

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autogestão do regime medicamentoso – terapêutica inalatória, na pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de reabilitação

Self-management of the medication regimen - inhalation therapy, in people with chronic obstructive pulmonary disease. Project to develop specialized clinical skills in the area of rehabilitation nursing

Autor

Maria da Conceição Saraiva da Silva

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autogestão do regime medicamentoso – terapêutica inalatória, na pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de reabilitação

Self-management of the medication regimen - inhalation therapy, in people with chronic obstructive pulmonary disease. Project to develop specialized clinical skills in the area of rehabilitation nursing

Orientador(es)

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes
Professor Adjunto, Doutor

Luis Miguel Ribeiro Ferreira
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Maria da Conceição Saraiva da Silva

Porto, 2024

RESUMO

A concretização do presente relatório constitui uma etapa finalizadora do processo de aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), permitindo uma reflexão crítica do desenvolvimento das mesmas nos diferentes contextos de ensino clínico, à luz dos enquadramentos legais que regulam esta prática de cuidados específicos, onde saliento: o regulamento n.º 392/2019 (enquadramento legal das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação); o regulamento n.º 140/2019 (regula as competências comuns de enfermeiro especialista) e o regulamento n.º 350/2015 (regula os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação).

Foram definidos para este processo objetivos gerais e específicos. Como objetivos gerais: o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e o desenvolvimento de competências na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC.

Como objetivos específicos: desenvolver as competências comuns e específicas do EEER nos contextos de ensino clínico: Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC); Serviço de Medicina; Serviço de Cirurgia cardiotorácica; Serviço de Pediatria, Equipa de cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Serviço de Ortopedia; aprofundar conhecimentos para a tomada de decisão clínica na “Promoção da Autogestão do Regime Medicamentoso - Terapêutica Inalatória, na Pessoa com DPOC” e desenvolver competências de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação e a realização de dois estudos de caso, na plataforma e4Nursing, nesta área de intervenção específica.

Encontra-se estruturado da seguinte forma: Introdução; Caracterização dos contextos de ensino clínico; Apresentação dos casos clínicos (Caso 1 e Caso 2) e respetivas famílias; Contributos para o desenvolvimento das competências e a Síntese final do relatório.

Foi utilizada como metodologia a pesquisa em bases de dados indexadas (Medline e Cinahl), sobre a temática escolhida, com recurso a palavras-chave.

Palavras-chave: terapêutica inalatória, autogestão do regime terapêutico; autogestão do regime medicamentoso; autocuidado e DPOC.

ABSTRACT

The completion of this report is a final stage in the process of acquiring the common and specific competences of a specialist nurse in rehabilitation nursing (EEER), allowing a critical reflection on their development in the different clinical teaching contexts, in the light of the legal frameworks that regulate this specific care practice, where I highlight: regulation no. 392/2019 (legal framework of the common competences of a specialist nurse in rehabilitation nursing); regulation no. 140/2019 (regulates the common competences of a specialist nurse in rehabilitation nursing); and regulation no. 350/2015 (regulates the specific competences of a specialist nurse in rehabilitation nursing). 392/2019 (legal framework for the specific competences of nurses specializing in rehabilitation nursing); Regulation 140/2019 (regulating the common competences of specialist nurses) and Regulation 350/2015 (regulating the quality standards of specialist care in rehabilitation nursing).

General and specific objectives have been defined for this process. As general objectives: the development of common and specific competencies of the EEER and the development of competencies in promoting self-management of the medication regimen - inhalation therapy, in people with COPD.

Specific objectives: to develop the common and specific competences of the EEER in clinical teaching contexts: Stroke Unit; Medicine Service; Cardiothoracic Surgery Service; Pediatrics Service, Integrated Continued Care Team (ECCI) and Orthopedics Service; to deepen knowledge for clinical decision-making in the "Promotion of Self-Management of the Medication Regimen - Inhalation Therapy, in the Person with COPD" and to develop diagnostic, planning, implementation and evaluation skills and to carry out two case studies, on the e4Nursing platform, in this specific area of intervention.

It is structured as follows: Introduction; Characterization of the clinical teaching contexts; Presentation of the clinical cases (Case 1 and Case 2) and their families; Contributions to the development of skills and the final summary of the report.

The methodology used was to search indexed databases (Medline and Cinahl) on the chosen topic, using keywords.

Keywords: inhalation therapy, self-management of the therapeutic regimen; self-management of the medication regimen; self-care and COPD.

ABREVIATURAS

AATD - Deficiência de alfa-1 antitripsina

AC - Autocuidado

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades de Vida Diária

BODE - Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity

CAT - COPD Assessment Test™

CVF - Volume de ar que pode ser expirado durante uma manobra expiratória forçada

DPI - Dry Powder Inhalers

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ER - Enfermagem de Reabilitação

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

ICS - Inhaled Corticosteroids (ICS)

LABA: Long-Acting Beta-Agonists

LAMA: Long-Acting Muscarinic Antagonists

mMRC - Modified Medical Research Council

pMDI - Pressurized Metered Dose Inhaler

PRR - Programa de Reabilitação Respiratória

SABA: Short-Acting Beta-2-Agonists

SAMA: Short-Acting Antimuscarinics

SMI - Soft Mist Inhaler

SU - Serviço de Urgência

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

VEF 1 - Volume de Ar Expirado no 1º segundo, após uma inspiração máxima

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO 1	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	41
3.3. Medicação	41
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	41
3.4. Domínios	43
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	43
3.5. Conceção de Cuidados	46
3.6. Especificação das intervenções	62
3.7. Síntese relativa ao caso	70
4. CASO 2	73
4.1. Enquadramento teórico	73
4.2. Clientes	76
4.3. Medicação	76
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	76
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	76
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	76
4.5. Domínios	77
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	77
4.6. Conceção de Cuidados	77
4.7. Especificação das intervenções	88
4.8. Síntese relativa ao caso	92
5. FAMÍLIA CASO 1	95
5.1. Enquadramento teórico	95
5.2. Clientes	97
6. FAMILIA CASO 2	99
6.1. Enquadramento teórico	99
6.2. Clientes	100
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	103
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	115
9. BIBLIOGRAFIA	119

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Índice de Figuras

Figura 1: Estilo de gestão do regime terapêutico da Sra. M

Figura 2: Estilo de gestão do regime terapêutico da Sr. F

Figura 3: Genograma da Sra. M

Figura 4: Ecomapa da Sra. M

Figura 5: Genograma do Sr. F

Figura 6: Ecomapa do Sr. F

Índice de Quadros

Quadro 1: Dados da aplicação do formulário de identificação do estilo de gestão do regime terapêutico da Sra. M

Quadro 2: Dados da aplicação do formulário de identificação do estilo de gestão do regime terapêutico da Sr. F

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC): Estágio de natureza profissional com Relatório - Módulo II, como parte do plano de estudos do Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), no ano letivo 2023/2024, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), constituindo uma reflexão sobre o percurso formativo de aquisição de competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, decorreu entre 18 de setembro de 2023 a 12 janeiro de 2024, em diferentes contextos da prática de cuidados, de acordo com o programa formativo do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (publicado no aviso n.º 3915/2021, Diário da República 2.ª série, n.º 43, de 03 de março de 2021) em unidades de internamento hospitalar: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Cirurgia Cardiorrástica; Pediatria; Medicina; Ortopedia; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), integrada numa Unidade de Cuidados na Comunidade. Assim o presente relatório pretende espelhar esse processo de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de ensino clínico.

Foram definidos previamente para este processo objetivos gerais e específicos. Como objetivos gerais: o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e o desenvolvimento de competências na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC. Como objetivos específicos: desenvolver as competências comuns e específicas do EEER nos contextos de ensino clínico mencionados anteriormente; aprofundar conhecimentos para a tomada de decisão clínica na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC, e desenvolver competências de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação nesse âmbito de intervenção específica, em dois casos clínicos, realizados na plataforma e4Nursing.

A escolha desta temática emergiu de determinantes pessoais, nomeadamente um diagnóstico de asma na infância, com agudizações frequentes e uma autogestão ineficaz do regime terapêutico, nomeadamente do regime medicamentoso, com baixa adesão à terapêutica inalatória. Como determinantes profissionais o facto de a autogestão eficaz da terapêutica inalatória ser fundamental para o controlo sintomático da DPOC, melhorando a qualidade de vida dos doentes e promovendo a realização de exercício físico e de exercícios respiratórios, com conseqüente aumento da tolerância ao esforço (Usmani et. al.,2019; Costa & Costa, 2023).

Ao explorar esta área de intervenção será aprofundado do ponto de vista teórico: a importância da terapêutica inalatória; os condicionantes da terapêutica inalatória; os diferentes tipos de

inalador; implicações da técnica inalatória na autogestão da DPOC e os passos para a realização de uma técnica inalatória correta, de acordo com o tipo de inalador. Aspectos relacionados com a DPOC (definição, fisiopatologia, fatores predisponentes e tratamento), a autogestão da doença crónica e os referenciais teóricos que contextualizam os cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (Orem, 1991) e a Teoria das Transições (Meleis et. al., 2000), também serão abordadas.

A terapêutica inalatória é a chave do tratamento da DPOC, no entanto, a não adesão a esta terapêutica ainda é uma realidade e a baixa adesão também, mesmo em situações de doença grave (Bhattarai et. al., 2020), com uma autogestão ineficaz da terapêutica inalatória, que compromete o controlo sintomático e origina consequentemente o agravamento da doença (Melani & Paleari, 2016; Price et al., 2018), com maior risco de exacerbação, maior utilização dos cuidados de saúde e aumento do risco de mortalidade (Che et. al., 2020; Ierodiakonou et. al., 2020, Moreira et. al., 2021; Kim et. al., 2018; Moradkhani et. al., 2021), representando um forte impacto económico na saúde por este motivo (Usmani et. al., 2019).

Por outro lado, e apesar dos avanços da terapêutica inalatória, uma revisão sistemática da literatura evidencia que o uso incorreto de inaladores em doentes com DPOC é elevado, sendo a técnica inalatória frequentemente realizada de forma ineficaz, constituindo um obstáculo ao bom controlo da doença, uma vez que afeta a quantidade de medicamento que chega ao pulmão (Usmani et. al., 2019). Os fatores que condicionam a eficácia da técnica inalatória e que estão associados a elevada frequência de erros na sua operacionalização são: "Idade, escolaridade, instrução anterior sobre inaladores, comorbidades e nível socioeconómico" (Usmani et. al., 2019, p.1).

Estudos observacionais demonstram que nenhum dispositivo inalatório, independentemente das suas características, dispensa a necessidade de ensinar, instruir e treinar regularmente a técnica inalatória (Clark et. al., 2022), que deve ser reavaliada forma continuada, em cada consulta, atendendo a que as falhas no uso dos dispositivos inalatórios e na técnica inalatória são mais frequentes com o avançar da idade (Barbara et. al., 2017), precisamente devido à diminuição da destreza manual e compromisso cognitivo (Maricoto et. al., 2020). Para além deste aspeto, as informações dos dispositivos, incluídas nas embalagens, não são suficientes para promover a sua adequada utilização (Klijn et. al., 2017).

A realização correta da técnica inalatória, de acordo com o tipo de inalador é fundamental para uma administração eficaz desta terapêutica. Neste âmbito, o EEER desempenha um importante papel de apoio e educação, promovendo a sua correta administração e consequentemente a autogestão eficaz do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, pois de acordo com as suas competências específicas "(. . .) Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão (. . .)" (DR, 2.ª série, N.º 85, de 3 de maio 2019, p. 13568); promovendo a autonomia da pessoa,

independentemente da sua condição física ou doença, desenvolvendo o seu potencial funcional e maximizando as suas capacidades, em todos os contextos da prática clínica: unidades de cuidados na comunidade, equipas de cuidados continuados integrados e unidades de internamento (agudos, reabilitação e paliativos) (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Perante o exposto, torna-se evidente a necessidade de promover a educação de doentes e profissionais para o real impacto dos erros na administração da terapêutica inalatória (Usmani et. al., 2019), sensibilizando-os para esta problemática, em diferentes níveis de cuidados (Araújo, 2022) e salientando a importância do autocuidado na doença crónica, onde se pretende aprofundar as competências específicas de EEER, na capacitação da pessoa com DPOC para a autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória. A evidência salienta que a mestria na realização da técnica inalatória é essencial para a sua eficácia, sendo que esta e o tipo de dispositivo inalatório selecionado, desempenham um importante papel na autogestão, com melhoria nos resultados clínicos e consequente redução de utilização dos recursos de saúde (Usmani et. al., 2019), tendo o EEER um papel imprescindível neste contexto.

É possível verificar a relevância da autogestão da terapêutica inalatória no tratamento farmacológico da DPOC, promovendo o alívio sintomático, com menor incidência de efeitos secundários e adversos (DGS, 2019), prevenindo exacerbações e atrasando a progressão da doença (GOLD, 2023; Aguiar et. al., 2017; Costa & Costa, 2023), evidenciando benefícios na prevenção do agravamento da função pulmonar e redução da mortalidade (GOLD, 2023; Aguiar et. al., 2017). Contribui também para melhorar a predisposição da pessoa para a realização da reabilitação respiratória (Araújo, 2022), melhorando a sua capacidade de exercício físico (aumenta a tolerância ao esforço) e qualidade de vida (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) (DGS, 2019; GOLD, 2023; Costa & Costa, 2023).

A intervenção do EEER nesse âmbito é essencial para promover a autogestão da doença, facilitando o controlo sintomático e a prevenção de complicações (Nabais & Sá; DGS, 2019). Os referenciais teóricos de Orem (Teoria do Deficit de autocuidado) e de Meleis (Teoria das Transições), constituem a base estrutural dos cuidados específicos de EEER e serão evidenciados na apresentação dos casos clínicos. A Teoria explicativa de Bastos sobre a gestão da doença crónica e do regime terapêutico, também será mencionada pois permite determinar a intencionalidade e intensidade das terapêuticas de enfermagem, possibilitando uma intervenção personalizada e dirigida às reais necessidades da pessoa.

Os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação pretendem assim dar resposta às exigências em cuidados de saúde perante situações de doença aguda súbita ou descompensação de doença crónica, de que resultem deficit funcional (cognitivo, motor, sensorial, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade), promovendo a autonomia da pessoa, independentemente da sua condição física ou doença, desenvolvendo o seu potencial funcional e maximizando as suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, de 2015).

A metodologia utilizada para a concretização deste relatório, consiste numa metodologia expositiva e reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências, enquadrada teoricamente na evidência. Foi efetuada uma pesquisa em bases de dados indexadas (Medline e Cinahl, com recurso às seguintes palavras-chave: terapêutica inalatória, autogestão do regime terapêutico; autogestão do regime medicamentoso; autocuidado e DPOC. Foram analisadas revisões sistemáticas, normas de orientação clínica e orientações Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

O presente relatório, além da introdução inclui: a caracterização dos contextos de ensino clínico; a apresentação de dois casos clínicos na plataforma e4Nursing; os contributos para o desenvolvimento das competências e por fim, a síntese final do relatório.

A caracterização dos contextos de ensino clínico incluirá: os diferentes recursos existentes (humanos, físicos e materiais) relacionados com a intervenção do EEER; o modelo de organização/ método de trabalho e a existência de projetos de melhoria contínua da qualidade, nas áreas das competências comuns e específicas.

O desenvolvimento dos casos clínicos (caso 1 e caso 2) será realizado na plataforma E4 Nursing, refletindo o processo de enfermagem desenvolvido, possibilitando o concretizar das competências específicas do EEER neste contexto. A apresentação da família da Sra. M e a família do Sr. F será efetuada também na referida plataforma, embora não tenha existido contacto com seus os membros, pois permite conhecer o ambiente familiar e social que envolve a pessoas alvo de cuidados e detetar forças e fraqueza que possam potenciar a autogestão do regime medicamentoso.

O contributo para o desenvolvimento de competências resultará da reflexão das principais atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico, que permitiram a concretização das competências específicas e comuns do EEER.

Por fim, a síntese do relatório incluirá um resumo do processo de desenvolvimento de competências, salientando os aspetos mais relevantes.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A caracterização dos contextos de ensino clínicos permite perceber o potencial de cada um para o desenvolvimento das competências específicas de EEER. Assim, irei proceder à sua caracterização de forma sucinta, com referência aos diferentes recursos (humanos, físicos e materiais), ao modelo de organização/ métodos de trabalho e quanto à existência de projetos de melhoria contínua da qualidade nas áreas das competências comuns e específicas.

O estágio de natureza profissional módulo II decorreu, nos mesmos contextos da prática clínica do estágio profissional do módulo I: Unidade de AVC; Unidade de Cirurgia Cardiorádica; Serviço de Ortopedia; Serviço de Pediatria; Serviço de Medicina; e ECCL.

Contexto Hospitalar - Unidade de AVC

A unidade de AVC é uma unidade de cuidados intermédios, que recebe doentes do Serviço de Urgência (SU) do próprio hospital ou transferidos de outros hospitais, em regime de colaboração, para tratamento e vigilância nas situações de AVC isquémico e hemorrágico.

Apresenta as seguintes características, relacionadas com o trabalho do EEER, relativamente aos recursos humanos: quatro EEER, dois enfermeiros (fixos) exercem reabilitação a tempo inteiro e dois a tempo parcial. São responsáveis pela prestação de cuidados específicos nem ER, de 2ª a 6ª feira de manhã e de tarde e aos fins de semana apenas de manhã. Como recursos físicos apresenta: lotação de nove camas; corredor de acesso ao serviço.

Os recursos materiais existentes incluem: espelho quadriculado; espelhos pequenos, para a realização de exercícios faciais; pedaleira; jogos de estimulação cognitiva e motora (motricidade fina e coordenação) (molas com diferentes cores e intensidades; objetos de pequenas dimensões para separar em diferentes recipientes; abotoamento de botões); exercícios de estimulação cognitiva (descrição de imagens; exercícios de cálculo e raciocínio); sistema elétrico de transferência de doentes; auxiliares de marcha (andarilhos, canadianas e tripés); talas de *margarett* (pressão terapêutica nos membros); almofadas de posicionamento (para posicionamento antiespástico); halteres (fortalecimento muscular); gelo (estimulação sensitiva na face e hemicorpo afetado); folhetos com imagens para treino de mímica facial (treino da musculatura da face) e espessante (utilizado para a realização da avaliação da deglutição e espessamento dos alimentos perante situações de disfagia).

O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho; O EEER fica com nove pessoas ao seu cuidado e presta cuidados específicos de reabilitação a todos os doentes do serviço, priorizando necessidades de intervenção.

Contexto Hospitalar - Unidade de Cirurgia Cardiorrespiratória

A unidade de internamento de cirurgia cardiorrespiratória é uma unidade que agrupa diferentes tipologias de cuidados: intensivos, intermédios e a Unidade Pós Anestésica (UPA). Recebe doentes encaminhados da consulta de cardiologia e pneumologia do hospital ou de outros hospitais em regime de colaboração (carácter programado) e do serviço de urgência (carácter não programado) para a realização de cirurgias eletivas torácicas ou cardíacas.

Apresenta as seguintes características, relacionadas com o trabalho do EEER, relativamente aos recursos humanos: oito EEER, sendo apenas dois (fixos) responsáveis pela prestação de cuidados específicos na área de intervenção de ER, de 2ª a 6ªfeira de manhã. Como recursos físicos: têm uma lotação de cinquenta e duas camas, dividida entre dois pisos (dez camas de cuidados intensivos; dez camas de cuidados intermédios, e trinta e duas camas de cuidados pós anestésicos); corredor e escadas de acesso ao serviço.

Os recursos materiais existentes incluem: espirómetro de incentivo (fortalecimento da musculatura respiratória); pedaleira; bastão; andarilho; canadianas; sistema elétrico de transferência, palhinhas e espelho quadriculado.

O método de trabalho utilizado é método individual de trabalho; o EEER fica com dez pessoas ao seu cuidado e presta cuidados específicos de reabilitação, priorizando necessidades de intervenção aos restantes doentes, essencialmente no turno da tarde. A reabilitação cardiorrespiratória é assumida por dois EEER e três fisioterapeutas, que dividem os doentes de acordo com o grau de complexidade, ficando os ER com os doentes mais complexos.

Contexto Hospitalar - Serviço de Ortopedia

Este serviço recebe doentes do SU do próprio hospital ou da consulta externa, respetivamente com carácter não programado e programado. Os diagnósticos clínicos mais frequentes neste serviço, durante o período de estágio, consistiram nos tratamentos, cirúrgico ou conservador, de: fraturas trocântéricas; fratura do úmero; fraturas da coluna; atroplastias totais do joelho e anca (abordagem cirúrgica posterior); revisões de próteses e luxações de próteses.

Apresenta as seguintes características, relacionadas com o trabalho do EEER, relativamente aos recursos humanos: um EEER dedicado à prestação de cuidados de ER, de segunda a domingo, no turno da manhã e outro no turno da tarde à 2ª, 3ª (consulta pré-operatória) e 5ª feira. Este enfermeiro tem a ajuda de um colega (EEER), que também dá apoio à gestão, de 2ª a 6ªfeira de manhã. É dada a possibilidade a todos os EEER de exercerem a especialidade durante quatro dias consecutivos, em regime de rotatividade. Como recursos físicos: têm lotação vinte e cinco camas; corredor; escadas de acesso ao serviço e gabinete de consulta (pré-operatória).

Os recursos materiais existentes incluem: cinto de transferência de doentes; halteres; bastão; bandas elásticas; andarilho; canadianas; pedaleira; artromotor; calçadeira de cabo longo;

almofadas de posicionamento e barras de caminhada.

O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho; o EEER presta cuidados especializados a todos os doentes do serviço, priorizando necessidades de intervenção.

Os projetos de melhoria contínua da qualidade existentes nas áreas das competências comuns e específicas englobam a Acreditação no âmbito qualidade - Modelo Nacional de Acreditação em Saúde (Agência de *Calidad* Sanitária de Andaluzia) e o Projeto de intervenção do EEER na pessoa submetida a artroplastia da anca e do joelho.

Contexto hospitalar - Serviço de Pediatria

A unidade de internamento de pediatria recebe crianças e jovens com idades compreendidas entre os [0-18] anos de idade, doença aguda ou agudização de doença crônica, encaminhados da consulta de pediatria e SU (do hospital ou transferidos de outros hospitais) para continuidade de cuidados em diferentes especialidades médicas (neurocirurgia; urologia; doenças metabólicas; neurologia; gastroenterologia; infeciologia; pneumologia, otorrino, oftalmologia e cardiologia).

Apresenta as seguintes características, relacionadas com o trabalho do EEER relativamente aos recursos humanos: um EEER dedicado exclusivamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação, de 2 a 6ª feira de manhã. Este enfermeiro tem a ajuda de um colega (EEER), que também dá apoio à gestão, de 2ª a 6ª feira de manhã. Como recursos físicos: tem lotação de vinte e oito camas (dez enfermarias de duas camas e oito quartos individuais).

Os recursos materiais existentes incluem: o Plano inclinado; Guindaste elétrico para transferência de doentes; halteres; bastão; bandas elásticas; disco de transferência; bolas; bola yoga; espirómetro de incentivo; talas de *Margaret Johnson*; espelho quadriculado; balões; frascos para bolas de sabão; jogos e brinquedos didáticos adequados ao estágio de desenvolvimento da criança ou jovem.

O método de trabalho é o método individual de trabalho; o enfermeiro fica com todas os doentes ao seu cuidado, gerindo as necessidades em cuidados especializados diariamente. Articula com a intervenção do fisioterapeuta (colaboração ao serviço); articula com a educadora de infância e professoras, para promover o desenvolvimento motor, nomeadamente a motricidade fina e o desenvolvimento cognitivo, através de jogos e atividades adequadas ao grau de desenvolvimento da criança/jovem.

O projeto de melhoria contínua da qualidade incide na área das competências comuns e inclui a: Implementação do método de trabalho de enfermeiro de referência na gestão de cuidados à criança com doença crónica complexa (a aguardar autorização).

Contexto hospitalar - Serviço de Medicina

A unidade de medicina recebe doentes transferidos do hospital central do qual faz parte, assim

como de outros hospitais, com necessidade de reabilitação resultante da existência de défices funcionais e cognitivos, incluindo: pessoas com doença crónica estável, que aguardam integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); casos sociais, que aguardam integração em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Apresenta as seguintes características, relacionadas com o trabalho do EEER, relativamente aos recursos humanos: dois EEER de 2ª a 6ª feira de manhã (um tem menos doentes ao seu cuidado, pois colabora com o enfermeiro responsável pela gestão do serviço). Como recursos físicos: tem lotação de trinta e cinco camas (vinte e quatro destinadas a pessoas que aguardam integração na RNCCI e onze camas para pessoas que aguardam integração em ERPI); corredores do serviço e ginásio.

Os recursos materiais existentes incluem: halteres; bolas para estímulo proprioceptivo; bolas de diferentes tamanhos para trabalhar o movimento de apreensão; pesos para tornozelo e punho, para reforço muscular; Rolos de posicionamento, barras de treino de marcha; aparelho de apoio ao erguer-se/sentar-se; espelho quadriculado; espelho quadriculado para correção postural; bastão (treino de preensão; movimento ativo; e promoção da abertura torácica longitudinal); leme para elevação ativa do membro superior parético; plano inclinado (permite fazer carga nos membros inferiores e é usado quando o doente não consegue erguer/sentar); tábua de freeman de quatro funções (inversão/eversão e flexão plantar /dorsiflexão); espirometrias de incentivo; produtos de apoio (calçadeiras de cabo longo canadianas; andarrilho; cadeira de rodas; adaptador de talher ou cabo adaptado; adaptador para abotoamento de botões); exercícios de grafia (iniciam com grafismo grosseiro e depois com grafismo mais fino); Dolomite de marcha; pedaleiras; bicicleta; passadeira; escada; terapia de espelho; artromotor; Jogos para trabalhar a motricidade fina (preensão e coordenação motora); jogos de estimulação cognitiva e sensorial, de diferentes cores.

O método de trabalho utilizado é método individual de trabalho; o EEER é autónomo nas suas intervenções, priorizando as mesma de acordo com o potencial de recuperação da pessoa e a necessidade de intervenção específica, privilegiando assim os doentes a aguardar integração na RNCCI.

Os projetos de melhoria contínua da qualidade, nas áreas das competências comuns e específicas englobam: Atividades de desenvolvimento e valorização de pessoas; Prevalência da sarcopenia no serviço de medicina interna; “Preparação da alta” (aguarda aprovação).

Equipa Cuidados Continuados Integrados

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) faz parte integrante da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e é constituída por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, médicos, nutricionistas e terapeutas da fala), que articula entre si, perante a necessidade de cuidados diferenciados integrados, da Pessoa

com patologia crónica complexa, promovendo a recuperação, a autonomia e a qualidade de vida

A UCC é constituída por quinze enfermeiros especialistas de diferentes áreas da especialidade de enfermagem (sete de reabilitação, dois de saúde mental e psiquiátrica; um de saúde infantil e pediátrica; um de materna e obstétrica, três de comunitária). Integra diferentes projetos de intervenção comunitária, nomeadamente: Preparação Para a Parentalidade; Saúde Escolar; Gestão da Diabetes; Reabilitação; Saúde Mental; Cuidados Paliativos; ECCI; Rede Social; Atividades Adicionais (Rastreio Visual Infantil e consulta de hipocoagulação).

A ECCI apresenta as seguintes características, relacionadas com o trabalho do EEER, relativamente aos recursos humanos: sete EEER, sendo que um EEER está alocado aos cuidados ao doente respiratório, de 2ª a 6ª feira em horário específico, e os restantes elementos às diferentes áreas da reabilitação, todos os dias da semana, das 8-20h. Como recursos físicos: domicílio e instalações físicas da UCC.

Os recursos materiais existentes incluem: pares de halteres de 1kg; pedaleiras; pares de pesos para o tornozelo de 0,5 kg; bastão; oxímetros portáteis; medidor da tensão arterial e estetoscópio.

O método de trabalho utilizado é o enfermeiro de referência.

Os projetos de melhoria contínua da qualidade, nas áreas das competências específicas englobam: o Programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação; o Programa "Doente Respiratório Crónico - uma Proposta de Melhoria"; e o Programa de Prevenção de Quedas.

3. CASO 1

O caso 1, foi desenvolvido no contexto da ECCL, integrado num programa de reabilitação respiratória, dirigido à pessoa com DPOC (Sra. M), refletindo o processo de intervenção do EEER em dois momentos da prática clínica, referentes à conceção de cuidados, com recurso à plataforma e4Nursing, nos dias: 15/12/2023 (primeiro contacto) e dia 19/12/2023 (segundo contacto). A Sra. M tem 77 anos e tem como antecedentes pessoais: DPOC GOLD 2B, com eosinofilia 200-500, enfisema pulmonar (centrilobular ligeiro, em ambos os lobos superiores); Insuficiência respiratória tipo 2 (diagnosticada em 2019); Depressão; Ansiedade; Dislipidemia (sem necessidade de terapêutica); Obesidade (IMC 32). É fumadora ativa (há 60 anos). Mantém acompanhamento com a equipa de saúde familiar e com enfermeiro da ECCL, responsável pela implementação do Programa de Doente Respiratório Crónico, fundamentado no Living Well With COPD. Está no nível 3 do programa, com uma visita domiciliária programada anual, com possibilidade de consulta não programada perante exacerbações da doença ou agravamento sintomático. Incluem-se neste nível pessoas com uma boa autogestão da doença, que podem, no entanto, transitar para níveis inferiores perante uma autogestão ineficaz. Em dezembro de 2023 contactou telefonicamente o EEER e solicitou uma visita, referindo um aumento da dispneia. Neste capítulo, será então apresentada: a contextualização do caso clínico; o enquadramento teórico; a medicação instituída e aspetos relacionados; os domínios relevantes para o caso clínico e sua justificação; a conceção de cuidados; a especificação das intervenções e por fim uma síntese do caso, com menção dos ganhos obtidos pela intervenção especializada do EEER. Esta etapa, contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do EEER no âmbito da promoção da autogestão do regime medicamentoso-terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC, possibilitando a concretização dos referidos objetivos gerais e específicos.

3.1. Enquadramento teórico

A **DPOC** consiste numa doença crónica, caracterizada pela presença de sintomatologia respiratória crónica persistente (dispneia, tosse, produção de expectoração e/ou exacerbações), devido a alterações das vias aéreas (bronquite, bronquiolite) e/ou alvéolos (enfisema), com expressão heterogénea, com obstrução progressiva do fluxo de ar (Celli et. al., 2022).

O seu **diagnóstico** é feito com recurso a espirometria com prova de broncodilatação, apresentando os doentes com DPOC uma diminuição do parâmetro de VEF1 (Volume de ar expirado no 1º segundo, após uma inspiração máxima) devido à obstrução do fluxo aéreo,

desproporcional à redução da CVF (Volume de ar que pode ser expirado durante uma manobra expiratória forçada), com presença de um rácio entre estes dois parâmetros (VEF 1 /CVF - Relação entre a fração de ar exalado no 1º segundo e o volume total de ar expirado) inferior a 70% (GOLD, 2023).

Após a **confirmação do diagnóstico** é essencial determinar a gravidade da obstrução ao fluxo aéreo, que resulta da avaliação do parâmetro de VEF1, que de acordo com o valor apresentado estratifica a doença em graus: Leve (GOLD 1), moderado (GOLD 2), grave (GOLD 3) ou muito grave (GOLD 4). (de 1-4) (Gold 2023); estratificando-a em graus (de 1-4); esse parâmetro também é utilizado para monitorizar a evolução da doença, a resposta ao tratamento e o prognóstico (GOLD, 2023).

Os **sintomas** experienciados pela pessoa nem sempre correspondem ao grau de obstrução do fluxo aéreo ou ao seu estado de saúde, pois nem sempre é reconhecida a presença da dispneia, o que requer uma avaliação formal dos sintomas através da utilização de questionários validados: escala da dispneia, Modified Medical Research Council (mMRC), para a avaliação da dispneia e o COPD Assessment Test (CAT), que permite avaliar o impacto da doença na qualidade de vida, reconhecendo que este vai muito além da sintomatologia (Li et. al., 2016). Existem outros instrumentos de medida que avaliam o impacto da doença na vida da pessoa, mas são muito complexos e pouco práticos para uso frequente (GOLD, 2023). De salientar que o mMRC também permite prever o risco de mortalidade (Sundh et. al., 2012) uma vez que se relaciona com outras variáveis de saúde (GOLD, 2023).

As **exacerbações da DPOC** são acontecimentos que determinam a evolução da doença, com agudização dos sintomas respiratórios, resultante do aumento da inflamação local e sistémica (Hurst & Wedzicha, 2007; Burge & Wedzicha, 2003), nomeadamente da dispneia, expectoração e/ou tosse, e por vezes também taquipneia e taquicardia, por um período inferior a catorze dias, com necessidade de terapêutica complementar e por vezes revisão do tratamento implementado (Celli et. al., 2021; DGS, 2019). Provocam assim, um declínio na função pulmonar, com impacto significativo na saúde e na qualidade de vida da pessoa (Le Rouzic et. al., 2018; Mullerova et. al., 2015) e agravamento de comorbilidades existentes, à medida que a doença evolui. Por outro lado, essas comorbilidades também aumentam o risco de exacerbação, mortalidade e internamento, independentemente do grau de obstrução ao fluxo aéreo (Agusti et. al., 2010) e por isso devem ser diagnosticadas e tratadas atempadamente.

As **comorbilidades** mais frequentes na DPOC incluem: doenças cardiovasculares (Che et. al., 2023); depressão; ansiedade; osteoporose; síndrome metabólica (Soler et. al., 2005; Soriano et. al., 2005; Vanfleteren et. al., 2013), sendo que a própria DPOC aumenta o risco de desenvolvimento de outras doenças, como o enfisema e a neoplasia pulmonar (Brenner et. al., 2012; Fry et. al., 2012).

O **risco de exacerbação** da DPOC varia ao longo do processo de doença (Han et. al., 2017), sendo intensificado pelo agravamento do grau de obstrução ao fluxo aéreo e pelo aumento de eosinófilos no sangue (valores \geq a 300 células/ μ L) (GOLD, 2024; DGS 2019). A história prévia de

exacerbações é o melhor indicador de exacerbações futuras, por isso pessoas com duas ou mais exacerbações moderadas por ano ou com uma exacerbação grave e internamento hospitalar são consideradas exacerbadoras (GOLD, 2023; Costa, 2021; DGS, 2019). Considerando a importância clínica das exacerbações e da sua prevenção, torna-se necessário estratificar esse risco, o que é possível pela **classificação ABE da DPOC**.

Essa classificação permite **estratificar a doença** de acordo com uma avaliação combinada: dos sintomas, onde a dispneia é o principal determinante nestes doentes, sendo considerada elevada perante a obtenção de pontuação ≥ 2 na escala de avaliação da dispneia (mMRC dispneia) (DGS, 2019); da gravidade de obstrução ao fluxo aéreo; da existência de exacerbações prévias, nos últimos 12 meses. Assim, existem diferentes grupos de classificação, nomeadamente: o Grupo A, onde se incluem pessoas com uma exacerbação nos últimos 12 meses ou sem exacerbações, com resultados de mMRC entre 0-1 e $CAT < 10$); o Grupo B, que inclui pessoas com uma exacerbação nos últimos 12 meses ou sem exacerbações, com resultados de mMRC ≥ 2 e $CAT \geq 10$); o Grupo E, abrange pessoas com ≥ 2 exacerbações ou ≥ 1 exacerbação com hospitalização, nos últimos 12 meses (GOLD, 2024).

A classificação ABE permite também orientar **tratamento farmacológico inicial** da DPOC, onde os fármacos administrados por via inalatória assumem especial relevo, incluindo: Long-Acting Beta-Agonists (LABA) (Broncodilatadores B2 agonistas de ação longa) ou Long-Acting Muscarinic Antagonists (LAMA) (Broncodilatadores antimuscarínicos de ação longa); terapêutica dupla de broncodilatação (LAMA/LABA); terapêutica tripla, resultante da associação à dupla broncodilatação de um Inhaled Corticosteroids (ICS) (LAMA/LABA/ ICS) (GOLD, 2024; DGS, 2019).

Estes fármacos podem ser administrados com recurso a quatro **tipos de dispositivos inalatórios**: *Pressurized Metered Dose Inhaler* (pMDI), inalador pressurizado; *Dry Powder Inhalers* (DPI), inalador de pó seco e *Soft Mist Inhaler* (SMI), inalador de névoa suave; sistemas de nebulização (DGS, 2017; Aguiar et al., 2017), com particularidades de utilização, sendo fundamental selecionar o mais adequado às capacidades da pessoa que o vai utilizar (ADMIT, 2022). A capacidade da pessoa depende de vários fatores entre os quais: idade; capacidade cognitiva; destreza manual; habilidades de coordenação "mão-pulmão"; fluxo inspiratório (Usmani, 2019); retenção da respiração, após a inalação; uso de diferentes tipos de dispositivos e da educação prévia sobre a técnica inalatória (GOLD, 2023).

Revela-se assim importante na **seleção do dispositivo**, avaliar a capacidade inspiratória da pessoa para realizar duas manobras básicas: uma inspiração lenta e prolongada, com a duração de cinco segundos (fluxo inspiratório < 30 L/min), essencial no uso de inaladores pMDI e SMI; uma inspiração vigorosa, profunda e rápida, com duração de três segundos (fluxo inspiratório ≥ 30 L/min), necessária no uso de DPI (Mahler, 2020). As pessoas que conseguem realizar os dois tipos de inalação podem utilizar qualquer tipo de inalador e as que não conseguem realizar nenhuma destas manobras devem utilizar uma câmara expansora, associada a um dispositivo pMDI ou SMI. Na impossibilidade destas opções pode-se optar pelo uso de um nebulizador (Costa & Costa, 2023).

Para uma administração eficaz da terapêutica inalatória, a pessoa deve apresentar domínio no manuseamento do dispositivo inalatório selecionado (Aguiar et al., 2017; Melani & Paleari, 2016; Pothirat et al., 2015). Assim, a demonstração da técnica inalatória pelos profissionais de saúde, complementada com vídeos explicativos, seguida de treino pela pessoa, evidenciou eficácia no desenvolvimento de competências de autoadministração terapêutica (Hickey et al., 2017; Price et al., 2018) e na redução de erros na sua utilização, sendo que em média dois terços cometem pelo menos um erro (GOLD, 2023).

É recomendável a **avaliação regular da técnica inalatória**, para o desenvolvimento de mestria ao longo do tempo (Azzi, Srour, Armour, Rand, & Bosnic-Anticevich, 2017). Reforçando o mencionado e considerando o Nível de Evidência B e o Grau de Recomendação I, a seleção do dispositivo inalatório deve ser adequada à capacidade da pessoa /família ou cuidador, aos aspetos clínicos da doença e às características farmacológicas necessárias; a técnica inalatória deve ser revista em todas as consultas mediante a lista de verificação padronizada pela DGS, para o dispositivo inalatório em uso; deve ser demonstrada a correta utilização do inalador, com treino da técnica inalatória, pela pessoa, 2 a 3 vezes (DGS, 2019).

O **tratamento farmacológico** é recomendado de acordo com a **classificação ABE da DPOC**, sendo que pessoas incluídas no **Grupo A** incide no uso broncodilatadores em monoterapia (LABA ou LAMA) devendo estes últimos serem considerados como tratamento de primeira linha, pois conferem maiores benefícios na redução do número de exacerbações e hospitalizações. As reações secundárias mais frequentes com a sua utilização incluem xerostomia, glaucoma e uropatia e com a utilização de broncodilatadores LABA: ansiedade; palpitações; tremores e hipocaliemia (GOLD, 2023; Costa & Costa, 2023).

Nas pessoas incluídas **Grupo B e E**, com intolerância ao exercício e sintomáticos, está recomendado o uso de broncodilatadores em associação LAMA/LABA, pois demonstra maior eficácia na promoção da função pulmonar e controlo sintomático, com redução dos episódios de exacerbação e hospitalizações, quando comparada à broncodilatação em monoterapia (LAMA ou LABA). No entanto, pessoas incluídas no Grupo E com diagnóstico simultâneo de asma, eosinofilia sanguínea ≥ 300 células/ μL ou antecedentes tabágicos, beneficiam com o uso de corticoides inalados (ICS), que devem ser prescritos em terapêutica tripla combinada LAMA/LABA/ICS (não estão recomendados em monoterapia ou associação LABA/ICS), promovendo assim um melhor controlo sintomático, com melhor qualidade de vida e redução da mortalidade por causa cardiovascular, quando comparados à broncodilatação em monoterapia ou associação. As reações adversas mais frequentes com a sua utilização incluem: disfonia; candidíase oral e pneumonia (GOLD, 2023).

A **utilização de corticosteroides inalados** é balizada pelo valor de eosinófilos no sangue, que permite identificar as pessoas com maior benefício de utilização destes fármacos na prevenção de exacerbações (Bafadhel et. al., 2018), existindo uma relação diretamente proporcional entre estes para valores elevados (valores ≥ 300 células/ μL) e inversamente proporcional para valores mais baixos (< 100 células/ μL) (Singh et. al., 2022; Bafadhel et. al., 2017), associados ao aumento de pneumonias e infeções bacterianas e, por isso, com menor benefício de utilização

(Bafadhel et. al., 2018; Wilkinson, 2017). A interrupção desta terapêutica deve ser considerada perante uma resposta insatisfatória à terapêutica, ausência de exacerbações no último ano e na presença de pneumonia (GOLD, 2023).

O **tratamento da doença estável em pessoas do Grupo E**, também pode incluir o uso de: mucolíticos, como carbocisteína e N-acetilcisteína, em pessoas que não estão medicadas com corticosteroides inalados; antibioterapia com azitromicina - 250 mg/dia ou 500 mg três vezes por semana, quando necessário; Inibidores da 4-fosfodiesterase (roflumilaste), na presença de bronquite crónica ou DPOC grave ou muito grave; Metilxantinas (teofilina), embora o risco de disritmias desencoraje a sua utilização em alguns doentes (GOLD, 2023).

O **tratamento das exacerbações** na DPOC deve ser instituído o mais precocemente possível, considerando que reduz o risco de internamento e acelera o processo de recuperação, sendo possível gerir no domicílio cerca de 80% das exacerbações, com recurso a broncodilatadores, antibióticos e corticosteroides orais (GOLD, 2024). Numa fase inicial está indicado o uso de Short-Acting Antimuscarinics (SAMA) (Brometo de ipatrópio - Atrovent®) associados ou não a Short-Acting Beta-2-Agonists (SABA) (Salbutamol - Ventilan®), sendo recomendado o uso de câmara expansora associada ao dispositivo pressurizado (pMDI), pois perante exacerbações moderadas a graves, a pessoa não é capaz de realizar eficazmente a técnica inalatória. Por vezes, pode ser necessário a administração de oxigénio (GOLD, 2023).

Perante situações, em que a **exuberância dos sintomas** percebidos colide com o nível de obstrução do fluxo aéreo, surge a necessidade de estabelecer um **diagnóstico diferencial**, com recurso a meios complementares de diagnóstico, que permitam a avaliação da estrutura e mecânica pulmonar e/ou a presença de outras patologias, como é o caso da doença cardíaca isquémica. Esses **exames complementares** podem incluir a avaliação: de exames de imagem Raio-X (RX) e Tomografia Axial Computadorizada (TAC); fisiológica dos volumes pulmonares; de gases no sangue arterial e oximetria; da capacidade de difusão de monóxido de carbono dos pulmões (DLco); testes de exercício e avaliação da atividade física; da concentração de alfa-1 antitripsina; do Método Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity (BODE); de biomarcadores (contagem de eosinófilos no sangue (≥ 300 células/ μL) e das características tratáveis da DPOC (GOLD, 2023).

O **RX do tórax** não sendo um exame de diagnóstico da DPOC permite identificar: sinais de hiperinsuflação pulmonar, estática e dinâmica (resultante do aprisionamento de ar); alteração das limitações vasculares e aumento da radiotransparência dos pulmões; também útil no diagnóstico diferencial de outras patologias associadas, permitindo reconhecer a existência de doença coronária, pela presença de cardiomegalia, de alterações esqueléticas, como alterações da coluna (escoliose, cifose e cifoescoliose) e respiratórias (bronquiectasias, fibrose pulmonar, patologia pleural) (GOLD, 2023).

A **TAC** fornece informações complementares sobre anomalias fisiopatológicas e estruturais presentes na DPOC, levando a uma melhor compreensão dos resultados da doença e sua gravidade, assim como dos fenótipos envolvidos. Permite assim, a identificação de

bronquiectasias e da disposição e a gravidade do enfisema, associado ao declínio da função pulmonar e rápido desenvolvimento da doença, auxiliando na tomada de decisão quanto ao tratamento a instituir (cirurgia para colocação de válvula endobrônquica ou para redução do volume pulmonar) (Gold, 2023). Perante a suspeita de bronquiectasias este exame deve ser realizado, considerando a sua influência no aumento da frequência das exacerbações (Martinez-Garcia et. al., 2021). A TAC permite também a avaliação de nódulos pulmonares passíveis de serem identificados no RX do tórax (Klooster et. al., 2015), assim como fornecer informação significativa sobre outras comorbilidades coexistentes (densidade óssea; massa muscular; aumento da artéria pulmonar e calcificações da artéria coronária) que afetam a evolução da doença e requerem tratamento específico (Ezponda et. al., 2022).

Os **Testes fisiológicos de avaliação dos Volumes pulmonares** permitem avaliar o grau de hiperinsuflação estática e dinâmica (durante o exercício), resultante do agravamento da obstrução ao fluxo de ar que ocorre na evolução da doença, dos estádios iniciais aos estádios mais avançados. Estes testes incluem a pletismografia corporal (mais preciso) e a medição do volume pulmonar por diluição de hélio (GOLD, 2023).

A **oximetria de pulso**, além de permitir a avaliação da saturação de oxigénio arterial e a identificação da necessidade de oxigénio complementar, deve fazer parte da avaliação de pessoas com sinais clínicos sugestivos de insuficiência cardíaca direita e respiratória. Salvaguardando que quando a avaliação da $SpO_2 \leq 92\%$ deverá ser realizada uma gasometria arterial para confirmação do valor real de PaO_2 , devido à inexistência de uma correta correlação perfeita entre essas avaliações (Lacasse et. al., 2021). Para além disso, a gasometria permite a identificação da $PaCO_2$ e pH, o que pode ter implicações terapêuticas (por exemplo, ventilação não invasiva) (GOLD, 2023).

A **medição da Capacidade de difusão de monóxido de carbono dos pulmões (DLco)** numa respiração única (Blakemore et. al., 1957) permite avaliar as particularidades da troca de gases no sistema respiratório (ATS, 1991; Quanjer et. al., 2012; Stanojevic et. al., 2017), fornecendo informações complementares aos resultados obtidos na espirometria (Gochicoa-Rangel et. al., 2017); valores de $DLco < 60\%$ do definido, estão associados a aumento da sintomatologia e agravamento do estado de saúde, com diminuição da capacidade de exercício (Balasubramanian et. al., 2019; Farkhooy et. al., 2013), aumento do risco de morte (Boutou et. al., 2013; Haruna et. al., 2010). No entanto, como o seu declínio é lento, a deteção de uma mudança considerável nestes valores pode demorar anos a ser detetada. Pode ser um recurso à avaliação de pessoas com sintomas (dispneia) dissidentes com o grau de obstrução ao fluxo aéreo (GOLD, 2023).

A realização de **testes de exercício e avaliação da atividade física** é crucial na avaliação complementar na DPOC, uma vez que algumas pessoas com uma obstrução grave ao fluxo aéreo apresentam uma diminuição da perceção da dispneia, resultante muitas vezes da adaptação a um estilo de vida mais sedentário. Estes testes podem incluir provas de esforço (caminhada de 6 minutos e o teste de caminhada do vaivém estimulado), sendo o compromisso avaliado objetivamente pela redução na distância percorrida e ritmo da caminhada (Durheim et.

al., 2015; Pinto-Plata et. al., 2004) são um indicador robusto do compromisso existente, do prognóstico da doença (Polkey et. al., 2013) e do risco de mortalidade (Celli et. al., 2016), mas também são úteis na avaliação do impacto da reabilitação respiratória. Os testes de passadeira ou bicicleta ergométrica constituem um recurso importante na identificação de patologia cardíaca coexistente (GOLD, 2023).

A **determinação da Deficiência de alfa-1 antitripsina (AATD)**, é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, pelo menos uma vez na vida a todas as pessoas com diagnóstico de DPOC, especialmente em áreas de elevada prevalência de AATD (OMS, 1997; Miravittles et. al., 2017) pois embora seja mais frequente em adultos jovens com menos de 45 anos de idade, com enfisema basal panlobular, a sua realização permitiu identificar uma distribuição típica de enfisema (centrolobular apical) em pacientes mais velhos (Parre t. al., 2004). Uma concentração de AATD < 20% do valor de referência é sugestiva de deficiência homozigótica e requer o rastreio de toda a família (GOLD, 2023).

Após mencionar os vários exames complementares de diagnóstico, utilizados no estabelecimento do diagnóstico diferencial, considero importante salientar o método de Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity (**BODE**) na identificação do risco acrescido de mortalidade na DPOC, constituindo o melhor preditor de sobrevivência, ao combinar diferentes variáveis, do que qualquer uma individualmente (o VEF1; consumo máximo de oxigénio; perda de peso; diminuição da tolerância ao exercício, entre outras) (Guerra et. al., 2018; Celli et. al., 2004).

Relativamente aos **biomarcadores da DPOC**, a contagem de eosinófilos no sangue (≥ 300 células/ μL) permite identificar pessoas com DPOC com maior risco de exacerbação, conforme já mencionado e simultaneamente orientar o tratamento farmacológico para o uso corticoides inalados (Stockley et. al., 2019).

A identificação das **características tratáveis da DPOC** (Agusti et. al., 2016) resulta do reconhecimento e compreensão das causas endotípicas (com recurso a biomarcadores) e fenotípicas. Nestas características incluem-se a dispneia persistente e as exacerbações, destacadas pela GOLD no algoritmo de acompanhamento do tratamento medicamentoso da DPOC; existem, no entanto, outras que merecem especial cuidado, como é o caso dos fatores de risco comportamentais (GOLD, 2023).

O **principal fator de risco**, para o desenvolvimento da doença consiste na exposição ambiental ao fumo do tabaco, gases e partículas nocivas, provenientes da poluição atmosférica (doméstica, laboral e exterior), que de forma cumulativa e combinada com fatores genéticos, pode provocar danos nos pulmões e afetar o seu envelhecimento/ desenvolvimento (Agustini et. al., 2022). As mutações genéticas são responsáveis pelo desenvolvimento da doença, sendo a principal mutação, a do gene SERPINA1, que causa deficiência de $\alpha 1$ -antitripsina, embora existam outras de menor expressão responsáveis pela redução da função pulmonar e ao risco de DPOC (Cho et. al., 2022).

Considerando a **heterogeneidade causal da doença**, surgiu a necessidade de alargar a classificação da DPOC, aceitando os outros fatores que podem estar na sua gênese, surgindo uma taxonomia alargada da DPOC, com pouco impacto da prática clínica, que realça a importância de intervir precocemente em diferentes frentes e níveis de intervenção: prevenção, diagnóstico precoce e prevenção de complicações (Celli et. al., 2022; Stolz et. al., 2022).

Além de ser influenciada por múltiplos fatores, a DPOC também influencia sistemicamente o funcionamento do organismo, indo além das alterações intrapulmonares, afetando o nível nutricional e musculoesquelético, como resultado da combinação de múltiplos fatores: inflamação sistêmica; hipoxia; dieta inadequada e sedentarismo, o que contribui para o agravamento do estado de saúde e intolerância à atividade (Maltais et. al., 2014); a sarcopenia poderá ser uma das complicações, sendo caracterizada pela perda de massa muscular e pela funcionalidade das células musculares remanescentes (Wagner, 2008; GOLD, 2023).

Atendendo ao **atingimento sistémico e multiorgânico da DPOC**, torna-se fácil compreender a abrangência e complexidade do tratamento, que integra também, além do tratamento farmacológico, terapêuticas não farmacológicas (cessação tabágica, exercício físico, a vacinação, a nutrição e a reabilitação respiratória, entre outras) que exigem por parte da pessoa com DPOC a incorporação de competências de autogestão, que facilitem o desenvolvendo de autonomia no autocuidado perante a doença crônica (Sousa et. al., 2021).

As **competências de autogestão** exigem da pessoa e sua família o assumir da responsabilidade pelo processo terapêutico, devendo os enfermeiros proporcionar suporte e apoio às tomadas de decisão, promovendo mudanças de comportamento, perante os processos de vida, designadamente perante situações de doença (Sousa et. al., 2021). Essa responsabilização da pessoa pela própria saúde, resultou do aumento das doenças crônicas não transmissíveis, essencialmente na segunda metade do século XX, resultando daí diferentes conceitos relacionados entre si e associados ao *empowerment* e capacitação da pessoa, nomeadamente: autocuidado, autogestão, automonitorização e autoeficácia, entre outros (Magalhães, 2020).

O **Autocuidado (AC)** ao longo dos anos foi descrito sob diferentes perspetivas: conceito; estrutura; processo; teoria; modelo, ou fenómeno (Wilkinson & Whitehead, 2009), agrupa aspetos comuns a todas as suas definições no âmbito da saúde, sendo encarado como um comportamento socialmente apreendido, influenciado por: atitudes; crenças; valores; condições socioculturais; circunstâncias de vida e perspetivas de futuro (Backman e Hentinen, 1999, 2001). Orem, define-o como um conjunto de atividades autorreguladoras, realizadas pela pessoa para benefício próprio, apreendidas ao longo do seu desenvolvimento, com a finalidade de promover e manter a vida, a saúde e o bem-estar, de acordo com as suas necessidades pessoais (Orem, 1991; Orem, 2001). Inclui atividades como: higiene; nutrição; estilos de vida; fatores ambientais; fatores socioeconómicos e automedicação, desenvolvidas pelas pessoas com a finalidade de criar e manter a própria saúde e prevenir ou lidar com a doença (Martins & Brito, 2021).

Como é possível verificar, o autocuidado é importante em todos os aspetos da vida e muito significativo perante situações de maior vulnerabilidade, incluindo também, a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades promover e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença e deficiência, com ou sem o apoio de um profissional de saúde (WHO, 2009). Esta definição reporta-nos para o conceito de autocuidado na doença crónica.

O **self management (autogestão)** é um termo que, surge na literatura, para descrever o conceito de gestão de regime terapêutico, associando-o ao autocuidado na doença crónica (Mota et. al., 2016), entendido como a aprendizagem e treino de habilidades necessárias para promover o autocontrolo da doença e, conseqüentemente, uma vida satisfatória e participativa (Lorig & Holman, 2003). Estes autores definem competências de autogestão: a tomada de decisão; a mobilização de recursos; a resolução de problemas; a capacitação para a ação e o estabelecimento de parcerias de cuidados com os profissionais de saúde.

O conceito de **gestão do regime terapêutico**, objetiva “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 62). No entanto, este conceito deixa de existir enquanto foco isolado, sendo direcionado para termos como: autocuidado; habilidades para gerir; atitude face ao regime; regime medicamentoso; regime de exercício; regime dietético, entre outros. Associado a este conceito está o conceito de adesão ao regime terapêutico, que consiste numa ação realizada pelo próprio, dirigida à promoção do bem-estar, reabilitação e recuperação, perante as situações de desvios de saúde identificadas, cumprindo escrupulosamente as orientações dos profissionais face ao regime terapêutico (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

Para uma **autogestão eficaz do regime medicamentoso**, a pessoa deve ser capaz de enumerar e identificar o nome dos medicamentos prescritos, conhecer a sua aparência e as suas ações terapêuticas, assim como os seus efeitos secundários; deve também administrar adequadamente a medicação, seguindo as indicações para uma administração segura e armazenar corretamente os medicamentos (Henriques, 2011). Neste sentido, a “(. . .) a adesão terapêutica, a competência percebida e os conhecimentos sobre o regime farmacológico (uso de inaladores) (. . .)” (Bastos et. al., 2019, p. 60), entre outros, são indicadores de uma autogestão eficaz do regime medicamentoso na DPOC (Bastos, 2019).

A **adesão terapêutica** implica mudanças de comportamento em concordância com o regime terapêutico prescrito, farmacológico e não farmacológico (Carmaneiro, 2021), sendo condicionada por fatores: individuais; sociais; económicos; culturais e relacionados com a doença, com comorbilidades existentes, com a terapêutica prescrita, com os profissionais e com os serviços de saúde (Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003). A **adesão ao regime medicamentoso** é um conceito complexo, que implica cumprimento da toma da medicação de acordo com a prescrição de um profissional de saúde (OMS, 2022), integrado no regime terapêutico, sendo definida também como:

ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as

orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) (International Council of Nurses, 2019, p. 3).

Assim, a adesão ao regime medicamentoso traduz o cumprimento das orientações terapêuticas e é considerada um indicador de resultado da gestão do regime terapêutico (Mota et. al., 2017), sendo a complexidade do regime terapêutico um dos fatores dificultadores da mesma (Gonçalves, Reveles, Martins, Rodrigues, & Rodrigues, 2016) nas pessoas com DPOC (Blackstock, ZuWallack, Nici, & Lareau, 2016). Relativamente ao regime medicamentoso, terapêutica inalatória, a adesão é influenciada negativamente por múltiplos fatores (Swiatoniowska et. al., 2020; Tottenborg et. al., 2016; Tabyshova et. al., 2022), nomeadamente: pela presença de comorbilidades associadas (tabagismo; depressão; gravidade da doença; baixo nível de literacia); pela complexidade do regime medicamentoso (polimedicação; posologias complexas; efeitos secundários da medicação) (Moradkhani et. al., 2021; Bhattarai et. al., 2020; Jarab & Mukattash, 2019; Montes et. al., 2017; Swiatoniowska et. al., 2020) e pelo baixo status socioeconómico (baixos recursos económicos; desemprego; imigração; pouca disponibilidade de medicação; viver sozinho) (Stolbrink et. al., 2022).

A **competência percebida** ou autoeficácia, está relacionada com a perceção que a pessoa tem das suas capacidades, consistindo num fator motivacional, que permite iniciar e manter comportamentos promotores de saúde (Almeida, 2013; Rocha, 2017), fortemente associada à adesão ao regime terapêutico (Rocha, 2017), promotora da autogestão da doença, embora não garanta uma gestão eficaz (Bastos et. al., 2019).

O **conhecimento**, relativamente aos diferentes dispositivos inalatórios e à técnica inalatória de administração desses medicamentos, é fundamental para a aquisição de mestria e a adesão ao tratamento na DPOC (Price et al., 2018). O conhecimento aprofundado da doença e dos benefícios da adesão medicamentosa, promove a longo prazo a funcionalidade e a adoção de comportamentos saudáveis (GOLD, 2023). Nesse sentido, a educação para a saúde, deve incluir componentes motivacionais, educacionais e comportamentais (Janjua et. al., 2021), adequadas aos obstáculos individuais de cada um, permitindo à pessoa gerir melhor a doença (Effing et. al., 2016), através de comportamentos de autogestão.

Perante a necessidade de **capacitação da pessoa para a autogestão do regime medicamentoso** é inevitável salientar a importância do *empowerment*, definido como estratégia para a saúde (WHO, 2020) e um dos objetivos para a saúde do cidadão, aumentando o seu potencial de envolvimento e mestria na autogestão da doença e uma maior compreensão sobre o seu estado de saúde, com melhoria na perceção de autoeficácia (Santis, Hervas, Weinman, & Bottarelli, 2018), sendo que "(. . .) pessoas mais empoderadas são pessoas mais

capacitadas para participarem nas decisões e interagirem com os profissionais de saúde (. . .)" (Luz et. al, 2020, p. 2).

O **empowerment** é conseguido através da educação para a saúde, sendo uma intervenção impulsionadora do autocuidado na pessoa com DPOC, devido ao compromisso apresentado perante a "(. . .) dispneia, a ansiedade e a depressão (. . .)" (Nabais & Sá, 2018, p.131), com condicionamento na participação familiar e social, permitindo melhorar: a saúde; a comunicação com profissionais de saúde; a satisfação perante os cuidados prestados; o uso eficiente dos cuidados de saúde e a adesão ao regime terapêutico (Cerezo, Juvé-Udina, & Delgado-Hito, 2016). Por outro lado, permite "(...) medir o impacto dos cuidados de saúde na autogestão do regime terapêutico, sendo um indicador da qualidade dos cuidados e serviços de saúde" (Luz et. al., 2020, p.9), que contribui para reduzir hospitalizações e recurso a esses serviços (Luz et. al., 2020).

Atendendo a que o *empowerment* promove a autogestão da doença crônica, identificar o perfil de autocuidado é fundamental, uma vez que este condiciona os comportamentos individuais de promoção da saúde, prevenção e autogestão da doença (World Health Organization, 2009). Foram identificados diferentes perfis de autocuidado: responsável; formalmente guiado; independente; abandono (Backman & Hentinen, 1999), correspondendo a cada perfil um estilo de gestão do regime terapêutico diferente, pois a atitude e disposição da pessoa condicionam o seu autocuidado e também a gestão do regime terapêutico (Mota, 2011). Assim, o foco de atenção dos profissionais deve abranger a capacitação da pessoa para a autogestão, facilitando assim, a vivência de uma transição saudável (Bastos, 2015).

Para que o processo de capacitação seja eficaz, é necessária a **identificação do estilo de gestão do regime terapêutico**, permitindo identificar dificuldades no processo de transição saúde-doença e determinar a intencionalidade e intensidade das terapêuticas de enfermagem a implementar. Encontram-se definidos quatro estilos de gestão do regime terapêutico: responsável; independente; formalmente guiado e negligente (Bastos, 2015).

No **estilo de gestão de responsável** incluem-se pessoas proactivas, com uma atitude de grande responsabilidade no autocuidado (Backman & Hentinen, 1999), que aceitam o estado de saúde e procuram ajuda sempre que necessário, buscando autonomia nas tomadas de decisão e por isso necessitam de conhecimento; vivem dentro do padrão de normalidade, incorporando e mantendo as recomendações dos profissionais de saúde na prevenção da doença e promoção da saúde, com volição suficiente para mudar comportamentos (Bastos, 2015). A intencionalidade das terapêuticas de enfermagem, neste estilo de gestão, deve promover a consciencialização e a mestria, com reformulação da identidade, através do *empowerment*, com intervenções como ensinar e educar. É possível manter o contacto destas pessoas à distância (Bastos, 2015).

As pessoas com um **estilo de gestão formalmente guiado** manifestam uma certa passividade na adoção de comportamentos saudáveis (Zeleznik, 2007), no entanto aderem ao regime terapêutico mesmo sem saber interpretar os dados de monitorização, devido ao baixo

nível de literacia; mantem normalmente um bom relacionamento com os profissionais de saúde, agindo de forma coerente, de acordo com as suas orientações (Bastos, 2015). A intencionalidade das terapêuticas, neste estilo de gestão, pretende promover a: autonomia, autoestima e autoeficácia, pela partilha de conhecimentos e desenvolvimento de competências, com intervenções como instruir e treinar; deve ser promovida a flexibilidade do regime terapêutico (Bastos, 2015).

O **estilo de gestão independente** inclui pessoas autodeterminadas e resistentes à mudança, com locus de controlo interno elevado, que duvidam e contrariam tendencialmente, as recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde, devido a crenças; gerem o regime terapêutico de forma simples, adotando por vezes, estratégias de *coping* centradas na negação (Bastos, 2015). A intencionalidade das terapêuticas, neste estilo de gestão, pretende promover a incorporação do regime terapêutico, de forma flexível e sem proibições, promovendo a reformulação da identidade e a integração possível da condição de saúde, trabalhando a consciencialização e os significados; deve ser facilitado o acesso aos recursos, mantendo o acompanhamento à distância (Bastos, 2015).

No **estilo de gestão negligente**, incluem-se pessoas que faltam às consultas, não tomam a medicação conforme prescrito e não realizam os exames clínicos; desconhecem os parâmetros de autovigilância e o tratamento, apresentando controle deficiente da doença e dos sintomas; não procuram obter informação sobre a sua condição de saúde (Bastos, 2015), acreditando que nunca irão melhorar (Zelevnik, 2007). A intencionalidade das terapêuticas, neste estilo de gestão, pretende promover a consciencialização e, adequando sistemas de suporte facilitadores, que protejam a pessoa e mantenham a continuidade dos cuidados, em concordância com regime terapêutico recomendado, minimizando as consequências das situações de agravamento da doença. Deve ser promovido o envolvimento e o suporte (Bastos, 2015).

As intervenções de autogestão trazem benefícios associados a uma redução dos internamentos hospitalares, relacionados com as doenças respiratórias, e melhor qualidade de vida. O processo de autogestão requer uma interação constante entre a pessoa alvo de cuidados e os profissionais de saúde, para a implementação de técnicas de mudança de comportamento promotoras da confiança, competência e motivação dotando a pessoa das habilidades de autogestão necessárias (Effing et. al., 2016). Estudos comprovam que a intervenção de um profissional especializado na área da reabilitação respiratória, melhora significativamente as habilidades de autogestão (Benzo et. al., 2019).

Torna-se assim imperativo o apoio pelo EEER, às pessoas com DPOC, na consciencialização dos benefícios da adesão ao regime medicamentoso e das mudanças comportamentais necessárias à mestria e integração fluida da terapêutica inalatória no dia-a-dia (Aguilar et al., 2017; Price et al., 2018) capacitando-a para uma autogestão eficaz do regime medicamentoso. Consequente promove um melhor controlo sintomático e uma maior eficácia na autogestão da doença (Lorig & Holman, 2003). Educar para a autogestão constitui assim, uma ferramenta promotora do desenvolvimento das competências necessárias ao autocuidado na doença crónica e, neste caso concreto, à autogestão eficaz do regime medicamentoso, facilitando os processos de transição

(Bastos et. al., 2019).

Enquanto elemento integrante de equipas multidisciplinares, é responsável pelo desenvolvimento e implementação de programas de Reabilitação Respiratória (RR), recomendados a pessoas com DPOC (Andrew, Gerene & Richard, 2007; Ries et al., 2007). Menciona a RR, porque esta promove a autogestão da doença e a capacitação da pessoa para lidar com os seus desafios, sendo definida 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 (. . .) ” (Spruit et al., 2013, p.16). Em 2013 a American Thoracic Society (ATS) e a European Respiratory Society (ERS) apresenta conclusões, onde salienta, entre outros, a importância da componente educacional dirigida para a autogestão da doença e para a capacitação da pessoa (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) (Spruit et al., 2013).

O **EEER tem um papel imprescindível** neste contexto, pois no âmbito das suas competências específicas, com enfoque no potencial da pessoa para melhorar o seu conhecimento e a capacidade, promove a autogestão do regime medicamentoso, no âmbito da **autogestão da doença crónica**, facilitando o desenvolvimento de habilidades que permitem à pessoa lidar com os desafios que surgem diariamente (Sousa et. al., 2020). Deve também, enquanto elemento facilitador dos processos adaptativos, dar especial atenção à forma como a pessoa e os cuidadores (familiares ou informais) experienciam esses processos, promovendo a consciencialização da necessidade de mudança e a integração da nova condição de saúde.

Após abordar diferentes conceitos relacionados com a autogestão do regime medicamentoso, saliento a importância do Referencial Teórico de Orem (1991) nos cuidados de enfermagem de reabilitação. Evidencio o **Sistema de Apoio e Educação**, da Teoria dos Sistemas, na promoção do *empowerment* da pessoa com DPOC, para a autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, promovendo o seu potencial de conhecimento e capacidade necessários para desempenhar esta atividade autonomamente. No entanto, o EEER também pode também intervir, de acordo com os restantes tipos de sistemas de compensação (utilizando um ou mais) perante o deficit no autocuidado identificado, de forma totalmente compensatória ou parcialmente compensatória (Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2002).

Evidencio também, a **Teoria das Transições** (Meleis et. al., 2000) igualmente importante na recuperação da estabilidade, saúde e bem-estar (Meleis, 2012), cujos pressupostos têm vindo a ser integrados na prática de cuidados de reabilitação, devendo o EEER intervir na transição saúde-doença, como um elemento facilitador, conhecedor dos fatores intrínsecos e extrínsecos que condicionam a forma como a pessoa e os cuidadores (familiares ou informais) experienciam essa transição (Silva et. al, 2019).

Para compreender as condições em que as transições ocorrem, deve avaliar aspetos envolvidos no processo, nomeadamente os pessoais: os significados atribuídos (neutros,

positivos ou negativos); as crenças e atitudes culturais; a condição socioeconómica e a preparação/conhecimento da pessoa, para facilitar a mudança de comportamento e a adaptação à nova realidade (Meleis et. al., 2000).

As **terapêuticas de enfermagem a implementar** pelo EEER, pretendem desenvolver na pessoa alvo de cuidados padrões de resposta adequados, ao nível do processo: sentir-se ligado (redes de apoio como família/amigos/profissionais de saúde) interagir (com pessoas a enfrentar situação semelhante cuidadores familiares e profissionais de saúde) estar situado (tempo, espaço e relações); desenvolver confiança e *coping* (utilizar recursos que permitam o desenvolvimento de estratégias) e ao nível dos resultados: mestria (domínio de novas competências) e integração fluida da identidade (reformulação da identidade, integradora da mudança) (Meleis 2012; Silva et. al., 2018; McEwen, 2016; Meleis et. al, 2000) tradutoras de uma transição bem-sucedida (Ribeiro et. al., 2021).

A pessoa com DPOC, com compromisso na autogestão do regime medicamentoso-terapêutica inalatória

A Sr. M apresenta DPOC estratificada em **GOLD 2B**, o que significa que apresenta uma obstrução grave ao fluxo aéreo após prova de broncodilatação (nível GOLD 2), com $50\% \leq \text{VEF1} < 80\%$ do previsto e segundo a classificação ABE, relacionada com o histórico de exacerbações, como B, o que significa que apresenta valores de **mMRC > 2 e CAT 10 (GOLD, 2023)**. A insuficiência respiratória, está associada a DPOC avançada, tendo como consequências o aumento do trabalho respiratório, com maior consumo energético, aumentando o risco de desequilíbrio metabólico, devido acidose respiratória (hipoxia ou hipercapnia), o que agrava o prognóstico e o risco de mortalidade.

As terapêuticas indicadas em situações de **insuficiência respiratória**, incluem a oxigenoterapia suplementar e a ventilação mecânica, embora a sua implementação seja complexa e cumpra critérios clínicos que considerem a variedade de fenótipos da doença e a sua heterogeneidade. (Daher & Dreher M, 2020). No entanto, no caso clínico apresentado, a Sra. M não tem indicação para cumprir oxigenoterapia suplementar, tendo apenas prescrita VNI em modo binível S/T (espontâneo/temporizado), com máscara facial, desde outubro de 2022, ao qual está bem-adaptada. O modo binível configurado inclui: IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure) - 15; EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure) - 6; Ti (Tempos inspiratórios) de 1,2, o que significa que segue a respiração do doente e na ausência de esforço respiratório por parte da Sra. M, durante um determinado período, vai aplicar as FR e Ti programadas (Raveling et. al., 2023).

A **Ventilação Não Invasiva (VNI)** permite reduzir os níveis de PaCO₂ em doentes com hiperpercapnia crónica grave (PaCO₂ > 53 mm Hg), e após exacerbação aguda, com benefícios clínicos consideráveis, promovendo o aumento da quimiosensibilidade ventilatória ao CO₂ e a diminuição da hiperinsuflação pulmonar (Daher & Dreher M, 2020). Pode também ser utilizada em situações de: acidose respiratória; dispneia grave, com sinais de fadiga muscular e/ou aumento do trabalho respiratório e hipoxemia persistente (GOLD, 2023) A sua utilização a longo

prazo não é conclusiva e embora não traga benefícios significativos na capacidade de exercício, os seus benefícios na sobrevivência e qualidade de vida têm sido reportados de forma crescente (Raveling et. al., 2023).

O agravamento da sintomatologia, à medida que a doença progride, aumenta a probabilidade das pessoas com DPOC, contraírem estados de **ansiedade e depressão** (85%) (Waseem et al., 2012; Jose, Chelangara & Shaji, 2016) e de praticar suicídio (1.9%), quando comparadas a pessoas sem DPOC (Sampaio et. al., 2019), apresentando risco acrescido de: redução da tolerância ao exercício físico; aumento no número de exacerbações da doença e desenvolvimento de limitações funcionais (Maurer et al., 2008; Schneider et al., 2010; Willgoss & Yohannes, 2013). No entanto, estas comorbidades relevantes (depressão e ansiedade), associadas a pior prognóstico (Eisner et. al., 2010) estão maioritariamente subdiagnosticadas em pessoas com DPOC, por isso requerem tratamento diferenciado.

Perante estas circunstâncias, é essencial a **identificação e gestão de situações de stress**, assim como o treino de estratégias de relaxamento que minimizem situações de ansiedade e stress, devem ser priorizadas (Nici et al., 2006; Direção Geral da Saúde, 2009; Branco et al., 2012), com recurso a terapias cognitivo-comportamentais (Williams, Cafarella, Paquet & Frith, 2015); está também demonstrado que os programas de reabilitação contribuem para reduzir os níveis de ansiedade e depressão, melhorando a qualidade de vida das pessoas com DPOC (Spruit et al., 2013) ao promover a autogestão da doença; um dos seus objetivos consiste em quebrar o círculo vicioso da inatividade, com recurso a técnicas da gestão de energia, treino de exercício físico e de Atividades de Vida Diária (AVD's) se necessário (Nici et al., 2006; Bott et al., 2009; Direção Geral da Saúde, 2009; Branco et al., 2012; Spruit et al., 2013).

As **técnicas de controlo respiratório** combinadas: técnicas de dissociação dos tempos respiratórios; técnica de respiração com os lábios semicerrados, e respiração abdominodiafragmática, associadas a posição de relaxamento dos músculos respiratórios, promove o relaxamento corporal nas situações de stress e ansiedade, conforme já foi referido (OE, 2018). Estas técnicas, associadas às técnicas de gestão de energia são parte integrante da componente educacional dos programas de RR (Direção Geral da Saúde, 2009; Spruit et al., 2013), demonstrando benefício significativo no alívio da dispneia durante a realização do autocuidado ou exercício físico (Velloso & Jardim, 2006), sendo este também, parte integrante desses programas.

O **exercício físico**, enquanto pilar da reabilitação pulmonar (Nici et al., 2006; Direção Geral da Saúde, 2009; Spruit et al., 2013) deve incorporar as técnicas de controlo respiratório e as técnicas de conservação de energia, permitindo melhorar simultaneamente os sintomas de dispneia/fadiga e intolerância ao esforço e a função muscular (Spruit et al., 2013). Inerente à capacidade de exercício físico está a componente nutricional, também parte integrante dos programas de RR, fundamental na prevenção e redução da fraqueza muscular, sendo que um padrão nutricional equilibrado promove um aumento na capacidade de exercício físico e contribui conseqüentemente para reduzir o risco de exacerbações (Direção Geral da Saúde, 2009; Spruit et al., 2013).

Para melhorar a capacidade de exercício físico e promover a autogestão da doença é fundamental intervir no âmbito da cessação tabágica, que constitui um passo essencial para a redução significativa da dispneia e conseqüente aumento da tolerância ao exercício físico (GOLD, 2023); tem início com a uma intervenção breve motivacional, onde é reforçada com reforço da sua importância na autogestão da doença e respetivas vantagens, sendo iniciada posteriormente, quando indicado a “(...) Abordagem, aconselhamento e tratamento farmacológico (...)” (DGS, 2019, p. 4). A referenciação para a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica é concretizada perante a obtenção de resultados desfavoráveis nas referidas intervenções, devendo ser realizada no prazo máximo de 120 dias (DGS, 2019). A terapêutica de substituição da nicotina demonstra benefícios na promoção da cessação tabágica (GOLD, 2023).

Para além dos aspetos referidos e foco de intervenção específica, no processo de desenvolvimento de competências, temos a **autogestão da terapêutica inalatória**, de crucial importância no controlo sintomático da DPOC (Price et al., 2018), promovendo a predisposição da pessoa para a prática de exercício físico, com os benefícios na melhoria da função muscular e tolerância ao mesmo, o que concorre para reduzir o risco de exacerbações (Che et. al., 2020; Lerodiakonou et. al., 2020, Moreira et. al., 2021; Kim et. al., 2018; Moradkhani et. al., 2021). Assim, a correta execução da técnica inalatória é essencial para uma administração eficaz do fármaco prescrito, que embora administrado por esta via tem repercussões sistémicas, com redução sintomática e melhorias significativas na qualidade de vida (GOLD, 2023).

Perante o exposto, foi analisado com a Sra. M o cumprimento dos passos da técnica inalatória para o tipo de inalador prescrito (pMDI), consoante a lista de verificação da DGS (DGS, 2017), com incumprimento de alguns passos. Constatou-se que, não cumpre a recomendação de utilizar o inalador pressurizado adaptado a câmara expansora, verificando-se uma técnica inalatória ineficaz, de acordo com as características do inalador e características pessoais de habilidades na coordenação “mão-pulmão”, do fluxo inspiratório que consegue atingir e da retenção da respiração, após a inalação (GOLD, 2023). Assim, e sendo o foco principal da minha intervenção a promoção da autogestão da terapêutica inalatória, perante as falhas identificadas na execução da técnica inalatória, emerge a necessidade de intervir através do apoio e educação (Teoria dos Sistemas de Orem).

Foi efetuado **ensino, instrução e treino de acordo com o tipo de inalador**, promovendo o conhecimento necessário para a consciencialização da pessoa e o seu envolvimento no cumprimento da técnica inalatória para pMDI com câmara expansora (DGS, 2017), perspetivando a promoção da consciencialização sobre a importância de utilizar a câmara expansora na sua administração e para a correta realização da técnica inalatória, promovendo a perceção de autoeficácia identificando e corrigindo falhas, para que seja possível atingir a mestria e integração fluida no dia-a-dia da Sra. M, promovendo assim, o processo adaptativo de autogestão da terapêutica inalatória.

Perante a gravidade da doença e a necessidade de **promover a autogestão da terapêutica inalatória**, enquanto parte integrante da autogestão do regime terapêutico da DPOC,

considerou-se relevante a aplicação de um formulário (Mota et. al., 2017), desenvolvido e cedido por peritos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que permite a identificação do estilo de gestão do regime terapêutico, de acordo com a Teoria Explicativa sobre a Gestão da Doença e do Regime Terapêutico (Bastos, 2015).

Este instrumento de colheita de dados tem como suporte duas dimensões essenciais na gestão do regime terapêutico - controlo e flexibilidade (Bastos, 2015), que oscilam entre campos opostos controlo/tentação e flexibilidade/rigidez. Estas dimensões resultam da análise de “(. . .) sete variáveis: locus de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, atitude face à doença, atitude face ao regime terapêutico, autoeficácia e interação com os profissionais” (Mota et. al., 2017).

Para melhor perceção dos resultados, será apresentada uma breve definição dos conceitos: o Locus de controlo interno está relacionado com a perceção que a pessoa tem controlo sobre sua vida, como resultado dos seus potenciais e características individuais (Almeida & Pereira, 2006); a Tomada de decisão, consiste na capacidade da pessoa de decidir sobre os diferentes aspetos da sua vida, escolhendo entre alternativas, informada das consequências potenciais ou reais das suas escolhas (Sousa, 2005); a Atitude face à doença, consiste num psicológico e mental, de aceitação das opiniões e orientações perante à situação de doença, podendo a pessoa apresentar uma atitude (ICNP, 2019); Autodeterminação: consiste na capacidade da pessoa agir com autonomia e intencionalidade, sendo um conceito complexo que envolve motivação, sentido de causalidade e regulação (Gagné & Deci, 2005).

A Sra. M apresentou o **estilo de gestão do regime terapêutico negligente**, com uma pontuação de (3,3); é possível também verificar que algumas variáveis integradas na gestão do regime terapêutico apresentam valores baixos, nomeadamente a autodeterminação e locus de controlo interno (1.33), atitude face à doença (1.75) e flexibilidade (1.84). É possível analisar os dados obtidos na Figura 1 e Quadro 1.



Figura 1: Estilo de gestão do regime terapêutico da Sra. M

Quadro 1: Dados da aplicação do formulário de identificação do estilo de gestão do regime terapêutico	
Controlo	2,13
Flexibilidade	1,84
Locus de controlo Interno	1,33
Tomada decisão	2,6
Autodeterminação	1,33
Atitude face à doença	1,75
Autocuidado Responsável	2,82
Autocuidado Formalmente Guiado	2,07
Autocuidado Independente	3
Autocuidado Negligente	3,3

Quadro 1: Dados da aplicação do formulário de identificação do estilo de gestão do regime terapêutico da Sra. M

Conforme mencionado, pessoas incluídas neste estilo de gestão faltam habitualmente às consultas, demonstrando dificuldade de envolvimento e não procuram informação sobre a sua condição, oscilando entre tentação e rigidez e evidenciando por vezes dificuldade nas tomadas de decisão, devido ao baixo locus de controlo interno; são pessoas que habitualmente apresentam poucos conhecimentos sobre a sua doença e não monitorizam o seu estado de saúde, exibindo um baixo locus de controlo interno e baixa perceção de autoeficácia (Bastos, 2015).

Além do formulário aplicado, foi também aplicada a **Escala do Empowerment Individual**, que permite a avaliação de sete dimensões do contexto de doença crónica, entre as quais: autoperceção; participação nas decisões em saúde; mestria; determinação; identidade; autonomia e relação com os profissionais de saúde. Os seus resultados variam entre 1 e 4, com ponto de corte 3.58, estando categorizadas como mais empoderadas pessoas com resultados acima desse valor e como menos empoderadas pessoas com resultados abaixo do mesmo. Esta escala possibilita também, a confirmação da relação entre os atributos individuais, de identidade e comportamento, com o nível de *empowerment* global (Luz et. al, 2020).

Foi identificado o nível de *empowerment* global da Sra. M, com um resultado de 2.9, traduzindo um baixo nível de *empowerment* no contexto da sua doença, com valores baixos de Autopercepção (1.9), Identidade (2), Autonomia (2,3) e mestria (2.7).

Dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos mencionados, emerge a necessidade de rever todo o processo de autogestão da doença crónica, aumentando a frequência das consultas com o EEER, permitindo o apoio e suporte, necessários à autogestão da terapêutica inalatória e da DPOC. A intencionalidade das terapêuticas de enfermagem a instituir neste caso clínico pretendem promover a consciencialização da pessoa e conseqüentemente a promoção da autogestão, onde poderá ser necessária a mobilização de outros recursos (recursos internos e externos), adequando sistemas de suporte, facilitadores dos processos de transição, que auxiliem na continuidade dos cuidados de saúde recomendados (Bastos, 2015).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 77 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-15 18:00:00	Trixeo aerosphere (budesonida + formoterol + brometo de brometo de glicopirrónio - 160 µg + 5 µg + 7.2 µg) 2 puffs de 12/12h	
2023-12-15 18:00:00	Ventilan 100 ug/dose: 2 puffs em SOS	
2023-12-15 18:00:00	Atrovent 20 ug/dose: 2 puffs em SOS	
2023-12-15 18:00:00	Zolpidem 10 mg 1 comp. ao deitar	
2023-12-15 18:00:00	Furosemida 10 mg - 1 comp. ao pequeno-almoço	
2023-12-15 18:00:00	Alprazolam 0,5 mg 1 comp. em SOS	
2023-12-15 18:00:00	Escitalopram 20 mg - 1 comp. ao pequeno-almoço	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Nos aspetos de enfermagem a considerar relacionados com a medicação prescrita, serão salientados apenas os relacionados com a terapêutica inalatória, que tem particular relevo na temática escolhida.

A Sra. M tem prescrita como terapêutica inalatória de manutenção o Trixeo aerosphere

(budesonida + formoterol + brometo de brometo de glicopirrônio - 160 µg + 5 µg + 7.2 µg) e como terapêutica de alívio sintomático o Ventilan (100 µg) e o Atrovent 20 µg. No entanto, não cumpre a administração de Ventilan nas crises, recorrendo apenas ao Atrovent. Tem indicação para utilizar câmara expansora na administração da terapêutica inalatória, que não utiliza.

O Trixeo aerosphere (budesonida + formoterol + brometo de brometo de glicopirrônio - 160 µg + 5 µg + 7.2 µg), consiste num medicamento recomendado para o tratamento de manutenção da DPOC, (moderada a grave) em adultos, sendo constituído por uma associação LABA/LAMA/ICS (Infarmed, 2022). A posologia recomendada é de 2 puffs de 12/12h. Como efeitos secundários frequentes pode apresentar: candidíase oral; ansiedade; dificuldade em dormir; náuseas; cefaleias; tosse ou voz rouca; câibras musculares; palpitações; níveis analíticos de açúcar no sangue elevados; dor ao urinar e urinar com frequência (podem ser sinais de infeção do trato urinário) e pneumonia. Como cuidados de conservação é fundamental atender: prazo de validade; a que deve ser utilizado no prazo de 3 meses após abertura da bolsa; conservar em local fresco e seco em uma temperatura < a 30°C (Infarmed, 2022).

O Atrovent (brometo de Ipatrópio) solução pressurizada (pMDI), é prescrito nos períodos de exacerbação como terapêutica de alívio, sendo “(. . .) broncodilatador para tratamento de manutenção do broncoespasmo associado à asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), incluindo bronquite crônica e enfisema” (Infarmed, 2021, p. 1). A posologia recomendada nos adultos é de dois puffs, até ao máximo de quatro por dia (infarmed, 2021). Apresenta como efeitos secundários mais frequentes: “(. . .) cefaleias, garganta irritada, tosse, boca seca, perturbações da motilidade gastrointestinal (incluindo obstipação, diarreia e vômitos), náuseas e tonturas” (Infarmed, 2021, p. 1).

A terapêutica inalatória de alívio utilizada pela Sra. M inclui o uso de broncodilatador: Salbutamol 100 µg, de acordo com a estratificação da doença (Gold, 2023 como citado em Ferrão & Meireles, 2023). O Ventilan (Salbutamol), solução pressurizada (mPMDI), é prescrito nos períodos de exacerbação, como terapêutica de alívio “(. . .) provoca broncodilatação num curto espaço de tempo (4 horas) com rápido início de ação (dentro de 5 minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias devidas à asma, bronquite crónica e enfisema” (Infarmed, 2023, p.1). Está indicado no:

tratamento prolongado no alívio e prevenção dos sintomas asmáticos; no alívio dos sintomas e prevenção de situações reconhecidas pelo doente como desencadeadoras de crise asmática (ex. antes do exercício ou exposição inevitável a alérgenos); como terapêutica de urgência na asma ligeira, moderada ou grave, desde que a confiança nele depositada não faça adiar a introdução e uso regular de um corticosteroide inalado (Infarmed, 2023, p.1).

A posologia recomendada nos adultos é de 2 puffs, até ao máximo de 4 vezes ao dia (Infarmed, 2023). Apresenta como efeitos secundários mais frequentes: “(. . .) tremor, cefaleias (. . .) e taquicardia” (Infarmed, 2023, p.8).

O EEER deve promover a autogestão da terapêutica farmacológica prescrita e particularmente

da terapêutica inalatória, através do ensino, instrução e treino da pessoa com DPOC, que auxiliem a pessoa na administração desta terapêutica. A realização correta da técnica inalatória, faz com que a quantidade de fármaco que chega aos pulmões seja a desejada, facilitando a autogestão da doença.

Para uma administração segura e eficaz da medicação prescrita, o EEER deve, através do sistema de apoio e educação da teoria do deficit do autocuidado de Orem, promover o conhecimento e capacitação da Sra. M para o cumprimento da terapêutica inalatória, favorecendo assim a adesão à correta técnica inalatória de acordo com o tipo de inalador e características da pessoa, promovendo conseqüentemente uma transição saudável, pois a falta de preparação e conhecimento são condições inibidoras dos processos de transição.

Assim, deve: ensinar sobre a posologia e dosagem prescrita, assim como sobre os efeitos colaterais mais frequentes e precauções de utilização; ensinar sobre a importância de utilizar a câmara expansora na administração da terapêutica inalatória, conforme indicação médica; instruir e treinar a técnica inalatória com recurso a câmara expansora; monitorizar os efeitos colaterais adversos, relacionados com a administração da terapêutica inalatória associados ao uso de Trixeo, Atrovent e Ventilan; informar o médico responsável pela presença de efeitos colaterais significativos e monitorizar a adesão ao tratamento regularmente.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-12-2023 18:00	Consciência	
15-12-2023 18:00	Sistema respiratório	
15-12-2023 18:00	Sono	
15-12-2023 18:00	Conservação de energia	
15-12-2023 18:00	Emoção	
15-12-2023 18:00	Autogestão do regime medicamentoso	
15-12-2023 18:00	Padrão alimentar	
15-12-2023 18:00	Padrão de exercício	
15-12-2023 18:00	Comportamento aditivo	
15-12-2023 18:00	Força muscular	
15-12-2023 18:00	Memória	
15-12-2023 18:00	Virar-se	
15-12-2023 18:00	Erguer-se	
15-12-2023 18:00	Transferir-se	
15-12-2023 18:00	Sentar-se	
15-12-2023 18:00	Cuidar da higiene pessoal	
15-12-2023 18:00	Vestir-se ou despir-se	
15-12-2023 18:00	Andar	
15-12-2023 18:00	Alimentar-se	
15-12-2023 18:00	Função motora fina	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Consciência:

A avaliação da consciência é fundamental, porque uma alteração no seu estado poderá representar um sinal tardio de exacerbação da doença, devido a hipoxia ou hipercapnia (Gold, 2023). Por outro lado, constitui uma barreira à aprendizagem, não sendo possível o envolvimento da pessoa e a sua capacitação na autogestão da doença (OE, 2018).

Sistema Respiratório:

A DPOC caracteriza-se pela presença constante de “(. . .) sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse e expectoração), devidos a alterações das vias aéreas (bronquiolite, bronquite) e/ou dos alvéolos (enfisema), que causam obstrução progressiva e persistente ao fluxo de ar e compromisso limpeza das vias aéreas e ventilação (Celli et. al., 2022). O aumento da hipersecreção e viscosidade de muco, juntamente com disfunção ciliar favorece a obstrução das vias aéreas e conseqüentemente o desenvolvimento de infeções do sistema respiratório (GOLD, 2023).

Sono:

Nas pessoas com DPOC as alterações no padrão de sono podem resultar de modificações fisiológicas durante a fase do sono REM, que condicionam as trocas gasosas (Climaco et. al., 2022) e originam dispneia e tosse noturna, gerando despertares frequentes, dificultando um sono contínuo e recuperador (GOLD, 2023; Arcanjo, 2020).

Conservação energia:

A dispneia e a fadiga resultantes das alterações fisiopatológicas da DPOC levam à diminuição progressiva da quantidade de energia disponível para realizar as atividades de vida diária (GOLD, 2023), sendo a intolerância ao exercício a manifestação mais comum em pessoas com DPOC, “(. . .) na incapacidade da pessoa em realizar uma determinada tarefa e/ou atividade física na intensidade ou na duração normalmente tolerável para pessoas relativamente sedentárias e sem patologia associada” (Palange et al., 2007)

Emoção:

Pessoas com doença respiratória apresentam um risco elevado de desenvolver ansiedade e depressão, relacionada com as alterações fisiopatológicas da doença, como a dispneia (OE, 2018) sendo que níveis elevados de ansiedade traduzem um aumento de exacerbações e menor tolerância ao exercício físico (Usmani et al., 2011).

Autogestão do regime medicamentoso:

A autogestão da doença crónica constitui uma estratégia para melhorar o estado de saúde da pessoa, reduzindo os custos em saúde por este motivo. As intervenções promotoras da capacitação para a autogestão na DPOC incluem a adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente à terapêutica inalatória, pilar do tratamento farmacológico na DPOC, considerando a importância de cumprir a técnica inalatória de acordo com o tipo de inalador, sendo recomendada a sua revisão frequente, em todas as consultas de seguimento (GOLD, 2023).

Padrão alimentar:

A DPOC é frequentemente associada a perda de apetite, sensação de enfiamento e problemas digestivos, o que condiciona o estado nutricional da pessoa gerando défice nutricional, com forte impacto na força muscular e consequentemente função pulmonar, reduzindo a capacidade de exercício físico e realização das AVD's. A perda de peso esta assim associada ao avançar da doença (Bourbeau et. al, 2022; Spruit et al., 2013).

Padrão de Exercício:

O exercício físico permite melhorar a força e função muscular, interrompendo o processo de descondicionamento físico, resultante da dispneia, fadiga intolerância ao esforço, sendo a base a respiratória. Inicialmente, o treino de exercício pode incluir apenas exercícios aeróbicos e posteriormente de treino de resistência e força, consoante a tolerância da pessoa (Spruit et al., 2013).

Comportamento aditivo:

A cessação tabágica deve ser incentivada a todas as pessoas com DPOC que continuam a fumar, uma vez que a exposição ao fumo do tabaco constitui o principal fator de risco e de agravamento da DPOC (GOLD, 2023).

Força Muscular:

A dispneia, presente na pessoa com DPOC dificulta a realização das AVD's e leva a uma redução da atividade física e consequentemente a fraqueza muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Além disso, os mediadores inflamatórios presentes na corrente sanguínea podem originar a ocorrência de alterações músculo-esqueléticas e caquexia, com consequente agravamento de comorbidades coexistentes (Gold, 2023). Por outro lado, as estratégias de intervenção não farmacológica na pessoa com DPOC incluem a promoção da atividade física diária, independentemente da gravidade da DPOC e da necessidade de reabilitação respiratória (DGS, 2019).

Memória:

A avaliação da memória permite identificar o potencial da pessoa para armazenar informação e condiciona o processo de capacitação para a autogestão do regime terapêutico. A memória

permite o registo e armazenamento de informação: conhecimentos, pensamentos, ideias e sensações, assim como a sua recordação. (ICNP, 2019).

Atividades do autocuidado: virar-se; erguer-se; transferir-se; sentar-se; cuidar da higiene pessoal; vestir-se ou despir-se, andar e alimentar-se:

As diferentes atividades do autocuidado podem estar comprometidas na DPOC, dependendo da gravidade dos sintomas respiratórios, nomeadamente da dispneia e da existência de comorbidades associadas. Para a realização das atividades do autocuidado pode ser necessário recorrer a estratégias de conservação de energia, adaptada às diferentes atividades de vida, posições de descanso e a técnicas respiratórias (OE, 2018).

Função motora fina:

A função motora fina refere-se à capacidade da pessoa para manipular objetos de dimensões reduzidas (ICNP, 2019), sendo que um compromisso neste domínio condiciona a capacidade da pessoa para manipular o dispositivo inalatório, com uma boa coordenação mão-pulmão, o que se agrava com o avançar da idade (GOLD, 2023).

3.5. Conceção de Cuidados

Consciência

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Consciente.

15-12-2023 18:00 - A D. M apresenta-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa: Abertura dos olhos: espontânea; Resposta verbal: orientada e Resposta motora: obedece a ordens simples.

15-12-2023 18:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Consciente.

Força muscular

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Força - contração muscular

15-12-2023 18:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

15-12-2023 18:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

15-12-2023 18:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

15-12-2023 18:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

Função motora fina

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Destreza manual

15-12-2023 18:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

15-12-2023 18:00 - A sra. M manipula objetos de pequenas dimensões mais facilmente com a mão direita e manipula o inalador sem dificuldade.

Sistema respiratório

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Frequência respiratória: 23 ciclos/min.

15-12-2023 18:00 - Ritmo respiratório regular.

15-12-2023 18:00 - Movimento respiratório simétrico.

15-12-2023 18:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

15-12-2023 18:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

15-12-2023 18:00 - Sem adejo nasal.

15-12-2023 18:00 - Saturação do oxigênio no sangue

15-12-2023 18:00 - Periférico(a): 95 %.

15-12-2023 18:00 - Coloração da mucosa: rosada.

15-12-2023 18:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

15-12-2023 18:00 - Reflexo da tosse: presente.

15-12-2023 18:00 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.

15-12-2023 18:00 - Sons respiratórios: crepitações.

15-12-2023 18:00 - Secreções em moderada quantidade.

15-12-2023 18:00 - Secreções espessas.

15-12-2023 18:00 - Secreções amareladas.

15-12-2023 18:00 - A Sra. M apresenta diminuição na SpO2 para 92%, enquanto fala, recuperando para 96% após a realização de técnicas de controle ventilatório; refere tosse de predomínio matinal, com expectoração viscosa em quantidade moderada. Apresenta: à auscultação, diminuição dos sons respiratórios nos lobos superiores, com presença de sibilos e roncos de predomínio expiratório, bilateralmente, mais acentuada nos lobos superiores; coluna sem deformidades e caixa torácica com costelas ligeiramente lateralizadas, com ligeiro aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax; à palpação, traqueia alinhada pela linha média e simetria de expansibilidade torácica à palpação; frêmito toracovocal com sons diminuídos nos lobos superiores e aumentado nos lobos inferiores à percussão, ressonância ao longo do tórax, com hiperressonância nos lobos superiores e maciço nos lobos inferiores; Classificada segundo a escala MRC Dyspnea Questionnaire, apresentando dispneia grau 3 (Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos); Classificada quanto ao impacto da DPOC na sua vida, através do CPOD Assessment Test (CAT) apresentando um nível de impacto muito alto (> 30).

15-12-2023 18:00 - Ventilação comprometida

15-12-2023 18:00 - Determinar evolução da ventilação

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da ventilação

15-12-2023 18:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico

15-12-2023 18:00 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico

15-12-2023 18:00 - Melhorar ventilação

15-12-2023 18:00 - Executar exercícios de controlo respiratório

15-12-2023 18:00 - Executar técnica de reexpansão torácica

15-12-2023 18:00 - Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática

15-12-2023 18:00 - Dispneia

15-12-2023 18:00 - Determinar evolução da dispneia

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da dispneia

15-12-2023 18:00 - Promover autocontrolo: dispneia

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 19-12-2023 09:30

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 19-12-2023 09:30

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM]

19-12-2023 09:30

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia

15-12-2023 18:00 - Promover adesão: regime de exercícios respiratórios

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

15-12-2023 18:00 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Autoeficácia para executar exercícios respiratórios

15-12-2023 18:00 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Autoeficácia para executar exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - necessita ser

melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia

19-12-2023 09:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia

19-12-2023 09:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

19-12-2023 09:30 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia

19-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Instruir exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Treinar exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar exercícios respiratórios

19-12-2023 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

19-12-2023 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios respiratórios

15-12-2023 18:00 - Limpeza da via aérea comprometida

15-12-2023 18:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

15-12-2023 18:00 - Promover autogestão: limpeza da via aérea

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de infeção: facilitador [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção: facilitador.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de contaminação: facilitador [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre prevenção de contaminação: facilitador.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: facilitadora [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: facilitadora.

19-12-2023 09:30 - Capacidade para limpar secreções da via aérea

19-12-2023 09:30 - facilitadora [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Capacidade para limpar secreções da via aérea

15-12-2023 18:00 - facilitadora.

19-12-2023 09:30 - Capacidade para executar inaloterapia

19-12-2023 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Capacidade para executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-12-2023 18:00 - Autoeficácia para tossir

15-12-2023 18:00 - facilitadora.

15-12-2023 18:00 - Autoeficácia para executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Autoeficácia para executar inaloterapia

19-12-2023 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador.

19-12-2023 09:30 - Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea

15-12-2023 18:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

15-12-2023 18:00 - Analisar com o cliente a relação entre inaloterapia e a limpeza da via aérea

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - Instruir a executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - Treinar a executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar inaloterapia

15-12-2023 18:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

15-12-2023 18:00 - Elogiar o desempenho do cliente

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da autogestão da limpeza da via aérea

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Frequência respiratória: 21 ciclos/min.

19-12-2023 09:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
19-12-2023 09:30 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].
19-12-2023 09:30 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
19-12-2023 09:30 - Sem adejo nasal.
19-12-2023 09:30 - Saturação do oxigênio no sangue
19-12-2023 09:30 - Periférico(a): 96 %.
19-12-2023 09:30 - Coloração da mucosa: rosada.
19-12-2023 09:30 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MANTEVE].
19-12-2023 09:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
19-12-2023 09:30 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores [MANTEVE].
19-12-2023 09:30 - Sons respiratórios: crepitações.
19-12-2023 09:30 - Secreções em moderada quantidade.
19-12-2023 09:30 - Secreções espessas [MANTEVE].
19-12-2023 09:30 - Secreções amareladas.
19-12-2023 09:30 - A Sra. M apresenta diminuição na SpO2 para 92%, enquanto fala, recuperando para 96% após a realização de técnicas de controle ventilatório; refere tosse de predomínio matinal, com expectoração viscosa em quantidade moderada. Apresenta: à auscultação, diminuição dos sons respiratórios nos lobos superiores, com presença de sibilos e roncos de predomínio expiratório, bilateralmente, mais acentuada nos lobos superiores; coluna sem deformidades e caixa torácica com costelas ligeiramente lateralizadas, com ligeiro aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax; à palpação, traqueia alinhada pela linha média e simetria de expansibilidade torácica à palpação; frêmito toracovocal com sons diminuídos nos lobos superiores e aumentado nos lobos inferiores à percussão, ressonância ao longo do tórax, com hiperressonância nos lobos superiores e maciço nos lobos inferiores; Classificada segundo a escala MRC Dyspnea Questionnaire, apresentando dispneia grau 3 (Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos); Classificada quanto ao impacto da DPOC na sua vida, através do CPOD Assessment Test (CAT) apresentando um nível de impacto muito alto (> 30).

Sono

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Dormiu por períodos curtos.
15-12-2023 18:00 - Sono não reparador e intermitente .
15-12-2023 18:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.
15-12-2023 18:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.
15-12-2023 18:00 - A Sra. M. refere um sono leve; acorda várias vezes durante a noite e de manhã levanta-se cansada. Dorme um total aproximado de 5 horas de sono por noite

15-12-2023 18:00 - Sono comprometido

15-12-2023 18:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser

melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

19-12-2023 09:30 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono

19-12-2023 09:30 - Ensinar sobre padrão de sono

19-12-2023 09:30 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido

19-12-2023 09:30 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Dormiu por períodos curtos.

19-12-2023 09:30 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

19-12-2023 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

Conservação de energia

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

15-12-2023 18:00 - Intolerância à atividade

15-12-2023 18:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Promover autogestão: regime de exercício

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar regime de exercício

19-12-2023 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar regime de exercício

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

Emoção

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Com indícios de humor depressivo.

15-12-2023 18:00 - Sem indícios de euforia.

15-12-2023 18:00 - Verbaliza ansiedade.

15-12-2023 18:00 - Manifestação de inquietação.

15-12-2023 18:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

15-12-2023 18:00 - Com manifestação de pânico .

15-12-2023 18:00 - Refere ansiedade frequente - toma 6 comprimidos de alprazolam/dia

15-12-2023 18:00 - Humor depressivo

15-12-2023 18:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

15-12-2023 18:00 - Executar escuta ativa

15-12-2023 18:00 - Ansiedade

15-12-2023 18:00 - Diminuir ansiedade

15-12-2023 18:00 - Executar técnica de relaxamento

15-12-2023 18:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

15-12-2023 18:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

15-12-2023 18:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: desvalorização.

19-12-2023 09:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: desvalorização [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

15-12-2023 18:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

19-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade

15-12-2023 18:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Sem manifestação de pânico [MELHOROU].

Memória

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

15-12-2023 18:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

15-12-2023 18:00 - Sem desorientação face às pessoas.

15-12-2023 18:00 - Sem desorientação no espaço.

15-12-2023 18:00 - Sem desorientação no tempo.

15-12-2023 18:00 - Apresenta memória conservada aspeto facilitador na aquisição e recordação de conhecimentos

Virar-se

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Capaz de mudar de posição na cama

15-12-2023 18:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

15-12-2023 18:00 - A Sra. M utiliza técnicas de conservação de energia ao realizar as diferentes atividades do autocuidado; utiliza alguns produtos de apoio que facilitam estas atividades, nomeadamente escova de cabo longo e tesoura de cabo longo para unhas.

Apresenta casa com móveis organizados para facilitar as AVDs. Aplicada Escala de Barthel, com a obtenção da pontuação 100, o que traduz a máxima independência na concretização das atividades de vida diárias.

Erguer-se

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

15-12-2023 18:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

15-12-2023 18:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

15-12-2023 18:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

15-12-2023 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

15-12-2023 18:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Cuidar da higiene pessoal

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Obtém objetos para o banho.

15-12-2023 18:00 - Abre a torneira.

15-12-2023 18:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

15-12-2023 18:00 - Lava e seca o corpo.

15-12-2023 18:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

15-12-2023 18:00 - Lava e seca parte do corpo.

15-12-2023 18:00 - Lava a cavidade oral.

15-12-2023 18:00 - Aplica produtos de higiene.

15-12-2023 18:00 - Capaz de pentear-se

15-12-2023 18:00 - Penteia-se.

15-12-2023 18:00 - Capaz de cortar as unhas

15-12-2023 18:00 - Corta as unhas.

15-12-2023 18:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

15-12-2023 18:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

Vestir-se ou despir-se

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Escolhe as roupas.

15-12-2023 18:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

15-12-2023 18:00 - Capaz de vestir-se

15-12-2023 18:00 - Veste todas as peças de roupa.

15-12-2023 18:00 - Capaz de abotoar-se

15-12-2023 18:00 - Abotoa.

15-12-2023 18:00 - Capaz de atar cordões

15-12-2023 18:00 - Ata cordões.

15-12-2023 18:00 - Capaz de calçar meias

15-12-2023 18:00 - Calça as meias.

Andar

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Capaz de mover-se através da marcha

15-12-2023 18:00 - marcha sem limitações.

Alimentar-se

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

15-12-2023 18:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

15-12-2023 18:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

15-12-2023 18:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

15-12-2023 18:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

15-12-2023 18:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

Autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

15-12-2023 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

15-12-2023 18:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

15-12-2023 18:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

15-12-2023 18:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

15-12-2023 18:00 - Dispositivo: Inalador - Administra a medicação pela via adequada.

15-12-2023 18:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

15-12-2023 18:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

15-12-2023 18:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

15-12-2023 18:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

15-12-2023 18:00 - Iniciou o a terapêutica inalatória com Trixeo Aerosphere há 1 mês,

suspendendo a toma de Ultribo; tem indicação para utilizar camara expansora, na administração desta terapêutica mas, refere que não usa, porque acha pouco pratico. No entanto, não realiza a técnica inalatória eficazmente, conforme verificado, de acordo com o tipo de inalador (pMDI), com incumprimento de alguns passos, entre os quais: não expirar completamente antes de ativar o inalador; inalação muito rápida e curta; má coordenação mão-pulmão; não suspender a respiração por tempo suficiente após a inalação e não agitar o inalador entre as doses. Refere que no último mês recorreu três vezes ao Atrovent. Não utiliza o Ventilan, porque refere que "o coração começa a bater muito forte e rápido" (Id.) Cumpre a restante terapêutica prescrita, apresentando conhecimento sobre: a finalidade de cada fármaco; posologia; modo de administração e armazenamento. Relativamente à prescrição de Alprazolam 0,5 mg considera que não está atualizada, pois na prescrição não esta evidenciada a dose máxima e está com dificuldade em levantar a receita na farmácia, uma vez que toma 6 comp./dia.

15-12-2023 18:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

15-12-2023 18:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

19-12-2023 09:30 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

19-12-2023 09:30 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso:

desvalorização.

19-12-2023 09:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso:

desvalorização [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre resposta à medicação

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

15-12-2023 18:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Instruir a administrar medicação

15-12-2023 18:00 - Treinar a administrar medicação

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Treinar a administrar medicação

15-12-2023 18:00 - Elogiar o desempenho do cliente

15-12-2023 18:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

15-12-2023 18:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

Padrão alimentar

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Número de refeições diárias: 5.

15-12-2023 18:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

15-12-2023 18:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

15-12-2023 18:00 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

15-12-2023 18:00 - Défice de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

15-12-2023 18:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

15-12-2023 18:00 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

15-12-2023 18:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

15-12-2023 18:00 - Défice de ingestão de proteínas face ao regime dietético aconselhado.

15-12-2023 18:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

15-12-2023 18:00 - Relativamente ao regime alimentar, apresenta uma autogestão ineficaz do mesmo, devido à dificuldade e falta de motivação para preparar as refeições; faz 5 refeições por dia: pequeno-almoço/lanche, meio da manhã/ almoço/lanche meio da tarde e jantar (18h). A refeição do almoço é pré-cozinhada (embalada) ou vem do takeaway; raramente come peixe; ao jantar alimenta-se com Nescafé e uma sande; ingere quantidade insuficiente de água e ingere alimentos com elevado valor calórico.

15-12-2023 18:00 - Autogestão do regime dietético

15-12-2023 18:00 - Promover autogestão: regime dietético

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

15-12-2023 18:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Número de refeições diárias: 5.

19-12-2023 09:30 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

19-12-2023 09:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

19-12-2023 09:30 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

19-12-2023 09:30 - Défice de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

19-12-2023 09:30 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

19-12-2023 09:30 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

19-12-2023 09:30 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

19-12-2023 09:30 - Défice de ingestão de proteínas face ao regime dietético aconselhado.

19-12-2023 09:30 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

15-12-2023 18:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

15-12-2023 18:00 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

15-12-2023 18:00 - Tempo de exercício físico semanal: 210 Minutos .

15-12-2023 18:00 - Sra M. não cumpre o regime de exercício físico definido desde há 15 dias, referindo “ansiedade e falta de ar”, tornando-se necessário aumentar a frequência das visitas do EEER para rever o processo de autogestão e promover a adesão ao regime de exercício físico.

15-12-2023 18:00 - Autogestão do regime de exercício

15-12-2023 18:00 - Promover autogestão: regime de exercício

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

19-12-2023 09:30 - Significado atribuído ao regime de exercício: desvalorização [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade*

19-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício

19-12-2023 09:30 - *Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício*

19-12-2023 09:30 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador*

15-12-2023 18:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício*

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

19-12-2023 09:30 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

19-12-2023 09:30 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

19-12-2023 09:30 - Tempo de exercício físico semanal: 210 Minutos .

Comportamento aditivo

15-12-2023 18:00

15-12-2023 18:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool .

15-12-2023 18:00 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade.

15-12-2023 18:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

15-12-2023 18:00 - Tipo de comportamento aditivo sem substânciasnenhum.

15-12-2023 18:00 - A Sra. M fuma 20 cigarros por dia; refere que sabe que tem de deixar de fumar, mas não esta motivada para o fazer.

15-12-2023 18:00 - Abuso do tabaco

15-12-2023 18:00 - Promover mudança comportamental face ao abuso do tabaco

15-12-2023 18:00 - Executar técnica de entrevista motivacional

15-12-2023 18:00 - Promover autocontrolo: abuso do tabaco

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 09:30 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização.

19-12-2023 09:30 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

15-12-2023 18:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao abuso do tabaco

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do tabaco

15-12-2023 18:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

15-12-2023 18:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do tabaco

19-12-2023 09:30

19-12-2023 09:30 - Uso de álcool: sem uso de álcool [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

19-12-2023 09:30 - Uso de drogas: sem uso de drogas [MANTEVE].

3.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Praticar exercício físico regularmente; Manter uma dieta equilibrada e diversificada, rica em proteínas; Reduzir a exposição a poluentes ambientais: poeiras; produtos químicos e tabaco; Manter a casa ventilada e arejada; Utilizar as técnicas de técnicas de respiração e relaxamento quando está mais nervosa e stressada; Em dias de frio: ter o cuidado de vestir roupas quentes e cobrir o nariz e boca com um cachecol; Em dias de calor: utilizar chapéu; vestir roupa leve e confortável, de cores claras; aumentar o reforço hídrico e manter os espaços ventilados; Evitar o contacto com pessoas com infeções respiratórias; Cumprir o programa de reabilitação respiratória estabelecido; Manter a vacinação atualizada, nomeadamente da gripe, pneumonia; tosse convulsa e herpes zóster (GOLD, 2024); Utilizar as técnicas de conservação de energia ao realizar as diferentes atividades de vida diária e exercício físico, recorrendo às técnicas respiratórias de dissociação dos tempos respiratórios e de lábios semicerrados, expirando (com lábios semicerrados) no momento de maior esforço físico e inspirando no momento de menor esforço (OE, 2018; Cordeiro, 2021).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Foi explicado que a terapêutica inalatória atinge as vias pulmonares, provocando broncodilatação (terapêutica broncodilatadora) e redução da inflamação (terapêutica com corticoides inalados) das vias aéreas, promovendo alívio sintomático e redução da produção excessiva de muco, com melhoria na ventilação. Foi salientada a importância da adesão à terapêutica inalatória, fundamental no controlo sintomático e na prevenção de exacerbações da doença (Bourbeau et. al, 2022);
- Na administração da terapêutica inalatória a Sra. M foi sensibilizada para cumprir os passos recomendados da técnica inalatória, com a utilização da câmara expansora adaptada ao inalador pMDI, conforme prescrito, para que maior seja a quantidade de fármaco que chega aos pulmões e maior seja a sua eficácia terapêutica no controlo sintomático;
- Foi também salientada a importância de cumprir a dose e horário de administração da terapêutica de manutenção, administrando dois puffs de 12/12 horas, um de manhã (às 9h) e outro à noite (às 21h). Relativamente à terapêutica inalatória de alívio sintomático, não deve exceder o limite máximo de doses de Atrovent dois puffs prescrito em SOS (4 vezes) e deve retomar a dose de Ventilan dois puffs prescritos em SOS, considerando o seu efeito imediato de broncodilatação e que os efeitos secundários (taquicardia e palpitações) desaparecem com a administração continuada do fármaco;

- Foi também informada sobre o efeito terapêutico de cada fármaco, assim como os efeitos secundários mais frequentes, uma vez que essa informação favorece o comportamento de adesão. Salientada também a importância de estar atenta ao prazo de validade dos medicamentos e aos cuidados de conservação, considerando que o inalador deve ser utilizado no prazo de 3 meses após abertura da bolsa, conservado em local fresco e seco, em uma temperatura < a 30°C; foi também informada da importância de acionar a válvula uma vez antes da próxima utilização, libertando um puff, quando este não é utilizado há mais de três dias; (Infarmed, 2024). Como o Atrovent e Ventilan não apresentam contadores de doses é importante verificar se está vazio, ou verificar o conteúdo estimado, pela colocação do recipiente em água;
- A câmara expansora deve ser limpa pelo menos uma vez por semana e mantida num local limpo e seca, devem ser seguidas as instruções do fabricante, evitando assim a acumulação nas paredes de resíduos do medicamento e do agente propulsor; Na autogestão da terapêutica de alívio sintomático deve ser capaz de reconhecer os sintomas de agravamento da dispneia para proceder à sua administração.

Ensinar sobre resposta à medicação

- ensinar que irá apresentar alívio dos sintomas: dispneia, fadiga, tosse e expectoração, assim como do tempo de duração da ação de cada inalador;
- O Ventilan (Salbutamol), provoca broncodilatação num curto espaço de tempo, 4 h e tem um início de ação rápido (dentro de 5 minutos) (GOLD, 2024);
- O Atrovent (Brometo de ipatrópio) é um anti-muscarínico de ação broncodilatadora com duração de ação de 6-8 horas (GOLD, 2024);
- O Trixeo Aerosphere (budesonida + formoterol + brometo de brometo de glicopirrónio - 160 µg + 5 µg + 7.2 µg) é uma terapêutica inalatória tripla (LABA+LAMA+ICS), de longa duração de acção, que resulta da combinação de um corticoide e dois broncodilatadores (agonista beta 2 de longa duração de ação e anticolinérgico muscarínico)(GOLD, 2024). Está recomendado na obstrução grave do fluxo aéreo, com histórico de exacerbações (GOLD, 2024);
- Deve também ser informado dos efeitos secundários da medicação e da importância de lavar a boca após a administração da terapêutica inalatória, principalmente após a inalação de corticoides.

Ensinar sobre regime medicamentoso

- A Sra. M tem prescrita como terapêutica inalatória de manutenção o Trixeo Aerosphere (160 µg + 5 µg + 7.2 µg) e como terapêutica de alívio nos períodos de exacerbação sintomática o Ventilan (100 µg) e o Atrovent 20 µg;
- Explicar que deve cumprir a técnica inalatória de acordo com o tipo de inalador, recorrendo à camara expansora para a administração desta terapêutica, conforme recomendação médica;
- Sensibilizar para a importância de cumprir os intervalos de administração, recomendados para cada inalador;
- A terapêutica inalatória de manutenção com Trixeo aerosphere (budesonida + formoterol + brometo de brometo de glicopirrónio - 160 µg + 5 µg + 7.2 µg), está indicada: no

- tratamento de manutenção em adultos com DPOC moderada a grave, que não estão adequadamente tratados com as associações de corticosteroide inalado/ agonista beta2 de longa duração de ação ou agonista beta2 de longa duração de ação/ antagonista muscarínico de longa duração de ação (para efeitos no controlo de sintomas e prevenção de exacerbações), (Infarmed, 2024, p.2). A posologia recomendada nos adultos é de 2 puffs de 12/12h. Como cuidados de conservação é fundamental atender: prazo de validade; a que deve ser utilizado no prazo de 3 meses após abertura da bolsa; conservar em local fresco e seco em uma temperatura < a 30°C (Infarmed, 2024);
- O Atrovent (brometo de Ipatrópio), solução pressurizada (pMDI), é prescrito nos períodos de exacerbação como terapêutica de alívio, sendo “(. . .) broncodilatador para tratamento de manutenção do broncoespasmo associado à asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), incluindo bronquite crónica e enfisema” (Infarmed, 2024, p. 1). A posologia recomendada nos adultos é de dois puffs, até ao máximo de quatro por dia (Infarmed, 2024);
 - O Ventilan (Salbutamol), solução pressurizada (mPMDI), é prescrito nos períodos de exacerbação, como terapêutica de alívio “(. . .) provoca broncodilatação num curto espaço de tempo (4 horas) com rápido início de ação (dentro de 5 minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias devidas à asma, bronquite crónica e enfisema” (Infarmed, 2024, p.1). Está indicado no “(. . .) tratamento prolongado no alívio e prevenção dos sintomas asmáticos; no alívio dos sintomas e prevenção de situações reconhecidas pelo doente como desencadeadoras de crise asmática (ex. antes do exercício ou exposição inevitável a alergénios); como terapêutica de urgência na asma ligeira, moderada ou grave, desde que a confiança nele depositada não faça adiar a introdução e uso regular de um corticosteroide inalado” (Infarmed, 2023, p.1). A posologia recomendada nos adultos é de 2 puffs, até ao máximo de 4 vezes ao dia (Infarmed, 2023);
 - É fundamental informar que alguns efeitos secundários da terapêutica inalatória diminuem com sucessivas administrações, nomeadamente do Ventilan, uma vez que não cumpre esta terapêutica de alívio sintomático;
 - Informar a pessoa das indicações terapêuticas dos fármacos, o seu tempo de ação e efeitos secundários promove a adesão à terapêutica inalatória. A pessoa deve também ser instruída a lavar a cavidade oral após a administração (não engolir a água) dado o risco elevado de candidíase, mais acentuado com o uso de corticoides (GOLD, 2023).

Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso

- 1 vez por sessão

Treinar a administrar medicação

- Instruir e treinar a administração de medicação, de acordo com as orientações da DGS (DGS, 2017; Cordeiro, 2020; GOLD, 2023), retificando falhas na referida técnica;
- Deve também ser proporcionado treino da técnica inalatória em todos os contactos, melhorando assim a capacidade da pessoa para a sua realização.
- A demonstração é essencial para a aquisição de conhecimentos, devendo a técnica ser revista em todos os contactos (Cordeiro, 2020).

Treinar a executar inaloterapia

- Instruir e treinar a execução da inaloterapia, Deve fazer 3 series de 10 respirações com recurso ao dispositivo inalatório, aguardando 30-60 segundos entre cada série (Bourbeau et. al, 2022).

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- Ensinar sobre a necessidade de monitorizar os sintomas, nomeadamente as alterações na expetoração (cor, volume e consistência), aumento da dispneia e tosse (mais do que o normal), pois podem ser indicadores de infeção respiratória. Nessas circunstancias deve ser otimizada a terapêutica inalatória prescrita em SOS e contactado o profissional de saúde de referência (EEER), dentro de 48horas, sendo prioritário o inicio precoce de antibioterapia e corticoterapia oral, de acordo com prescrição médica;
- É fundamental para a autogestão da doença a monitorização diária da sintomatologia, para facilitar a identificação do agravamento sintomático e de há quantos dias este se processa e promover a administração da terapêutica inalatória de alívio sintomático, sendo que se não ocorrer melhoria sintomática, deverá iniciar a prednisolona oral prescrita e contactar o EEER (Bourbeau et. al., 2022).Deve também realizar a inaloterapia prescrita para promover a limpeza das vias aéreas.

Elogiar o desempenho do cliente

- Foi elogiado o desempenho da Sra. M perante a correta utilização do dispositivo inalatório e inspirómetro de incentivo (Aerobika), promovendo assim, a sua perceção de autoeficácia na promoção da ventilação e limpeza das vias aéreas.

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- A administração da terapêutica de SOS deve ser utilizada nos períodos de exacerbação sintomática, sendo fundamental para esse aspeto a perceção da sintomatologia. Foram reforçados os cuidados de autovigilância sintomática.
- A Sra. M foi questionada sobre se na sua perspetiva considerava cumpridora na toma da terapêutica prescrita, ao que respondeu que sim. No entanto, quando analisado o cumprimento da administração terapêutica (via de administração, dose e momento de administração), nomeadamente da terapêutica inalatória, que inclui a técnica inalatória correta de acordo com o tipo de inalador, foi verificado que não administra o Ventilan prescrito em SOS, administrando apenas o Atrovent nas crises e que não utiliza a câmara expansora na administração da terapêutica inalatória, conforme recomendado;

Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

- 1 vez por sessão

Executar técnica de relaxamento

- Durante o processo, a pessoa deverá deixar os pensamentos virem à mente, aceitá-los e deixá-los ir concentrando-se na respiração; tentará manter uma imagem positiva de algo que goste de forma e tentará visualizá-la e torná-la mais real (a visualizar um jardim colorido à beira-mar, repleto de borboletas e flores, sentir o vento suave, os raios de sol, o azul do céu e o “cheiro a mar”, entre outras coisas que lhe transmitam serenidade) (Cordeiro, 2020).
- Pedir à pessoa para: fechar os olhos e a imaginar que está num local calmo, que lhe

transmita boas sensações/sentimentos (técnica de visualização); colocar a mão no abdómen e inspirar profundamente, concentrando a atenção no abdómen a expandir; expirar lentamente pela boca, com os lábios semicerrados e dirigir a atenção para o abdómen a retrair lentamente; esperar um pouco até estar pronto para iniciar novo ciclo de respiração profunda; encorajar a pessoa a encontrar o seu próprio ritmo, que poderá ser uma respiração profunda a cada cinco respirações normais; informar que se sentir tonturas deverá respirar normalmente algumas vezes até normalizar a sensação (Bourbeau et. al, 2022).;

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Orientar o processo de autocontrolo da ansiedade, através da instrução das técnicas de relaxamento

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

- 1 vez por sessão

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- 1 vez por sessão

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ensinar a Sra. M que perante situações de ansiedade, deverá colocar em prática as seguintes estratégias de relaxamento: ouvir música, de acordo com as suas preferências, que lhe transmita sensação de bem-estar e confiança; posicionar-se confortavelmente; utilizar as técnicas de controlo respiratório; concentrar a atenção na respiração abdominodiafragmática: sentir o ar a entrar pelo nariz, abdómen a distender e a sair lentamente pela boca, com abdómen retrair; utilizar técnicas de relaxamento cognitivo: imaginar cenários que lhe desperte boas sensações (Cordeiro & Menoita, 2012; Cordeiro, 2020; OE, 2018).

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- Foi auxiliada a identificar padrões de pensamento negativo que agravam a ansiedade e a desenvolver estratégias que auxiliem na alteração do padrão de pensamento, como a prática de gratidão e mindfulness (Codeiro, 2020).
- Foi analisado com a Sra. M a importância de praticar diariamente a técnica do pensamento positivo, uma vez que os pensamentos condicionam as suas emoções e os seus comportamentos, daí a importância de praticar regularmente esta técnica, para um maior controlo da ansiedade e redução do stress;

Executar escuta ativa

- Disponibilizar de tempo e manifestar o comprometimento em escutar a pessoa;
- Expressar compreensão sobre o que é verbalizado pela pessoa;
- Confirmar o que é dito, parafraseando que escuta;
- Explorar o sentido/sentimento do que é verbalizado, atendendo também à linguagem não verbal;
- Ajustar o estilo de comunicação;

- Elaborar questões de resposta aberta (Shatelle e Morgan, 2005; Bush, 2001)

Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de autocontrole da ansiedade

- 1 vez por sessão

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Foi ensinado à Sra. M que as técnicas de controlo respiratório, além de promoverem a ventilação, promovem o relaxamento corporal generalizado e dos músculos respiratórios inclusive, reduzindo a frequência respiratória e conseqüentemente reduzindo o consumo de energia. Estas técnicas devem ser concretizadas em situações de maior ansiedade, devendo ser incorporadas na prática da vida diária (OE, 2018; Cordeiro, 2020).

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- A Sra. M realizou técnicas de tosse combinadas antes e após a realização do treino de inaloterapia com “aerobika”, verificando maior facilidade na eliminação da expetoração, após o treino. Esta experiência pretendeu promover a consciencialização da Sra. M para a importância da inaloterapia na limpeza das vias aéreas.

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Associado ao uso de Trixeo aerosphere podem ocorrer: candidíase oral; ansiedade; dificuldade em dormir; náuseas; cefaleias; tosse ou voz rouca; câibras musculares; palpitações; níveis analíticos de açúcar no sangue elevados; dor ao urinar e urinar com frequência (podem ser sinais de infeção do trato urinário) e pneumonia (Infarmed, 2022);
- Com o uso de Atrovent podem ocorrer: “(. . .) cefaleias, garganta irritada, tosse, boca seca, perturbações da motilidade gastrointestinal (incluindo obstipação, diarreia e vômitos), náuseas e tonturas” (Infarmed, 2021, p. 1).
- Com a administração do Ventilan: “(. . .) tremor, cefaleias (. . .) e taquicardia” (Infarmed, 2023, p.8).

Executar técnica de entrevista motivacional

- A técnica da entrevista motivacional é facilitada pelo estabelecimento de uma relação terapêutica, onde a pessoa se sente compreendida nas suas preocupações, demonstrando o enfermeiro interesse no que a pessoa verbaliza, ajudando-a a analisar as suas preocupações e a refletir sobre os seus comportamentos de saúde e respetivos riscos, incentivando-a a mudar o seu estilo de vida, adotando hábitos de vida mais saudáveis. Deve dar apoio ao longo de todo o processo de reabilitação, elogiando mudanças positivas e pequenos progressos. Agrega assim, a relação terapêutica, como uma relação de ajuda, perante um problema que implica mudança de comportamento, onde é fundamental que o profissional mantenha o foco da conversa, com perguntas abertas, que direcionem a sua intervenção para a solução do problema, sendo impulsor da mudança. A evocação ajuda o profissional a extrair da pessoa o seu propósito de mudança, fazendo-a alcançar sozinha essa conclusão. O planeamento ajudará a materializar o movimento da mudança, de como e quando se concretizará, dando tempo à pessoa se preparar para a mudança (Figlie et. al., 2015);

Executar exercícios de controlo respiratório

- Executar exercícios de controlo respiratório: posiciona a pessoa (em posição de relaxamento, otimizadora da ventilação (relaxamento dos músculos do pescoço, ombros e músculos acessórios da respiração) em decúbito dorsal (com almofada debaixo da cabeça, entre as omoplatas e na região poplíteia) ou sentada confortavelmente; Instrui para a realização da técnica respiratória de dissociação dos tempos respiratórios: Inspirar lentamente pelo nariz, (contar até 2), e expirar lentamente pela boca (contar até 4); Instrui para a realização da técnica respiratória com lábios semicerrados: Inspirar lentamente pelo nariz (contar até 2), “como se estivesse a cheirar uma flor” e expirar lentamente pela boca (contar até 4), como se fosse “soprar uma vela sem a apagar”; Instrui para a realização da técnica respiratória abdomino-diafragmática: conjugar as técnicas anteriores (respiratórias de dissociação dos tempos respiratórios e com lábios semicerrados), dirigindo o ar para a base pulmonar, elevando o abdómen, com aumento do diâmetro longitudinal do tórax (contar até 2) e expirar lentamente pela boca, com os lábios semicerrados (contar até 4) retraíndo o abdómen e diminuindo o diâmetro longitudinal do tórax (o enfermeiro coloca uma mão sobre o tórax, criando alguma resistência à inspiração e outra sobre o abdómen, que exerce maior pressão à expiração) (OE, 2018; Cordeiro, 2020).

Executar técnica de reexpansão torácica

- Executar a técnica respiratória de reeducação costal Superior: posiciona a pessoa numa posição de relaxamento que otimize a ventilação (relaxamento dos músculos do pescoço, ombros e músculos acessórios da respiração) em decúbito dorsal (com almofada debaixo da cabeça, entre as omoplatas e na região poplíteia); solicita a realização da técnica respiratória de dissociação dos tempos respiratórios; solicita a realização da técnica respiratória técnica de respiração com lábios semicerrados; coloca as mãos na região superior do tórax ao nível do 2º espaço intercostal (região tenar e hipotenar); aplicar ligeira resistência na inspiração; aplicar ligeira pressão na expiração (a pressão a utilizar será maior na expiração) (Couto et. al., 2021).
- Executar a técnica respiratória de reeducação diafragmática posterior: Posiciona a pessoa em decúbito dorsal; utilizar a dissociação dos tempos respiratórios; técnica de respiração com lábios semicerrados; “Dirigir o ar” para o abdómen; mão do enfermeiro sob a região do epigastro em forma de “concha” (a mão do enfermeiro pode ser substituída por um peso, ou com movimento dos membros inferiores); ênfase na expiração (Couto et. al., 2021).
- Executar técnica de reexpansão torácica através da técnica de reeducação postural: Posiciona a pessoa em frente a um espelho quadriculado; utiliza exercícios de controlo da respiração (dissociação tempos respiratórios e Lábios semicerrados) (OE, 2018; Couto et. al., 2021).

Executar técnica respiratória abdomino-diafragmática

- Posiciona a pessoa, para otimizar a ventilação (relaxamento dos músculos do pescoço, ombros e músculos acessórios da respiração) em decúbito dorsal (com almofada debaixo da cabeça, entre as omoplatas e na região poplíteia); coloca uma mão sobre o tórax e outra sobre o abdómen (região epigástrica), acompanhando os movimentos respiratórios,

criando uma ligeira resistência à expansão torácica durante a inspiração e fazendo uma ligeira pressão na região epigástrica à expiração); Instrui para a realização de técnica respiratória de dissociação dos tempos respiratórios: Inspirar lentamente pelo nariz, (contar até 2), e expirar lentamente pela boca; Instrui para a realização de técnica respiratória com lábios semicerrados: Inspirar lentamente pelo nariz (contar até 2), “como se estivesse a cheirar uma flor” e expirar lentamente pela boca (contar até 4), como se fosse “soprar uma vela sem a apagar”; Instrui para conjugar as técnicas anteriores (respiratórias de dissociação dos tempos respiratórios e com lábios semicerrados), dirigindo o ar para a base pulmonar, elevando o abdómen, com aumento do diâmetro longitudinal do tórax (contar até 2) e expirar lentamente pela boca, com os lábios semicerrados (contar até 4) retraíndo o abdómen e diminuindo o diâmetro longitudinal do tórax (OE, 2018; Cordeiro, 2020).

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- 1 vez por sessão

Instruir exercícios respiratórios

- Instruir exercícios respiratórios de fortalecimento dos músculos respiratório, com espirómetro de incentivo: posicionamento da pessoa na posição de sentada na cama ou em fowler (90º); realizar 3 a 4 ventilações normais; seguida de uma expiração em volume de reserva expiratório (VRE); adaptar os lábios e ocluir o bucal; inspirar; reter a inspiração por 3 segundos (3 a 4 vezes por dia durante 15 min) e retirar a boca do aparelho e expirar normalmente (OE, 2018; Couto et. al., 2021).

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Algumas das complicações incluem: aumento do apetite; alterações no humor; reduz a concentração; perda progressiva de memória; fadiga excessiva; diminui a produtividade; aumenta o risco de acidentes; aumenta o risco de doenças crónicas como: hipertensão arterial, diabetes e doença cardíaca, entre outras (Carskadon, et. al., 2017; Bourbeau et. al, 2022).

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Sensibilizar a Sra. M para as estratégias promotoras do sono: deitar na cama sempre à mesma hora, estabelecendo um horário regular para dormir (mesmo aos fins de semana); ser regular na hora de levantar da cama, acordando sempre à mesma hora (mesmo aos fins de semana); utilizar o quarto apenas para descansar, evitando utilizá-lo para trabalho ou para comer, ler ou ver televisão; evitar o consumo de álcool, bebidas com cafeína (café, coca-cola, chá preto, entre outros) chocolate e tabaco a partir do final da tarde; evitar cobertores pesados e utilizando roupa leve na cama; manter a humedificação adequada do quarto; evitar as sestas, perante a dificuldade em adormecer; não fazer sestas superiores a 45 minutos durante o dia; evitar o uso de aparelhos eletrónicos antes de ir dormir, evitando a exposição a luz artificial; criar um ambiente relaxante no quarto, com boas condições de luminosidade, temperatura e controle de ruído; fazer refeições ligeiras à noite, evitando comidas picantes e pesadas e não comer antes de dormir; praticar exercício físico regularmente, durante os períodos da manhã e início da tarde,

evitando a sua prática até a um mínimo de 4 horas antes da hora de dormir; não levar preocupações para a cama (Carskadon et. al., 2017; Bourbeau et. al, 2022).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Mudança recente de inalador (Ultribo para o Trixeo).
- A Sra. M considera pouco prático o uso da camara expansora para a administração de medicação por via inalatória, considerando-a muito grande;

Treinar exercícios respiratórios

- Foi supervisionado o treino de exercícios respiratórios, com recurso a espirómetro de incentivo, com instrução prévia da sua correta utilização, para obtenção dos benefícios pretendidos (posição de sentada, realizar 3 a 4 ventilações normais; seguida de uma expiração em volume de reserva expiratório (VRE); adaptar os lábios e ocluir o bucal; inspirar; reter a inspiração por 3 segundos e retirar a boca do aparelho, expirando normalmente) (OE, 2018; Couto et. al., 2021). Deve fazer uma série de 10 repetições.

3.7. Síntese relativa ao caso

Após a apresentação do caso clínico da Sra. M, será feita uma breve reflexão sobre a sua evolução clínica e os ganhos em saúde obtidos com a intervenção do EEER, assim como as competências específicas do EEER desenvolvidas.

Uma das componentes dos processos de transição é o tempo, todas as mudanças requerem tempo para serem consolidadas e integradas no dia-a-dia, pelo que considero que este foi insuficiente para verificar a mestria e integração fluida da técnica inalatória, assim como dos outros aspetos da autogestão da DPOC que careciam de intervenção. Contribuiu para esta situação, enquanto fator limitador, o compromisso emocional apresentado pela Sra. M, que condicionou a sua predisposição para a intervenção do EEER. No entanto, os cuidados de enfermagem, tem de ser significativos para a pessoa e nesse sentido foi prestada intervenção específica significativa no âmbito da ER.

A prestação de cuidados especializados neste caso foi crucial para o desenvolvimento de competências na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC, pois permitiu trabalhar especificamente esta temática, considerando os compromissos apresentados: na consciencialização da autogestão do regime medicamentoso; no conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso; na capacidade para gerir o regime e na autoeficácia para gerir o regime medicamentoso, possibilitando trabalhar o potencial da pessoa nestes aspetos.

A intencionalidade da minha intervenção pretendeu assim, promover a consciencialização e o *empowerment*, necessários aos processos de transição, facilitadores do envolvimento da pessoa

no processo adaptativo; a percepção de autoeficácia também foi considerada, atendendo à sua importância na adesão a novos comportamentos. Foi assim promovida a autoeficácia na administração da terapêutica inalatória, através de intervenções do sistema de apoio e educação de Orem - ensino; instrução e treino da técnica inalatória, dada a sua relevância para a autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória

Entre os dois momentos, foram obtidos ganhos específicos, relativamente à consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea e ao conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia. Relativamente à evolução na técnica inalatória, constatando-se que a Sra. M tinha passado a administrar a terapêutica inalatória pMDI com câmara expansora, o que considerando a componente independente da sua personalidade foi um progresso. No entanto, a técnica terá de ser revista em todas as consultas, para a integração fluida da técnica inalatória correta e conseqüentemente para a mestria na sua execução.

No segundo momento já foi possível intervir no compromisso do sono e comportamento aditivo, embora a intervenção mais premente ainda tenha sido dirigida ao autocontrolo da ansiedade, através das técnicas de relaxamento, com a finalidade simultânea de promover também a ventilação e reduzir a dispneia. Foi também efetuada a intervenção breve da cessação tabágica, no entanto, a Sra. M não está motivada para a mudança, pelo menos neste momento, e por isso não progrediu no processo de cessação tabágica. No entanto, esta situação deve ser revista periodicamente.

Perante a necessidade de intervenção especializada em saúde mental e psiquiátrica, foi realizado após o primeiro contacto, e de acordo com a vontade da Sra. M, o encaminhamento para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (referenciação interna), para que possa ser promovido o autocontrolo da ansiedade por profissionais mais habilitados. Este aspeto não foi possível registar na plataforma e4-Nursing.

Em relação ao regime alimentar e considerando a importância da componente nutricional nas pessoas com DPOC, percebendo a pouca motivação da Sra. M para cozinhar, foi abordada a possibilidade das refeições principais (almoço e jantar) serem fornecidas pelo Serviço de Apoio Domiciliário, de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ERPI, ao que concordou, desde que não tivesse de ser ela a tratar do processo. Foi assim pedida colaboração à assistente social da ULS para esse efeito.

Entretanto, embora o objetivo fosse aumentar a frequência das consultas de seguimento pelo EEER no âmbito do programa de reabilitação respiratória, considerando o seu estilo de gestão da doença crónica, não me foi possível ter mais contacto com Sra. M, pois, entretanto, foi internada devido a infeção do trato urinário.

Não houve contacto com a família da Sra. M, no entanto, irei apresentar posteriormente o seu genograma e ecomapa, com a finalidade de avaliar as forças e fraquezas do ambiente familiar e

social.

Por fim, considero que assim, que este caso me permitiu aprofundar conhecimentos na área temática da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC e desenvolver competências de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação do EEER, nesta área de intervenção específica e na área de intervenção cardiorrespiratória, no geral.

4. CASO 2

O caso 2 foi desenvolvido no contexto da ECCL, integrado num programa de reabilitação respiratória, dirigido à pessoa com DPOC (SR. F), refletindo o processo de intervenção do EEER em dois momentos da prática clínica, referentes à conceção de cuidados, com recurso à plataforma e4Nursing, nos dias: 04/01/2024 (primeiro contacto) 10/01/2024 (segundo contacto). O Sr F tem 71 anos de idade e tem como antecedentes pessoais: Asma brônquica e epilepsia (infância); DPOC Gold 1B, com eosinofilia >300 (diagnosticada em 2022), enfisema pulmonar e bronquiectasias incipientes; Dislipidemia e hipertrofia benigna da próstata. Foi fumador até janeiro de 2022 (90 cigarros/dia). É seguido em consulta hospitalar de pneumologia e de pneumo/reabilitação; é também acompanhado pela equipa de saúde familiar, na Unidade de Saúde Familiar onde está inscrito e na UCC da sua área de residência. Está no nível 1 do Programa de Doente Respiratório Crónico, que consiste num programa de reabilitação respiratória, que faz parte da oferta assistencial da UCC, onde é acompanhado em pelo EEER responsável pela implementação do programa, com consultas duas vezes por semana. Neste capítulo, será então apresentada: a contextualização do caso clínico; o enquadramento teórico; a medicação instituída e aspetos relacionados; os domínios relevantes para o caso clínico e sua justificação; a conceção de cuidados; a especificação das intervenções e por fim uma síntese do caso, com menção dos ganhos obtidos pela intervenção especializada do EEER. Esta etapa, contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do EEER no âmbito da promoção da autogestão do regime medicamentoso-terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC, possibilitando a concretização dos referidos objetivos gerais e específicos.

4.1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico foi explanado no "caso 1", pelo que será dispensada neste caso.

A pessoa com DPOC, com compromisso na autogestão do regime medicamentoso - da terapêutica inalatória

O Sr. F apresenta DPOC estratificada com **GOLD 1/B**, o que significa que apresenta um grau de obstrução ao fluxo aéreo ligeiro (GOLD 1), com VEF \geq 80% do previsto e segundo a classificação ABE, relacionada com o histórico de exacerbações, como B (baixo risco de exacerbação: 0-1 exacerbação moderada, sem hospitalização; **mMRC \geq 2 e CAT \geq 10**) (GOLD, 2023).

A presença de **bronquiectasias** na pessoa com DPOC, está frequentemente associada a pior função pulmonar, resultante do aumento da produção de expectoração, com maior potencial de colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* (Ni et. al., 2015; Du et. al., 2016), tornando necessário o cumprimento de antibioterapia por longos períodos. Nestas circunstâncias, é fundamental promover a limpeza das vias aéreas e o fortalecimento dos músculos respiratórios, para reduzir o risco de exacerbação da doença e de infecções respiratórias associadas.

Como qualquer doença crônica, a DPOC exige a adoção de hábitos de vida saudáveis, que permitam à pessoa viver melhor com a sua doença. O EEER é um elemento fundamental na promoção da autogestão da DPOC, enquanto profissional que integra equipas multidisciplinares que envolvem programas de reabilitação respiratória, sendo um elemento facilitador dos processos de transição saúde doença.

Sendo o foco principal da minha intervenção, enquanto futura EEER, a **promoção da autogestão da terapêutica inalatória**, foi essencial a verificação do cumprimento dos passos da técnica inalatória, recomendada para o tipo de inalador, pela lista de verificação padronizada da Direção Geral de Saúde (DGS, 2017); foram identificadas algumas falhas na sua execução: não retira o contentor cilíndrico da embalagem, nem o aquece entre as mãos, voltando a adaptar novamente; não faz uma expiração prévia à administração da terapêutica inalatória; não lava a boca após a administração de corticoides (DGS, 2017). Evidencia-se a necessidade de ensinar, instruir e treinar a sua correta execução da técnica inalatória, promovendo a consciencialização e envolvimento da pessoa para a sua importância na autogestão do regime medicamentoso.

Foi também promovida a perceção de autoeficácia através da realização de **treino da técnica inalatória**, pelo Sr. F, com identificação e correção das falhas, potenciando o desenvolvimento de mestria na realização da mesma. Assim, e no sentido de promover a autogestão da terapêutica inalatória, será realizado treino técnica inalatória, em todos os contactos, 2 a 3 vezes, conforme recomendado (GOLD, 2023; DGS, 2019).

No entanto, para uma intervenção mais integrada e dirigida às suas reais necessidades, foi avaliado o nível *empowerment* na doença crónica, pela aplicação da Escala do *Empowerment Individual* (Luz et. al., 2020) obtendo o Sr. F um resultado de 3,5, que traduz um **elevado nível de empowerment**.

Foi também aplicado o formulário que permite identificar o estilo de gestão do regime terapêutico na doença crônica (Mota et. al., 2017), sendo identificado no Sr. F o **estilo de gestão do regime terapêutico de responsável**, com uma pontuação de 3,53, como é possível verificar Figura 2 e quadro 2.

Estilo de gestão do regime terapêutico do Sr. F



Figura 2: Estilo de gestão do regime terapêutico do Sr. F

Quadro 1: Dados da aplicação do formulário de identificação do estilo de gestão do regime terapêutico	
Controlado	2,75
Flexibilidade	3,56
Locus de controlo Interno	2
Tomada decisão	2,2
Autodeterminação	3,67
Atitude face à doença	3,25
Autocuidado responsável	3,53
Autocuidado Formalmente Guiado	2,21
Autocuidado Independente	1,8
Autocuidado Negligente	0,78

Quadro 2: Dados da aplicação do formulário de identificação do estilo de regime terapêutico do Sr. F

O estilo de gestão do regime terapêutico de responsável inclui pessoas que aceitam o estado de saúde e procuram ajuda sempre que necessário, buscando conhecimento para tomadas de decisão autónomas, incorporando as recomendações dos profissionais de saúde, que lhes permitam viver num padrão de normalidade, prevenindo a doença e promovendo a saúde (Bastos, 2015). Perante este estilo de gestão, foram implementadas terapêuticas de enfermagem, com a intenção de promover a consciencialização e o *empowerment*, contribuindo para a reformulação da identidade (Bastos, 2015). Assim, no âmbito das suas competências específicas, o EEER assume um papel de destaque na reabilitação respiratória, contribuindo para a mudança necessária nos processos de transição, que permitam a mestria na administração da terapêutica inalatória, uma vez que esta assume relevante importância no controlo sintomático da DPOC, prevenindo as exacerbações da doença e redução da utilização

dos serviços de saúde e dos custos associados (GOLD, 2023; Aguiar et. al., 2017).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 71 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-04 08:30:00	Trixeo Aerosphere [Budesonida + Formoterol + Brometo de glicopirrônio (160 µg + 5 µg + 7.2 µg)] - 2 puffs de 12/12 h;	
2024-01-04 08:30:00	Ventilan em SOS - 2 puffs em SOS;	
2024-01-04 08:30:00	Sinvastatina 20 mg 1 comp. ao jantar;	
2024-01-04 08:30:00	Dutasterida/Tansulosina (0, 5 + 0 4 mg) 1 comp. ao jantar.	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Relativamente à terapêutica inalatória, o Sr. F tem prescrito Trixeo Aerosphere, como terapêutica de manutenção e como terapêutica de alívio nos períodos de exacerbação sintomática o Ventilan 100 mcg. Os aspectos de enfermagem a considerar, relativamente à medicação prescrita, foram descritos no caso anterior, pelo que não será repetida informação.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-01-2024 08:30	Consciência	
04-01-2024 08:30	Força muscular	
04-01-2024 08:30	Função motora fina	
04-01-2024 08:30	Sistema respiratório	
04-01-2024 08:30	Conservação de energia	
04-01-2024 08:30	Memória	
04-01-2024 08:30	Virar-se	
04-01-2024 08:30	Erguer-se	
04-01-2024 08:30	Transferir-se	
04-01-2024 08:30	Sentar-se	
04-01-2024 08:30	Cuidar da higiene pessoal	
04-01-2024 08:30	Vestir-se ou despir-se	
04-01-2024 08:30	Andar	
04-01-2024 08:30	Alimentar-se	
04-01-2024 08:30	Autogestão do regime medicamentoso	
04-01-2024 08:30	Padrão alimentar	
04-01-2024 08:30	Padrão de exercício	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Conforme evidenciado no caso anterior, e considerando que os domínios são praticamente idênticos, não será repetida informação.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Consciente.

Força muscular

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Força - contração muscular

04-01-2024 08:30 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

04-01-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

04-01-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

04-01-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Força - contração muscular

10-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Determinar evolução da força muscular

10-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular

Função motora fina

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Destreza manual

10-01-2024 10:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

Sistema respiratório

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

04-01-2024 08:30 - Ritmo respiratório regular.

04-01-2024 08:30 - Movimento respiratório simétrico.

04-01-2024 08:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

04-01-2024 08:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

04-01-2024 08:30 - Sem adejo nasal.

04-01-2024 08:30 - Saturação do oxigênio no sangue

04-01-2024 08:30 - Periférico(a): 98 %.

04-01-2024 08:30 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 08:30 - Não comunica falta de ar.

04-01-2024 08:30 - Reflexo da tosse: presente.

04-01-2024 08:30 - Expele as secreções das vias aéreas.

04-01-2024 08:30 - Sons respiratórios: síbilos.

04-01-2024 08:30 - Secreções em pequena quantidade.

04-01-2024 08:30 - Secreções normais.

04-01-2024 08:30 - Secreções esbranquiçadas.

04-01-2024 08:30 - A Sr. F. apresenta SpO2 de 98-99%. refere tosse seca esporádica, de predomínio matinal. Apresenta: • à auscultação, diminuição dos sons respiratórios nos

lobos superiores, com presença ligeira sibilância de predomínio expiratório, bilateralmente, mais acentuada nos lobos superiores e particularmente na região apical; • coluna sem deformidades e caixa torácica com costelas ligeiramente lateralizadas, com ligeiro aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax; • à palpação, traqueia alinhada pela linha média; apresenta assimetria na expansibilidade torácica à palpação, com menor expansibilidade do lado direito. • frêmito toracovocal com sons diminuídos nos lobos superiores. • à percussão, ressonância ao longo do tórax, com hiperressonância nos lobos superiores; • Classificada segundo a escala MRC Dyspnea Questionnaire, apresentando dispneia grau 1 (Falta de folego em caso de pressa ou a percorrer um piso inclinado); • Classificada quanto ao impacto da DPOC na sua vida, através do CPOD assessment Test (CAT) apresentando um nível de impacto reduzido (< 10).

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

10-01-2024 10:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

10-01-2024 10:00 - Periférico(a): 98 %.

10-01-2024 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

04-01-2024 08:30 - Promover autogestão: limpeza da via aérea

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção: facilitador [MELHOROU].

10-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de contaminação: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Capacidade para limpar secreções da via aérea

10-01-2024 10:00 - Dispositivo: Oscilador intra e extratorácico - facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Capacidade para limpar secreções da via aérea

04-01-2024 08:30 - Dispositivo: Oscilador intra e extratorácico - facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Capacidade para executar inaloterapia

10-01-2024 10:00 - facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Capacidade para executar inaloterapia

04-01-2024 08:30 - facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Autoeficácia para tossir

10-01-2024 10:00 - facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Autoeficácia para tossir

04-01-2024 08:30 - facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Autoeficácia para executar inaloterapia

10-01-2024 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Autoeficácia para executar inaloterapia

04-01-2024 08:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 10:00 - Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador.

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infecção [RESOLVIDO] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infecção [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre prevenção da infecção [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de contaminação [RESOLVIDO] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de contaminação [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre prevenção da contaminação [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar inaloterapia

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar inaloterapia

04-01-2024 08:30 - Treinar a executar inaloterapia

04-01-2024 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

04-01-2024 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão da limpeza da via aérea

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

10-01-2024 10:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Sem adejo nasal.

10-01-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

10-01-2024 10:00 - Periférico(a): 98 %.

10-01-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.
10-01-2024 10:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico [PIOROU].
10-01-2024 10:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
10-01-2024 10:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
10-01-2024 10:00 - Sons respiratórios: síbilos.
10-01-2024 10:00 - Secreções em pequena quantidade.
10-01-2024 10:00 - Secreções normais [MANTEVE].
10-01-2024 10:00 - Secreções esbranquiçadas.

10-01-2024 10:00 - Dispneia

10-01-2024 10:00 - Melhorar ventilação

10-01-2024 10:00 - Executar técnica de reexpansão torácica

04-01-2024 08:30 - Promover autocontrolo: dispneia [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Promover adesão: regime de exercícios respiratórios

04-01-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

04-01-2024 08:30 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - Capacidade para executar exercícios respiratórios: facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Capacidade para executar exercícios respiratórios

10-01-2024 10:00 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - Capacidade para executar exercícios respiratórios: facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Autoeficácia para executar exercícios respiratórios

04-01-2024 08:30 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 10:00 - Autoeficácia para executar exercícios respiratórios

10-01-2024 10:00 - Dispositivo: Inspirómetro de incentivo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar exercícios respiratórios [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Treinar exercícios respiratórios

04-01-2024 08:30 - Treinar exercícios respiratórios pela atividade física

04-01-2024 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

04-01-2024 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios respiratórios

Conservação de energia

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

04-01-2024 08:30 - Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Promover autogestão: atividade/repouso [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

10-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre conservação de energia [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Promover autogestão: regime de exercício [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

04-01-2024 08:30 - Capacidade para executar regime de exercício: facilitadora.

04-01-2024 08:30 - Autoeficácia para executar regime de exercício: facilitadora.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

Memória

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Sem dificuldade em reter nova informação.

04-01-2024 08:30 - Sem dificuldade em recuperar informação.

04-01-2024 08:30 - Sem desorientação face às pessoas.

04-01-2024 08:30 - Sem desorientação no espaço.

04-01-2024 08:30 - Sem desorientação no tempo.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

10-01-2024 10:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

10-01-2024 10:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

Virar-se

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

04-01-2024 08:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

10-01-2024 10:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

04-01-2024 08:30 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

10-01-2024 10:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

04-01-2024 08:30 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

10-01-2024 10:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

04-01-2024 08:30 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

04-01-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

04-01-2024 08:30 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

10-01-2024 10:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

10-01-2024 10:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Obtém objetos para o banho.

04-01-2024 08:30 - Abre a torneira.

04-01-2024 08:30 - Capaz de lavar e secar o corpo

04-01-2024 08:30 - Lava e seca o corpo.

04-01-2024 08:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

04-01-2024 08:30 - Lava e seca parte do corpo.

04-01-2024 08:30 - Lava a cavidade oral.

04-01-2024 08:30 - Aplica produtos de higiene.

04-01-2024 08:30 - Capaz de pentear-se

04-01-2024 08:30 - Penteia-se.

04-01-2024 08:30 - Barbeia-se.

04-01-2024 08:30 - Capaz de cortar as unhas

04-01-2024 08:30 - Corta as unhas.

04-01-2024 08:30 - Limpa-se após usar o sanitário.

04-01-2024 08:30 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

10-01-2024 10:00 - Lava e seca o corpo [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

10-01-2024 10:00 - Lava e seca parte do corpo [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de pentear-se

10-01-2024 10:00 - Penteia-se [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Barbeia-se [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de cortar as unhas

10-01-2024 10:00 - Corta as unhas [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Vestir-se ou despir-se

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Escolhe as roupas.

04-01-2024 08:30 - Retira roupa da gaveta ou armário.

04-01-2024 08:30 - Capaz de vestir-se

04-01-2024 08:30 - Veste todas as peças de roupa.

04-01-2024 08:30 - Capaz de abotoar-se

04-01-2024 08:30 - Abotoa.

04-01-2024 08:30 - Capaz de atar cordões

04-01-2024 08:30 - Ata cordões.

04-01-2024 08:30 - Capaz de calçar meias

04-01-2024 08:30 - Calça as meias.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de vestir-se

10-01-2024 10:00 - Veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de abotoar-se

10-01-2024 10:00 - Abotoa [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de atar cordões

10-01-2024 10:00 - Ata cordões [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de calçar meias

10-01-2024 10:00 - Calça as meias [MANTEVE].

Andar

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Capaz de mover-se através da marcha

04-01-2024 08:30 - marcha sem limitações.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Capaz de mover-se através da marcha

10-01-2024 10:00 - marcha sem limitações [MANTEVE].

Alimentar-se

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

04-01-2024 08:30 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

04-01-2024 08:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

04-01-2024 08:30 - Prepara os alimentos para a refeição.

04-01-2024 08:30 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

04-01-2024 08:30 - Organiza os alimentos para a refeição.

04-01-2024 08:30 - A alimentação é diversificada e equilibrada, com consumo diário de carne, peixe, fruta e legumes nas refeições principais. Faz 6 refeições por dia, nunca estando mais de três horas sem comer. Privilegia a água como bebida, ingerindo 2 litros por dia.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

10-01-2024 10:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

10-01-2024 10:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

10-01-2024 10:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

04-01-2024 08:30 - Organiza a medicação conforme horário.

04-01-2024 08:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

04-01-2024 08:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

04-01-2024 08:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

04-01-2024 08:30 - Administra a medicação pela via adequada.

04-01-2024 08:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

04-01-2024 08:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

04-01-2024 08:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

04-01-2024 08:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

04-01-2024 08:30 - É cumpridor na toma da medicação, sabe os efeitos secundários da mesma, assim como os cuidados de armazenamento recomendados e os efeitos secundários. No entanto, necessita de melhorar o conhecimento sobre autogestão da terapêutica inalatória, uma vez que não aquece o inalador entre as mãos, não faz uma expiração lenta previamente à inalação da terapêutica e não lava a boca após a inalação. Há um mês suspendeu a toma de Laventair Ellipta, substituindo-o por Trixeo aerosphere (budesonida + formoterol + brometo de brometo de glicopirrônio - 160 µg + 5 µg + 7.2 µg). Refere melhorias significativas com esta nova terapêutica. No último mês não necessitou de recorrer ao Ventilan prescrito em SOS.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

10-01-2024 10:00 - Organiza a medicação conforme horário.

10-01-2024 10:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

10-01-2024 10:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

10-01-2024 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

10-01-2024 10:00 - Não administra a medicação pela via adequada.

10-01-2024 10:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

10-01-2024 10:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

10-01-2024 10:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

10-01-2024 10:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

10-01-2024 10:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

10-01-2024 10:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

10-01-2024 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

10-01-2024 10:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

10-01-2024 10:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir

para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

10-01-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM] 10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

10-01-2024 10:00 - Instruir a administrar medicação

10-01-2024 10:00 - Treinar a administrar medicação

10-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

10-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

10-01-2024 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente

10-01-2024 10:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

10-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

10-01-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

10-01-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Número de refeições diárias: 6.

04-01-2024 08:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Número de refeições diárias: 6.

10-01-2024 10:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

10-01-2024 10:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Número de horas de atividade física por lazer: 14 horas.

04-01-2024 08:30 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

04-01-2024 08:30 - Tempo de exercício físico diário: 45 Minutos .

04-01-2024 08:30 - Tempo de exercício físico semanal: 135 Minutos .

04-01-2024 08:30 - Relativamente ao regime de exercício físico acordado, cumpre o mesmo diariamente, num total de 45 minutos: Faz também caminhadas diárias, percorrendo um total de 8km.

04-01-2024 08:30 - Autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Promover autogestão: regime de exercício [FIM] 10-01-2024 10:00

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

10-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

10-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

04-01-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: facilitadora.

04-01-2024 08:30 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

10-01-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador [MANTEVE].

10-01-2024 10:00

10-01-2024 10:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 14 horas.

10-01-2024 10:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

10-01-2024 10:00 - Tempo de exercício físico diário: 45 Minutos .

10-01-2024 10:00 - Tempo de exercício físico semanal: 135 Minutos .

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Realizar as diferentes atividades de vida diária, utilizando as técnicas respiratórias de dissociação dos tempos respiratórios e de lábios semicerrados, expirando (com lábios semicerrados) no momento de maior esforço físico e inspirando no momento de menor esforço. Assim, é necessário cumprir as estratégias de conservação de energia definidas perante na realização das seguintes atividades: Tomar banho: preparar atempadamente o material necessário para o banho; colocar os produtos mais utilizados nos locais mais acessíveis; evitar a utilização de sprays desodorizantes, pois são irritantes; manter a temperatura da água morna, pois ajuda a prevenir a dispneia; tome banho sentado, num banco; utilizar escova de cabo longo para lavar as costas e os pés; secar o corpo sentado, utilizando roupão de banho para se seca. colocar um ventilador na casa de banho, para reduzir o vapor gerado pela água quente. Vestir-se e arranjar-se: utilize roupas fáceis de vestir e confortáveis; utilizar calçado sem atacadores; escovar (Cordeiro, 2020).

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Praticar exercício físico regularmente; Manter uma dieta equilibrada e diversificada, rica em proteínas; Reduzir a exposição a poluentes ambientais: poeiras; produtos químicos e tabaco; Manter a casa ventilada e arejada; Utilizar as técnicas de técnicas de respiração e relaxamento quando está mais nervosa e stressada; Em dias de frio: ter o cuidado de vestir roupas quentes e cobrir o nariz e boca com um cachecol; Em dias de calor: utilizar chapéu; vestir roupa leve e confortável, de cores claras; aumentar o reforço hídrico e manter os espaços ventilados; Evitar o contacto com pessoas com infeções respiratórias; Cumprir o programa de reabilitação respiratória estabelecido; Manter a vacinação atualizada, nomeadamente da gripe, pneumonia; tosse convulsa e herpes zóster (GOLD, 2024); Utilizar as técnicas de conservação de energia ao realizar as diferentes atividades de vida diária e exercício físico, recorrendo às técnicas respiratórias de dissociação dos tempos respiratórios e de lábios semicerrados, expirando (com lábios semicerrados) no momento de maior esforço físico e inspirando no momento de menor esforço (OE, 2018; Cordeiro, 2021)

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Na administração da terapêutica inalatória o Sr. F foi sensibilizado para cumprir os passos recomendados da técnica inalatória indicado para o inalador pMDI, conforme prescrito, para que maior seja a quantidade de fármaco que chega aos pulmões e maior a sua eficácia terapêutica no controlo sintomático. Foi também salientada a importância de cumprir a dose e horário de administração da terapêutica de manutenção, administrando dois puffs de 12/12 horas, um de manhã (às 9h) e outro à noite (às 21h). Relativamente à terapêutica inalatória de alívio sintomático, não deve exceder a dose máxima de administração do Ventilan prescrito em SOS, (4/dia) considerando a sua duração de acção de 4h e o agravamento de sintomas secundários. Foi também informada sobre o efeito

terapêutico de cada fármaco, assim como os efeitos secundários mais frequentes, uma vez que essa informação favorece o comportamento de adesão. Saliêntada também a importância de estar atenta ao prazo de validade dos medicamentos e aos cuidados de conservação, considerando que o inalador deve ser utilizado no prazo de 3 meses após abertura da bolsa, conservado em local fresco e seco, em uma temperatura < a 30°C; foi também, informada da importância de acionar a válvula uma vez antes da próxima utilização, libertando um puff, quando este não é utilizado há mais de três dias; (Infarmed, 2024). Como o Atrovent e Ventilan não apresentam contadores de doses é importante verificar se esta vazio, ou verificar o conteúdo estimado, pela colocação do recipiente em água;

Ensinar sobre prevenção da infeção

- A prevenção de infeções respiratórias tem por base quatro medidas: adoção de medidas básicas de higiene; proteção diante de situações de risco acrescido de exposição a vírus respiratórios; adoção de medidas perante sintomas sugestivos de infeção e aquisição de imunidade através da vacinação (DGS, 2023) (gripe, covid-19, pneumonia, herpes zóster e tosse convulsa) (GOLD, 2024). A pessoa deve ser informada que a transmissão de infeções respiratórias ocorre do ar, pela transmissão de gotículas respiratórias, e/ou por contacto superfícies contaminadas. Assim, é fundamental a adoção de medidas de etiqueta respiratória (cobrir o nariz e boca com um lenço, ao tossir ou espirrar e rejeitar no lixo os lenços utilizados ou como recurso espirrar para a dobra do braço; usar máscara em locais com aglomerados de pessoas ou espaços fechados; lavar as mãos frequentemente; limpar e desinfetar superfícies e objetos de uso comum com várias pessoas; manter os espaços arejados e ventilados) (DGS, 2023).

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Fazer pausas regulares ao longo do dia, intervalando períodos de atividade com períodos de repouso; Selecionar diariamente as atividades a realizar, de acordo com a sua capacidade física, eliminando as pouco prioritárias; realizar as tarefas diárias que exigem maior esforço físico na altura do dia em que se sente com mais energia; as tarefas mais exigentes podem ter de ser divididas e concluídas ao longo do dia, sendo realizadas por curtos períodos; repousar após as refeições por um período de 30 minutos; alternar tarefas que exigem mais esforço, por outras menos exigentes fisicamente, com períodos de repouso entre ambas; alternar períodos de atividade física por períodos de repouso; delegar tarefas demasiado extenuantes; monitorizar o sintoma de “falta de ar” e ajustar a atividade física (Almeida et al., 2016).

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Explicar sobre necessidade de avaliar a intensidade da falta de ar (0-10) e da fadiga muscular, através do uso da escala de esforço percecionado, durante a realização de atividade física, recomendando que o nível de falta de ar e fadiga deve estar entre 4 e 6 (a pessoa deve ser capaz de responder a alguém, mas não de conversar), não ultrapassando o nível 6, pois isso significa que a intensidade do esforço é elevada. A pessoa deve assim, ser capaz de identificar os seus limites, estando atenta aos sintomas que surgem durante o exercício físico, reconhecendo como normais (transpiração; fadiga;

ligeira dor muscular e/ou articular e falta de ar ligeira a moderada) e como sintomas alarmantes (dor intensa nas articulações; palpitações; tonturas ou vertigens; dor no peito; dor de cabeça e dificuldade respiratória acentuada e prolongada). A presença de sintomas normais durante a atividade física é um indicador de que a intensidade do exercício é suficiente (Bourbeau et. al., 2022).

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- ensinar sobre a necessidade de monitorizar os sintomas, nomeadamente de alterações na expectoração (cor, volume e consistência), aumento da dispneia e tosse (mais do que o normal), pois podem ser indicadores de infeção respiratória, devendo nessas alturas ser otimizada a terapêutica inalatória prescrita em SOS. Para além desse cuidado deve realizar as técnicas de técnicas de controlo respiratório, técnicas de relaxamento, posições de descanso e técnicas de conservação de energia. Foi reforçada a informação de que perante alterações da cor, volume e consistência da expectoração e aumento da dispneia, deve contactar o profissional de referência (EEER), não deixando passar mais de 48h, pois poderá estar com uma infeção respiratória, sendo prioritário iniciar antibioterapia e corticoterapia oral, de acordo com prescrição médica. É fundamental para a autogestão da doença a monitorização diária da sintomatologia, para facilitar a identificação de agravamento sintomático, bem como há quantos dias este se processa, e proceder à administração da terapêutica inalatória de alívio sintomático, perante o aumento da dispneia, sendo que se esta se mantiver deverá iniciar prednisolona oral prescrita e contactar o EEER (Bourbeau et. al., 2022). Deve também realizar a inaloterapia prescrita para promover a limpeza das vias aéreas. Ensinar sobre prevenção da contaminação

Analisar com o cliente os resultados alcançados

- Foi explicado ao Sr. F que o treino de inaloterapia com dispositivo inalatório “aerobika” facilita a mobilização de secreções das vias aéreas mais distais (de menor calibre) para as vias aéreas proximais (de maior calibre), através de movimentos de vibração oscilatórios, gera uma pressão expiratória positiva; as secreções são posteriormente exteriorizadas com mais facilidade, com recurso à técnica de tosse dirigida modificada Huffing e à técnica de tosse dirigida ou através do ciclo ativo das técnicas de respiração. O Sr. F reconhece a importância do treino de inaloterapia, com o “aerobiKa” como facilitador da libertação de secreções. Foi também salientada a importância do treino dos músculos respiratórios com recurso ao inspirometro de incentivo, no fortalecimento muscular dos mesmos, melhorando a capacidade pulmonar, promovendo a ventilação e prevenindo atelectasias, com consequente aumento da tolerância ao esforço e capacidade de exercício físico (OE, 2018).

Elogiar o desempenho do cliente

- Foi elogiado o desempenho do Sr. F perante a correta utilização do inspirometro de incentivo e dispositivo inalatório (Aerobika), promovendo assim, a sua perceção de autoeficácia na promoção da ventilação e limpeza das vias aéreas.

Ensinar sobre prevenção da contaminação

- Perante situações em que existe risco acrescido de infeção respiratória, a pessoas deve: manter o distanciamento social, principalmente na presença de pessoas mais vulneráveis, cumprindo a distância de 1,5 metros; utilizar máscara cirúrgica, essencial nos primeiros cinco dias após os primeiros sintomas e evitar locais com aglomerados de pessoas; Deve ainda promover o arejamento dos espaços, privilegiando a ventilação mecânica, deixando as janelas abertas pelo menos durante 10 minutos (DGS, 2023).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Os efeitos secundários mais frequentes, associados ao uso de Trixeo aerosphere incluem: candidíase oral; ansiedade; palpitações, dificuldade em dormir; náuseas; cefaleias; tosse ou voz rouca; câibras musculares; palpitações; níveis analíticos de açúcar no sangue elevados; dor ao urinar e urinar com frequência (podem ser sinais de infeção do trato urinário) e pneumonia (Infarmed, 2022); associado ao uso de Ventilan temos: “(. . .) tremor, cefaleias (. . .) e taquicardia” (Infarmed, 2023, p.8). Informar que alguns efeitos secundários desaparecem com a utilização repetida (GOLD, 2023).

Instruir a administrar medicação

- Com o inalador pMDI: posicionar-se confortavelmente (sentada ou semi-sentada), permitindo a total expansão do tórax na inspiração; retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aquecê-lo entre as mãos; adaptar o contentor cilíndrico à embalagem; retirar a tampa da embalagem e agitá-la na posição vertical (3 a 4 vezes); Inclinar ligeiramente a cabeça para trás; Efetuar uma expiração lenta; colocar o inalador entre os lábios; Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI; Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total; Fazer uma pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto); Realizar uma expiração forçada; antes de administrar nova inalação (“puf”), afastar o inalador da boca e aguardar 30 segundos antes de nova inalação, repetindo os passos anteriores; limpar o bucal do inalador; colocar a tampa protetora na embalagem; lavar a cavidade oral (bochechando a boca com água e rejeitando a mesma logo de seguida) (DGS, 2017).

Treinar a administrar medicação

- supervisionar o treino de administração da técnica inalatória, repetindo 3 vezes a técnica instruída anteriormente

Executar técnica de reexpansão torácica

- Exercícios de reexpansão torácica através da técnica respiratória de reeducação costal: abertura global longitudinal; o Posicionar a pessoa em decúbito dorsal; o Utilizar a dissociação dos tempos respiratórios; o técnica de respiração com lábios semicerrados; o Inspira no movimento flexão do ombro e expira na extensão do ombro (parte difícil) (pode ser associado a este exercício bastão; peso; banda elástica). • Exercícios de reexpansão torácica através da técnica respiratória de reeducação costal: abertura global transversal; o Posicionar a pessoa em decúbito dorsal; o Utilizar a dissociação dos tempos respiratórios; o técnica de respiração com lábios semicerrados; o Com o ombro fletido a 90º, inspira no movimento abdução do ombro e expira na adução do ombro (parte difícil) (pode ser associado a este exercício peso ou banda elástica).

4.8. Síntese relativa ao caso

Após a apresentação do caso clínico do Sr. F, será feita uma breve síntese reflexiva sobre a sua evolução clínica, e os ganhos em saúde obtidos com a intervenção do EEER, assim como as competências específicas de ER desenvolvidas.

O Sr. F apresenta um estilo de gestão na doença crónica de responsável, que se evidencia na forma como encara a doença e na mudança de comportamentos que implementou, dos quais saliento a prática regular de exercício físico e a cessação tabágica que iniciou de imediato após o diagnóstico de DPOC. É uma pessoa envolvida no processo de se autocuidar perante a doença e esse aspeto é facilitador da intervenção específica do EEER na autogestão da terapêutica inalatória.

Perante a identificação de erros na execução da técnica inalatória, foi efetuado o ensino, instrução e treino da mesma, para promover a capacitação da pessoa para a correta realização da mesma. A intervenção do EEER objetivou a capacitação da pessoa para a mudança comportamental necessária, com a consequente promoção da autogestão da terapêutica inalatória, com o resultado de mestria na administração da terapêutica inalatória, mas com necessidade de incrementar melhoria na autoeficácia, enquanto precursora da adesão e autogestão do regime medicamentoso. No entanto, não foi possível verificar a integração fluida da técnica inalatória no dia-a-dia do Sr. F, considerando o número reduzido de contactos.

Além deste aspeto, a intervenção específica do EEER objetivou a promoção do empowerment, promovendo melhoria do conhecimento em relação aos diferentes aspetos do PRR, através do sistema de apoio e educação, da Teoria dos Sistemas de Orem, particularmente sobre: prevenção de infeção; prevenção de contaminação; prevenção de episódios de dispneia; conservação da energia e autogestão do regime medicamentoso; foram evidenciados ganhos em saúde, com resolução dos diagnósticos de enfermagem identificados inicialmente.

Perante o exposto, considero que este caso me permitiu aprofundar conhecimentos na área da temática selecionada, na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC e na promoção da autogestão dessa doença, possibilitando o desenvolvimento das competências do EEER no diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação nesta área de intervenção específica e na área da intervenção cardiorrespiratória.

Não foi possível mais nenhum contacto com o SR. F, pois no dia da consulta com o EEER (3º momento) foi internado de urgência devido a bloqueio auriculo-ventricular completo.

Embora não tenha existido contacto com a família da Sr. F, irei apresentar posteriormente o seu genograma e ecomapa, com a finalidade de avaliar as forças e fraquezas do ambiente familiar e social, enquanto fatores ambientais, facilitadores ou inibidores dos processos de transição

saúde-doença. Os dados obtidos foram recolhidos através de informações fornecidas pela Sr. F.

5. FAMÍLIA CASO 1

Será apresentado o genograma e ecomapa da família da Sra. M, com a finalidade de avaliar as forças e fraquezas do seu ambiente familiar e social.

5.1. Enquadramento teórico

O ambiente é um conceito central da enfermagem de reabilitação, que deve ser considerado na prestação de cuidados especializados, pois influencia não só o desempenho da pessoa, enquanto membro da sociedade, relativamente à capacidade para realizar tarefas ou ações, mas também as funções e estruturas do corpo. Assim, os ambientes (familiares/comunitários /sociais), são alvo da atenção particular do EEER, pois permitem a definição de estratégias (a nível local e /ou nacional) de intervenção promotoras da integração plena da pessoa com deficiência (DR, 2.ª série, N.º 119 — 22 de junho de 2015).

Alem do mencionado, a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem, fundamenta-se em fatores condicionantes básicos (não só, mas também) internos (idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde) ou externos à pessoa (fatores socioculturais, familiares e ambientais, padrão de vida e a disponibilidade de recursos) que afetam a sua capacidade, o tipo e a quantidade de cuidado necessário (Orem, 1991). A avaliação da família e a perceção das dinâmicas familiares existentes entre os diferentes membros, facilita a sua integração como rede de suporte na promoção do autocuidado na pessoa com doença crónica, essenciais em alguns estilos de gestão do regime terapêutico, nomeadamente no estilo negligente e formalmente guiado.

Por outro lado, sendo o EEER um agente terapêutico facilitador dos processos de transição, que as pessoas passam ao longo da vida, deve conhecer os fatores condicionantes das mesmas, que incluem além dos pessoais, fatores comunitários e sociais, facilitando esse conhecimento a mobilização de recursos humanos ou materiais necessários à reeducação e readaptação funcional (Meleis, 2011).

Assim, evidencia-se também a necessidade de avaliar as ligações da família com os sistemas mais amplos, permitindo uma melhor compreensão das relações existentes com as redes de apoio social.

Genograma e Ecomapa do Caso da Comunidade 1

O genograma e ecomapa são instrumentos utilizados na avaliação dos processos familiares e embora não tenha estabelecido contacto com a rede de apoio familiar, achei pertinente a sua avaliação, pois permite identificar as forças e fraquezas na rede de apoio familiar e social.

O genograma é a avaliação da estrutura familiar, identificando os vínculos familiares, internos e externos, existentes (Wright & Leahey, 2008; Rempel, Neufeld & Kushner, 2007); evidencia o sistema de relações familiares e acontecimentos biográficos importantes, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento familiar. Representa a árvore familiar, de pelo menos três gerações, englobando as relações interpessoais e entre os sistemas familiares (Figueiredo, 2012).

A Sra. M é divorciada há 49 anos e vive na companhia de um animal doméstico (um cão). Tem uma filha que vive longe e com quem mantém contacto esporádico e um neto com quem tem bom relacionamento e que a visita com uma frequência que não é a desejada. É possível verificar a dinâmica das relações familiares na Figura 3.

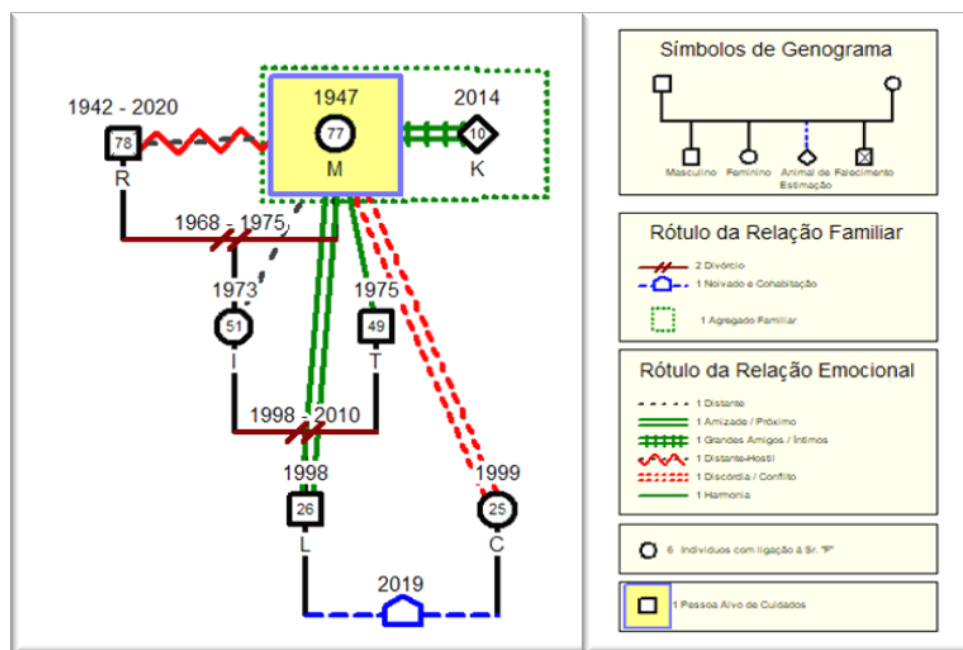


Figura 3: Genograma da Sra.M

O ecomapa explora as e ligações da família com os sistemas mais amplos, permitindo uma melhor compreensão das relações existentes com as suas redes sociais (Rempel, Neufeld & Kushner, 2007); espelha a interação da família com o meio (Figueiredo, 2012).

A sra. M tem a ajuda de uma vizinha, que trata das compras de mercearia e farmácia e uma vez por semana faz a limpeza da sua residência. Tem apoio da equipa de voluntariado do Projeto X, para a transportar às consultas médicas. É possível verificar a restante rede de apoio social da Sra. M através da figura 4.

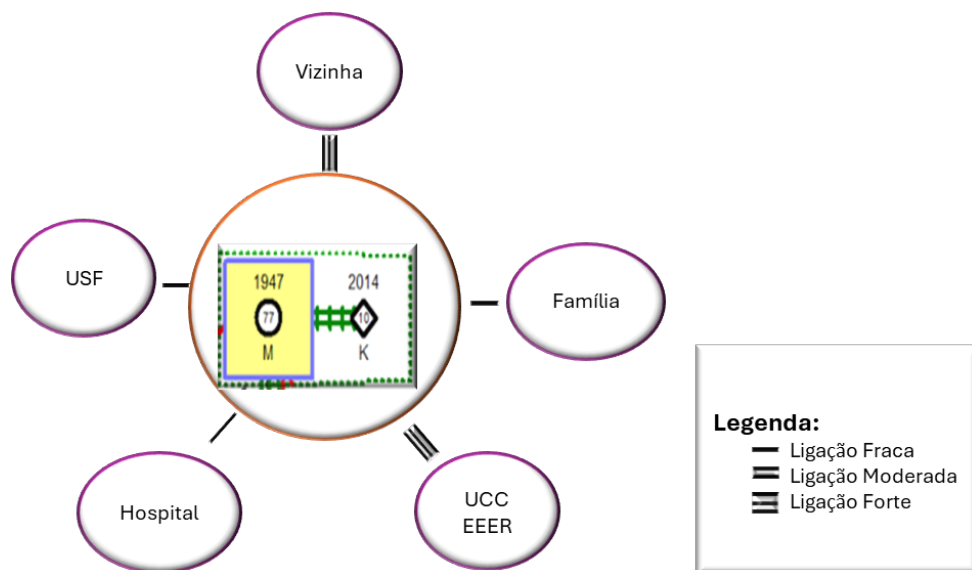


Figura 4: Ecomapa da Sra. M

5.2. Clientes

Cliente

Família

Família

12-12-2023 09:15

12-12-2023 09:15 - Família unipessoal.

12-12-2023 09:15 - Presença de animais domésticos.

12-12-2023 09:15 - Membro da família: Caso da Comunidade 1.

12-12-2023 09:15 - Papel do cliente na família: Cuidador.

6. FAMÍLIA CASO 2

Será apresentado o genograma e ecomapa da família do Sr. F, com a finalidade de avaliar as forças e fraquezas do seu ambiente familiar e social.

6.1. Enquadramento teórico

Não foi estabelecido contacto com a família do "Caso da Comunidade 2" (Sr. F) no entanto, foi feita a sua avaliação, pelos mesmos motivos mencionados na justificação da avaliação familiar do "Caso da Comunidade 1".

Genograma e Ecomapa do SR. F

O Sr. F vive com a esposa e está reformado (comerciante numa empresa de eletricidade). Tem 2 filhos do primeiro casamento, mantendo uma boa relação com o filho e uma relação distante com a filha. Na figura 5 é possível verificar o genograma do Sr. F

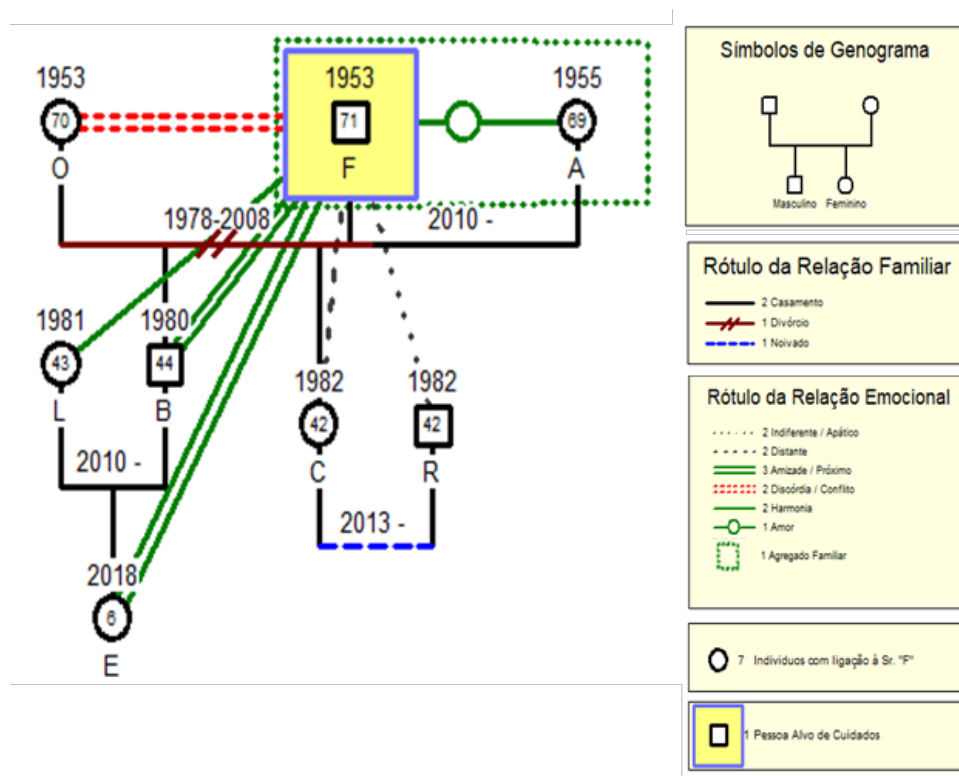


Figura 5: Genograma do Sr. F

O Sr. F é seguido em consulta hospitalar de pneumologia e de pneumo/reabilitação; é também acompanhado pela equipa de saúde familiar, na Unidade de Saúde Familiar onde está inscrito e pela UCC da sua área de residência, pelo EEER, integrado na ECCI. Na figura 6 é possível verificar o genograma do Sr. F.

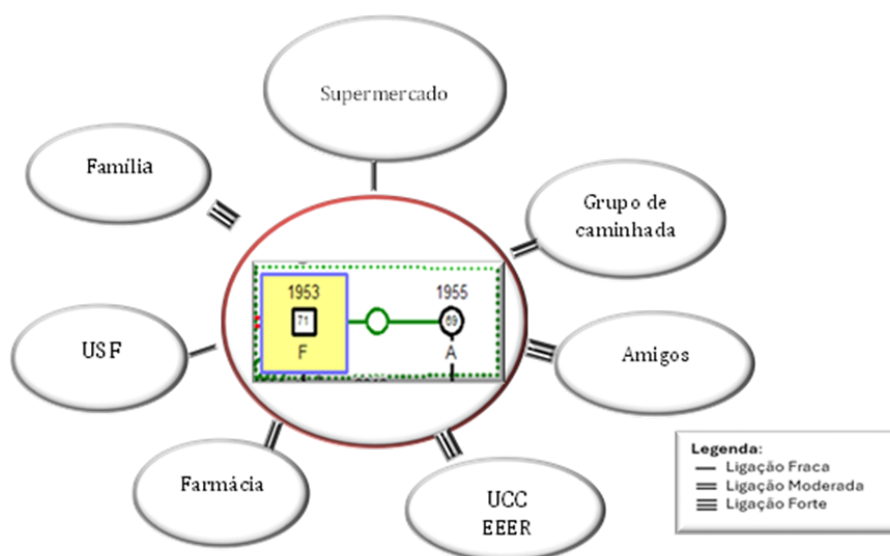


Figura 6: Ecomapa do Sr. F

6.2. Clientes

Cliente

Família

Família

11-01-2024 08:00

11-01-2024 08:00 - Família nuclear.

11-01-2024 08:00 - Membro da família: Caso da Comunidade 2.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O conceito de competência no contexto profissional, refere-se à capacidade da pessoa para desempenhar a sua função de forma eficiente e eficaz. No âmbito da profissão de enfermagem inclui: competências técnicas; científicas e relacionais, que facilitem o julgamento clínico e tomadas de decisão responsáveis, sustentadas pelos princípios éticos e deontológicos da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No âmbito das suas competências profissionais, o EEER tem definidas competências comuns às restantes especialidades e competências específicas, próprias dos cuidados especializados da sua área de intervenção. As competências comuns incluem a: "a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745). No âmbito das suas competências específicas:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13566).

A responsabilidade profissional na área da especialidade de enfermagem de reabilitação, sugere o desenvolvimento de uma prática profissional conforme os princípios legais, éticos e deontológicos da profissão, evidenciando-se numa prática de cuidados segura, que espelhe os princípios consagrados na bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e autodeterminação, com respeito pela capacidade da pessoa tem de decidir sobre si própria e sobre a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A prática de cuidados desenvolvida nos diferentes contextos, enquanto futura EEER, foi pautada pelo respeito pela individualidade e especificidade de cada pessoa, assim como pelo ambiente em que está inserida, salvaguardando o seu direito à privacidade, confidencialidade, informação e sigilo profissional. Assim, prestei cuidados centrados na pessoa, dirigidos às suas reais necessidades em cuidados especializados em ER, consoante o seu potencial de recuperação e as particularidades do processo de doença, garantindo uma intervenção adequada e segura, dirigida às limitações funcionais identificadas, promotora da funcionalidade, autonomia e autogestão da doença. Foi promovida a capacitação da pessoa para desempenhar um papel ativo no seu autocuidado, durante o processo de reabilitação, perspetivando-se a maximização do seu potencial funcional e a prevenção de incapacidades.

Nos diferentes contextos de ensino clínico, as tomadas de decisão foram sempre sustentadas nos conhecimentos teóricos apreendidos ao longo do processo de formação, em pesquisa bibliográfica e na auscultação de opinião dos orientadores, tendo sido desenvolvidas estratégias de resolução de problemas, definidas sempre em parceria com a pessoa alvo de cuidados, salvaguardando os seus direitos ao cuidado, à vida e à qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ao longo do processo de desenvolvimento de competências foram desenvolvidas práticas de qualidade, colaborando na realização de atividades no âmbito dos programas de melhoria contínua da qualidade, existentes em alguns contextos profissionais, promovendo a incorporação dos conhecimentos daí resultantes na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Alguns dos programas nos quais tive a oportunidade de colaborar incluíram o: Programa do doente respiratório crónico (ECCI); Programa de prevenção de quedas (ECCI); Projeto de intervenção do EEER na pessoa submetida a artroplastia da anca e do joelho (Serviço de ortopedia) e o Projeto de Atividades de desenvolvimento e valorização de pessoas (Medicina).

A segurança dos cuidados prestados foi garantida pela integração nos mesmos, da gestão de risco clínico e do ambiente da pessoa, fundamental para a prevenção de incidentes e para o cumprimento das intervenções de enfermagem de reabilitação a instituir, diminuindo a probabilidade de resultados desfavoráveis (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste aspeto foi fundamental conhecer e integrar as normas e protocolos existentes nos serviços e a observação prévia da execução de técnicas de reabilitação implementadas pelos enfermeiros orientadores.

No domínio da gestão dos cuidados de enfermagem especializados, o EEER otimiza o processo de tomada de decisão, assumindo o papel de dinamizador da equipa de saúde, promovendo a articulação entre todos os elementos dentro da equipa de enfermagem e com os restantes elementos da equipa multidisciplinar; promove também a otimização da resposta clínica da equipa de enfermagem, gerindo os cuidados especializados implementar, dirigidos às necessidades de reabilitação da pessoa, considerando os recursos necessários para fazer face às diferentes situações clínicas e contextos, adaptando o estilo de liderança à maturidade dos intervenientes (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O trabalho desenvolvido ao longo deste processo, teve subjacente as dinâmicas das equipas enfermagem e multidisciplinares, onde colaborei nas decisões referentes ao cuidado especializado a prestar, promovendo a informação nos processos de tomada de decisão e reconhecendo a necessidade de referenciar para outros profissionais quando necessário, garantindo cuidados de qualidade, significativos para a pessoa. Existiu sempre a preocupação de manter a articulação com os elementos da equipa de enfermagem, responsáveis pela prestação de cuidados gerais às pessoas alvo, articulando com estes, no sentido otimizar o desenvolvimento das diferentes atividades do autocuidado e dos cuidados especializados de

ER, promovendo assim, o envolvimento e disponibilidade da pessoa para o processo de reabilitação. A articulação permitiu também perceber as intercorrências que vão surgindo ao longo do turno de trabalho e o 'feedback' relativamente à evolução clínica da pessoa.

A gestão dos cuidados de enfermagem especializados passou também pela delegação, orientação e supervisão de tarefas passíveis de serem desenvolvidas por outros profissionais, sem comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados; foram garantidos os cuidados de reabilitação necessários, ao maior número de pessoas, em tempo útil, não colocando em causa o bem-estar e o autocuidado, nem a reeducação e readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Além deste aspeto, promovi uma gestão eficaz dos recursos materiais necessários à implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, garantindo a sua correta utilização e conservação.

No desenvolvimento das aprendizagens profissionais promovi a assertividade e o autoconhecimento, fundamentais no estabelecimento de relações terapêuticas sólidas e centrais na prática de enfermagem; promovi também o meu desenvolvimento profissional, fundamentando a prática especializada em evidência científica e promovendo a partilha de conhecimentos com os peritos, relativamente à temática escolhida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Além das competências comuns mencionadas, desenvolvi as competências específicas do EEER por meio do planeamento, implementação, avaliação e reformulação dos planos de intervenção especializados em ER, dirigidos à pessoa com necessidades especiais ou pessoa com deficiência, ao longo do ciclo de vida, em diferentes áreas de intervenção (musculoesquelética, neurológica e cardiorrespiratória) e nos diferentes contextos (Unidade de AVC, ortopedia, cirurgia cardiorrespiratória, medicina, pediatria e ECCI), o que contribuiu para o desenvolvimento de novas aprendizagens profissionais, uma vez que os resultados obtidos foram monitorizados continuamente, permitindo adequar a intervenção ao potencial de recuperação da pessoa ao longo de todo o processo de reabilitação.

O enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem de reabilitação inclui: a pessoa com necessidades especiais; a pessoa com deficiência; o ambiente e os cuidados de reabilitação, e constitui a base dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional nesta área específica. Esses descritivos incluem: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado dos clientes; a readaptação funcional; a reeducação funcional; promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação implementados foram dirigidos à pessoa com necessidades especiais ou pessoa com deficiência, ao longo do ciclo de vida, em diferentes

áreas de intervenção (musculoesquelética, neurológica e cardiorrespiratória) e diferentes contextos clínicos (Unidade de AVC, ortopedia, cirurgia cardiorrespiratória, medicina, pediatria e ECCI), para promover a melhoria do bem-estar e qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados, conforme o seu projeto individual de saúde, pela promoção da funcionalidade e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os cuidados prestados facilitaram a otimização da reeducação das funções: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, consoante os diagnósticos de enfermagem identificados, reduzindo o risco de alteração da funcionalidade e contribuindo para aumentar o bem-estar e o autocuidado. Assim, segundo a Teoria Déficit do Autocuidado de Orem (1991) proporcionei a suplementação das necessidades de autocuidado, nas quais a pessoa era dependente, de forma totalmente compensatória, parcialmente compensatória e de apoio e educação, conforme o seu progresso no processo de reabilitação e autonomia funcional desenvolvida. Foi promovido o apoio e educação da pessoa, facilitando a sua adaptação à nova condição de saúde, e os processos de transição, pela promoção da consciencialização e envolvimento.

Neste sentido, foram avaliados os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e identificadas as necessidades específicas, da pessoa com deficiência e doença crónica, na realização das atividades do autocuidado e na autogestão da doença. Essa avaliação facilitou a concretização de programas de reabilitação, dirigidos às reais necessidades da pessoa, com recurso a técnicas específicas, promotoras da autonomia, realização das atividades do autocuidado e reeducação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Foi também desenvolvido o ensino, a instrução e o treino de estratégias promotoras do autocuidado e autogestão, à pessoa alvo de cuidados e família, com recomendação do uso de ajudas técnicas e dispositivos de compensação para estimular a sua máxima capacidade funcional, autonomia e a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Relativamente à pessoa com necessidades especiais ou com deficiência, deve ser promovido o seu acesso, enquanto ser biopsicossocial, a serviços especializados e outros recursos que promovam o seu potencial (Ordem dos Enfermeiros, 2015), uma vez que é incapaz de realizar de forma autónoma e independente as atividades de vida diária, apresentando limitação da atividade e participação social, em resultado da alteração no estado de saúde (permanente ou temporário). Assim, o EEER no âmbito das suas competências específicas:

(. . .) Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (. . .) 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 (. . .) Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade (. . .)

Avalia os resultados das intervenções implementadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 13566-13567).

Por conseguinte, nas diferentes áreas de intervenção, procedi à colheita de dados, concretizada através: da realização da entrevista de enfermagem; da avaliação física da pessoa, de consulta do processo clínico (exames complementares de diagnóstico, plano terapêutico, prescrições clínicas, entre outros), da história clínica da pessoa (história atual; antecedentes familiares; regime terapêutico prescrito, dados comportamentais e psicossociais) e da avaliação de parâmetros fisiológicos. Foram utilizados como instrumentos de apoio à tomada de decisão, o uso de escalas, adaptadas aos contextos e às diferentes áreas de intervenção em enfermagem de reabilitação, e outros instrumentos que permitiram complementar a avaliação da pessoa.

Para promover a readaptação funcional, implementei programas de enfermagem de reabilitação, que potenciaram o máximo rendimento e desenvolvimento das capacidades funcionais da pessoa, otimizando os recursos existentes e mobilizando outros (familiares e comunidade), promotores do autocuidado e da autogestão; promovi também, a adaptação necessária aos processos de transição saúde-doença, otimizando a reeducação e readaptação funcional aos diferentes níveis, consoante o potencial da pessoa para melhorar a sua capacidade e conhecimento, fomentando o seu envolvimento no plano de reabilitação e reduzindo o risco de compromisso do autocuidado e a prevenção de complicações.

No planeamento da alta hospitalar, envolvi a pessoa e família no ensino, instrução e treino necessários à adaptação da pessoa à nova condição de saúde, otimizando a sua capacidade para gerir o regime terapêutico e o plano de reabilitação prescrito (Ordem dos Enfermeiros, 2015); este aspeto foi concretizado essencialmente nos contextos de ensino clínico de ortopedia, pediatria e ECCI.

Na área de intervenção neurológica, identifiquei precocemente alterações da funcionalidade ou a presença de incapacidades, a vários níveis (motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação), através da realização do exame físico a nível neurológico, com recurso à utilização de escalas (Escala de coma de Glasgow; Mini Mental State Examination; Escala do Medical Research Council (mMRC); índice de barthel; Escala Modificada de Ashworth; Escala de House-Brackmann; Escala de Guss; Aphasia Rapid Test (ART), Índice de Tinetti, Escala de Berg, Escala de Bristol, entre outras) assim como de outros instrumentos: bladder scan, ponteiro de luz, espátulas, compressa, gelo, clip, imagens (para identificação), palavras (para leitura) e papel e caneta (teste do relógio).

Foram diagnosticados compromissos em relação: ao autocuidado (alimentar-se, andar, transferir-se, tomar banho, vestir-se, despir-se, usar o sanitário; arranjar-se); à sensibilidade (hipoestesia, anestesia; extinção sensitiva); aos campos visuais (hemianopsias e extinção visual); à cognição (heminegligência ou neglect); à compreensão da linguagem e/ou da expressão (afasia sensitiva, motora, mista ou global); à força muscular (paresia ou plégia;

hemiparesia ou hemiplegia); à marcha; ao tônus muscular (hipotonia ou espasticidade); ao equilíbrio; à deglutição (disfagia para líquidos semi-líquidos ou sólidos); à coordenação motora (dismetria dedo-nariz e calcanhar joelho); aos reflexos (babinski positivo) e ao movimento corporal.

Os programas de enfermagem de reabilitação que implementei na área de intervenção neurológica (Unidade de AVC, serviço de medicina, pediatria, cardiotorácica) incluíram as seguintes intervenções de enfermagem:

- execução de técnicas de estimulação sensorial: terapia do movimento induzido por restrição; estimulação térmica; estímulos visuais/auditivos e verbais; estimulação optocinética; varrimento Visual e gestão do ambiente;
- ensino, instrução e treino de exercícios para melhorar a percepção: terapia de espelho; facilitação cruzada; treino bilateral dos membros superiores;
- ensino, instrução e treino de exercícios para promover a cognição: Jogos de palavras; imagens para nomear; jogos de construção frásica; quadro de comunicação; usar símbolos para comunicar;
- ensino, instrução e treino de exercícios para promoção da comunicação: resistência muscular dos lábios; resistência muscular da língua; resistência muscular das bochechas e do palato mole; exercícios de fonação;
- ensino, instrução e treino para promoção da eliminação urinária: estratégias promotoras de eliminação urinária; exercícios do pavimento pélvico; planeamento da eliminação urinária;
- ensino, instrução e treino de exercícios para promover a deglutição e prevenir o risco de aspiração: de técnicas de deglutição (deglutição supraglótica, deglutição forçada e deglutição dupla); exercícios de promoção da deglutição (exercícios de resistência muscular dos lábios, língua, palato e controlo do bolo alimentar); estratégias compensatórias (posturais, sensoriais e de consistência);
- execução de massagem nos músculos faciais, para promover a estimulação sensitiva e o relaxamento muscular;
- ensino, instrução e treino de exercícios musculares faciais (encher a boca de ar, unir as sobrancelhas, sorrir, abrir a boca, mostrar os dentes, enrugar a testa e unir as sobrancelhas), para promover fortalecimento da musculatura da face;
- execução de técnicas de exercício muscular e articular (assistidos, ativos-assistidos e resistidos);
- ensino, instrução e treino de exercícios musculares e articulares (orientados para tarefas, automobilização do membro superior; facilitação cruzada; ponte; dissociação da cintura pélvica e exercícios simultâneos com terapia de espelho), atendendo ao limite da amplitude articular e força, sensibilizando a pessoa para visualizar o movimento;
- execução de massagem para promover o relaxamento muscular;
- aplicação de frio/calor para estimulação sensitiva;
- execução, ensino, instrução e treino de posicionamentos em padrão antispástico;
- utilização de talas de Margaret (talas oroinsufláveis), considerando as vantagens: biomecânicas (prevenção de complicações secundárias ao défice, através da diminuição

- da atividade muscular indesejável; fortalecimento dos grupos musculares em tarefas ou atividades funcionais; estimulação do condicionamento físico geral e da força) e sensoriais (Adição de carga táctil importante, para promover o suporte articular; promoção da estimulação proprioceptiva, através do suporte de peso);
- ensino, instrução e treino de equilíbrio estático (sentado e de pé) e dinâmico sentado (transferência de peso para os braços, facilitação cruzada/carga no cotovelo) e em pé (alternância de carga nos membros inferiores e apoio unipodal; treino proprioceptivo com recurso à tábua de Freeman; andar com apoio nas pontas dos pés e no calcanhar);
 - ensino, instrução e treino da técnica de adaptação para andar (andar com apoio nas pontas dos pés e nos calcanhares e em linha, com pé ante pé);
 - ensino, instrução e treino de técnicas de adaptação nas diferentes atividades do autocuidado, nomeadamente no transferir-se, tomar banho, alimentar-se; uso do sanitário, despir-se/vestir-se, arranjar-se;
 - ensino, instrução e treino no uso de dispositivos de apoio no andar (canadianas, andarilhos, tripé), de acordo com o deficit existente, adequando o mesmo ao tipo de marcha da pessoa;
 - ensino sobre ajudas técnicas (calçadeira de cabo longo, calça meias, barras de apoio sanitário, alteador de sanita, cadeira de banho, entre outros), promotoras das diferentes atividades do autocuidado.

Na área de intervenção cardiorrespiratória, identifiquei precocemente alterações da funcionalidade ou a presença de incapacidades, a vários níveis (motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e da eliminação) através da observação da pessoa quanto pela inspeção torácica (dinâmica, estática, palpação, percussão e auscultação) e pela avaliação: dos resultados dos exames complementares de diagnóstico (Rx, gasometria, TAC, RMN e provas funcionais respiratórias); dos parâmetros fisiológicos (FR, SpO₂, PaCO₂, PH, VEF₁, FC; TA, Temperatura e dor); da coloração da pele e mucosas; de alterações no estado de consciência e percepção do esforço e dispneia. Foram utilizados instrumentos de avaliação como o: estetoscópio; saturímetro e aparelho de monitorização sinais vitais e escalas (Escala de coma de Glasgow; escala da dispneia mMRC e outros testes (teste do Sentar e Levantar durante 1 minuto; Prova de Marcha de 6 min e CAT).

Foram identificados compromissos: no autocuidado (andar, transferir-se, tomar banho, vestir-se, despir-se, usar o sanitário; arranjar-se); na ventilação; na limpeza das vias aéreas; na tolerância à atividade; na conservação de energia e na autogestão do regime terapêutico.

Os programas de enfermagem de reabilitação que implementei na área de intervenção cardiorrespiratória (nos serviços: unidade de AVC; Pediatria; Medicina; Cirurgia Cardiotorácica e ECCI), objetivaram a reeducação funcional respiratória (RFR), reabilitação respiratória e a reabilitação cardíaca, pela promoção da ventilação, do compliance respiratório, da limpeza das vias aéreas e promoção da tolerância ao esforço. Consequentemente, foram concretizadas as seguintes intervenções específicas de ER:

- execução, ensino, instrução e treino de exercícios de controlo respiratório: posicionamento; dissociação dos tempos respiratórios; expiração, lábios semicerrados; respiração abdomino- diafragmática;
- execução técnicas de reeducação costal;
- execução de técnicas de reeducação diafragmática;
- ensino, instrução e treino de exercícios de reeducação postural e dos músculos respiratórios, para otimização do compliance respiratório;
- ensino, instrução e treino sobre o uso de dispositivo respiratório: Espirómetro de incentivo;
- ensino, instrução e treino de técnicas de descanso e relaxamento;
- ensino sobre técnicas de controlo da ansiedade;
- ensino sobre gestão de fatores indutores do agravamento da dispneia;
- execução da otimização da terapêutica inalatória;
- ensino, instrução e treino da técnica inalatória, de acordo com o tipo de inalador prescrito;
- ensino, instrução e treino de exercícios músculo articulares dos membros superiores e inferiores, recorrendo a dispositivos (halteres; faixa elástica; bastão; pesos de tornozelo e punho; pedaleira e passadeira) para melhorar a força e função muscular;
- ensino, instrução e treino sobre: gestão dos períodos de atividade e repouso; estratégias adaptativas na realização das AVD's; estratégias de gestão de energia;
- ensino, instrução e treino de exercícios de resistência;
- ensino, instrução e treino de técnicas de limpeza das vias aéreas: o drenagem postural; o tosse assistida e dirigida; o huffing e ciclo ativo da respiração;
- ensino, instrução sobre o uso dispositivo de promoção da limpeza da via aérea: Aerobika; Flutter e Cough Assist;
- execução de aspiração de secreções.

Na ECCI, o estágio foi desenvolvido essencialmente no âmbito do programa do doente respiratório crónico, que consiste num programa de reabilitação respiratória, de acordo com as diretrizes do programa Living well with a Chronic Obstructive Pulmonary Disease, cuja finalidade é promover a autogestão da DPOC, pela promoção de um estilo de vida saudável; inclui módulos como: plano de acção; integrar um programa de exercícios na sua vida; ser saudável com dpcoc; integrar um programa de acção na sua vida; gerir a sua respiração e poupar energia; prevenir os sintomas e tomar a medicação; manter um estilo de vida saudável e gratificante; gerir o stress e ansiedade; integrar a oxigenoterapia de longa na sua vida; integrar uma dieta saudável na sua vida (Bourbeau et. al, 2022). Este programa tem 3 níveis de intervenção:

- nível 1: inclui as pessoas com DPOC grave ou exacerbadores ou os que necessitam de mais cuidados e de reabilitação respiratória; tem visitas do EEER duas vezes/ semana ou dirigem-se à UCC; o acompanhamento pode ir até às oito a dez semanas. São pessoas referenciadas após internamento hospitalar ou pela consulta de pneumologia;
- nível 2: inclui pessoas com DPOC, que transitaram do nível 1 ou os que necessitam apenas de apoio e educação, mantendo a vigilância uma vez por semana ou de quinze em quinze dias; o acompanhamento pode ir até às doze semanas;

- nível 3: onde se incluem pessoas com uma gestão eficaz da doença, da terapêutica inalatória e que sabem reconhecer e gerir uma exacerbação. No entanto, mantém a ligação à equipa multidisciplinar, através do EEER, que em caso de exacerbação, ou por outra circunstância que considere necessário, deve estabelecer contacto com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e gerir a exacerbação no domicílio; Nesta situação, aumenta a frequência das visitas domiciliárias e reavalia toda a dinâmica da autogestão da doença; tem uma visita por ano do EEER e mantém a ligação à sua equipa de referência multidisciplinar, através deste profissional, contactado telefonicamente sempre que necessário, nomeadamente em caso de exacerbação. Nesta situação, o EEER articula com a equipa multidisciplinar e é gerida a exacerbação no domicílio; permanecem neste nível sem limite de tempo.

As consultas do nível 1 ou nível 2 podem ser realizadas no domicílio ou na unidade de cuidados na comunidade, individuais ou em grupo. Após uma exacerbação ou internamento, um doente do nível 3 pode passar para o nível 2 e aumentar a frequência das consultas com o EEER, com a finalidade de promover a autogestão da doença e a integração de um plano de exercício na vida da pessoa. O tempo que o doente permanece nos diferentes programas é gerido pelo EEER.

Na área de intervenção musculoesquelética, identifiquei precocemente alterações da função ou a presença de incapacidades, a nível motor, eliminação e sexualidade, sendo a colheita de dados concretizada mediante entrevista de enfermagem, realização do exame físico (inspeção; palpação, mobilidade; avaliação neurovascular e avaliação da anca e joelho) e de avaliação de: exames complementares de diagnóstico (resultados de RX e resultados analíticos); da condição prévia da pessoa; de consulta do processo clínico (tipo de anestesia, abordagem cirúrgica prescrições clínicas quanto ao levantar e tipo de marcha); do estado cognitivo, da força; das amplitudes articulares e das atividades do autocuidado comprometidas, com recurso à utilização de instrumento de avaliação (goniómetro) e o uso de escalas (Escala de Coma de Glasgow, Escala do Medical Research Council (mMRC); goniometria, índice de barthel)

Foram diagnosticados compromissos no: autocuidado (andar, transferir-se, tomar banho, vestir-se, despir-se, usar o sanitário; arranjar-se); andar com auxiliar de marcha; movimento corporal no membro intervencionado; força no membro intervencionado; no equilíbrio.

Os programas de enfermagem de reabilitação implementados nesta área (serviço de ortopedia) tiveram o objetivo de promover a integração de precauções de segurança nas diferentes atividades do autocuidado, facilitadoras da integração do regime de reabilitação na vida da pessoa submetida a artroplastia da anca e joelho e facilitar a adaptação ao andar com auxiliar de marcha. Por conseguinte, foram concretizadas as seguintes intervenções:

- ensino sobre complicações nas articulações da anca e joelho, após artroplastia da anca e joelho;
- ensino, instrução e treino sobre prevenção de complicações na anca e joelho, durante a realização das diferentes atividades do autocuidado;

- ensino sobre precauções de segurança durante a relação sexual;
- ensino, instrução e treino de exercícios musculares isométricos (para fortalecimentos dos músculos flexores, extensores e abdutores da anca e dos músculos flexores e extensores do joelho);
- execução de exercícios musculares e articulares: passivos, ativos-assistidos e ativos resistidos, nas articulações da anca e joelho;
- ensino, instrução e treino de exercícios musculares ativos para fortalecimento dos músculos que envolvem as articulações da anca e joelho;
- ensino, instrução e treino de exercícios musculares isométricos;
- ensino, instrução e treino sobre os uso de dispositivos facilitadores da concretização das diferentes atividades do autocuidado, nomeadamente no: transferir-se; tomar banho; uso do sanitário; despir-se/vestir-se; arranjar-se, para prevenção de complicações durante a realização das mesmas.
- ensino, instrução e treino do andar com auxiliares de marcha, em plano e em escadas, adaptado à condição clínica da pessoa e ao tipo de marcha a realizar;
- ensinar sobre adaptações necessárias no domicílio para prevenir quedas e facilitar o andar com auxiliar de marcha;
- ensino, instrução e treino sobre equilíbrio dinâmico e estático.

No serviço de ortopedia existiu a possibilidade de realizar a consulta pré-operatória, em cirurgias programadas da anca e joelho (artroplastias), permitindo o esclarecimento de dúvidas e mitos relacionados com: o procedimento cirúrgico; com os cuidados a ter no pós-operatório, para promover a segurança e prevenir complicações; o que deve levar para o hospital; exercícios de reabilitação previstos realizar no período pós-operatório, de acordo com os protocolos existentes no serviço. O feedback destas consultas foi positivo, sendo referido pelas pessoas intervencionadas como tranquilizadoras e encaradas por mim como facilitadoras dos processos de transição.

A monitorização dos resultados obtidos e produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação deve ser uma também uma prioridade do enfermeiro especialista, pois permite identificar os ganhos em saúde resultantes da sua intervenção e promover melhorias na qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A operacionalização do processo de enfermagem e a concretização dos registos clínicos das intervenções de ER realizadas, facilitaram a identificação dos ganhos em saúde obtidos.

A orientação da prática dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, para os parâmetros descritivos da qualidade, pretende explicitar a natureza do mandato social da profissão junto das pessoas, de outros profissionais e da comunidade no geral. A representação desses cuidados, assim como os resultados mínimos aceitáveis, e os que são aceitáveis esperar devem ser de conhecimento da pessoa alvo de cuidados, o que foi impulsionado por mim ao longo dos ensinamentos clínicos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O ensino sobre prevenção de complicações a vários níveis: motor; sensorial; cognitivo;

cardiorrespiratório; alimentação e eliminação, foi transversal a todos os contextos clínicos. A monitorização continua da dor foi um cuidado que esteve presente, ao longo de todos os contextos, pois condiciona a predisposição da pessoa para o processo de reabilitação. Assim, nunca foi ultrapassado o limiar da dor, sendo gerida analgesia no sentido de minorar o seu impacto.

A pessoa com deficiência apresenta alterações nas funções ou estruturas do corpo, passíveis de gerar limitações e dificuldades na atividade e participação social, sendo os fatores ambientais condicionadores destes aspetos e por isso alvo de atenção do EEER no cuidado especializado. Por conseguinte, é fundamental promover melhorias das condições de vida da pessoa, que permitam a sua participação social em condições de igualdade, independentemente da natureza ou severidade da sua condição de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ao capacitar a pessoa com deficiência para a reinserção e exercício da cidadania, o EEER analisa a sua problemática desenvolvendo ações autônomas promotoras da consciência e inclusão social. Logo, “(. . .) Elabora e implementa programa de treino de AVD’s, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (. . .) Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13567).

Com a perspetiva de promover a participação e inclusão social, identifiquei barreiras arquitetónicas no domicílio limitadoras da acessibilidade e autonomia, nomeadamente na EEI e implementei medidas de prevenção da deficiência e/ou de minimização do seu impacto, através do desenvolvimento de programas e planos de reabilitação facilitadores da maximização das capacidades funcionais remanescentes e da adaptação aos processos de vida. Foram otimizados os recursos da pessoa e família, e outros existentes na comunidade, nomeadamente (equipas de voluntariado e centros de convívio para idosos e programas de melhoria contínua da qualidade existentes nos locais de estágio, nomeadamente o de prevenção de quedas) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Relativamente à maximização da funcionalidade e desenvolvimento das capacidades funcionais da pessoa, o EEER interage com esta, promovendo um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, estimulando o seu desenvolvimento. Perante o exposto: “(. . .) Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório (. . .) Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 13567-13568). Em suma, na concretização das competências específicas do EEER, desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos da prática de cuidados, cuidei de pessoas com necessidades especiais, impossibilitadas de realizar atividades básicas em consequência de alterações no seu estado de saúde, temporárias ou definitivas, resultando em deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação social.

Tive o cuidado de promover uma relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados e respetiva

família, reconhecendo o seu progresso no processo de reabilitação, desenvolvendo o reforço positivo e o elogio face ao esforço desenvolvido para atingir os objetivos do programa de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim: identifiquei necessidades intervenções especializadas, com o intuito de promover a reeducação e readaptação funcional; utilizei escalas e instrumentos de avaliação que me permitiram inferir diagnósticos de enfermagem de reabilitação; procedi à elaboração, implementação e avaliação de programas especializados em enfermagem de reabilitação, utilizando técnicas e tecnologias específicas da área da reabilitação; promovi a educação da pessoa e família (cuidador formal ou informal) na continuidade dos cuidados, ao planear a alta hospitalar; diligenciando a sua reintegração na família e na comunidade, salvaguardando o seu direito de viver com dignidade e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por último, e porque a organização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação permite definir as dotações seguras nestes profissionais, desenvolvi registos criteriosos das intervenções concretizadas, salvaguardando a qualidade dos cuidados prestados e identificação de ganhos em saúde e oportunidades de melhoria (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A concretização deste relatório constitui uma reflexão crítica do processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEER, desenvolvido no decorrer do estágio de natureza profissional, módulo II. Possibilitou a aquisição de novos saberes e a mobilização dos conhecimentos apreendidos na componente teórica do curso, assumindo uma dimensão relevante na aquisição de competências.

Consistiu num espaço com diferentes dinâmicas de trabalho, apelando à minha capacidade de adaptação aos diferentes contextos clínicos e formas de organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, impulsionador da aquisição de conhecimentos nesta área de intervenção específica e facilitador da tomada de decisão individual, face às situações clínicas apresentadas, inerentes ao papel de EEER.

Foram alcançados os objetivos gerais e objetivos específicos, definidos inicialmente, que possibilitaram a orientação de todo o processo de desenvolvimento de competências. Como objetivos gerais: o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e o desenvolvimento de competências na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC. Como objetivos específicos: desenvolver as competências comuns e específicas do EEER nos contextos de ensino clínico: Unidade de AVC; Serviço de Medicina; Serviço de Cirurgia cardiotorácica; Serviço de Pediatria, EECl e Serviço de Ortopedia; aprofundar conhecimento para a tomada de decisão clínica na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC, e desenvolver competências de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação nesse âmbito de intervenção, em dois casos clínicos, realizados na plataforma e4Nursing.

As competências comuns do EEER foram desenvolvidas e aprimoradas, nomeadamente: a responsabilidade profissional, ética e legal na prestação de cuidados de enfermagem especializados, com respeito pelos princípios consagrados na bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e autodeterminação) e pelas decisões assumidas durante o processo de prestação de cuidados, respeitando os direitos humanos e avaliando o processo e os resultados das tomadas de decisão; as práticas de melhoria contínua da qualidade, mediante colaboração nos programas existentes nos serviços (Programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação; Programa "Doente Respiratório Crónico - uma Proposta de Melhoria; Programa de Prevenção de Quedas; Projeto de intervenção do EEER na pessoa submetida a artroplastia da anca e do joelho; Programa de Atividades de Desenvolvimento e Valorização de pessoas; Projeto sobre Prevalência da Sarcopenia no Serviço de Medicina Interna), assegurando um ambiente seguro e terapêutico; a gestão dos cuidados de enfermagem e dos recursos necessários a cada situação e contexto, otimizando os processos de tomada de decisão, e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com a fundamentação da praxis clínica em evidência científica,

promovendo o autoconhecimento e gerando respostas adaptadas, a nível individual e organizacional (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este último, foi também desenvolvido com o aprofundar de conhecimentos, na área de intervenção específica de enfoque deste trabalho.

As competências específicas do EEER foram concretizadas pela prestação de cuidados especializados em ER a pessoas com necessidades especiais, nas áreas de intervenção neurológica, músculo-esquelética e cardiorrespiratória, capacitando-as para reinserção social e exercício de cidadania, pela maximização da funcionalidade (reeducação e readaptação funcional) e promoção da autonomia e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Foram assim planeados, implementados e avaliados programas de reabilitação neurológica, motora e cardiorrespiratória, considerando as alterações da funcionalidade identificadas aos diferentes níveis (motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade). Foi considerada a capacidade adaptativa da pessoa, com vista à consecução da autonomia, atendendo aos condicionantes dos processos adaptativos de transição saúde/doença.

Relativamente à concretização dos objetivos relacionados com a temática em estudo, considero que aprofundei conhecimentos, facilitadores da tomada de decisão clínica na promoção da autogestão do regime medicamentoso - terapêutica inalatória, na pessoa com DPOC, que permitiram o desenvolvimento de competências específicas do EEER, nessa área de intervenção (avaliação, planeamento, implementação e avaliação), em dois casos clínicos, atendendo aos processos adaptativos de transição saúde-doença (Meleis et. al., 2000) e à capacitação da pessoa pelo sistema de apoio e educação (Orem, 1991), reforçando a importância dos modelos do autocuidado e transições na estruturação e otimização da qualidade do exercício profissional.

Dos contextos de ensino clínico mencionados, e sem querer desprestigiar nenhum, saliento a importância da Unidade de AVC pela exigência do cuidado especializado e pela excelência da orientação a que fui submetida. Foi um estágio que mais me marcou, não só por ser o primeiro campo de estágio, mas essencialmente pela evidência do impacto da intervenção do EEER na recuperação da pessoa com compromisso neurológico, com envolvimento também de todas as áreas de intervenção da ER. O serviço de pediatria também foi importante pois permitiu a realização de técnicas de reeducação funcional respiratória em crianças com menos de dois anos, o que é uma particularidade única deste campo de estágio. O serviço de ECCL permitiu-me operacionalizar um programa de reabilitação respiratória e perceber o impacto da autogestão do regime medicamentoso- terapêutica inalatória, na autogestão da DPOC.

Os casos clínicos foram trabalhados na plataforma e4Nursing, plataforma de registo clínico da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com base na ontologia em enfermagem, onde minha inexperiência condicionou a operacionalização do processo de registos, o que exigiu um elevado consumo de tempo e afetou a minha capacidade de entrega à reflexão exigida ao longo do relatório. Por outro lado, considero que teria sido mais proveitosa a situação de trabalhar apenas um caso clínico de forma aprofundada, pelo que fica esta sugestão para a formação de outros colegas.

Perante a exposição efetuada ao longo do trabalho, é possível constatar a importância da temática apresentada, considerando que a realização correta da técnica inalatória condiciona a eficácia da autogestão do regime medicamentosos-terapêutica inalatória, enfoque deste trabalho e do desenvolvimento de competências nesta área específica. Consequentemente, tem interferência na autogestão da DPOC, considerando que predispõe a pessoa para a prática de exercício físico, com redução da dispneia e fadiga, com todos os benéficos daí resultantes nomeadamente no descondicionamento físico, aumento da força muscular e da tolerância ao esforço, como já salientado ao longo do trabalho. Além do referido, possibilitou a sensibilização para a relevância deste assunto, de todos os profissionais que se cruzaram comigo, em ensino clínico e no campo profissional, pois muitas vezes evidenciavam alguma perplexidade perante a sua escolha, o que abria espaço para falar sobre o assunto e salientar a importância de verificar o cumprimento desta terapêutica, assim como da sua correta administração.

Como dificuldades sentidas ao longo do ensino clínico, saliento as limitações de horário de alguns contextos de ensino clínico, que inviabilizaram a concretização do estágio durante os turnos da tarde, fins de semana e feriados, o que teria sido facilitador de toda a dinâmica de responsabilidades, como profissional e como trabalhador-estudante.

Relativamente à orientação exercida pelos enfermeiros nos diferentes campos de estágio, considero que foi facilitadora do processo de desenvolvimento de competências do EEER, pois pela entrega e desempenho que evidenciaram no cuidado a pessoas vulneráveis, com necessidades especiais, maximizando o seu potencial funcional e as suas capacidades consistiram num excelente exemplo a seguir.

Dos contextos de ensino clínico mencionados, e sem querer desprestigiar nenhum, saliento a importância da Unidade de AVC pela exigência do cuidado especializado e pela excelência da orientação a que fui submetida. Foi um estágio que mais me marcou, não só por ser o primeiro campo de estágio, mas essencialmente pela evidencia do impacto da intervenção do EEER na recuperação da pessoa com compromisso neurológico, com envolvimento também de todas as áreas de intervenção da ER. O serviço de pediatria também foi importante pois permitiu a realização de técnicas de reeducação funcional respiratória em crianças com menos de dois anos, o que é uma particularidade única deste campo de estágio. O serviço de ECCL permitiu-me operacionalizar um programa de reabilitação respiratória e perceber o impacto da autogestão do regime medicamentoso- terapêutica inalatória, na autogestão da DPOC.

Agradeço também aos meus orientadores, que permitiram com a sua orientação e empenho que este relatório fosse concluído. Sinto, no entanto, que não estava preparada para a concretização deste trabalho, em tão pouco tempo, considerando a dinâmica e os múltiplos aspetos que compõe a minha vida, enquanto pessoa, profissional e estudante. Dei o meu melhor!

Contudo termino o processo de formação académica na área da especialidade de enfermagem de reabilitação, mas pretendo continuar a investir nesta área formação profissional, que considero minha e que reflete verdadeiramente o cuidar em Enfermagem.

9. BIBLIOGRAFIA

ADMIT. (2022). Equipe de Melhoria do Gerenciamento de Medicamentos em Aerossol. Site dos inaladores 4U. Recuperado de www.inhalers4u.org [acessado em setembro de 2022].

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), 9-26. Recuperado de https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tcnicas--de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf

Agusti, A., Bel, E., Thomas, M., et al. (2016). Traços tratáveis: rumo à medicina de precisão das doenças crônicas das vias aéreas. *European Respiratory Journal*, 47(2), 410-419.

Agusti, A., Calverley, P. M., Celli, B., et al. (2010). Caracterização da heterogeneidade da DPOC na coorte ECLIPSE. *Respiratory Research*, 11, 122.

Agusti, A., Melen, E., DeMeo, D. L., Breyer-Kohansal, R., & Faner, R. (2022). Patogênese da doença pulmonar obstrutiva crônica: compreendendo as contribuições das interações gene-ambiente ao longo da vida. *Lancet Respiratory Medicine*, 10(5), 512-524.

Almeida, A. (2017). Gestão da terapêutica inalatória nas doenças respiratórias crônicas. *Enfermeiro*, Anuário 2017, nº 2. Especial II jornadas de cuidados respiratórios em enfermagem.

Almeida, M. C. (2013). Motivação e comportamento de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Almeida, P., & Pereira, M. (2006). Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 221-238.

American Thoracic Society (ATS). (1991). Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. American Thoracic Society. *American Review of Respiratory Disease*, 144(5), 1202-1218.

Andrew, L. R., Gerene, S. B., & Richard, C. (2007). Pulmonary rehabilitation. *Chest*, 131, 4S-42S.

Araújo, D. (2022). Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva. *Observatório Nacional Doenças Respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão, 50-54.

Azzi, E., Srour, P., Armour, C., Rand, C., & Bosnic-Anticevich, S. (2017). Practice makes perfect: Self-reported adherence a positive marker of inhaler technique maintenance. *NPJ Primary Care*

Respiratory Medicine, 27(1), 29. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0031-0>

Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572.

Bafadhel, M., Peterson, S., De Blas, M. A., Calverley, P. M., Rennard, S. I., Richter, K., & Fagerås, M. (2018). Predictors of exacerbation risk and response to budesonide in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a post-hoc analysis of three randomised trials. *The Lancet Respiratory Medicine*, 6(2), 117-126. DOI: 10.1016/S2213-2600(18)30006-7.

Balasubramanian, A., MacIntyre, N. R., Henderson, R. J., et al. (2019). Capacidade de difusão do monóxido de carbono na avaliação da DPOC. *Chest*, 156(6), 1111-1119.

Barbara, S., Kritikos, V., & Bosnic-Anticevich, S. (2017). Técnica do inalador: a idade importa? Uma revisão sistemática. *European Respiratory Review*, 26(146).

Bastos, C., Vieira, S., & Lima, L. (2019). Gestão do regime farmacológico em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica [Management of the pharmacological treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease] [Gestión del régimen farmacológico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica]. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 20 - JAN./FEV./MAR*, página 57-66. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18068>

Bastos, F. (2015). Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico: A transição para a doença crónica. Porto, Portugal: Novas Edições Acadêmicas.

Benzo, R., & McEvoy, C. (2019). Effect of Health Coaching Delivered by a Respiratory Therapist or Nurse on Self-Management Abilities in Severe COPD: Analysis of a Large Randomized Study. *Respiratory Care*, 64(9), 1065-1072.

Bhattarai, B., Walpola, R., Mey, A., Anoopkumar-Dukie, S., & Khan, S. (2020). Barreiras e estratégias para promover a adesão à medicação entre pessoas que vivem com DPOC: uma revisão sistemática. *Cuidados Respiratórios*, 65(11), 1738-1750.

Blackstock, F. C., ZuWallack, R., Nici, L., & Lareau, S. C. (2016). Why don't our patients with chronic obstructive pulmonary disease listen to us? The enigma of nonadherence. *Annals Of The American Thoracic Society*, 13(3), 317-323. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-600PS>

Blakemore, W. S., Forster, R. E., Morton, J. W., & Ogilvie, C. M. (1957). Uma técnica padronizada de apneia para a medição clínica da capacidade de difusão do monóxido de carbono no pulmão. *Journal of Clinical Investigation*, 36(1 Parte 1), 1-17.

Bourbeau, J., Nault, D., Sedeno, M., & Melanson, D. (2022). Gerir o stress e ansiedade. Recuperado de www.livingwellwithcopd.com

Bourbeau, J., Nault, R. N., Sedeno, M., Hatzoglou, A., Lamb, J., & Mak, S. (2022). Gerir a sua respiração e poupar a sua energia. Recuperado de www.livingwellwithcopd.com

Boutou, A. K., Karrar, S., Hopkinson, N. S., & Polkey, M. I. (2013). Anemia and survival in chronic obstructive pulmonary disease: a dichotomous rather than a continuous predictor. *Respiration*, 85(2), 126-131.

Branco, P., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação: Reabilitação Respiratória*. Servier. <https://core.ac.uk/download/pdf/71736456.pdf>

Brenner, D. R., Boffetta, P., Duell, E. J., et al. (2012). Previous lung diseases and lung cancer risk: a pooled analysis from the International Lung Cancer Consortium. *American Journal of Epidemiology*, 176(7), 573-585. (Fry et. al., 2012).

Burge, S., & Wedzicha, J. A. (2003). COPD exacerbations: definitions and classifications. *European Respiratory Journal Supplement*, 41, 46s-53s.

BUSH, K. (2001). Do you really listen to patients? *RN*, 64, 35-37.

Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Imprensa de Ciências Sociais. <http://hdl.handle.net/10451/11160>

Camareneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção [Therapeutic adherence: contributions to understanding and intervention] [Adherencia terapéutica: contribuciones a la comprensión e intervención]. *Revista de Enfermagem Referência, Série V, nº7*: e20145, página 1-8. DOI: 10.12707/RV20145

Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2017). Normal human sleep: An overview. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6th ed., pp. 13-23). Elsevier.

Celli, B. R., Anderson, J. A., Cowans, N. J., et al. (2021). Pharmacotherapy and Lung Function Decline in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Systematic Review. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 203(6), 689-698.

Celli, B. R., Cote, C. G., Marin, J. M., et al. (2004). The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 350(10), 1005-1012.

Celli, B., Fabbri, L., Criner, G., et al. (2022). Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for its Revision. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.

Celli, B., Tetzlaff, K., Criner, G., et al. (2016). The 6-Minute-Walk Distance Test as a Chronic Obstructive Pulmonary Disease Stratification Tool. Insights from the COPD Biomarker Qualification Consortium. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(12), 1483-1493.

Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M. E., & Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: A comprehensive review. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 50(4), 667-674. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>

Chen, R., Gao, Y., Wang, H., Shang, H., & Xuan, J. (2020). Association Between Adherence to Maintenance Medication in Patients with COPD and Acute Exacerbation Occurrence and Cost in China: A Retrospective Cohort Database Study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 963-971.

Chen, W., Thomas, J., Sadatsafavi, M., & FitzGerald, J. M. (2023). Risco de comorbidade cardiovascular em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: revisão sistemática e meta-análise. *Lancet Respiratory Medicine*, 3(8), 631-639.

Cho, M. H., Hobbs, B. D., & Silverman, E. K. (2022). Genética da doença pulmonar obstrutiva crônica: compreendendo a patobiologia e a heterogeneidade de uma doença complexa. *Lancet Respiratory Medicine*, 10(5), 485-496.

Clark, B., Wells, B. J., Saha, A. K., et al. Taxas de fluxo inspiratório de pico baixo são comuns entre pacientes internados com DPOC e estão associadas ao aumento da utilização de recursos de saúde: um estudo de coorte retrospectivo. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17, 1483-1494.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE® versão 2: Classificação para a prática de enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Cordeiro, M. (2020). DPOC Abordagem a 360º: do hospital para o domicílio. Lusodidata.

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.

Costa, R. (2021). Guia prático de gestão da DPOC nos cuidados de saúde primários. Madrid: Springer Healthcare Ibérica.

Costa, R. P., & Costa, R. (2023). Terapêutica farmacológica inalada da DPOC nos cuidados de saúde primários: uma visão integrada. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 39(3), 248-255. DOI: 10.32385/rpmgf.v39i3.13607.

Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorespiratório. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel.

Direção-Geral da Saúde. (18 de março de 2024). SNS24. Obtido de Prevenção de infeções respiratórias: <https://www.sns24.gov.pt/guia/prevencao-de-infecoes-respiratorias/>

Direção-Geral da Saúde. (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC): Circular informativa nº 40/DSPCD, de 27/10/2009.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma: norma 010/2017, de 26 de junho 2017.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Adulto: norma 05/2019, de 26 de agosto de 2019.

Du, Q., Jin, J., Liu, X., & Sun, Y. (2016). Bronquiectasia como comorbidade da doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão sistemática e meta-análise. *PLoS One*, 11(3), e0150532.

Durheim, M. T., Smith, P. J., Babyak, M. A., et al. (2015). A distância de caminhada de seis minutos e a acelerometria predizem os resultados na doença pulmonar obstrutiva crônica, independentemente do Grupo da Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 2011. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(3), 349-356.

Effing, T. W., Vercoulen, J. H., Bourbeau, J., et al. (2016). Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *European Respiratory Journal*, 48(1), 46-54.

Eisner, M. D., Blanc, P. D., Yelin, E. H., et al. (2010). Influência da ansiedade nos resultados de saúde na DPOC. *Thorax*, 65(3), 229-234.

Ezponda, A., Casanova, C., Divo, M., et al. (2022). Comorbidades avaliadas por TC de tórax e risco de mortalidade por todas as causas em pacientes com DPOC em a coorte BODE. *Respirologia*, 27(4), 286-293.

Farkhooy, A., Janson, C., Arnardottir, R. H., Malinovschi, A., Emtner, M., & Hedenstrom, H. (2013). Impaired carbon monoxide diffusing capacity is the strongest predictor of exercise intolerance in COPD. *COPD*, 10(2), 180-185.

Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2015). Aconselhamento em dependência química (3ª edição). Grupo GEN.

Figueiredo, H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Lusociência - Edições técnicas e científicas.

Gagné, M., & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>

Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (2023). Recuperado de <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>

Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (2024). Recuperado de <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

Gochicoa-Rangel, L., Perez-Padilla, R., Vazquez-Garcia, J. C., et al. (2017). Estabilidade a longo prazo de um monóxido de carbono portátil Instrumento de capacidade de difusão da respiração. *Cuidados Respiratórios*, 62(2), 231-235.

Goldstein, R. S., Hill, K., Brooks, D., & Dolmage, T. E. (2012). Pulmonary rehabilitation: a review of the recent literature. *Chest*, 142(3), 738-749.

Gonçalves, P. R., Reveles, A., Martins, H. I., Rodrigues, I. L., & Rodrigues, S. M. (2016). Adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: Integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 121-130. doi:10.12707/RIV14063

Guerra, B., Haile, S. R., Lamprecht, B., et al. (2018). Validação externa em larga escala e comparação de modelos prognósticos: uma aplicação à doença pulmonar obstrutiva crônica. *BMC Medicine*, 16(1), 33.

Han, M. K., Quibrera, P. M., Carretta, E. E., et al. (2017). Frequência de exacerbações em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: uma análise da coorte SPIROMICS. *Lancet Respiratory Medicine*, 5(8), 619-626.

Haruna, A., Muro, S., Nakano, Y., et al. (2010). Achados de tomografia computadorizada de enfisema predizem mortalidade na DPOC. *Chest*, 138(3), 635-640.

Henriques, M. A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/3801>.

Hickey, S., Beeson, P., Furniss, S., Mulligan-Evans, F., Ryan, E., & Keech, J. (2017). The effect of structured education on inhaler technique. *Practice Nursing*, 28(5), 196-206. doi:10.12968/pnur.2017.28.5.196

Hurst, J. R., & Wedzicha, J. A. (2007). O que é (e o que não é) uma exacerbação da DPOC: reflexões das novas diretrizes GOLD. *Thorax*, 62(3), 198-199.

Ierodiakonou, D., Sifaki-Pistolla, D., Kampouraki, M., et al. (2020). Adherence to inhalers and comorbidities in COPD patients. A cross-sectional primary care study from Greece. *BMC Pulmonary Medicine*, 20(1), 253.

Infarmed. (18 de fevereiro de 2024a). Brometo de ipatrópio. Resumo das características do medicamento. Recuperado de https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=cb2fd8706d8311e28927ab359f37f205

Infarmed. (18 de fevereiro de 2024b). Budesonida + formoterol + brometo de glicopirrônio. Resumo das características do medicamento. Recuperado de https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=ab27fe30517111e99b489fbf55be8201

Infarmed. (18 de fevereiro de 2024c). Salbutamol. Resumo das características do medicamento. Recuperado de

https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=1f3f65206db611e2ac83940bd8caadd

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/whatwedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jarab, A. S., & Mukattash, T. L. (2019). Exploring variables associated with medication non-adherence in patients with COPD. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 41(5), 1202-1209.

Jose, A. K., Chelangara, D. P., & Shaji, K. S. (2016). Factors associated with anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(4), 1074-1079.

Kim, J. A., Lim, M. K., Kim, K., Park, J., & Rhee, C. K. (2018). Adherence to Inhaled Medications and its Effect on Healthcare Utilization and Costs Among High-Grade Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *Clinical Drug Investigation*, 38(4), 333-340.

Klijn, S. L., Hiligsmann, M., Evers, S., Roman-Rodriguez, M., van der Molen, T., & van Boven, J. F. M. (2017). Effectiveness and success factors of educational inhaler technique interventions in asthma & COPD patients: A systematic review. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27(1), 24.

Klooster, K., ten Hacken, N. H., Hartman, J. E., Kerstjens, H. A., van Rikxoort, E. M., & Slebos, D. J. (2015). Endobronchial Valves for Emphysema without Interlobar Collateral Ventilation. *New England Journal of Medicine*, 373(24), 2325-2335.

Le Rouzic, O., Roche, N., Cortot, A. B., et al. (2018). Definindo o fenótipo do "exacerbador frequente" na DPOC: Uma abordagem livre de hipóteses. *Chest*, 153(5), 1106-1115.

Li, J., Sun, S., Tang, R., et al. (2016). Principais poluentes atmosféricos e risco de exacerbações da DPOC: Uma revisão sistemática e meta-análise. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 3079-3091.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.

Luz, E. L., Bastos, F., & Vieira, M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*, 3, 1-10.

Magalhães, B. M. B. de S. (2020). Autogestão dos sintomas associados ao tratamento de quimioterapia na pessoa com doença oncológica [Tese de Doutorado, Universidad de Jaén].

Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., et al. (2014). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(9), e15-e62.

Maricoto, T., Santos, D., Carvalho, C., Teles, I., Correia-de-Sousa, J., & Taborda-Barata, L. (2020). Avaliação da Má Técnica do Inalador em pacientes idosos com asma ou DPOC: Uma ferramenta preditiva para risco clínico e desempenho do inalador. *Envelhecimento com Drogas*, 37(8), 605-616.

Martinez-Garcia, M. A., de la Rosa-Carrillo, D., Soler-Cataluna, J. J., et al. (2021). Infecção Brônquica e Evolução Temporal de Bronquiectasia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Clinical Infectious Diseases*, 72(3), 403-410.

Martins, A. J. C., Martins, J. P., & Santos, S. A. S. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 14*, 9-16.

Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: Uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 5-14). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, M. E., Yohannes, A. M., & Hanania, N. A. (2008). Anxiety and depression in COPD: Current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest Journal*, 134(4_suppl), 43S-56S.

Melani, A. S., & Paleari, D. (2016). Maintaining control of chronic obstructive airway disease: Adherence to inhaled therapy and risks and benefits of switching devices. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13(2), 241-250. doi:10.3109/15412555.2015.1045972.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.

Miravittles M, Dirksen A, Ferrarotti I, et al. (2017). Declaração da Sociedade Respiratória Europeia: Diagnóstico e tratamento de doença pulmonar na deficiência de alfa1-antitripsina. *European Respiratory Journal*, 50(5).

Montes de Oca M, Menezes A, Wehrmeister FC, et al. (2017). Adherence to inhaled therapies of COPD patients from seven Latin American countries: The LASSYC study. *PLoS One*, 12(11), e0186777.

Moradkhani B, Mollazadeh S, Niloofar P, Bashiri A, Oghazian MB. (2021). Associação entre adesão medicamentosa e qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Journal of Pharmacy & Health Sciences*, 7(1), 40.

Moreira ATA, Pinto CR, Lemos ACM, Assunção-Costa L, Souza GS, Martins Netto E. (2021). Evidências da associação entre adesão ao tratamento e mortalidade entre pacientes com DPOC

acompanhados em programa público de manejo de doenças no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48(1), e20210120.

Mota, L. (2011). O perfil de autocuidado dos clientes: Exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9234>

Mota, L. A. N. da, Cruz, M. A. S., & Costa, C. A. O. (2016). Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo [Therapeutic self-management - development of a flowchart to support decision-making: qualitative study] [Gestión del régimen terapêutico - construcción del diagrama de flujo para apoyar la toma de decisiones: estudio cualitativo]. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 11 - out./nov./dez*, página 71-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16056>

Mota, L., Bastos, F.S., Brito, M.A.C. (2017). A pessoa submetida a transplante de fígado: Caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 13*, pp. 19-30.

Mullerova H, Maselli DJ, Locantore N, et al. (2015). Hospitalized exacerbations of COPD: Risk factors and outcomes in the ECLIPSE cohort. *Chest*, 147(4), 999-1007.

Nabais, A.S. & Sá, M.C. (2018). Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Autocuidado na Pessoa com DPOC - Revisão Sistemática. *Atas CIAIQ2018. Investigação Qualitativa em Saúde, Volume 2*, 131-139.

Ni Y, Shi G, Yu Y, Hao J, Chen T, Song H. (2015). Características clínicas de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica com bronquiectasia comórbida: Uma revisão sistêmica e meta-análise. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 1465-1475

Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., ... & Garvey, C. (2006). American thoracic society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173(12), 1390-1413.

Nici, L., Lareau, S., & Zuwallack, R. (2010). Pulmonary rehabilitation in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *American Family Physician*, 82(6), 655.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. *Cadernos OE, série 1, nº10*. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323153858_Guida_Orientador_de_boas_pratica_Reabilitacao_respiratoria.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação. Lisboa, Colégio da Especialidade de Enfermagem de reabilitação. Acessível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 140 - 6 de junho de 2019. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (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.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby Inc.

Palange, P., Ward, S. A., Carlsen, K. H., Casaburi, R., Gallagher, C. G., Gosselink, R., ... & Whipp, B. J. (2007). Recommendations on the use of exercise testing in clinical practice. *European Respiratory Journal*, 29(1), 185-209.

Pothirat, C., Chaiwong, W., Phetsuk, N., Liwsrisakun, C., Bumroongkit, C., Deesomchok, A., ... & Limsukon, A. (2015). Long-term efficacy of intensive cycle ergometer exercise training program for advanced COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 133.

Potter, P., & Perry, A. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. Elsevier.

Price, D., Keininger, D. L., Viswanad, B., Gasser, M., Walda, S., & Gutzwiller, F. S. (2018). Factors associated with appropriate inhaler use in patients with COPD: Lessons from the REAL survey. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 695-702. doi:10.2147/COPD.S149404.

Raveling T, Vonk J, Struik FM, Goldstein R, Kerstjens HA, Wijkstra PJ, et al. (2021). Chronic non-invasive ventilation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(8), CD00287.

Ribeiro, O., Moura, M.I., Ventura, J. (2021). Referências teóricas orientadoras do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Eds), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (48-56). Lisboa: LIDEL.

Ries, A. L., Bauldoff, G. S., Carlin, B. W., Casaburi, R., Emery, C. F., Mahler, D. A., ... & Herrerias, C. (2007). Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest Journal*, 131(5_suppl), 4S-42.

Rocha, V. (2017). A teoria da autodeterminação e a dependência tabágica em adultos após

síndrome coronária aguda: Um estudo longitudinal (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Sampaio MS, Vieira WA, Bernardino IM, Herval AM, Flores-Mir C, Paranhos LR. (2019). Doença pulmonar obstrutiva crônica como fator de risco para suicídio: revisão sistemática e meta-análise. *Respiratory Medicine*, 151, 11-8.

Santis, M., Hervas, M., Weinman, A., & Bottarelli, V. (2018). Patient empowerment: Policy brief. Retrieved from <http://www.rd-action.eu/wp-content/uploads/2018/09/PATIENT-EMPOWERMENT.pdf>

Schnaider, J., Karsten, M., Carvalho, T. & Lima, W. C. (2010). Influência da força muscular respiratória pré-operatória na evolução clínica após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17(1), 52-7.

SHATTELE M.; MORGAN B. (2005) - Facilitating communication: how to truly understand what patients mean. *Journal of Psychosocial Nursing e Mental Health Services*, 43, 29-32.

Silva, N.R.F., Farias, D.C., Sousa, J.R., Bezerra, F.M.C., Ferreira, L.S., & Carvalho, P. M.G. (2018). Nursing theories applied in the care of oncological patients: contribution to the nurse's clinical practice. *Revista UNINGÀ*, 55(2), 59-71.

Silva, R. Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araujo, T., ...& Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26, 35-44

Singh, D., Agusti, A., Martinez, F. J., Papi, A., Pavord, I. D., Wedzicha, J. A., Vogelmeier, C. F., & Halpin, D. M. G. (2022). Blood Eosinophils and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Science Committee 2022 Review. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 206(1), 17-24. DOI: 10.1164/rccm.202201-0209PP.

Siraj RA, McKeever TM, Gibson JE, Bolton CE. (2022). Incidência de depressão e prescrição de antidepressivos em pacientes com DPOC: um grande estudo de coorte de base populacional no Reino Unido. *Respiratory Medicine*, 2022; 196: 106804.

Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman Sanchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. (2005). Exacerbações agudas graves e mortalidade em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Tórax*, 2005; 60(11): 925-31.

Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, Payvandi N, Hansell AL. (2005). Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest*, 2005; 128(4): 2099-107.

Sousa, I. (2005). A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do

Porto].

Sousa, L.M.M., Martins, M.M., Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, pp. 64-69. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763.

Sousa, MR., Vilar, A. I., Sousa, C. N. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Porto: ESEP, pp.15-26. <http://hdl.handle.net/10400.26/39477>

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., ... & Pitta, F. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13-e64.

Stanojevic S, Graham BL, Cooper BG, et al. (2017). Padrões técnicos oficiais do ERS: Valores de referência da Global Lung Function Initiative para o fator de transferência de monóxido de carbono para caucasianos. *European Respiratory Journal*, 2017; 50(3).

Stockley RA, Halpin DMG, Celli BR, Singh D. (2019). Biomarcadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e sua interpretação. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2019; 199(10): 1195-204.

Stolbrink M, Thomson H, Hadfield RM, et al. (2022). The Availability, Cost and Affordability of Essential Medicines for Asthma and COPD in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Accepted for publication. Preprint available at SSRN: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4023200> [accessed Oct 2022] *The Lancet Global Health*, 2022.

Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, et al. (2022). Rumo à eliminação da doença pulmonar obstrutiva crônica: uma Comissão Lancet. *The Lancet*, 2022; 400(10356): 921-72.

Sundh J, Janson C, Lisspers K, Stallberg B, Montgomery S. (2012). O índice de dispneia, obstrução, tabagismo e exacerbação (DOSE) é preditivo de mortalidade na DPOC. *Primary Care Respiratory Journal*, 2012; 21(3): 295-301.

Swiatoniowska N, Chabowski M, Polanski J, Mazur G, Jankowska-Polanska B. (2020). Adherence to Therapy in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1271: 37-47.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Tottenborg SS, Lange P, Johnsen SP, Nielsen H, Ingebrigtsen TS, Thomsen RW. (2016). Socioeconomic inequalities in adherence to inhaled maintenance medications and clinical prognosis of COPD. *Respiratory Medicine*, 119: 160-7.

Usmani, O. S. (2019). Choosing the right inhaler for your asthma or COPD patient. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 15, 461-472.

Usmani, O., Lavorini, F., Marshall, J., Dunlop, W., Heron, L., Farrington, E., & Dekhuijzen, R. (2018). Erros críticos de inalação na asma e na DPOC: uma revisão sistemática do impacto nos resultados de saúde. *Respiratory Research*. DOI 10.1186/s12931-017-0710-y

Usmani, Z. A., Cheng, J. N., Esterman, A. J., Carson, K. V., & Smith, B. J. (2011). A Meta-Analysis (Cochrane Review) Of Pharmacological Interventions For The Treatment Of Anxiety Disorders In Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 183: A2984.

Vanfleteren LE, Spruit MA, Groenen M, et al. (2013). Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187(7): 728-35.

Velloso, Marcelo, & Jardim, José Roberto. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 580-586.

Wagner PD. (2008). Possible mechanisms underlying the development of cachexia in COPD. *European Respiratory Journal*, 31(3): 492-501.

Waseem, S. M. A., Hossain, M., Azmi, S. A., Rizvi, S. A. A., Ahmad, Z., & Zaidi, S. H. (2012). Assessment of anxiety and depression in COPD patients-A pilot study. *Current Neurobiology* 3(2):112-116.

WilkinsonTM. (2017). Are inhaled corticosteroids increasing the 'load' for some patients with COPD? *European Respiratory Journal*, 50(4): 1701848.

Willgoss, T. G., & Yohannes, A. M. (2013). Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respiratory care*, 58(5), 858-866.

Williams, M. T., Cafarella, P., Paquet, C., & Frith, P. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Management of Dyspnea: A Pilot Study. *Respiratory Care*, 60(9), 1303-1313. doi:10.4187/respcare.03764.

World Health Organization (2020). E4As Guide for Advancing Health and Sustainable Development.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

World Health Organization. (2009). Self-care in the Context of Primary Health Care; Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand, 7-9 January 2009. World Health Organization, 80. Retrieved from

http://www.searo.who.int/entity/primary_health_care/documents/sea_hsd_320.pdf

Zeleznik, D. (2007). Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia (Academic dissertation). University of Oulu, Faculty of Medicine, Finland.