degraus, subindo 1 a 11 degraus | X | |
| 51. Trepá degraus, subindo 12 a 15 degraus | X | |
| 52. Sobe escadas de pé, podendo apoiar-se ao corrimão (menos de 12 degraus) | X | |
| 53. Sobe escadas de pé com dificuldades, podendo apoiar-se no corrimão (mais de 12 degraus) | X | |
| 54. Sobe uma escada completa sem dificuldades, podendo apoiar-se no corrimão | X | |
| M. Descer escadas | | |
| 55. Desce degraus (1 a 11) de qualquer forma | X | |
| 56. Desce degraus (12 a 15) de qualquer forma | X | |
| 57. Desce alguns degraus (menos de 11) de pé, podendo apoiar-se no corrimão | X | |
| 58. Desce uma escada completa de pé com dificuldades, podendo apoiar-se no corrimão | X | |
| 59. Desce uma escada completa de pé com dificuldades, podendo apoiar-se no corrimão | X | |
| | | 22/59 |

| FUNCIONAMENTO SOCIAL | | |
|--|---------|-----|
| | Não faz | Faz |
| | 0 | 1 |
| A. Compreensão do Significado das Palavras | | |
| 1. Orienta-se para o som (olha e/ou vira a cabeça) | | X |
| 2. Responde ao não (para momentaneamente), reconhece o seu nome e o de pessoas familiares | | X |
| 3. Compreende 10 palavras | | X |
| 4. Compreende quando se fala sobre relações entre pessoas e/ou objetos visíveis, sem necessidade de apontar ("este é o casaco do João e este é o teu") | | X |
| 5. Compreende quando se fala de uma sequência de objetos, compreende noções de tempo como o antes e depois, embora não compreenda o significado de ontem e ou amanhã | | X |

| B. Compreensão de frases complexas | | |
|--|---|---|
| 6. Compreende frases curtas sobre objetos e pessoas familiares | | X |
| 7. Compreende ordens (com uma instrução) com palavras que descrevam pessoas ou objetos ("vai buscar a bola grande") | | X |
| 8. Entende direções que descrevam a localização de um objeto ("a bola está por baixo da mesa") | | X |
| 9. Compreende ordens (com duas instruções), que utilizem antes/depois, primeiro/segundo | | X |
| 10. Compreende duas frases referentes ao mesmo assunto, mas de forma diferente. (Vamos ao jardim. O que queres fazer lá) | | X |
| C. Uso Funcional da Comunicação | | |
| 11. Nomeia objetos (no mínimo dez palavras ou sinais) | | X |
| 12. Usa gestos e palavras específicas para pedir algo a alguém ("dá copo" + apontar para o copo por exemplo) | | X |
| 13. Questiona o adulto na procura de informação (não basta dizer porquê? A criança tem de estar interessada na resposta, Mais uma vez esta habilidade pode ser demonstrada por gestos) | | X |
| 14. Descreve um objeto ou ação (deve mostrar esta situação em relação a diferentes objetos/ações) | | X |
| 15. Verbaliza os seus pensamentos ou ações. | | X |
| D. Complexidade da Comunicação Expressiva | | |
| 16. Usa gestos com significado específico | | X |
| 17. Usa palavras com significado | | X |
| 18. Usa frases de duas palavras frequentemente | | X |
| 19. Usa frases de quatro a cinco palavras | | X |
| 20. Relaciona dois ou mais pensamentos para contar uma história coerente | | X |
| E. Resolução de Problemas | | |
| 21. Tenta mostrar a situação problemática ao adulto, ou comunicar que precisa de ajuda (não bastam vocalizações vagas) | | X |
| 22. Quando confrontada com uma situação problemática, a criança tem de ser imediatamente ajudada ou ela desiste (quando é ajudada consegue acalmar-se e tenta resolver o resto a situação) | | X |
| 23. Quando confrontada com uma situação problemática, a criança consegue pedir ajuda e esperar um pouco pela ajuda do adulto (acalma-se quando o adulto lhe diz que já vai) | | X |
| 24. Geralmente consegue descrever o problema e os seus sentimentos perante ele ("a casa caiu! É má") | | X |
| 25. Face a um problema comum, a criança consegue propor soluções | | X |
| F. Jogo Social Interativo com Adultos | | |
| 26. Mostra interesse nos outros (sorri, vocaliza...) | | X |
| 27. Inicia um jogo familiar (encosta-se aos joelhos do adulto e diz: cavalo, por exemplo...) | | X |
| 28. Joga à vez com o adulto, segundo as instruções deste (o adulto diz quando e o que fazer) | | X |
| 29. Tenta imitar a ação do adulto durante o jogo | | X |
| 30. Durante o jogo, a criança dá sugestões. | X | |
| G. Interação com os Pares | | |
| 31. Nota a presença de outras crianças, vocaliza, olha ou gesticula na sua direção | | X |
| 32. Interage com outras crianças durante breves ou simples episódios (as interações surgem espontaneamente, por exemplo carros que chocam) | | X |
| 33. Tenta planear uma atividade para desenvolver em conjunto com uma criança (pode dar uma ideia inicial, mas depois cada um intervém segundo a sua vontade) | | X |
| 34. Planeia e desenvolve atividades de cooperação com outras crianças | | X |
| 35. Envolve-se em atividades ou jogos de regras | | X |

| H. Jogo com os Objetos | | |
|--|---|--------------|
| 36. Manipula objetos ou brinquedos intencionalmente | | X |
| 37. Usa objetos reais ou de substituição em sequências simples de jogo de faz de conta (ainda não constrói uma história, mas pequenos episódios) | | X |
| 38. Junta matérias para construir algo | | X |
| 39. Cria rotinas de faz de conta extensas (ligadas ao seu cotidiano) | | X |
| 40. Cria sequências elaboradas de faz de conta imaginárias (pode representar ou usar bonecos, as histórias são imaginadas e não retiradas completamente dos livros, televisão, etc.) | X | |
| I. Identificação | | |
| 41. Diz o seu nome próprio | | X |
| 42. Diz o primeiro e último nome | | X |
| 43. Diz o seu nome e dá algumas informações descritivas sobre os membros da família | | X |
| 44. Diz a sua morada completa (se estiver internada diz o nome da instituição e o número da sala) | X | |
| 45. Pode fornecer instruções a um adulto para a ajudar a voltar para casa, hospital, instituição, etc. (a informação deve ser dada verbalmente) | X | |
| J. Orientação Temporal | | |
| 46. Tem um conhecimento geral do tempo das refeições, e das rotinas diárias (o seu comportamento altera-se se esta rotina é quebrada) | | X |
| 47. Tem um conhecimento geral da sequência dos eventos familiares semanais (contudo, pode não conhecer os dias da semana) | | X |
| 48. Tem conceitos temporais muito simples (por exemplo percebe a diferença entre poucos minutos e logo à noite) | | X |
| 49. Associa um tempo/hora específico a um evento | | X |
| 50. Verifica o relógio ou pergunta as horas regularmente para acompanhar o horários da atividades diárias | X | |
| K. Tarefas domésticas | | |
| 51. Começa a ajudar a cuidar dos seus haveres se lhe forem dadas instruções constantes (ajuda a arrumar brinquedos) | | X |
| 52. Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se lhe forem dadas instruções constantes (por a mesa, regar as plantas) | X | |
| 53. Ocasionalmente, inicia rotinas simples para cuidar dos seus haveres, podendo necessitar de ajuda verbal ou física para completar a tarefa | X | |
| 54. Ocasionalmente, inicia tarefas domésticas simples, podendo necessitar de ajuda verbal ou física para completar a tarefa | X | |
| 55. Inicia e desenvolve pelo menos uma tarefa doméstica que envolve vários passos e decisões (por exemplo arrumar a roupa lavada) | X | |
| L. Proteção Social | | |
| 56. Mostra cuidados apropriados perto de escadas | | X |
| 57. Mostra cuidados apropriados perto de objetos quentes ou afiados | | X |
| 58. Quando atravessa a rua com o adulto, não necessita de ser lembrado sobre as regras de segurança | | X |
| 59. Sabe que não deve aceitar boleias, comida ou dinheiro de estranhos (a criança deve dizer o que faria numa situação dessas) | X | |
| 60. Atravessa a rua movimentada em segurança, sem a presença do adulto | X | |
| M. Funcionamento Comunitário | | |
| 61. A criança brinca em segurança em casa, sem ser constantemente vigiada | | X |
| 62. Mantém-se num ambiente familiar, fora de casa, com monitorização periódica por segurança | | X |
| 63. Cumpre as expectativas nos contextos escolar e comunitário (por exemplo aguarda a sua vez numa fila) | | X |
| 64. Explora o cenário comunitário familiar sem supervisão | X | |
| 65. Faz compras em lojas da vizinhança, sem ajuda do adulto (pode ser levada até à loja pelo adulto, mas faz a transação sozinha) | X | |
| Soma do domínio do Funcionamento Social | | 52/65 |

Parte II e III: Assistência prestada pelo Adulto e modificações

| Parte II: Assistência prestada pelo Adulto – Critérios de registo | |
|---|---|
| 0 | Assistência Total (o adulto realiza a maior parte da atividade, a criança não ajuda significativamente) |
| 1 | Assistência Máxima (o adulto realiza mais de metade da atividade, a criança ajuda significativamente) |
| 2 | Assistência Moderada (o adulto realiza menos de metade da atividade) |
| 3 | Assistência Mínima (o adulto dá muito pouca ajuda, apenas em situações pontuais) |
| 4 | Supervisão/Estruturação (o adulto não ajuda fisicamente durante a realização da atividade, mas a sua presença é necessária para monitorizar, ajudar verbalmente ou providenciar equipamentos) |
| 5 | Independente (o adulto não presta qualquer ajuda física ou supervisão) |
| Parte III – Modificações – Critérios de Registo | |
| E | Modificações extensas (alimentador artificial...) |
| ER | Equipamento de reabilitação especializado (utensílios adaptados, talas,...) |
| NE | Modificações não especializadas, adaptações para crianças (copo com adaptador, palhinha, ...) |
| N | Sem modificações |

| CUIDADOS PESSOAIS | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|----|----|---|--|
| | Escala da ajuda do adulto | | | | | | Escala das Modificações | | | | |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| A – COMER – A criança come e bebe uma refeição comum, corta comidas moles, põe manteiga no pão, despeja o leite. Não inclui cortar carne ou servir-se de travessa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| B – CUIDADOS PESSOAIS – A criança lava os dentes, escova o cabelo, assoa-se, etc. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| C – TOMAR BANHO – A criança toma banho, lava e seca as mãos e a cara. Não inclui entrar e sair da banheira, preparar a água, lavar as costas e o cabelo. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| D – VESTIR A PARTE SUPERIOR DO CORPO – A criança veste e despe toda a roupa de interior, podendo necessitar de ajuda para fechos nas costas ou colocação de membro artificial. Não inclui retirar a roupa do armário | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| E – VESTIR A PARTE INFERIOR DO CORPO – A criança veste e despe toda a roupa de interior, podendo necessitar de ajuda na colocação de membro artificial. Não inclui retirar a roupa do armário | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| F – TOILET – A criança cuida das roupas, usa a casa de banho e cuida de dispositivos usados. Não inclui transferências, monitorização de horários ou limpeza depois de acidentes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| G – CONTROLO DE BEXIGA – A criança tem controlo diurno e noturno, é capaz de se limpar depois de acidentes ocasionais e é responsável pelos seus horários | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| H – CONTROLO DO INTESTINO – A criança tem controlo diurno e noturno, é capaz de se limpar depois de acidentes ocasionais e é responsável pelos seus horários | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E | |
| TOTAL | 8/40 | | | | | | | | | | |

ÍNDICE DE BARTHEL - Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado

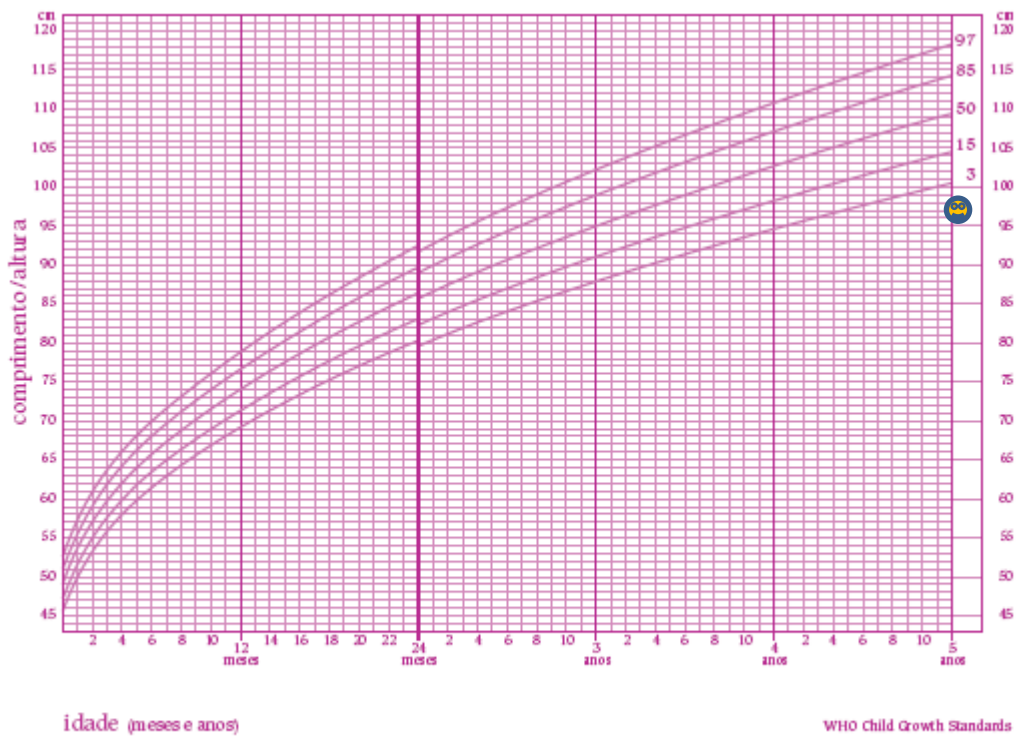
| | | | |
|-----------------------------------|---|-----------|-----------|
| Controlo Intestinal | Incontinente | 0 | 0 |
| | Incontinente Ocasional | 5 | |
| | Continente-Independente | 10 | |
| Controlo Vesical | Incontinente ou cateterizado e incapacitado de o fazer | 0 | 0 |
| | Acidente Ocasional (máximo 1x em 24h) | 5 | |
| | Continente | 10 | |
| Higiene Corporal | Dependente | 0 | 0 |
| | Independente | 5 | |
| Uso da Casa de Banho | Dependente | 0 | 0 |
| | Precisa de ajuda (mas consegue fazer alguns coisas sozinho) | 5 | |
| | Independente | 10 | |
| Alimentação | Dependente | 0 | |
| | Necessita de ajuda (cortar, barrar a manteiga, etc.) | 5 | 5 |
| | Independente | 10 | |
| Banho | Dependente | 0 | 0 |
| | Independente (ou no chuveiro) | 5 | |
| Vestir | Dependente | 0 | |
| | Precisa de ajuda (mas faz cerca de metade sem ajuda) | 5 | 5 |
| | Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) | 10 | |
| Subir Escadas | Incapaz | 0 | 0 |
| | Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) | 5 | |
| | Independente para subir e descer | 10 | |
| Transferência Cadeira-Cama | Incapaz – Dependente | 0 | |
| | Necessita de grande ajuda | 5 | |
| | Necessita de ajuda mínima | 10 | 10 |
| | Independente | 15 | |
| Deambulação | Imobilizado – Dependente | 0 | |
| | Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc... | 5 | |
| | Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) | 10 | 10 |
| | Independente (pode utilizar bengala, andarilho) | 15 | |
| TOTAL | | | 20 |
| Dependência total – Até 25 | | | |
| Dependência severa – 26-50 | | | |
| Dependência – 51 – 75 | | | |
| Dependência leve – 76 – 99 | | | |
| Totalmente Independente - 100 | | | |

Apendice IX – Curvas de Percentil

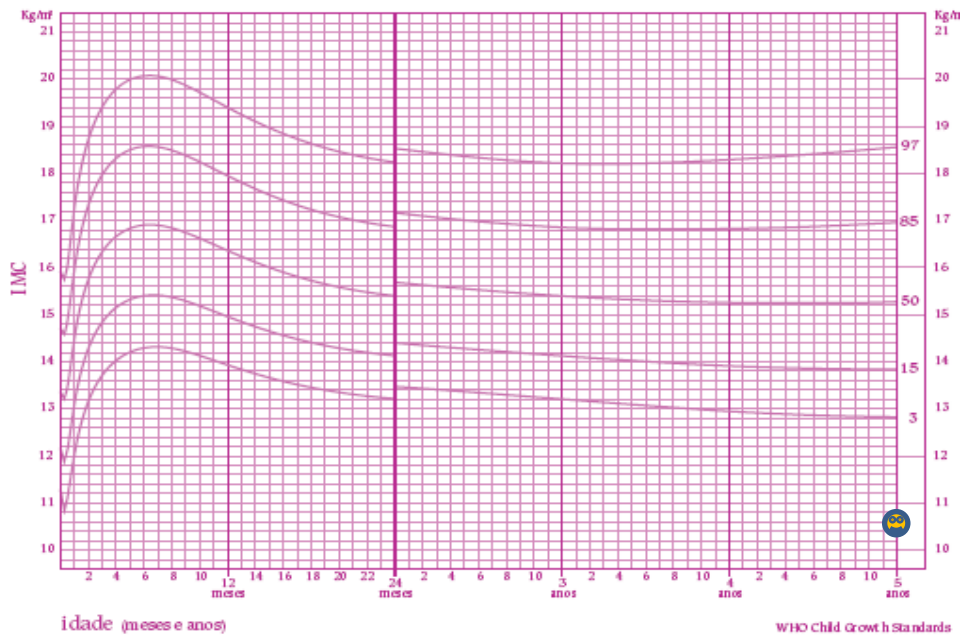
CURVA DE PESO



CURVA DE ALTURA



INDICE DE MASSA CORPORAL



Apendice X – Apresentação Power point

Estudo de caso

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à
criança do Doença Neuromuscular

Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade

Docente Orientador: Profª Maria do Céu Sá
Enfermeira Orientadora: EEER Adelaide

Discente: Maria Júlia Cunha nr 8630

Lisboa
6 de Janeiro de 2018

SUMÁRIO

- I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO
- II. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE
- III. HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA
- IV. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
- V. PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
- VI. PROPOSTAS FUTURAS

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Doença Neuromuscular

“conjunto alargado de diferentes patologias, que afetam de forma direta ou indireta os vários componentes do sistema nervoso periférico (SNP), isto é, o nervo periférico, a junção neuromuscular e o músculo, podendo por isso englobar Miopatias, Neuropatias, Atrofia Espinal e Miastenias, entre outras”
(APN, 2018)

... raras, incapacitantes e alvo de investigação...

... manifestam-se comumente com **diminuição progressiva** da força muscular e/ou dos reflexos osteotendinosos e autonómicos

... **sintomas** podem revelar-se de forma **aguda, subaguda ou crónica** e **progredir de forma variável** e dar origem a **diferentes graus de incapacidade**...



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Doença Neuromuscular

"conjunto alargado de diferentes patologias, que afetam de forma direta ou indireta os vários componentes do sistema nervoso periférico (SNP), isto é, o nervo periférico, a junção neuromuscular e o músculo, podendo por isso englobar Miopatias, Neuropatias, Atrofia Espinal e Miastenias, entre outras"
(APN, 2018)

... raras, incapacitantes e alvo de investigação...

...manifestam-se comumente com **diminuição progressiva da força muscular** e/ou dos reflexos osteotendinosos e autonómicos

... **sintomas** podem revelar-se de forma **aguda, subaguda ou crónica** e **progredir de forma variável** e dar origem a **diferentes graus de incapacidade**...



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Principal sintoma é a **Diminuição Progressiva da Força Muscular...**

ALTERAÇÕES



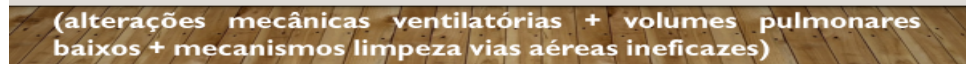
Manifestações Comuns:

Alteração Equilíbrio, Marcha **com** dificuldade de deambulação e risco de quedas

Deformidades músculo-esqueléticas

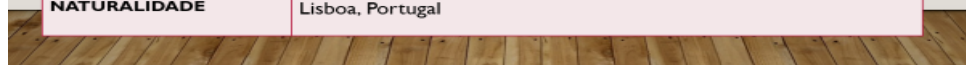
Hipoventilação com conseqüente **Insuficiência Respiratória Crónica**

(alterações mecânicas ventilatórias + volumes pulmonares baixos + mecanismos limpeza vias aéreas ineficazes)



IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

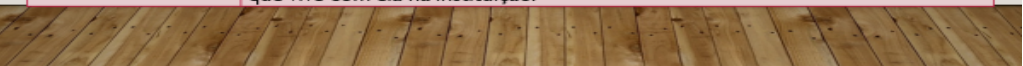
| DADOS GERAIS | |
|--------------------|---|
| NOME | R.S.D. |
| IDADE | 5 Anos e 3 Meses |
| DATA DE NASCIMENTO | 04 de outubro de 2013 |
| GENERO | Feminino |
| ESTADO CIVIL | Solteira |
| PROFISSÃO | Frequenta o ensino pré-escolar desde setembro de 2018 |
| ETNIA | Caucasiana |
| NATALIDADE | Lisboa, Portugal |





IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

| | |
|-----------------------------|---|
| PESSOA SIGNIFICATIVA | Está institucionalizada desde 30 de junho de 2014 juntamente com a irmã gémea na Instituição "A.B.". Parece próxima de uma funcionária da instituição que está encarregue dos cuidados à R.S.D. e que forneceu informação detalhada sobre a criança. Referido no processo, em avaliação anterior que "acalma ao colo da funcionária da instituição com quem tem uma relação preferencial". |
| AGREGADO FAMILIAR | Atualmente institucionalizada com a irmã gémea, com quem coabita no quarto, embora cada uma tenha uma cama individual. Família visitou as crianças, levando-as para casa ao fim de semana até ao verão de 2017. Desde então sem contacto, sendo que atualmente estão propostas para adoção. O agregado familiar da R.S.D. é composto por pai 43 anos, mãe 47 anos, 4 irmãos sendo que 3 deles com 20, 10 e 7 anos vivem com os pais e irmã gémea que vive com ela na instituição. |



HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA

- Gravidez gemelar, vigiada, sem intercorrências, serologias 3º Trimestre negativas, Strepto B desconhecido.
- Cesariana eletiva às 36 semanas por apresentação pélvica.
- 2ª gémea, nasceu com índice Apgar: 7/8/8, sem necessidade de reanimação.
- Após nascer bradicardia e hipotonia, com necessidade de administração de oxigénio e ventilação com ambu, que condicionou internamento em neonatologia.
- Diplegia facial e hipotonia marcada desde o nascimento.
- Rastreio metabólico alargado sem alterações.



HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA

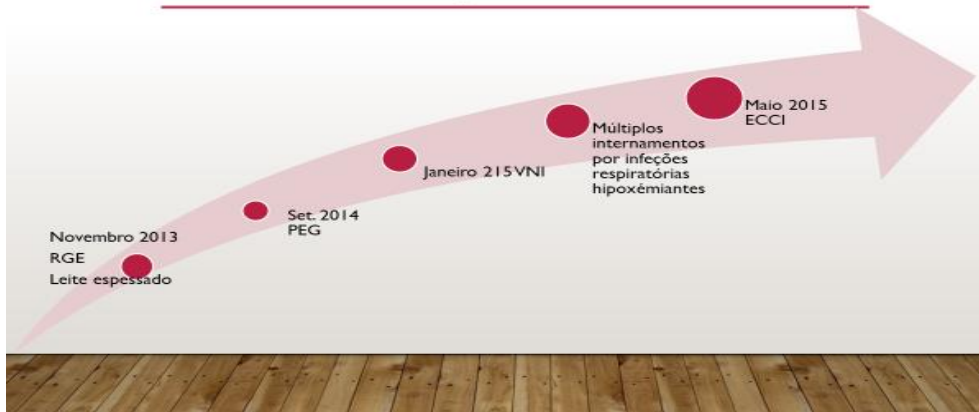
Alta hospitalar em junho de 2014 para a instituição "A.B.", com alimentação por sonda nasogástrica, mantém vigilância de saúde e acompanhamento clínico por:

- **UMAD** – apoio nos cuidados no domicílio.
- **Neurologia** - doença neuromuscular (DNM) em estudo com atraso do Desenvolvimento Psicomotor (DPM);
- **Gastroenterologia** – Por tolerância alimentar comprometida relacionada com RGE, alimentação em gavagem por SNG
- **Pneumologia** – risco de insuficiência respiratória.
- **Medicina Física e Reabilitação** - Atraso de desenvolvimento psicomotor (DPM) e hipotonia generalizada.



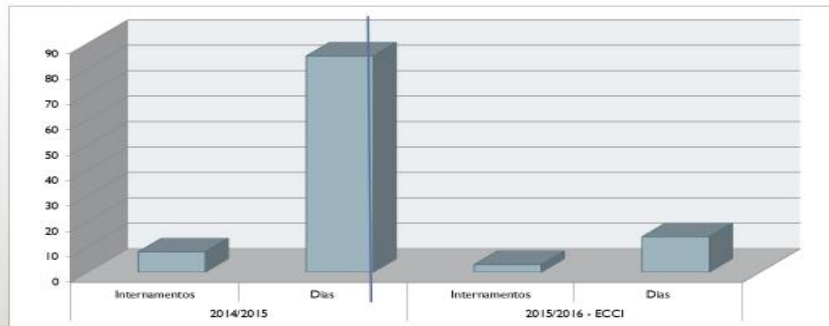
HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA

Principais eventos



HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA

Intervenção UCC



HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA

Marcos do desenvolvimento

| Desenvolvimento Infantil | Marcos desenvolvimento R.S.D. |
|--|--|
| 9 Meses – Leva uma bolacha à boca e mastiga | 3Anos ½ - Alimenta-se por boca de parte da refeição pastosa (Com assistência máxima do cuidador) |
| 12Meses – Equilíbrio sentado | 4 Anos – Equilíbrio Estático sentado estável 4 Anos - Equilíbrio Dinâmico Sentado instável |
| 18M – Anda bem | 4 Anos - Eq. Estático ortostático instável 4 Anos – Marcha com Andarilho Novembro 2018 – Marcha sem andarilho com apoio Janeiro 2019 – Até 5 passos sem apoio |
| 18M – Segura a colher e leva o alimento à boca | 4 Anos – Segura a colher e leva alimento à boca parte da refeição |
| 2 Anos – Usa bem a colher | Dezembro 2018 – Usa bem a colher |
| 18M – Indica necessidade de ir ao WC 3 Anos – Vai sozinho ao WC | Incontinência Vesical e Intestinal, Usa fralda 4 Anos – Avisar que está suja |
| 2 Anos – Coloca os Sapatos | Não coloca os sapatos, assistência Total Cuidador |



HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA

Terapêutica habitual

Ventilação não invasiva (VNI) 12 H/dia (noite e durante a “sesta” da tarde)

Seretaide 1puff/2xdia no ventilador

Aerossol com 2ml **Brometo de ipatrópio** + 3ml de cloreto de sódio 0,9%
1x dia

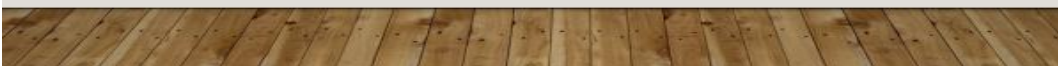
Esomeprazol 10 mg 1x/dia

Eritromicina 250mg 2xs dia

Casenlax 1xdia

Liposic gel oftálmico

Cetirizina 2ml 2 x dia SOS se rinorreia



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Exame Físico Geral:

A **pele** está limpa, íntegra, tonalidade rosada e turgor mantido. **Mucosas** coradas e hidratadas.

Aspeto cuidado, **atenta** ao ambiente que a rodeia, acompanhando o profissional de saúde com o olhar, **interagindo** com o mesmo com **sorriso fácil** e **permite a aproximação**.

A **mímica facial** é diminuída, mas simétrica, apresenta **diplegia facial** e **prognatismo mandibular**.
Usa ortótese Ocular.

Sem massas palpáveis, **sem dor** à palpação ou manipulação de todos os segmentos corporais.

Membros Inferiores posicionados com ligeira rotação interna da coxa femoral e inversão da tibiotársica, que reverte a pedido.

Peso - **11,300Kg** (percentil <3)

Estatura - **1,03m** (percentil <15)

Índice de Massa Corporal - **10,66 Kg/m²** (percentil <3)



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

| Sinais vitais | |
|----------------------|------------------------|
| FC | 97 bpm (normalidade) |
| FR | 26 cpm (normalidade) |
| SpO2 | 95-97% em ar ambiente |
| TA | 88/50mmHg |
| T (timpânica) | Temperatura axilar 37° |
| Dor | 0 (na escala FLAC) |



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Exame Neurológico

| | |
|----------------------|---|
| Estado Mental | Vigil, orientada relativamente a si e aos outros, ao espaço e ao tempo. O discurso é coerente. Atenta, Tenaz e tem capacidade de concentração. Escala de Glasgow score 15 |
| Memória | Memória imediata - retém a sequência de exercícios a fazer, sem erros e sem dúvidas, Memória recente - se interrompida a intervenção, recupera sem erros. Memória remota - nomeia eventos remotos "quem ofereceu o livro?" - apontando a EEER. |
| Linguagem | Discurso espontâneo, voz nasalada (rinolalia), audível, frases curtas mas completas, vocabulário simples, e alteração da fonação, mas globalmente perceptível. |

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação Sensório-Motora

| | |
|--|---|
| Sensibilidade | Tátil, algica e térmica presentes em todos os segmentos corporais, não sendo possível avaliar alterações. Propriocetiva presente , não sendo possível avaliar alterações |
| Força muscular Escala de MRC | Consegue realizar um raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade, não conseguindo, no entanto, vencer uma resistência maior. Score 4 |
| Tónus muscular | Hipotonia generalizada em todos os segmentos corporais em movimentos isotónicos e isométricos. Não foi percebida resistência ou aumento do tónus ao movimento - Score 0 na Escala de Ashworth. |

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação Sensório-Motora

| | |
|---------------------------|--|
| Coordenação Motora | Ataxia membros superiores e membros inferiores, mas com funcionalidade mantida. Marcha atáxica. Prova dedo-nariz sem alterações, |
| Equilíbrio | Equilíbrio estático e dinâmico estável em Sedestação. Equilíbrio instável estático e dinâmico em Ortostatismo, necessitando de se apoiar. Avaliada Escala de Berg Pediátrica com Score 16 |



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Avaliação de Riscos

| | |
|---------------------------|--|
| Quedas | Score 11 - Risco de quedas baixo na Escala de Humpti Dumpty. Usa capacete de proteção da cabeça durante os períodos de vigília. |
| Úlceras de pressão | Score 23 - Baixo risco na escala de Braden Pediátrica |



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação SUBJETIVA da Função Respiratória

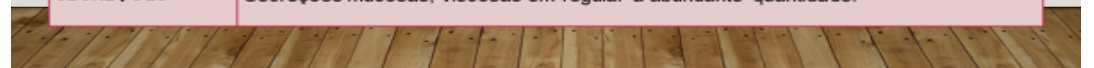
| |
|---|
| <p>Não aparenta ou refere dispneia quando questionada.</p> <p>Responde às perguntas estás cansada? ou queres parar para descansar? Não</p> <p>Respiração ruidosa – Farfalheira – sugestivo de presença de secreções nas vias aéreas.</p> <p>Tosse produtiva ineficaz. (mesmo quando se solicita de tussa) Expiração forçada ou prolongada a pedido é débil.</p> <p>Faz VNI 12h/dia com máscara nasal, com boa adaptação à ventilação e sem verbalização de desconforto.</p> |
|---|



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação OBJETIVA da Função Respiratória

| | |
|--------------------|--|
| INSPEÇÃO | Tórax simétrico, caixa torácica visível relacionado com emagrecimento. Expansão simétrica de ambos os hemitórax. Ventilação espontânea, ritmo regular, normopneica com FR-26 cpm, padrão respiratório misto, moderadamente profundo, sem aparente uso de músculos acessórios da respiração, sem tiragem. SpO2 entre 95-97% em ar ambiente. |
| PALPAÇÃO | Sem massas palpáveis, saliências ou pontos dolorosos no tórax. |
| PERCUSSÃO | Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax |
| AUSCULTAÇÃO | Murmúrio vesicular mantido nos terços superiores de ambos os hemitórax e diminuído nos terços médio e inferior. Presença de ruídos adventícios nomeadamente roncos no terço médio de ambos os hemitórax. |
| TOSSE | Tosse espaçadamente e a pedido, tosse produtiva não eficaz, pouco frequente. |
| SECREÇÕES | Secreções mucosas, viscosas em regular a abundante quantidade. |





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação grau de Dependência e impacto no autocuidado

| | |
|-------------------|------------------------------|
| Índice de Barthel | Score 20 – Dependência Total |
|-------------------|------------------------------|

Avaliação das capacidades funcionais chave e capacidade de realização da criança

PEDI

| | | | |
|--------------------------|------------------|---|----------|
| CUIDADOS PESSOAIS | Score 23 (em 73) | Assistência prestada pelo adulto | 8 em 40 |
| MOBILIDADE | Score 22 (em 59) | | 13 em 35 |
| FUNÇÃO SOCIAL | Score 52 (em 65) | | 24 em 25 |



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação grau de Satisfação do Autocuidado - OREM

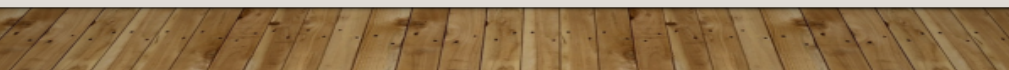
| AVALIAÇÃO ATIVIDADES DE AUTOUIDADO UNIVERSAL | | |
|---|---|---|
| | Avaliação | Défi e Autocuidado e Sistema de Enfermagem |
| 1. Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | <ul style="list-style-type: none"> - Ventilação espontânea, ritmo regular, normopneia com FR de 16cpm, padrão respiratório misto, moderadamente profundo, sem aparente uso de músculos acessórios da respiração, sem tiragem. SpO2 entre 95-97% em ar ambiente. - Tosse produtiva esporádica e não eficaz, expiração forçada e prolongada débil, dificuldade em expelir secreções mucosas e viscosas com necessidade diária de aspiração de secreções diárias na qual colabora. - Auscultação com MV diminuído nos terços médio e inferiores de ambos os hemitórax e roncós do 1/3 médio de ambos os hemitórax | <p>Manutenção de uma quantidade suficiente de ar comprometida.</p> <p>Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório e Apoio/Educação</p> |



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação grau de Satisfação do Autocuidado - OREM

| AVALIAÇÃO ATIVIDADES DE AUTOUIDADO UNIVERSAL | | |
|--|--|---|
| | Avaliação | Défi e Autocuidado e Sistema de Enfermagem |
| 3. Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos | Alimentação pastosa com tolerância alimentar, alimenta-se de forma autónoma com uso de colher, embora necessite de estímulo do cuidador para se alimentar da totalidade da refeição, sendo que recorrentemente é a cuidadora que dá 2/3 a 1/2 da refeição. | <p>Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos comprometida. Dependência para se alimentar.</p> <p>Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório e Apoio/Educação</p> |





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação grau de Satisfação do Autocuidado - OREM

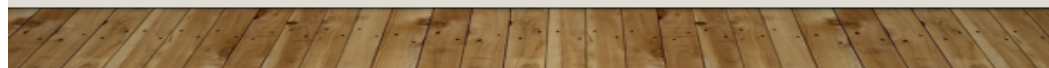
| AVALIAÇÃO ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL | | |
|---|--|---|
| | Avaliação | Déficit Autocuidado e Sistema de Enfermagem |
| 5. Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso | Sem alteração aparente padrão de sono, mesmo com VNI por máscara nasal. Assistência total do adulto (PEDI) para realizar o autocuidado Vestir e Higiene | Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso comprometida. Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório e Apoio/Educação |



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação grau de Satisfação do Autocuidado - OREM

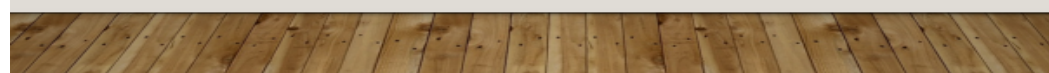
| AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO | | |
|---|---|--|
| | Avaliação | Déficit Autocuidado e Sistema de Enfermagem |
| Providenciar as condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento | Mantém frequência escolar integrada nas terapias a realizar. Adaptação à vida escolar e rotinas com sucesso, manifesta interesse e satisfação aparente Atraso no Crescimento e Desenvolvimento R/C DNM M/P dificuldade em realizar habilidades típicas do grupo etário | Providenciar as condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento comprometido Sistema de Enfermagem Apoio/Educação |



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Avaliação grau de Satisfação do Autocuidado - OREM

| AUTOCUIDADO NO DESVIO DE SAÚDE | | |
|--|--|---|
| | Avaliação | Déficit Autocuidado e Sistema de Enfermagem |
| 3. Realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas | Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas, de forma proativa e de acordo com as limitações relacionadas com dependência no autocuidado. | Potencial para aprender demonstrado Sistema de Enfermagem Apoio/Educação |





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem:

Padrão ventilatório ineficaz R/C DNM e hipotonia generalizada M/P necessidade VNI durante o sono e Murmúrio vesicular diminuído nos terços medio e inferior de ambos os hemitórax e roncós audíveis predominantemente no 1/3 médio de ambos os hemitórax, tosse produtiva ineficaz e expiração forçada e prolongada débil;

Desobstrução ineficaz das vias aéreas R/C tosse produtiva ineficaz M/P expetorar ineficaz, expiração forçada e prolongada débeis, Murmúrio vesicular diminuído nos terços medio e inferior de ambos os hemitórax e necessidade de aspiração de secreções diária para limpeza das vias aéreas.



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem

Mobilidade física prejudicada R/C Força muscular diminuída (Lower 4 em todos os segmentos) e Equilíbrio instável M/P assistência moderada do adulto para transferência e locomoção (PEDI) e dependência total (índice de Barthel 25)

Déficit no autocuidado: alimentar-se, higiene e vestir-se R/C equilíbrio instável (BERG 16) e ataxia MS e MI M/P assistência total do adulto (PEDI) e dependência total (Índice de Barthel 25)

Atraso no Crescimento e Desenvolvimento R/C DNM M/P dificuldade em realizar habilidades típicas do grupo etário



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Objetivos de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

- ✓ Promover desenvolvimento psicomotor
- ✓ Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios
- ✓ Assegurar a permeabilidade das vias aérea
- ✓ Aumentar a força muscular, mantendo a mobilidade articular em todos os segmentos
- ✓ Melhorar o equilíbrio sentado dinâmico e ortostático estático e dinâmico;
- ✓ Adquirir autonomia nas atividades de autocuidado



| NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO | DE | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|----|---|
| SISTEMA DE ENFERMAGEM | | |
| Autocuidado Universal Manutenção de uma quantidade suficiente de ar | de | 1. Nebulização antes de realizar RFR 2. Avaliar padrão respiratório, FR e SpO2; 3. Auscultação Pulmonar; 4. Reeducação Funcional Respiratória (RFR):(10xs cada exercício) |
| Sistema enfermagem parcialmente compensatório Sistema apoio/educação | de | a. Posicionamento com alinhamento corporal e flexão da coxa ligeira com suporte região popliteia; b. Relaxamento e consciencialização da respiração com uso de brinquedos (cheirar uma flor e soprar um moinho de vento) c. Otimização da ventilação através da técnica respiratória: i. Expiração lenta prolongada com moinho de vento d. Executar técnica de reeducação costal: 1. Reeducação costal global com mobilização dos membros superiores (flexão 10xs e Abdução 10xs) segurando brinquedo 1. Huff (3xs) com uso de espelho (embaciar o espelho) 2. Avaliar a tosse 3. Ensinar, instruir e treinar técnica de tosse eficaz; 4. Incentivar a tossir 5. Aspiração de secreções; 6. Avaliar expetoração 7. Incentivar a ingestão de Líquidos; |

| AVALIAÇÃO | |
|-------------|--|
| D I | <p>Eupneica em repouso, SpO2 96%. Respiração mista profunda, ritmo regular FR-16cpm, expansão torácica simétrica.</p> <p>Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido mas diminuído nos terços médio e inferior bilateralmente e roncós audíveis nos 1/3 médios de ambos os hemitórax.</p> <p>Colabora no programa RFR de forma ativa e com interesse cumprindo sem dificuldade mobilização ativa dos MS, no entanto demonstra incapacidade de realizar dissociação dos tempos respiratórios, com ou sem mobilização dos MS Quando se solicita expiração prolongada não cumpre e verbaliza "não consigo". Não faz Huff nem expiração prolongada. Tosse por vezes a pedido, tosse pouco eficaz. Manobras acessórias com ênfase nas percussões (jogo "o índio") nas quais colabora emitindo o som ahhh (expiração lenta prolongada).</p> <p>Salto na bola enquanto emite o som eeeeeee.</p> <p>Aspiração de secreções com ajuda da R.S.D. no controlo do vácuo, acessos de tosse provocada pela presença da sonda na glote, aspiram-se secreções em grande quantidade espessas mucosas.</p> |
| D II | <p>Apresenta capacidade de realizar expiração prolongada e forçada com uso de moinho de vento, ainda débeis mas seguidas de acessos de tosse produtiva espontâneos não eficaz.</p> <p>Faz inspiração (cheirar a flor) e expiração (soprar o moinho) a pedido, bem como tosse ainda que pouco eficazes.</p> <p>Realiza tosse durante a aspiração de secreções a pedido</p> |

| DIAGNÓSTICO | OBJECTIVO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|---|--|
| Mobilidade física prejudicada R/C Força muscular diminuída (Lower 4 em todos os segmentos) e Equilíbrio ortostático instável M/P assistência moderada do adulto para transferência e marcha (PEDI) e dependência total no autocuidado (índice de Barthel 25) | <p>Aumentar a força muscular, mantendo a mobilidade articular em todos os segmentos</p> <p>Melhorar o equilíbrio sentado dinâmico e ortostático estático e dinâmico</p> | <ol style="list-style-type: none"> Avaliar força Escala Lower Avaliar equilíbrio sentado e ortostático (estático e dinâmico); Negociar actividade física; Ensinar, instruir e treinar mobilizações ativas e ativas resistidas e exercícios de fortalecimento muscular na base da cama e/ou sentada de todos os segmentos corporais Ensinar, Instruir e Treinar técnica de adaptação para sentar-se, levantar-se e transferir-se, apoiando-se com a mão; Executar técnica de treino de equilíbrio em pé com apoio das mãos: <ol style="list-style-type: none"> Flexão plantar Apoio unipodal com flexão do joelho e da coxo-femural Treino proprioceptivo com bola: <ol style="list-style-type: none"> Correção postural Equilíbrio dinâmico sentado "saltar" na bola Treino de marcha: <ol style="list-style-type: none"> Providenciar ambiente livre de perigos (obstáculos, supervisão) Ensinar cuidador sobre treino de marcha Estimular marcha com apoio das mãos Avaliar marcha sem apoio aumentando a distância. |

AVALIAÇÃO

D I
Avaliada força escala de Lower (4/5) em todos os segmentos. Equilíbrio ortostático estático e dinâmico instável.
Colabora de forma interessada em todas as atividades, escolhe sequência de exercícios, posição deitada ou sentada e brinqueado para realização de mobilizações que executa sem dificuldade:

- prensão palmar com boneco, flexão/extensão dos MS segurando boneco, abdução/adução MS (juntamento com inspiração/expiração), flexão/extensão coxo-femural e ponte, rolar direita/esquerda.
- rola esquerda, apoia-se no MS (cotovelo) esquerdo e senta-se com assistência máxima do adulto (PEDI), verbaliza "não consigo"
- levanta-se com assistência moderada do adulto e com apoio das mãos na grade da cama;
- Apoiada com as mãos faz flexão plantar;
- Senta-se na bola com assistência máxima, mantém a postura com assistência mínima do adulto (PEDI) e salta com assistência moderada;
- Faz marcha com apoio das mãos e/ou assistência moderada do adulto, média distância (até 30 metros);

D I I

- Rola, apoiar-se cotovelo e sentar com assistência moderada do adulto (PEDI), faz de forma espontânea;
- Levanta-se com assistência mínima do adulto;
- Marcha com assistência mínima do adulto;

(4/1/2019)

- 5 passos sem apoio e com bom controle postural;

| DIAGNÓSTICO | OBJECTIVO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|---|--|
| <p>Déficit no autocuidado:</p> <p>Alimentar-se</p> <p>Higiene</p> <p>Vestir-se</p> <p>R/C equilíbrio instável (BERG 16) e ataxia MS e MI M/P assistência total do adulto (PEDI) e dependência total (Índice de Barthel 25)</p> <p>Disposição para melhorar o autocuidado relacionado com:</p> <p>Alimentar-se</p> <p>Higiene</p> <p>Vestir-se</p> <p>Demonstrada pelo interesse em participar no autocuidado</p> | <p>Adquirir autonomia nas atividades de autocuidado</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar equilíbrio ortostático (estático e dinâmico); 2. Avaliar grau de dependência do utente através da escala de Barthel; 3. Avaliar capacidade funcional (PEDI) 4. Ensinar cuidador sobre assistência atividades autocuidado; 5. Planear atividades de autocuidado; 6. Disponibilizar o tempo necessário para realizar as atividades de autocuidado 7. <u>Autocuidado alimentar-se:</u> <ol style="list-style-type: none"> a. Providenciar alimentos e colher b. Permitir tempo necessário para se alimentar c. Estimular participação no autocuidado alimentar-se 8. <u>Autocuidado Higiene:</u> <ol style="list-style-type: none"> a. Planear atividades de higiene diárias (banho/higiene oral/escovar o cabelo/lavar as mãos/vestir parte superior e inferior corpo); b. Providenciar equipamento necessário em local de fácil acesso; c. Incentivar participação no autocuidado: higiene; 1. <u>Autocuidado vestir-se:</u> <ol style="list-style-type: none"> a. Incentivar planejar roupa a vestir; b. Providenciar vestuário em local acessível; c. Incentivar participação no autocuidado vestir; d. Manusear fechos, botões; e. Colocar e tirar meias; f. Calçar e descalçar sapatos e apertar; |

AVALIAÇÃO

D I
Dependência total autocuidado, índice de Barthel 25.
Capacidade funcional PEDI, habilidades funcionais relacionadas com cuidados pessoais consegue 23 em 73 possíveis.

Veste um braço para supervisão e restante com assistência máxima do adulto (PEDI), colabora no vestir os MI, calçar meias e sapatos assistência total do adulto;

Dependência total atividades relacionadas com higiene.

Alimenta-se de 1/3 a 1/2 da refeição de forma independente e restante com assistência do adulto cuidador (assistência máxima na escala PEDI);

D 4/1/2018

Dependência total autocuidado, índice Barthel 25.
Capacidade funcional PEDI, habilidades funcionais relacionadas com cuidados pessoais consegue 28 em 73 possíveis.

Adulto cuidador diminui assistência à criança na realização de atividades de autocuidado e disponibiliza o tempo necessário para as realizar, sempre que possível.

Alimenta-se de forma independente (PEDI) da totalidade da refeição quando possível, come alimentos sólidos cortado em pequenos pedaços (PEDI)

Autocuidado higiene com assistência máxima do adulto cuidador (PEDI); adquirindo: - escova os dentes mas não completamente; penteia ou escova o cabelo (adulto desembaraça); calça sapatos desapertados; Fecha e abre fechos;

| DIAGNÓSTICO | OBJECTIVO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|-------------------------------------|---|
| Atraso no Crescimento e Desenvolvimento R/C DNM M/P dificuldade em realizar habilidades típicas do grupo etário | Promover desenvolvimento psicomotor | <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar desenvolvimento infantil com ajuda da Enfermeira especialista de saúde infantil do Núcleo de Crianças e Jovens em risco; 2. Avaliar capacidades funcionais e capacidade de reatização 3. Colaboração na equipa multidisciplinar de forma a promover o desenvolvimento infantil: <ol style="list-style-type: none"> a. Promoção autocuidado independente; b. Melhorar equilíbrio corporal; c. Aumentar força muscular; d. Promover mobilidade; 4. Avaliar ganhos em saúde com a intervenção ECCL; 5. Redução idas ao hospital e internamentos; 6. Promover permanência na escola e instituição de forma a promover existência de rotinas; 7. Usar jogo e brincadeira durante a intervenção; 8. Estimular a imaginação; 9. Executar estimulação neuro sensorial na bola (oscilações sentada, decúbito ventral e decúbito dorsal); |

| AVALIAÇÃO |
|---|
| <p>Atraso global do desenvolvimento infantil segundo Escala de Mary Sheridan (DGS) na Postura e Motricidade Global, Linguagem (vocabulário simples, dificuldade na articulação das palavras, mas, globalmente, perceptível) e Comportamento e Adaptação Social.</p> <p>Capacidades Funcionais diminuídas (PEDI) e Assistência de cuidadores aumentada (PEDI)</p> <p>Redução de intervenções terapêuticas hospitalares, redução de internamentos e aumento de fatores predisponentes ao desenvolvimento neuro psicomotor.</p> |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, L. T. (Maio de 2016). O Cuidado Informal a Doentes com doença Neuromuscular: Estudo da Prevenção do Risco de Aspiração no Autocuidado Alimentar-se. *Dissertação de Mestrado*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.
- Associação Portuguesa de Neuromusculares. (1 de Dezembro de 2018). Obtido de APN: <http://apn.pt/apn>
- Correia, A. L. (2012). Qualidade de vida em portadores de doenças neuromusculares. *Tese de Mestrado*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Frias, A., Grou, B., & Monteiro, M. (Dezembro de 2012). Limpeza das Vias Aéreas na Doença Neuromuscular: cough-assist como mecanismo facilitador da limpeza das vias aéreas na doença neuromuscular. Évora: Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus.
- Marques, T. B. (2012). Avaliação do pico de fluxo de tosse e capacidade vital forçada em pacientes com distrofia muscular ou amiotrofia espinhal. *Dissertação de Mestrado*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- New version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-CAT): translation, cultural adaptation to Brazil and analyses of psychometric properties

Apêndice XII – Reflexão

“Conceção, Implementação e Avaliação de planos de Intervenção de Enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

**Conceção, Implementação e Avaliação de planos de
Intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa
submetida a Artroplastia Total da Anca**

Discente: Maria Júlia Cunha, nº 8360

Enfermeiro Orientador [REDACTED]

Docente Orientador: Profª Doutora Mª do Céu Sá

Lisboa

2018

Neste quarto Jornal de Aprendizagem (JA), delineei como objetivo a descrição da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no local de estágio em que me encontro, a uma cliente que tinha sido submetida Artroplastia Total da Anca (ATA), com o propósito de promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo no processo de transição saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Para o alcance deste objetivo, e com a ajuda do Enfermeiro Orientador (EO) foi concebido um plano de intervenção, de acordo com a avaliação da funcionalidade, e limitações de atividade identificadas, com vista a otimizar e/ou reeducar a função motora, em especial no membro inferior (MI) afetado e da realização de Atividades de Vida Diárias (AVD's), bem como a prescrição de produtos de apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De uma forma geral, percebo que o EEER estabelece como objetivos para a sua intervenção junto destas pessoas a reeducação e otimização funcional motora, restaurando ou melhorando a função articular afetada no MI intervencionado, e ainda a prevenção de complicações. Sumariamente, o cliente deve ser ensinado sobre quais os exercícios que deve efetuar com vista ao fortalecimento muscular, manter a amplitude articular nos limites impostos pela cirurgia, bem como o treino de atividades básicas de vida diárias e suas alterações decorrentes da intervenção, tais como posicionamento na cama, mobilizações (deitar, levantar, sentar), uso do sanitário, banho, marcha com canadianas, subir e descer escadas, apanhar objetos do chão, entrar e sair do carro, e outros cuja necessidade seja detetada junto da pessoa (Sousa & Carvalho, 2016).

Nesta instituição, estes clientes ficam internados cerca de 4 dias após a cirurgia, período no qual observo que, com a intervenção do EEER que se mostra essencial, progressivamente recuperam a sua autonomia. Desde o primeiro levante, que é sempre efetuado pela equipa de enfermagem de reabilitação, aos exercícios de mobilização passiva, ativa, assistida e resistida, à intervenção educacional que visam a capacitação da pessoa, é da responsabilidade do EEER. Pretende-se prevenir a imobilidade da pessoa, em especial no período pós-operatório, em consequência não só da alteração da força muscular consequente da intervenção, como da própria dor presente, que leva a que muitas pessoas permaneçam na cama. A imobilidade, refere-se à ausência, diminuição ou restrição do movimento e tem como consequência o encurtamento e perda de força muscular (Sousa, Coelho, & Barros, Reeducação da função Sensoriomotora, 2016), aumentando ainda a prevalência de complicações tais como Ulceras de pressão, tromboembolismo

venoso profundo, Embolia Pulmonar e incapacidade funcional. Este último aspeto por mim salientado, remete para a competência do EEER relacionada com a intervenção junto da pessoa com limitação de atividade promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De uma forma geral, sujeita a alterações decorrentes de aspetos particulares da pessoa, e da própria cirurgia, o protocolo de atuação deste hospital prevê:

1º dia pós-operatório (cerca de 12h) a intervenção do EEER prevê mobilizações ativas da tibiotársica (flexão, extensão, inversão e eversão), mobilizações ativas e/ou assistidas do joelho na base da cama (consequente flexão extensão da coxofemoral), nomeadamente flexão e extensão do mesmo e exercícios isométricos com contração dos isquiotibiais e quadricípites. Posteriormente faz-se mobilização assistida da coxofemoral (abdução e adução até à linha média) na base da cama, e por fim contrações isométricas dos glúteos. É feito o primeiro levante do cliente, não sem antes avaliar o conhecimento necessidade de ensino da mobilização do membro operado na cama e durante o levante, reforçando a premência de não fletir a coxofemoral além de 90º nem realizar adução além da linha média. Para uma adequação do ensino ao cliente de forma individualizada, o EO questiona de que lado da cama costuma dormir, ou a forma como a cama está posicionada no quarto. Desta forma potencia naquele cliente a adaptação no autocuidado, já que considera não um protocolo pré-estabelecido mas adequa à pessoa que tem à sua frente, o EO recolhe informação pertinente para avaliar a função motora, e identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização de AVD's (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O levante é feito mantendo o membro afetado em extensão e evitando a flexão do tronco sobre a coxa além de 90º e retirando o MI afetado com a ajuda do MI são, ou com o apoio da canadiana, conforme preferência do cliente. Em todo o procedimento o EO procura que o cliente encontre a forma como este realiza em segurança e com autonomia a mobilização e transferência e não aquilo que um protocolo diz, e que poderá não ser adequado àquela pessoa, assim o EEER discute as práticas de risco com a pessoa, concebendo planos de redução do risco de alteração da funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Por outro lado, de acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (CCEE), promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nos dias posteriores e de acordo com a capacidade do cliente, é feito treino de marcha com dispositivo auxiliar, podendo este ser canadiana ou andarilho,

novamente de acordo com a capacidade do cliente, almejando a competência de selecionar e prescrever produtos de apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Progressivamente a distância do percurso a realizar aumenta (quarto, corredor), e caso a pessoa não tenha limitações importantes (dor presente ou força diminuída) no 3º dia poderá ser feito treino de escadas. No treino de marcha com canadianas o cliente é ensinado fazê-lo de forma calma e segura, consciencializando a sequência a respeitar, sendo canadianas, perna operada, perna boa (Sousa & Carvalho, Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia, 2016). Esta sequência é verbalizada constantemente pelo EO que acompanha de perto o cliente prevenindo assim acidentes, e transmitindo segurança. No que diz respeito ao treino de escadas, quando a pessoa sobe deve fazê-lo respeitando a sequência perna boa, perna operada, canadianas e para descer canadianas, perna operada, perna boa. O EO utiliza algumas estratégias para facilitar que a pessoa interiorize a sequência e a respeite, prevenindo riscos, por exemplo uma imagem mental dizendo que “para o céu vão os bons”, para subir perna boa primeiro, e “para o inferno vão os maus”, para descer a perna operada (má) primeiro. Achei esta estratégia não só interessante, mas eficaz, sendo que o objetivo é completamente alcançado, pois recorrentemente os clientes repetem e ajuda-os a executarem corretamente o treino.

Particularizando para a Srª E, para quem concebi e implementei um plano de intervenção, trata-se de uma cliente com 68 anos de idade, no 4º dia de internamento de pós-operatório de ATA. Quando entramos no quarto estava levantada, e deambulava com ajuda das canadianas, de forma autónoma e com alguma desenvoltura. Discurso fácil, vígil, orientada, e com vontade de participar no treino, com vista à alta. Foi feita a avaliação anterior ao treino a implementar, e descrita no JA anterior em que foram diagnosticadas alterações na força na flexão da perna sobre a coxa e na Abdução, extensão e rotação externa da coxofemoral. Durante o tempo que estivemos juntas, fui falando com a Srª E, uma vez que era a primeira vez que me encontrava com ela. A conversa embora aparentemente casual, tinha como objetivo tentar diagnosticar obstáculos ou barreiras à sua participação social e autocuidado, e que apoios tinha (Ordem dos Enfermeiros, 2010). De fala fácil, disse que tinha uma filha, que seria o seu grande apoio após a alta, mas que iria para o seu domicílio onde vivia sozinha e independente. Vivia num andar, mas com elevador, pelo que não avaliava na acessibilidade à casa um problema. Ponderava nos primeiros tempos obter algum tipo de apoio, nomeadamente para o

cuidado da casa, mas afirmou que a filha e genro eram muito presentes. Um aspeto muito importante que me revelou foi o medo que tinha de cair, e que essa era a sua grande preocupação. Neste momento fiquei um pouco preocupada por não saber como aconselhar, falei sobre obstáculos em casa que podia remover, e a possibilidade de permanecer acompanhada nos primeiros dias no domicílio, bem como caminhar mais calmamente para o fazer em segurança. Assegurou que a filha e genro estariam presentes nas primeiras duas semanas, e que achava ser o tempo suficiente para ganhar confiança. Por outro lado, como iria fazer reabilitação perto de casa iria perceber as suas dificuldades e ou necessidades de apoio de forma mais concreta, além de que permaneceria quase todo o tempo acompanhada.

O programa estabelecido teve em conta as principais alterações encontradas. Na posição de semi-fowler realizou mobilizações ativas da tibiotársica sem dificuldades, 10 repetições em cada movimento, posteriormente pedi que “dobrasse” o joelho na base da cama, respeitando a sua limitação e dor presente, 10 repetições. Coloquei a minha mão na região popliteia e pedi que “esmagasse a minha mão” ou seja contrações isométricas dos isquiotibiais e quadricípites, 10 repetições. Elevei o MI operado da cama, com este em extensão, e pedi que fletisse a coxofemoral, sem dobrar o joelho, o que fez com muita dificuldade, não insisti e fez 5 repetições, na extensão não apresenta dificuldade aparente embora refira dor presente o que limita a participação ativa (mobilização ativa assistida na flexão e ativa na extensão). O movimento mais afetado para a Sr^a E era a abdução da coxofemoral em que fiz mobilização passiva, embora se verificasse contração muscular, adução consegue mobilização ativa. Para terminar os exercícios na cama pedi que fizesse contrações isométricas dos glúteos. Após estar de pé, sendo que avaliei que fez o levante de forma correta, e sem necessidade de apoio, pedi que elevasse o MI fazendo flexão da coxofemoral o que foi facilitador para esta mobilização (contrariamente ao que tinha acontecido no leito), e que fizesse abdução do MI agora com esboço de movimento. Iniciámos o treino de marcha no quarto e corredor do serviço. Percebi que apesar de diligente na marcha, a Sr^a E por vezes se enganava na sequência correta (canadiana/perna operada/perna boa), pelo que me lembrei de lhe perguntar qual era o MI que precisava de apoio, ela identificou a perna operada, pelo que lhe disse que então seria essa que iria sempre atrás da canadiana para se sentir apoiada, aquela indicação fez muito sentido à cliente, o que me fez sentir bastante satisfeita, neste aspeto pareceu-me que a minha experiência profissional terá sido útil, dado que em Pediatria frequentemente necessito encontrar estratégias

facilitadoras de comunicação, para a colaboração da criança. Desta forma parece-me que consegui demonstrar que detenho uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, bem como ser capaz de gerar respostas, de elevada adaptabilidade individual (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Fomos até às escadas para realizar esse treino que seria a primeira vez, ali sentiu-se assustada e verbalizou medo de cair, assegurei que estaríamos sempre com ela e que só subiria um lanço de escadas. O EO interveio reforçando a sua confiança, lembrando tudo o que já tinha ultrapassado desde o primeiro dia de pós-operatório e que estaria sempre acompanhada. Neste último aspeto mencionado consigo perceber, no que diz respeito às CCEE, a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Durante o treino de escadas, usei a mnemónica para o céu (subir) vão os bons, e para o inferno (descer) vão os maus, ela cumpriu o treino com alguma dificuldade, mas com sucesso. Acompanhei a cliente durante todo o processo de uso das escadas, de forma segura, mas sem intervir para que pudesse encontrar a forma de realizar a tarefa autonomamente. Todo o processo relatado anteriormente, retrata a conceção e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, e ainda a sua avaliação e reformulação em função dos resultados esperados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Após regressar ao quarto, e como iria ter alta clínica, era importante perceber as suas necessidades de ensino, bem como reforçar ensinamentos relativos à adaptação da mobilidade recorrente da sua nova condição. Para tal, foi facilitador o uso de um panfleto elaborado na instituição para o efeito, onde de forma simples e ilustrada estão registadas as principais alterações de mobilidade a respeitar e exercícios a cumprir. O objetivo da intervenção do EEER do ponto de vista educacional, passa por capacitar o cliente no sentido da sua autonomia e independência, promovendo a adaptação a um novo estilo de vida. A Sr^a E verbalizou muitos dos cuidados a ter no domicílio, por este já terem sido explicados nas abordagens anteriores, o que mostra a eficácia da intervenção educacional do EEER, que ensina, instrui e treina com os clientes as técnicas a implementar (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste dia o que fiz foi treinar as mobilizações articulares a realizar e exercícios de fortalecimento muscular, usando uma sequência distal-proximal que fosse facilitadora da aprendizagem. Questionei a cliente sobre os cuidados a ter na mobilização e posicionamento do membro operado, tentando perceber as necessidades de ensino,

estes foram referenciados por ela com relativa segurança, reforcei apenas aquilo que tinha dúvidas.

Tentei falar com frases curtas e simples, reforçando a informação mais importante, mobilizações e transferência com MI em extensão, e adaptações a realizar em casa para adaptação às limitações e minimizar riscos, tais como quedas ou luxação da prótese. Abordámos questões como obstáculos a remover (tapetes, objetos dispersos nos locais de acesso em casa) e ainda a importância do uso de calçado seguro, fechado e com sola antiderrapante, e alguns dispositivos a usar como o alteador de sanita, almofada em locais baixos para sentar como sofás e um local para sentar seguro e de plano mais elevado para o duche. Alguns dos equipamentos já tinham sido adquiridos anteriormente, embora não usados, pelo que fiquei a pensar se não seria importante a presença desses artigos e treino de uso dos mesmos antes da alta.

Avalio esta minha interpelação como positiva, sendo que com o apoio do EO me senti confiante na capacitação da cliente.

Bibliografia:

- Borges, S. C. (2015). Resultados da Implementação de um Programa de Reabilitação em Utentes Submetidos a Artroplastia Total do Joelho. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-431). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Coelho, C., & Barros, H. (2016). Reeducação da função Sensoriomotora. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.

Apêndice XIII – Tapete de Treino



Apêndice XIV – Reflexão

“O processo de envelhecimento humano, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para um envelhecer resiliente”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

O processo de envelhecimento humano, a intervenção do enfermeiro
especialista em enfermagem de reabilitação para um envelhecer
resiliente

Discente: Maria Júlia Cunha, nº 8360

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Docente Orientador: Prof^a Doutora M^a do Céu Sá

Lisboa

2018

Neste sexto Jornal de Aprendizagem (JA) pretendo fazer uma reflexão sobre o processo de envelhecimento humano, e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), junto destes clientes. Ao longo do ensino clínico, seja em meio hospitalar, seja na comunidade, deparei-me frequentemente com pessoas idosas⁸⁴, sendo que as circunstâncias em que este contacto é experienciado acomete para processos de doença, e/ou de grande vulnerabilidade da pessoa alvo de cuidado.

De acordo com a Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 (Direção Geral de Saúde, 2017), em Portugal registam-se, nas últimas décadas, profundas transformações demográficas, das quais podemos destacar um aumento da longevidade e da população idosa e ainda, uma redução da natalidade e da população jovem. Dados deste documento referem que em 2015, a percentagem das pessoas residentes em Portugal, 20,5% de toda a população tem 65 ou mais anos. Se por um lado o envelhecimento da população constitui uma conquista das sociedades em geral, e da sociedade portuguesa em particular, e que se atribui ao desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública (Direção Geral de Saúde, 2017), por outro lado coloca-nos perante um desafio que é, o impacto que esse envelhecimento acarreta para a sociedade.

Ao refletir, sobre o envelhecimento humano, tive a necessidade de perceber o seu conceito, segundo Duarte (2014) o envelhecimento não é um estado, mas um processo que tem por base o curso natural do envelhecimento das células que ocorre nos organismos vivos, e diz respeito às alterações fisiológicas que ocorrem devido aos seus efeitos (Duarte, 2014). O envelhecimento é um processo heterogéneo, associado a cada pessoa, às suas circunstâncias e idiossincrasias (estrutura e mudanças familiares, rede de suporte, literacia, recursos financeiros, etc) e que resulta da interação da pessoa com o meio envolvente, a história de vida e dos recursos internos (Padilha & Sousa, 2017). Ocorre “um conjunto progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente” (Spirduso, 2005 citado por Bicudo, 2013 citado por DGS, 2017). Estas alterações predispõem a pessoa para desvios de saúde e condicionamentos na capacidade funcional e cognitiva, que se repercutem no autocuidado (Padilha & Sousa, 2017). O envelhecimento individual é, segundo Duarte (2014), citando a World Health Organization, um processo progressivo de mudança biopsicossocial da

⁸⁴ Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (PORDATA, 2016)

pessoa durante todo o ciclo de vida, e que pode ser condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos. As sociedades em geral, conscientes do forte impacto do envelhecimento populacional, e da necessidade de adaptações e respostas por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes, procuram que a qualidade dos anos de vida ganhos seja uma realidade. Segundo a DGS (2017), em Portugal, este último aspeto por mim mencionado, apresenta ainda potencial para melhorar. Urge o conceito de Envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015, é definido como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (Direção Geral de Saúde, 2017). Esta melhoria dependerá da participação individual da pessoa enquanto agente da sua própria saúde, e de uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar para a promoção da saúde dos cidadãos mais idosos de forma a que sejam garantidas as oportunidades para que tal aconteça. O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam (Direção Geral de Saude, 2018). A pessoa idosa precisa adequar o que deseja e o que é possível alcançar, objetivando os recursos individuais e coletivos acessíveis e disponíveis. Enquanto EEER, podemos contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis, e possa manter-se ativa, participativa e em segurança, e assim encontre a satisfação que irá ter uma influência muito positiva na sua saúde. De uma forma sumária, o desafio que se coloca às sociedades e aos profissionais de saúde, e EEER em particular ao intervir junto destas pessoas é a preservação da funcionalidade, criando oportunidades de participação em que deverá ser potenciada a experiência e sabedoria dos mais velhos (Padilha & Sousa , 2017).

Posto este preambulo, que me permitiu cimentar as minhas reflexões individuais acerca desta problemática, poderei concretizar para as minhas experiências em contexto de estágio. Deparei-me quer no hospital, quer na comunidade com situações de grande dependência de pessoas idosas, e conseqüentemente a influencia que essa mesma dependência traz para as famílias.

Recorrentemente, não parece haver na nossa sociedade respostas para a problemática de dependência dos idosos, seja ela temporária ou definitiva. Por outro lado, do que me foi possível observar, e apesar do conhecimento de que existem na sociedade programas que pretendem promover o envelhecimento ativo, essa informação nem sempre é do conhecimento da população, e em especial da população idosa. Na minha interação com os clientes, ao questionar sobre o acesso a apoio domiciliário ou a programas de apoio social, muitas vezes estes ou as famílias não tinham conhecimento nem da sua existência, nem de como aceder aos mesmos, eu própria tinha algumas dúvidas, embora no hospital a resposta às necessidades das pessoas ou o esclarecimento possa ser facilitado através dos serviços sociais. Identifico aqui necessidades de formação/informação, que me permitam alcançar a competência de EEER “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O ensino clínico na comunidade, permitiu-me de uma forma mais concreta, tomar conhecimento desta resposta social. Na Unidade de Cuidados Continuados (UCC), são vários os pedidos de avaliação de “casos sociais”, e ainda de intervenção da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), da qual fazem parte a equipa de enfermagem de reabilitação. Tive a oportunidade de participar numa reunião interdisciplinar, em que a Coordenadora da UCC explicava aos enfermeiros das diferentes valências da Unidade de Saúde Local (USL), a forma efetiva como devem realizar na plataforma existente para o efeito, os pedidos de avaliação das situações de vulnerabilidade identificadas, por parte da ECCI. Esta reunião veio evidenciar o interesse desta equipa em dar resposta de forma célere a todas as situações, embora, pelos recursos humanos limitados, nem sempre esta seja tão rápida quanto desejado. Este pedido, pode ser então feito por qualquer profissional de saúde (em meio hospitalar e comunitário). Nesta primeira semana de integração na UCC, pude assim perceber de uma forma sumária o modo como a equipa se organiza para dar resposta às necessidades da população, o que me permitiu, com o apoio da Enfermeira Orientadora (EO), alcançar competências que se relacionam com “capacita pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Na UCC [REDACTED] existe ainda o projeto “cuidar em parceria”, sendo que, na sua área de influência foram identificadas 11 instituições privada de solidariedade social que prestam apoio domiciliário a idosos e/ou acompanhamento em centro de

dia de utentes parcialmente dependentes. A UCC participa realizando cursos a ajudantes de ação direta (AAD) dos serviços de apoio domiciliário, dotando-os para uma melhor prestação de cuidados aos utentes dependentes. Neste aspeto particular, reconheço competências comuns de enfermeiro especialista tais como: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; do domínio da melhoria contínua da qualidade; do domínio da gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma, percebo que se cumpre o programa nacional para saúde das pessoas idosas que prevê uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que presta cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência, nomeadamente às pessoas idosas e suas famílias (Direção Geral de Saúde, 2017). Concretamente na ECCI, esta tem capacidade para dar resposta a 22 utentes, após visita domiciliária inicial em que é feita uma avaliação efetiva da pessoa quer pela EEER que se faz acompanhar por médico, técnica de apoio social ou psicóloga, é estabelecido um programa de intervenção que tem em conta as necessidades da pessoa, e que se traduzirá num plano de intervenção e em visitas de 2ª a sábado, de acordo com as necessidades identificadas e que terão a periodicidade mínima de 3 vezes semanais. Nestas visitas são implementadas as intervenções delineadas sejam elas de cuidado direto (exp. Pensos), de capacitação da pessoa alvo de cuidado (programas de reabilitação motora ou respiratória), e ainda de formação da pessoa (exp. Uso correto de ajudas técnicas) e/ou família/cuidador informal (exp. Posicionamento). Os clientes são atribuídos a um enfermeiro especialista que será o gestor desta situação – método enfermeiro gestor de caso – sendo que semanalmente a equipa se reúne para discutir o plano de intervenção, seus resultados e sua adequação se necessário. Como só existem 2 EEER, e por a maioria dos clientes necessitar e /ou beneficiar de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, o EEER é muitas vezes consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Ainda observei que a EO, é muitas vezes abordada para avaliar clientes, de forma a implementar programas de intervenção que possam posteriormente ser acompanhados pelo respetivo enfermeiro gestor.

No que diz respeito ao envelhecimento saudável, o seu objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa (Direção Geral de Saúde, 2017). Enquanto aluna com a ajuda do EO, tive regularmente na interação com o cliente idoso, a

oportunidade de perceber junto destes quais os seus objetivos pessoais, e de forma cuidada discutir ou aferir esses objetivos para o que era exequível, considerando a funcionalidade da pessoa. Exemplo concreto disso é o Sr J.R. que após internamento prolongado regressou ao domicílio emagrecido, acamado e dependente nos cuidados, embora consiga colaborar mobilizando-se na cama, colaborando no posicionamento, alimentação e higiene. Relativamente ao estado de consciência, está orientado no tempo, espaço e pessoa e motivado para a recuperação da sua autonomia e independência no autocuidado. O plano de intervenção elaborado teve em conta os objetivos pessoais do SR J.R. que deseja levantar-se e deambular de forma independente no domicílio. Identificado potencial para o alcance desse objetivo, foram delineados como objetivos do plano de intervenção prevenir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar e assegurar a permeabilidade das vias aéreas, o fortalecimento muscular dos 4 membros, a prevenção de rigidez articular e preservação da amplitude articular, a prevenção de úlceras de pressão e a prevenção de quedas. O Sr J.R. colabora de forma ativa em todo o processo de reabilitação, nomeadamente na mobilização no leito, mobilização ativa dos 4 membros com especial ênfase nos M membros inferiores (MI), posicionar-se colaborando na transferência da posição deitado para a posição sentado e pôr-se de pé. Com a melhoria progressiva da força muscular dos membros superiores (MS) e MI o Sr J.R. gradativamente consegue colocar-se na posição sentado e de pé de forma independente, e posteriormente andar com apoio de cuidador e/ou com apoio de auxiliar de marcha (andarilho) curtas distâncias que foram aumentando progressivamente. O Sr J.R. demonstra regularmente grande satisfação com o seu processo de evolução, fazendo questão de mostrar à EO os seus progressos, como por exemplo o dia em que, quando já sentado na cama com os pés no chão, disse à EO que gostava de lhe mostrar uma coisa, realizando o pôr-se de pé sozinho. A EO manifestou o seu contentamento de forma clara, o que me pareceu motivar ainda mais o Sr J.R. que verbalizou que estar mais próximo do seu objetivo “qualquer dia já estou a andar sozinho vai ver” (sic). A EO reafirmou isso mesmo e disse que de acordo com os progressos que ele revelava, e a sua motivação, brevemente conseguiriam ir à rua, sendo que para isso ele precisa descer um lance de escadas. Esta intervenção em particular evidencia competências de EEER tais como cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados, capacita a pessoa com limitação de atividade e/ou restrição de participação e maximiza a

funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Termino este JA, abordando a questão da resiliência, que se entende por capacidade de superar, de recuperar de adversidades. Entendo que cuidar de idosos tem tudo a ver com este aspeto, no sentido em que o EEER pode contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis e desse modo encontre a satisfação que irá ter uma influência muito positiva na sua saúde (Direção Geral de Saude, 2018). Identifico nestas pessoas a capacidade de ultrapassar adversidades, que potenciadas quer pelo EEER, quer pelos cuidadores formais com a ajuda ou intervenção educativa do EEER, pode potenciar claramente essa capacidade.

Bibliografia

Direção Geral de Saúde. (17 de Julho de 2017). Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2015. *Despacho n.º12427/2016*.

Direção Geral de Saude. (1 de 10 de 2018). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. *Envelhecimento Saudável*.

Duarte, C. M. (2014). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Idosa*. (Dissertação de Mestrado): Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Padilha, M., & Sousa, P. (2017). O autocuidado e o processo de envelhecimento. Em I. Lage, *Cuidados e Envelhecimento: Perspetivas da Enfermagem* (pp. 119-140). Lisboa: Coisas de Ler.

Apêndice XV – Reflexão
“Ptofobia ou Medo de cair e sua influência no processo de
reabilitação da pessoa idosa”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

Ptofobia ou Medo de cair

sua influência no processo de reabilitação da pessoa idosa

Discente: Maria Júlia Cunha, nº 8360

Enfermeiro Orientador: XXXXXXXXXX

Docente Orientador: Prof^a Doutora M^a do Céu Sá

Lisboa

2018

Neste sétimo Jornal de Aprendizagem (JA) objetivo abordar uma temática que me tem inquietado quando intervenho, e vejo os enfermeiros orientadores (EO) intervir junto de clientes idosos que já experienciaram uma queda, e o modo como esse evento, tendo ou não consequências gravosas para a pessoa, influencia o comportamento futuro dos mesmos, principalmente no que diz respeito à mobilidade.

Como referido em JA anterior, a Organização Mundial da Saúde e a Comissão da União Europeia, e conseqüentemente as sociedades em geral, consideram de grande importância todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável (Direção Geral de Saude, 2018). Este conceito, advém do facto de ser reconhecido que o processo de envelhecimento gera alterações físicas, psíquicas e sociais, conduzindo muitas vezes a situações de dependência e incapacidade (Duarte, 2014). O envelhecimento saudável pressupõe um equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção de objetivos que se desejam (Direção Geral de Saúde, 2017).

Assistimos muitas vezes na nossa sociedade a uma necessidade de institucionalização das pessoas mais velhas, em consequência da perda de autonomia e de independência. As famílias, e as sociedades face à dependência para o autocuidado ficam muitas vezes sem capacidade de dar uma resposta que permita à pessoa permanecer na sua casa, ou seja, esta incapacidade de resposta é um dos maiores preditivos de institucionalização, associado à condição de saúde, disponibilidade de serviços ou apoio alternativos. Por outro lado, é percebido que a funcionalidade da pessoa é determinada pela alteração da condição de saúde e é medida pelo contexto de cada um, seja ele no meio envolvente ou pessoal (Padilha & Sousa, 2017). Impõe-se assim, e para que a pessoa possa permanecer no seu domicílio e manter a sua autonomia, como fator determinante, a manutenção da independência funcional e a atividade social (Lage & Novais, 2017).

Um dos eventos mais frequentes na população mais idosa são as quedas, sendo que é esta a principal causa de mortalidade e morbidade neste grupo (Lage, Almendra, Braga, & Araújo, 2017). A queda é de causa multifatorial, entre outras encontram-se patologias ou comorbilidades associadas, alterações neurológicas ou cognitivas, perturbações do equilíbrio e da força muscular, diminuição da acuidade visual e ainda fatores relacionados com o ambiente em que a pessoa vive (Lage, Almendra, Braga, & Araújo, 2017).

A Ptofobia ou o medo de cair, é uma síndrome reconhecida desde 1982 por Murphy e Isaacs, após observarem em pessoas idosas a existência de medo para

andar após queda (Lage, Almendra, Braga, & Araújo, 2017). Este medo está associado à perda de confiança na manutenção do equilíbrio e à preocupação com a ocorrência de queda e com as consequências que possam daí advir. Esta temática foi abordada em aulas, mas nunca me ocorreu que fosse tão frequente. Durante a minha prática clínica enquanto aluna, recorrentemente a pessoa idosa que tenha ou não sofrido queda, verbaliza medo de cair, sendo que de forma assídua este mesmo sentimento as impede de se mobilizarem, preferindo muitas vezes permanecer na cama ou sentados, e por vezes recusar deambular. Neste sentido, a intervenção do EEER que visa reduzir os efeitos negativos das alterações relacionadas com o envelhecimento e/ou patologia/cirurgia associada, e manter ou recuperar a capacidade funcional, pode ficar limitada pela recusa ou medo da pessoa em andar. Por outro lado, a imobilidade ou menor mobilidade acarreta em si malefícios dos quais observei a perda de massa muscular associada à limitação da atividade física, e a diminuição da força, bem como a limitação da amplitude articular, o que predispõe para limitações funcionais e incapacidade progressiva. Consciente destes factos, o EEER deve procurar ter uma abordagem centrada na aquisição de competências pela pessoa, e que são necessárias para desempenhar as atividades em que entretanto tinha desenvolvido incapacidades (Marques-Vieira, Amaral, & Pontifice-Sousa, 2017), sendo que se torna predominante a capacidade de andar de forma independente com ou sem dispositivo de apoio. A salientar ainda que, deve ser também parte da sua intervenção minimizar os fatores de risco, de forma a promover uma melhor qualidade de vida, resultante de um elevado nível de funcionalidade e mínima dependência. Reconheço nestes aspetos anteriormente explicitados competências comuns de enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio da melhoria da qualidade; Domínio da gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Um aspeto que se destaca para mim neste ponto, e o que me fez considerar elaborar um JA sobre esta temática, foi a minha intervenção junto de uma cliente submetida a prótese total do joelho, no período pós-operatório, em contexto hospitalar, e a qual eu considerei bastante satisfatória, pelo impacto causado na cliente. Neste episódio, a Sr^a X de 75 anos vivia sozinha, demonstrava potencial e interesse no processo de reabilitação, mas recorrentemente verbalizava medo de cair. Tentei perceber como era o seu dia a dia antes da cirurgia, ela referiu que experienciava ptofobia, mas que tal sentimento não a impedia de deambular, embora a circunscrevesse na área em que o fazia, não se sentindo segura para sair

de casa sozinha. Era independente para o autocuidado, e cuidava da casa embora com apoio espaçado de uma cuidadora, e da filha que mantinha uma presença diária. Já na fase de treino de marcha, à verbalização do medo, tentei tranquilizá-la assegurando que estaria sempre presente e por perto. Em especial quando se abordou aumentar a distância e fazer treino de escadas, manifestou ansiedade visível na sua expressão facial, franzindo as sobrancelhas e mostrando uma maior abertura dos olhos, verbalizando “não sei se sou capaz, tenho medo de cair” (sic). Naquele momento recordei que lhe afirmei que deveria ver o medo de outro ponto de vista, dado que o facto de o sentir a deixaria mais alerta para os perigos, a faria mobilizar-se de modo mais atento, mais cauteloso e conseqüentemente mais seguro. Aquela afirmação, fez-lhe muito sentido, e disse que eu tinha razão, e que iria tentar. Reafirmei ainda que o mais importante seria neste momento manter a independência no domicílio, de forma segura, readquirir confiança na marcha e quando plausível para a mesma, sair de casa. Expus ainda que apesar de usar canadianas no treino, se assim o considerasse, poderíamos alterar o dispositivo de ajuda para o andarilho. Alvitro desenvolvimento de competências de “Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro” (B3), e por outro lado a nível pessoal penso que esta experiência desenvolveu o autoconhecimento e a assertividade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Todo o treino decorreu sem intercorrências, e apesar de manifestar receio no treino de escadas executou sem erros e sem problemas. No final verbalizou contentamento com o que conseguiu alcançar. Pelo facto de ter sido envolvida no seu processo de reabilitação, fez com que sentisse uma maior autonomia e por isso aparentemente mais empenhada em cumprir o planeado em conjunto. Desta forma penso ter desenvolvido competências de EEER que se relacionam com “Capacita a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e ainda “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Saliento ainda outras situações como a de uma Sr^a com cerca de 70 anos que se encontrava hospitalizada por fratura do colo do fémur, sendo que era o terceiro evento de queda, sendo este o com maior impacto. Neste caso particular o medo sobrepunha-se à vontade de realizar marcha, sendo que aceitava a dependência no autocuidado e afirmava que não tinha condições de se autocuidar nem de ir para o domicílio já que vivia sozinha, pelo que estava a organizar tudo para ir para uma residência sénior. Durante todo o processo de reabilitação colaborava nas

mobilizações ativas e assistidas dos MI, e na transferência da cama para o cadeirão, mas manifestava sempre que se colocava em posição ortostática medo intenso, e verbalizava que não era capaz. Progressivamente, e com muita persistência por parte do EO aceitou deambular pequenas distâncias sendo que não ia ao WC (que era no quarto) dando alguns passos e fazendo o restante do percurso em cadeira de rodas. Neste caso concreto e apesar de não ter nenhuma limitação motora aparente, nem dor, o medo era superior o que a impedia de me mobilizar de forma independente (com ou sem dispositivo de ajuda). Segundo Lage et al (2017) o medo de cair depende de vários fatores, dos quais se destacam os de ordem física associado à diminuição do equilíbrio e às alterações da mobilidade, e os de ordem psicológica associados à diminuição da autoestima, perda de autoconfiança e a sintomas depressivos (Lage, Almendra, Braga, & Araújo, 2017).

Já em contexto comunitário, nas experiências que vivenciei, observei a influência positiva do facto de estarem no seu domicílio e junto dos seus familiares, que desempenham uma influência fundamental incentivando o idoso a realizar o treino. Nesta perspetiva, e abordando a situação oposta, vemos que a institucionalização é vista como um dos fatores condicionantes da perda de autonomia e independência das pessoas idosas, por terem a necessidade de se adaptarem num ambiente estranho, privadas do seu espaço e com necessidade de cumprirem regras instituídas, e sujeitas a uma rotina própria de uma instituição (Lage & Novais, 2017). Neste contexto, não só o EEER contribui para o processo de reabilitação ensinando, instruindo e treinando a pessoa, como através da conceção de planos individuais e prescrevendo exercícios que a pessoa deverá cumprir, e ainda capacitando o cuidador informal para o processo (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Por outro lado, saliento neste contexto, limitações que se relacionam com o espaço físico, que foi abordado anteriormente, neste aspeto particular a queda pode ser potenciada pelas barreiras físicas existente do domicílio, que são fatores preditivos deste evento. Observo ainda dificuldade no treino de marcha pela imitação espacial já que as casas dispõem de espaços pequenos em especial entre o mobiliário, o que limita a mobilidade. No caso concreto do cliente (abordado em JA anterior), este espaço é muito restrito pelo que mesmo quando este tiver ganho uma maior independência na marcha, este aspeto poderá ser limitador na mobilidade entre o quarto e o restante espaço da casa. A intervenção do EEER é assim substancial, modificando fatores limitadores da participação, o que acomete para competências de enfermeiro especialista como “cria e mantém um ambiente

terapêutico seguro” mais concretamente promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos, bem como, competências específicas de EEER relacionadas com “promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde. (17 de Julho de 2017). Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2015. *Despacho n.º12427/2016*.
- Direção Geral de Saude. (1 de 10 de 2018). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. *Envelhecimento Saudável*.
- Duarte, C. M. (2014). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Idosa*. (Dissertação de Mestrado): Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Lage, I., & Novais, R. (2017). Envelhecimento e institucionalização: Estudo e variáveis e referência. Em I. Lage, *Cuidados e Envelhecimento: Perspetivas de enfermagem* (pp. 161-185). Lisboa: Coisas de Ler.
- Lage, I., Almendra, M., Braga, F., & Araújo, O. (2017). A pessoa idosa institucionalizada: O risco de queda, a queda e o medo de cair. Em I. Lage, *Cuidados e Envelhecimento: Perpetivas da Enfermagem* (pp. 187-212). Lisboa: Cosas de Ler.
- Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontifice-Sousa, P. (2017). Contributos para um envelhecimento ativo. Em C. M. Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo do ciclo de vida* (pp. 525-534). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Padilha, M., & Sousa, P. (2017). O autocuidado e o processo de envelhecimento. Em I. Lage, *Cuidados e Envelhecimento: Perspetivas da Enfermagem* (pp. 119-140). Lisboa: Coisas de Ler.

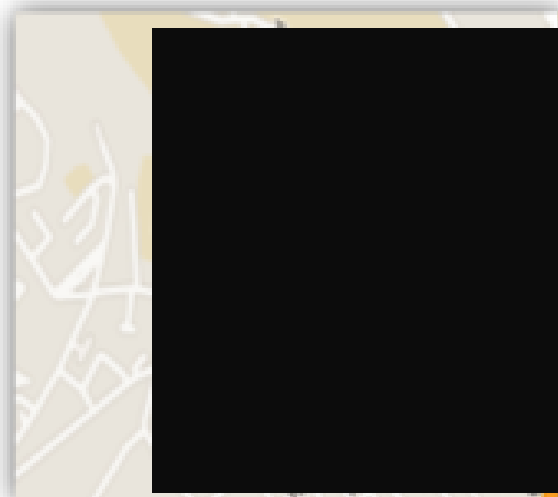
Apêndice XVI – Panfleto
“Prevenção Úlceras de Pressão”

UCC

Recomendações:

CUIDADOS COM A PELE:

- Observar a pele diariamente;
- Manter a pele limpa e seca (especial cuidado zona da fralda que deve ser limpa frequentemente);
- Lavar o corpo com água morna e sabão suave (sem esfregar) e secar usando tecidos suaves;
- Massajar a pele usando creme hidratante;
- Usar roupa limpa e seca;
- Mudar posicionamento da pessoa na cama regularmente **OU** Evitar permanecer na mesma posição muito tempo **ou** mais de 3 horas
- Evitar "arrastar" a pessoa na cama???
- Manter uma alimentação e ingestão de água equilibrada;



UCC

Calçada da Tapada, 116, 3º-4º andar
1300-651 Alcanhões
ucc.consigo@esrel.mn-saude.pt

Tel: 213 63 1476
Fax: 213 63 1476

Realizado por alunos do 9º CMER da ESEL: Júlia Cunha, 8360

Orientador: EEER /

Docente: Profª Drª Mª do Céu Sá



UCC

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

EQUIPA da UCC

Prevenção Úlceras De Pressão

Tel.:

Prevenção Úlceras de Pressão UCC

...lesão ou ferida dolorosa, localizada normalmente sobre uma proeminência óssea e causada pela pressão prolongada e/ou pelo atrito/fricção.

Principais zonas de pressão a evitar de acordo com a posição da pessoa...

Decúbito Dorsal



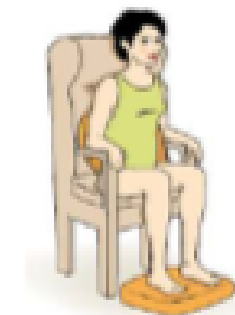
Decúbito Lateral



Sentado



Posicionar a pessoa evitando pressão nas zonas de proeminência óssea e mantendo o alinhamento corporal...

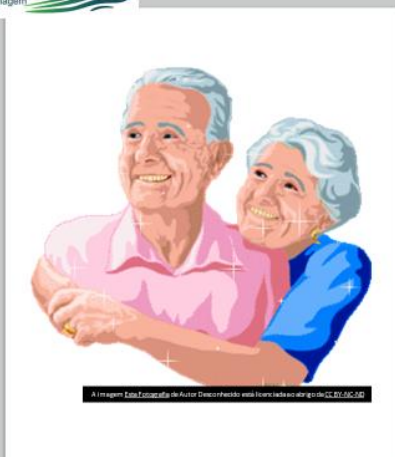


Apêndice XVII - Sessão de Formação Enfermeiros
“Promover a Mobilidade na Imobilidade – Exercícios
Respiratórios”

Docente:
Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Sá
Enfermeiras Orientadoras:
EER [redacted]
EER [redacted]

Discentes: [redacted]
Julia Cunha

9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Janeiro 2019



A imagem Esta Fotografia de Autor Desconhecido está licenciada sob a licença da CC BY.

PROMOVER A MOBILIDADE... ..NA IMOBILIDADE



Mobilidade...



A imagem Esta Fotografia de Autor Desconhecido está licenciada ao abrigo da CC BY.



IMOBILIDADE...

Grave problema de saúde pública...

... danos na saúde

... impede a independência.



A imagem Esta Fotografia de Autor Desconhecido está licenciada ao abrigo da CC BY-NC-ND

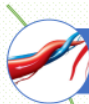
O período prolongado no leito afeta todos os sistemas orgânicos de uma forma global e holística



A imagem Esta Fotografia de Autor Desconhecido está licenciada ao abrigo da CC BY-NC-ND

Consequências da Imobilidade...

Consequências da Imobilidade



Défice retorno venoso + Aumento sobrecarga cardíaca + Hipotensão ortostática + Risco trombose venosa profunda



Restrição movimento torácico + respiração superficial + acumulação de secreções + limpeza vias aéreas ineficaz + risco infeções respiratórias
Desequilíbrio ventilação/perfusão



Perca de força e massa muscular e consequente atrofia muscular
Perca progressiva de densidade óssea e risco osteoporose
Formação de aderências articulares

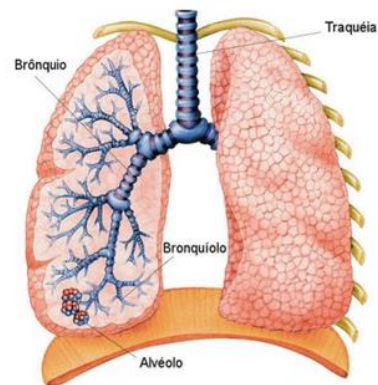


Pressão direta tecidos moles e fricção aumenta risco Ulceras Pressão



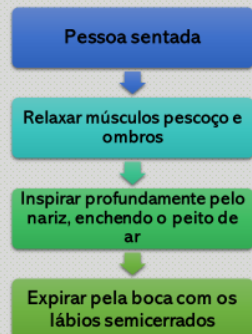
Exercícios a realizar no leito

A imagem Esta Fotografia de Autor Desconhecido está licenciada ao abrigo de [CC BY-SA-NC](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



A imagem Esta Fotografia de Autor Desconhecido está licenciada ao abrigo de [CC BY-SA-NC](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

1. Consciencialização e Dissociação tempos respiratórios



Fonte imagem: Marques, A., Figueiredo, D., Jacome, C., & Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? Loures: Lusodidacta.*

2. Respiração abdomino-diafragmática

01

Colocar a mão no abdómen

02

Inspirar profundamente "transportando o ar" até ao abdómen, que deve elevar-se

03

Expirar com os lábios semicerrados enquanto o abdómen se "esvazia".



Foto imagens: Marques, A., Figueiredo, D., Jacome, C., & Cruz, J. (2016). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? Louris: Larodidacta

3. Costais Globais (flexão/extensão MS)



Flexão dos braços enquanto inspira profunda e lentamente

Extensão dos braços enquanto expira lentamente com os lábios semicerrados



Foto imagens: Marques, A., Figueiredo, D., Jacome, C., & Cruz, J. (2016). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? Louris: Larodidacta

4. Costais Globais abdução/adução MS

Abdução do ombro enquanto **INSPIRA** pelo nariz lentamente;



Adução do ombro enquanto **EXPIRA** pela boca com lábios semicerrados lentamente;

Foto imagens: Marques, A., Figueiredo, D., Jacome, C., & Cruz, J. (2016). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? Louris: Larodidacta

5. Huff

Inspirar profundamente pelo nariz;

Abrir a boca

Expiração rápida e forte como se embaciasse um espelho;



Fonte imagens: Marques, A., Figueiredo, D., Jacome, C., & Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora?* Loures: Lusodidacta.

6. Tosse dirigida

Ligeira flexão do tronco;

Abraçar a barriga com os braços (pode usar-se uma almofada);

Inspirar profundamente

Tossir com força enquanto empurra a barriga com as mãos (3xs);



<https://docplayer.com.br/55364438-Alergia-em-pessoas-idosas.html>

Esquema completo:



Relaxar e tomar consciência da respiração



Respiração Abdominal



Costal Global flexão/extensão MS



Costal Global Abdução/adução MS



Tosse dirigida ou Huff

Fonte imagens: Marques, A., Figueiredo, D., Jacome, C., & Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora?* Loures: Lusodidacta.



Flyer proposto para Apoio no domicílio



Referências Bibliográficas

- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). *Manual de Boas práticas na reabilitação respiratória*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com avc: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Marques, A., Figueiredo, D., Jácome, C., & Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora?* Loures: Lusodidacta.



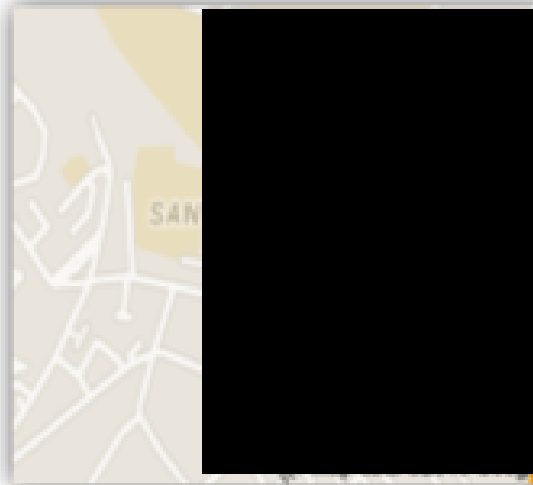
Apêndice XVIII - Panfleto
“Exercícios Respiratórios”

UCC

Recomendações:

A saúde dos seus pulmões desempenha um papel fundamental para uma vida ativa...

- Siga as orientações do seu médico;
- Faça uma Alimentação equilibrada;
- Mantenha uma vida ativa;
- Pratique exercício físico regularmente;
- Faça caminhadas enquanto controla a sua respiração;
 - (20 a 30 min – 3xs semana)



UCC

Realizado por aluna do 9º CNER da ESEL: Júlia Cunha, 8360
Orientador: EBER
Docente: Profª Drª Mª do Céu Sá



UCC

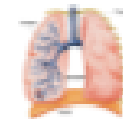
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

EQUIPA da UCC

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

Tel.:

Exercícios Respiratórios UCC



1. Controlar a Respiração

Sente-se confortavelmente.

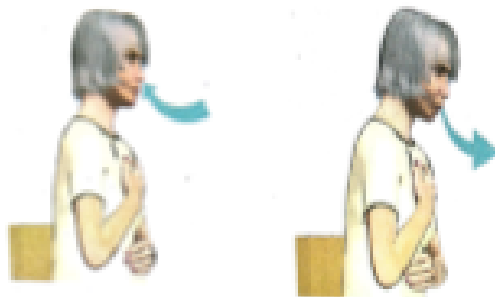
Relaxe pescoço e ombros.

Respire lentamente fazendo o **ar entrar** pelo nariz (como se cheirasse uma flor) e o **ar sair** pela boca com os lábios semi-cerrados (como se soprasse uma vela);



2. Respiração Abdominal

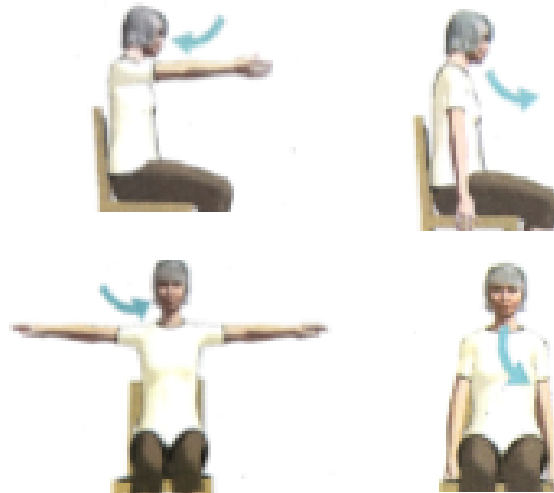
Coloque a mão na sua barriga e quando **inspira** (o ar entra) observe a sua mão subir, e quando **expira** (o ar sai) a sua mão desce.



3. Respiração Costal

COM OS BRAÇOS

Eleve os braços enquanto **inspira** pelo nariz;
Baixe os braços enquanto **expira** pela boca.



COM AS PERNAS

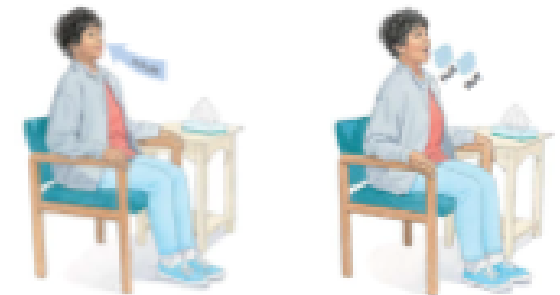
Deitado, costas apoiadas, dobre os joelhos e **inspire** profundamente pelo nariz.
De seguida, eleve a perna e **expire** pela boca.



4. Limpeza das vias aéreas

HUFF

Encha bem o peito de ar, de seguida abra a boca e deite o ar fora, de forma rápida e forte, como se embaciásse um espelho.



TOSSE EFICAZ

Encha bem o peito de ar, incline o tronco para a frente, abra a boca e tussa com a maior força que conseguir.



ANEXOS

Anexo I – Escala PEDI

Pediatric Evaluation of Disability Inventory

O Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) foi desenvolvido para fornecer um acesso clínico compreensivo das capacidades funcionais chave e capacidade de realização em crianças com idades entre 6 meses e 7 anos.

A capacidade de realização funcional é medida pelo nível de ajuda que a criança necessita para desenvolver actividades mais difíceis e pela de assistência prestada pelo equipamento usado pela criança

População

Crianças com incapacidade, com idades entre os 6 meses e 7 anos

Tempo para aplicação

Depende do formato

Preparação

Requer treino específico

Instruções

Manual detalhado do teste PEDI

Escala

- Formato – relato dos pais/entrevista estruturada ou administrada por profissionais ou por uma combinação dos dois métodos.

- Sub escalas – mede a capacidade funcional em 3 domínios de conteúdos:

- 1. Cuidados pessoais (73 itens)
- 2. Mobilidade (59 itens)
- 3. Função social (65 itens)

Existem 3 secções de medição distintas:

1. Check-list de capacidades funcionais
2. Assistência de “cuidadores”
3. Escala de modificação

- Pontuação – os itens são pontuadas numa escala de 6 pontos

0= Assistência total e 5= Independente

Existe também uma escala de modificação para indicar necessidade de modificação nas rotinas.

A capacidade funcional é medida pela identificação das habilidades em que a criança tenha demonstrado maior competências

As pontuações são registadas num livro que também contém uma folha de pontuação sumária que pode ser usada para construir um perfil da performance da criança ao longo dos diferentes domínios e escalas.

Está também disponível um software para os dados de entrada, pontuação e geração de perfis.

- Resultados – a PEDI mostrou dar resposta em todos os domínios para crianças com traumas menores, e nos domínios dos cuidados pessoais e mobilidade para crianças com incapacidade grave.

Serviço de Pediatria [REDACTED]
Unidade de Desenvolvimento

Inventário para Avaliação do Comportamento Adaptativo Infantil
"PEDI"- Pediatric Evaluation of Disability Inventory

Versão 1.0

Stephen M. Haley, Ph. D., P. T., Wendy J. Coster, Ph. D., OTR/L, Larry H. Ludlow, Ph. D., Jane T. Haltiwanger, M.A., Ed. M., Peter J. Andrellos, Ph. D.

Tradução e Adaptação [REDACTED]

Identificação da Criança

N.º do Processo: _____

Nome: _____

Sexo: M F Grupo Étnico ou Raça: _____

Idade: Dia Mês Ano
Data da Entrevista: _____ _____ _____
Data de Nascimento: _____ _____ _____
Idade Cronológica: _____ _____ _____

Diagnóstico: Orgânico _____
Desenvolvimento _____
Emocional/Comportamental _____

Internado em Hospital Vive com a Família
 Cuidados Intensivos Vive em Lar Residencial
 Reabilitação Outro: _____
 Outro: _____

Nível de Escolaridade: _____

Identificação do Entrevistado

Nome: _____ Sexo: M F

Relação com a Criança: _____

Tipo de Trabalho: _____

Escolaridade: _____

Identificação do Entrevistador

Nome: _____

Posição: _____

Dados Sobre a Avaliação

Enviado por: _____

Motivo: _____

Parte I - Critérios de Registo

- | | |
|---|--|
| 0 | Não Faz, ou tem limitações que impedem que realize a actividade na maioria das vezes |
| 1 | Faz, ou o item refere-se a uma acção adquirida previamente num nível inferior |

Parte I: Habilidades Funcionais

Cuidados Pessoais

| | Não Faz | Faz |
|---|------------|-----|
| | 0 | 1 |
| A. Texturas Alimentares | | |
| 1. Come purês/cremes | | |
| 2. Come alimentos moidos/triturados | | |
| 3. Come alimentos sólidos cortados em pequenos pedaços | | |
| 4. Come alimentos com todas as texturas (inclui comer alimentos com diferentes texturas ao mesmo tempo) | | |
| B. Utilização de Talheres | | |
| 5. Come com os dedos | | |
| 6. Enche a colher e leva-a à boca | | |
| 7. Usa bem a colher | | |
| 8. Usa bem o garfo | | |
| 9. Usa a faca para colocar manteiga no pão ou cortar alimentos moles | | |
| C. Uso de Utensílios para Beber | | |
| 10. Segura na garrafa ou copo com adaptador (o adulto pode ajudar a colocar o copo na posição correcta, mas a criança é capaz de o segurar) | | |
| 11. Levanta o copo aberto, inclina-o para beber, mas ainda pode entornar | | |
| 12. Levanta o copo de modo seguro com as duas mãos | | |
| 13. Levanta o copo de modo seguro com uma mão | | |
| 14. Despeja líquidos para um recipiente | | |
| D. Lavagem dos Dentes | | |
| 15. Abre a boca para que lhe lavem os dentes (coopera) | | |
| 16. Segura na escova de dentes (tenta lavar os dentes) | | |
| 17. Escova os dentes, mas não completamente (o adulto tem ainda de repetir a lavagem) | | |
| 18. Escova os dentes completamente (o adulto pode lembrá-la de alguns pontos importantes) | | |
| 19. Prepara a escova com pasta para lavar os dentes (o adulto pode supervisionar, mas não ajuda) | | |
| E. Escovar o Cabelo | | |
| 20. Segura a cabeça na posição pedida para que lhe escovem o cabelo (coopera) | | |
| 21. Leva a escova ao cabelo (pode fazê-lo durante as brincadeiras) | | |
| 22. Penteia ou escova o cabelo (o adulto apenas ajuda a desembaraçar ou a separar o cabelo) | | |
| 23. Desembaraça e divide o cabelo (apenas necessita de ajuda em penteados complicados) | | |

| | 0 | 1 |
|---|---|---|
| F. Asseio Nasal | | |
| 24. Permite que o assoem (se a criança recusa porque quer fazer sozinha. pontua) | | |
| 25. Assoa-se a um lenço seguro por um adulto | | |
| 26. Limpa o nariz a um lenço sem ajuda física, a pedido (pode não se assoar. mas apenas limpar) | | |
| 27. Limpa o nariz a um lenço, sem ser lembrado (pode não se assoar. mas limpar) | | |
| 28. Assoa-se sem ser lembrado | | |
| G. Lavagem das Mãos | | |
| 29. Coloca as mãos em posição para que lhas lavem (coopera) | | |
| 30. Esfrega as mãos uma na outra, para as limpar (contudo o adulto tem de lhas limpar em seguida) | | |
| 31. Abre e fecha a torneira; pega no sabonete | | |
| 32. Lava completamente as mãos | | |
| 33. Seca completamente as mãos | | |
| H. Lavagem da Face e do Corpo | | |
| 34. Tenta lavar algumas partes do corpo | | |
| 35. Lava-se completamente, não incluindo a cara | | |
| 36. Obtém sabonete e usa-o | | |
| 37. Seca-se completamente (o adulto lembra-a de pormenores e seca-lhe a face) | | |
| 38. Lava e seca a face completamente | | |
| I. Vestir Camisolas/Roupas Abertas à Frente | | |
| 39. Ajuda, por exemplo empurrando os braços pelas mangas | | |
| 40. Despe uma t-shirt, camisola ou vestido sem fechos | | |
| 41. Veste uma t-shirt, camisola ou vestido sem fechos | | |
| 42. Veste e despe uma peça de roupa aberta à frente. sem fechos | | |
| 43. Veste e despe peças de roupa abertas à frente com fechos laterais ou frontais | | |
| J. Fechos | | |
| 44. Tenta ajudar o adulto no manuseamento de fechos | | |
| 45. Fecha e abre fechos (não incluindo ganchos) | | |
| 46. Fecha e abre colchetes | | |
| 47. Abotoa e desabotoa botões | | |
| 48. Fecha e abre fechos (incluindo ganchos iniciais) | | |
| K. Calças | | |
| 49. Ajuda, por exemplo empurrando as pernas pelas calças | | |
| 50. Despe calças com cintura elástica | | |
| 51. Veste calças com cintura elástica (o adulto pode dar ajuda verbal) | | |
| 52. Despe calças desabotoando-as ou abrindo o fecho (não inclui fivelas de cintos) | | |
| 53. Veste calças abotoando-as ou fechando os fechos (não inclui fivelas de cinto) | | |

| L. Sapatos/Meias | | |
|--|--|--|
| 54. Tira as meias e sapatos desapertados | | |
| 55. Calça sapatos desapertados (pode receber ajuda verbal do adulto para os orientar correctamente) | | |
| 56. Calça as meias (colocando o calcanhar correctamente) | | |
| 57. Calça sapatos orientados correctamente (fecha e abre fechos de Velcro) | | |
| 58. Ata os sapatos | | |
| M. Toilete | | |
| 59. Ajuda na gestão da roupa (por exemplo: alinha as peças de roupa que lhe são dadas) | | |
| 60. Tenta limpar-se após o uso da sanita | | |
| 61. Senta-se na sanita, alcança e usa o papel higiénico e o autoclismo (podem ser necessárias adaptações ambientais) | | |
| 62. Veste-se e despe-se antes e depois do uso da casa de banho (sem necessitar de ajuda com fechos, excepto quando a criança está habituada a roupa prática como calças de cintura elástica) | | |
| 63. Limpa-se completamente após o uso da sanita (inclui a eliminação de fezes) | | |
| N. Controlo Vesical | | |
| 64. Dá sinal de fralda molhada | | |
| 65. Ocasionalmente, mostra vontade de urinar (o sinal pode coincidir com o início do urinar) | | |
| 66. Mostra vontade de urinar a tempo de ir à casa de banho (consegue esperar até estar sentada na sanita/bacio) | | |
| 67. Dirige-se à casa de banho para urinar (pode necessitar de ajuda nas tarefas de toilete) | | |
| 68. Geralmente mantém-se seco de dia e de noite | | |
| O. Controlo Intestinal | | |
| 69. Dá sinal de fralda suja | | |
| 70. Ocasionalmente, mostra necessidade de evacuar (o sinal pode coincidir com o início) | | |
| 71. Mostra vontade de evacuar a tempo de ir à casa de banho (geralmente consegue espera até estar sentada na sanita/bacio) | | |
| 72. Distingue entre a necessidade de urinar e de evacuar | | |
| 73. Dirige-se à casa de banho para evacuar (pode necessitar de ajuda nas tarefas de toilete) | | |
| <i>Soma do Domínio dos Cuidados Pessoais</i> | | |

Mobilidade

| | 0 | 1 |
|--|---|---|
| A. Mobilidade na Sanita | | |
| 1. Senta-se se suportado por equipamento ou por adulto | | |
| 2. Senta-se, sem apoio, na sanita ou bacio | | |
| 3. Senta-se e levanta-se de sanita baixa ou de bacio | | |
| 4. Senta-se e levanta-se de sanita para adultos | | |
| 5. Senta-se e levanta-se sem necessitar de ajuda dos seus braços | | |
| B. Mobilidade em cadeiras | | |
| 6. Mantém-se sentada se suportada pelo adulto ou por equipamento (pode necessitar de ajuda para se sentar) | | |
| 7. Mantém-se sentada sem suporte em cadeira ou banco | | |
| 8. Trepas e desce de cadeira baixa | | |
| 9. Senta-se e sai da cadeira de adulto com a ajuda dos seus braços (transfere-se de cadeira de rodas para outra cadeira sem ajuda) | | |
| 10. Senta-se e levanta-se de cadeira sem ajuda dos braços | | |
| C. Mobilidade no Automóvel | | |
| 11. Move-se dentro do automóvel; senta-se e levanta-se do banco do carro sem ajuda | | |
| 12. Entra e sai do automóvel com pouca ajuda ou instrução | | |
| 13. Entra e sai do automóvel sem ajuda | | |
| 14. Lida bem com o cinto de segurança (aperta-o e solta-o) | | |
| 15. Entra e sai do carro; abre e fecha as portas (inclui entrar e sair sozinho e lidar com o cinto de segurança) | | |
| D. Mobilidade e Transferências na Cama | | |
| 16. Na cama, levanta-se para a posição de sentado e vice-versa | | |
| 17. Na beira da cama, passa de deitado para sentado e o contrário | | |
| 18. Entra e sai da cama com ajuda dos braços (transfere-se de cadeira de rodas para a cama e o contrário) | | |
| 19. Entra e sai da cama sem ajuda dos seus braços | | |
| E. Mobilidade na Banheira | | |
| 20. Senta-se na banheira se suportado por equipamento ou pelo adulto | | |
| 21. Senta-se sem suporte e move-se na banheira | | |
| 22. Trepas para dentro e para fora da banheira (ou transfere-se para uma cadeira de banho) | | |
| 23. Senta-se e levanta-se dentro da banheira (pode apoiar-se ou precisar de supervisão) | | |
| 24. Entra e sai de uma banheira de adulto | | |
| F. Métodos de Locomoção no Interior | | |
| 25. Rola, reptas ou rasteja no chão (locomove-se de qualquer maneira) | | |
| 26. Anda com suporte (apoia-se na mobília, adulto ou aparelho de suporte) | | |
| 27. Anda sem suporte | | |

| G. Locomoção no Interior: Distância/Velocidade | | |
|---|--|--|
| 28. Move-se numa sala com dificuldade - 10 passos (anda devagar se comparada com os pares) | | |
| 29. Move-se numa sala sem dificuldade | | |
| 30. Move-se entre salas, mas com dificuldade (anda devagar se comparada com os pares) | | |
| 31. Move-se entre salas sem dificuldades - cerca de 50 passos | | |
| 32. Move-se no interior; abre e fecha as portas sem ajuda | | |
| H. Locomoção no Interior: Transporte de Objectos | | |
| 33. Muda intencionalmente de lugar | | |
| 34. Move objectos ao longo do chão (rola uma bola; puxa um brinquedo) | | |
| 35. Transporta objectos pequenos com uma só mão (pode transportá-los no colo se usar cadeira de rodas) | | |
| 36. Transporta objectos grandes, segurando-os com as duas mãos (pode transportá-los no colo se usar cadeira de rodas) | | |
| 37. Transporta objectos frágeis (pode transportá-los no colo se usar cadeira de rodas) | | |
| I. Métodos de Locomoção no Exterior | | |
| 38. Marcha com suporte, apoiando-se em adultos, ou dispositivos próprios | | |
| 39. Marcha sem suporte | | |
| J. Locomoção no Exterior: Distância/Velocidade | | |
| 40. Move-se cerca de 10 a 50 passos (pode apoiar-se) | | |
| 41. Move-se cerca de 50 a 100 passos | | |
| 42. Move-se cerca de 100 a 150 passos (\approx 35 a 50 metros) | | |
| 43. Move-se mais de 150 passos, com dificuldade (devagar para a idade e com muito esforço) | | |
| 44. Move-se mais de 150 passos sem dificuldade | | |
| K. Locomoção no Exterior: Superfícies | | |
| 45. Move-se em superfícies lisas | | |
| 46. Move-se em piso levemente irregular | | |
| 47. Move-se em piso acidentado e irregular (por exemplo: rua de cascalho) | | |
| 48. Move-se para cima e para baixo em rampas inclinadas | | |
| 49. Sobe e desce bermas de passeios sem cair | | |
| L. Subir Escadas | | |
| 50. Trepá degraus, subindo 1 a 11 degraus | | |
| 51. Trepá degraus, subindo 12 a 15 degraus | | |
| 52. Sobe escadas de pé, podendo apoiar-se ao corrimão (menos de 12 degraus) | | |
| 53. Sobe escadas de pé com dificuldades, podendo apoiar-se no corrimão (mais de 12 degraus) | | |
| 54. Sobe uma escada completa sem dificuldades, podendo apoiar-se no corrimão | | |

| | 0 | 1 |
|---|---|---|
| M Descer Escadas | | |
| 55. Desce degraus (1 a 11) de qualquer forma | | |
| 56. Desce degraus (12 a 15) de qualquer forma | | |
| 57. Desce alguns degraus (menos de 11) de pé, podendo apoiar-se no corrimão | | |
| 58. Desce uma escada completa de pé com dificuldades, podendo apoiar-se no corrimão | | |
| 59. Desce uma escada completa de pé, sem dificuldades, podendo agarrar-se ao corrimão | | |
| <i>Soma do Domínio da Mobilidade</i> | | |

Funcionamento Social

| | 0 | 1 |
|--|---|---|
| A. Compreensão do Significado das Palavras | | |
| 1. Orienta-se para o som (olha e/ou vira a cabeça) | | |
| 2. Responde ao não (para momentaneamente); reconhece o seu nome e o de pessoas familiares | | |
| 3. Compreende 10 palavras | | |
| 4. Compreende quando se fala sobre relações entre pessoas e/ou objectos visíveis, sem necessidade de apontar ("este é o casaco do João e este é o teu") | | |
| 5. Compreende quando se fala de uma sequência de eventos; compreende noções de tempo como o antes e depois, embora não compreenda o significado de ontem ou amanhã | | |
| B. Compreensão de Frases Complexas | | |
| 6. Compreende frases curtas sobre objectos e pessoas familiares | | |
| 7. Compreende ordens (com uma instrução) com palavras que descrevam pessoas ou objectos (vai buscar a bola grande) | | |
| 8. Entende direcções que descrevem a localização de um objecto (a bola está por baixo da mesa) | | |
| 9. Compreende ordens (com duas instruções), que utilizem antes/depois; primeiro/segundo | | |
| 10. Compreende duas frases referentes ao mesmo assunto, mas de forma diferente (Vamos ao jardim. O que queres fazer lá?) | | |
| C. Uso Funcional da Comunicação | | |
| 11. Nomeia objectos (no mínimo dez palavras ou sinais) | | |
| 12. Usa gestos e palavras específicas para pedir algo a alguém ("Dá copo" + Apontar para o copo, por exemplo) | | |
| 13. Questiona o adulto na procura de informações (não basta dizer: "porquê?"; a criança tem de estar interessada na resposta; mais uma vez, esta habilidade pode ser demonstrada por gestos) | | |
| 14. Descreve um objecto ou acção (deve mostrar esta situação em relação a diferentes objectos/acções) | | |
| 15. Verbaliza os seus pensamentos ou acções | | |

| | 0 | 1 |
|---|---|---|
| D. Complexidade da Comunicação Expressiva | | |
| 16. Usa gestos com significado específico | | |
| 17. Usa palavras com significado | | |
| 18. Usa frases de duas palavras frequentemente | | |
| 19. Usa frases de quatro a cinco palavras | | |
| 20. Relaciona dois ou mais pensamentos para contar uma história coerente | | |
| E. Resolução de Problemas | | |
| 21. Tenta mostrar a situação problemática ao adulto, ou comunicar que precisa de ajuda (não bastam vocalizações vagas) | | |
| 22. Quando confrontada com uma situação problemática, a criança tem de ser imediatamente ajudada ou ela desiste (quando é ajudada consegue acalmar-se e tenta resolver o resto da situação) | | |
| 23. Quando confrontada com uma situação problemática, a criança consegue pedir ajuda e esperar um pouco pela ajuda do adulto (acalma-se quando o adulto lhe diz que já vai) | | |
| 24. Geralmente consegue descrever o problema e os seus sentimentos perante ele (A casa caiu! É má!) | | |
| 25. Face a um problema comum, a criança consegue propor soluções | | |
| F. Jogo Social Interactivo com Adultos | | |
| 26. Mostra interesse nos outros (sorri, vocaliza, ...) | | |
| 27. Inicia um jogo familiar (encosta-se aos joelhos do adulto e diz: cavalo, por exemplo) | | |
| 28. Joga à vez com o adulto, segundo as instruções deste (o adulto diz quando e o que fazer) | | |
| 29. Tenta imitar a acção do adulto durante o jogo | | |
| 30. Durante o jogo, a criança dá sugestões | | |
| G. Interação com os Pares | | |
| 31. Nota a presença de outras crianças, vocaliza, olha ou gesticula na sua direcção | | |
| 32. Interage com outras crianças durante breves ou simples episódios (as interações surgem espontaneamente, por exemplo: carros que chocam) | | |
| 33. Tenta planear uma actividade para desenvolver em conjunto com uma criança (pode dar a ideia inicial, mas depois cada um intervém segundo a sua vontade) | | |
| 34. Planeia e desenvolve actividades de cooperação com outras crianças | | |
| 35. Envolve-se em actividades ou jogos de regras | | |
| H. Jogo com Objectos | | |
| 36. Manipula objectos ou brinquedos intencionalmente | | |
| 37. Usa objectos reais ou de substituição em sequências simples de jogo de faz de conta (ainda não constrói uma história, mas pequenos episódios) | | |
| 38. Junta materiais para construir algo | | |
| 39. Cria rotinas de faz-de-conta extensas (ligadas ao seu quotidiano) | | |
| 40. Cria sequências elaboradas de faz-de-conta imaginárias (pode representar ou usar bonecas, as histórias são imaginadas e não retiradas completamente de livros, televisão, ...) | | |

| | 0 | 1 |
|---|---|---|
| I. Identificação | | |
| 41. Diz o seu nome próprio | | |
| 42. Diz o primeiro e o último nome | | |
| 43. Diz o seu nome e dá algumas informações descritivas sobre os membros da família | | |
| 44. Diz a sua morada completa (se estiver internada diz o nome da instituição e o n.º da sala) | | |
| 45. Pode fornecer instruções a um adulto para a ajudar a voltar para casa, hospital, instituição, etc. (a informação deve ser dada verbalmente) | | |
| J. Orientação Temporal | | |
| 46. Tem um conhecimento geral do tempo das refeições e das rotinas diárias (o seu comportamento altera-se se esta rotina é quebrada) | | |
| 47. Tem um conhecimento geral da sequência dos eventos familiares semanais (contudo, pode não conhecer os dias da semana) | | |
| 48. Tem conceitos temporais muito simples (por exemplo: percebe a diferença entre poucos minutos e logo à noite) | | |
| 49. Associa um tempo/hora específico a um evento | | |
| 50. Verifica o relógio ou pergunta as horas regularmente para acompanhar o horário das actividades diárias | | |
| K. Tarefas Domésticas | | |
| 51. Começa a ajudar a cuidar dos seus haveres se lhe forem dadas instruções constantes (ajuda a arrumar brinquedos) | | |
| 52. Começa a ajudar em tarefas domésticas simples se lhe forem dadas instruções constantes (pôr a mesa, regar as plantas, ...) | | |
| 53. Ocasionalmente, inicia rotinas simples para cuidar dos seus haveres, podendo necessitar de ajuda verbal ou física para completar a tarefa | | |
| 54. Ocasionalmente, inicia tarefas domésticas simples, podendo necessitar de ajuda verbal ou física para completar a tarefa | | |
| 55. Inicia e desenvolve pelo menos uma tarefa doméstica que envolve vários passos e decisões (por exemplo: arrumar a roupa lavada) | | |
| L. Protecção Pessoal | | |
| 56. Mostra cuidados apropriados perto de escadas | | |
| 57. Mostra cuidados apropriados perto de objectos quentes ou afiados | | |
| 58. Quando atravessa a rua com o adulto, não necessita de ser lembrada sobre as regras de segurança | | |
| 59. Sabe que não deve aceitar boleias, comida ou dinheiro de estranhos (a criança deve dizer o que faria numa situação destas) | | |
| 60. Atravessa uma rua movimentada em segurança, sem a presença do adulto | | |

| | 0 | 1 |
|--|---|---|
| M. Funcionamento Comunitário | | |
| 61. A criança brinca em segurança em casa, sem ser constantemente vigiada | | |
| 62. Mantém-se num ambiente familiar, fora de casa, com monitorização periódica por segurança | | |
| 63. Cumpre as expectativas nos contextos escolar e comunitário (por exemplo: aguarda a sua vez numa fila) | | |
| 64. Explora o cenário comunitário familiar sem supervisão | | |
| 65. Faz compras em lojas da vizinhança, sem ajuda do adulto (pode ser levada até à loja pelo adulto, mas faz a transacção sozinha) | | |
| <i>Soma do Domínio do Funcionamento Social</i> | | |

Partes II e III: Assistência Prestada pelo Adulto e Modificações

Parte II: Assistência Prestada pelo Adulto - Critérios de Registo

| | |
|---|--|
| 0 | Assistência total (o adulto realiza a maior parte da actividade; a criança não ajuda significativamente) |
| 1 | Assistência Máxima (o adulto realiza mais de metade da actividade; a criança ajuda significativamente) |
| 2 | Assistência Moderada (o adulto realiza menos de metade da actividade) |
| 3 | Assistência Mínima (o adulto dá muito pouca ajuda, apenas em situações pontuais) |
| 4 | Supervisão/Estruturação (o adulto não ajuda fisicamente durante a realização da actividade, mas a sua presença é necessária para monitorizar, ajudar verbalmente ou providenciar equipamentos) |
| 5 | Independente (o adulto não presta qualquer ajuda física ou supervisão) |

Parte III: Modificações - Critérios de Registo

| | |
|----|--|
| E | Modificações extensas (alimentador artificial....) |
| ER | Equipamento de reabilitação especializado (utensílios adaptados, talas....) |
| NE | Modificações não especializadas; adaptações para crianças (copo com adaptador, palhinha....) |
| N | Sem modificações |

Cuidados Pessoais

| | Escala da Ajuda do Adulto | | | | | | Escala das Modificações | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|----|----|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| A. Comer - A criança come e bebe uma refeição comum, corta comidas moles, põe manteiga no pão, despeja o leite; não inclui cortar carne ou servir-se de travessas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| B. Cuidados Pessoais - A criança lava os dentes, escova o cabelo, assoa-se, etc. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| C. Tomar Banho - A criança toma banho, lava e seca as mãos e a cara; não inclui entrar e sair da banheira, preparar a água, lavar as costas e o cabelo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| D. Vestir a Parte Superior do Corpo - A criança veste e despe toda a roupa de interior, podendo necessitar de ajuda para fechos nas costas ou colocação de membro artificial; não inclui retirar a roupa do armário | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| E. Vestir a Parte Inferior do Corpo - A criança veste e despe toda a roupa de interior, podendo necessitar de ajuda na colocação de membro artificial; não inclui retirar roupa do armário | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| F. Toilete - A criança cuida das roupas, usa a casa de banho e cuida de dispositivos exteriores usados; não inclui transferências, monitorização de horários ou limpeza depois de acidentes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| G. Controlo da Bexiga - A criança tem controlo diurno e nocturno, é capaz de se limpar depois de acidentes ocasionais e é responsável pelos seus horários | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| H. Controlo do Intestino - A criança tem controlo diurno e nocturno, é capaz de se limpar depois de acidentes ocasionais e é responsável pelos seus horários | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| Total | | | | | | | | | | |

Mobilidade

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|---|
| A. Transferências de Cadeiras - A criança transfere-se de cadeiras de adultos, sanitas, ou se necessário cadeiras de rodas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| B. Transferências no Carro - A criança move-se dentro do carro, usa o cinto de segurança, abre e fecha as portas, entra e sai do carro | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| C. Transferências/Mobilidade na Cama - A criança entra e sai da cama e move-se na sua cama | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| D. Transferências na Banheira - A criança entra e sai de uma banheira de adultos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| E. Locomoção no Interior - A criança move-se cerca de 50 passos (3 a 4 salas); não inclui ajuda no abrir e fechar portas ou transportar objectos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| F. Locomoção no Exterior - A criança move-se cerca de 150 passos em superfícies niveladas; não inclui ajuda para abrir portas exteriores ou responsabilidade pela segurança | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| F. Escadas - A criança sobe e desce uma escada completa (12 a 15 degraus) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| Total | | | | | | | | | | |

Funcionamento Social

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|----|----|---|
| A. Compreensão Funcional - A criança compreende pedidos ou instruções; inclui seguir instruções de três etapas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| B. Expressão Funcional - A criança expressa informações sobre as suas actividades ou sobre as suas necessidades; inclui avaliar a clareza da articulação | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| C. Resolução de Problemas - A criança consegue comunicar; explicar qual é o problema e coopera com o adulto na procura da solução (solução de problemas ordinários, como a perda de um brinquedo, desacordo na escolha das roupas, etc.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| D. Jogo com Pares - A criança brinca e desenvolve actividades com outras crianças familiares (inicia actividades, faz planos, resolve conflitos, etc.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| E. Segurança - A criança comporta-se de maneira segura nas actividades diárias, toma precauções perante escadas, objectos quentes, ou afiados | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | N | NE | ER | E |
| <i>Total</i> | | | | | | | | | | |

Síntese dos Resultados

N.º do Processo: _____ Data de Entrevista: ___ / ___ / ___
 Nome: _____ Idade: _____
 Nome do Entrevistado: _____ Relação com a criança: _____
 Nome do Entrevistador: _____

| Domínio | | Resultado Bruto | Resultado Padrão | Desvio Padrão | Resultado Percentual | Desvio Padrão |
|----------------------|------------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------------|---------------|
| Cuidados Pessoais | Habilidades Funcionais | | | | | |
| Mobilidade | Habilidades Funcionais | | | | | |
| Funcionamento Social | Habilidades Funcionais | | | | | |
| Cuidados Pessoais | Assistência do Adulto | | | | | |
| Mobilidade | Assistência do Adulto | | | | | |
| Funcionamento Social | Assistência do Adulto | | | | | |

| Frequência de Modificações | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|----|---|-------------------------|----|----|---|-----------------------------------|----|----|---|
| Cuidados Pessoais (8 Itens) | | | | Mobilidade (7 Itens) | | | | Funcionamento Social (5 Itens) | | | |
| N | NE | ER | E | N | NE | ER | E | N | NE | ER | E |
| | | | | | | | | | | | |

Anexo II – CARAT e CARAT Kids



CARAT

TESTE DE CONTROLO
DA ASMA E RINITE
ALÉRGICA

DATA: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO: _____

POR FAVOR, ASSINALE COM UMA CRUZ (☒)

Por causa das suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia), em média, nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve:

| | Nunca | Até 2 dias por semana | Mais de 2 dias por semana | Quase todos ou todos os dias |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1. Nariz entupido? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. Espirros? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. Comichão no nariz? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. Corrimento/pingo do nariz? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. Falta de ar/dispneia? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. Chiadeira no peito/pieira? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. Aperto no peito com esforço físico? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. Cansaço/dificuldade em fazer as suas atividades ou tarefas do dia-a-dia? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. Acordou durante a noite por causa das suas doenças alérgicas respiratórias? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

de 12

Por causa das suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia), nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve de:

| | Não estou a tomar medicamentos | Nunca | Menos de 7 dias | 7 ou mais dias |
|--|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 10. Aumentar a utilização dos seus medicamentos? | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 |

de 18

PONTUAÇÃO TOTAL (somatório das 10 questões):

de 30

O QUE É?

É um questionário que avalia o grau de controlo da asma e rinite alérgica.

A asma e a rinite são patologias muitas vezes associadas. Por isso, a iniciativa ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), da Organização Mundial de Saúde, recomenda que para se atingir o controlo da asma é necessário controlar também a rinite. A falta de uma ferramenta que avaliasse simultaneamente o grau de controlo das duas patologias fez surgir o projeto CARAT®. Mais de 100 médicos e 350 doentes participaram ativamente no seu desenvolvimento.

É recomendado pelas Normas de Orientação Clínica da Direção Geral de Saúde.

COMO INTERPRETAR?

- **Pontuação total** - Mais do que 24 no somatório das 10 questões indica bom controlo global
- **Pontuações parciais** que indicam bom controlo:
 - Mais do que 8 no somatório das questões 1 a 4
 - 16 ou mais no somatório das questões 5 a 10

UTILIZAÇÃO

A utilização dos resultados deste questionário em decisões terapêuticas é da inteira responsabilidade do decisor.

O CARAT® é livre para utilização clínica e gratuito para fins não comerciais / marketing. É obrigatória a comunicação aos autores da sua utilização em qualquer iniciativa em que sejam agregados dados de diferentes pessoas. É proibida qualquer modificação (de formato, conteúdo ou suporte) não expressamente autorizada pelos autores.

mais informações em

www.caratnetwork.org

carat@med.up.pt

Por favor, assinala com uma cruz a resposta que melhor descreve a forma como te sentiste da tua alergia respiratória: asma/rinite nas últimas 2 semanas.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Por causa da tua alergia respiratória: asma/rinite, nas últimas 2 semanas



1. Tens tido **nariz entupido**?

Sim Não

ATCHIM



2. Tens tido **espirros**?

Sim Não



3. Tens tido **ranho/pingo do nariz**?

Sim Não



4. Tens tido **falta de ar**?

Sim Não



5. Tens tido **pieira ou chiadeira no peito**?

Sim Não



6. Tens tido **tosse**?

Sim Não



7. Durante o exercício físico ou com o **riso**, tens tido tosse, pieira ou aperto no peito?

Sim Não



8. Tens tido cansaço/sentido **dificuldade em fazer as tuas atividades** por causa da tua alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não

Soma das respostas sim

Agora é a vez dos pais! ➤

(A preencher pelos pais ou tutor)

Por favor, assinale com uma cruz a resposta que melhor descreve a forma como o seu filho / a sua filha se sentiu da alergia respiratória: asma/rinite, nas últimas 2 semanas.



Controlo da Asma e Rinite Alérgica TESTE

Nome (filho/filha): _____ Idade _____ Sexo _____

Data: ____/____/____

Nas últimas 2 semanas, o seu filho / a sua filha



1. Tem acordado durante a noite por causa da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



2. Tem tido queixas/sintomas de manhã ao acordar por causa da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



3. Teve de faltar à escola ou a atividades por causa da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



4. Teve de tomar/usar mais medicamentos por estar pior da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



5. Teve de ir ao médico por estar pior da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não

Soma das respostas sim
(pais/tutor)

Total
(criança+pais)

Anexo III – Diploma 5as Jornada GRESP

5^{as} Jornadas GRESP

7 e 8 de Junho
Lisboa 2019

RESPIRAR COM QUALIDADE

PT Meeting Center - FIL Parque das Nações, Lisboa

Certificado

Certifica-se que

Maria Júlia Ferreira Rodrigues Da Cunha

Participou nas 5^{as} Jornadas GRESP, realizadas de 7 a 8 de junho de 2019 no
PT Meeting Center, em Lisboa.