



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

**Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença
Pulmonar Obstrutiva Crónica sob Ventilação Não
Invasiva, no Regresso a Casa**

Ana Patrícia Castro Rebelo

**Lisboa
2020**



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

**Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença
Pulmonar Obstrutiva Crónica sob Ventilação Não
Invasiva, no Regresso a Casa**

Ana Patrícia Castro Rebelo

Orientadora: Professora Cristina Maria da Silva Saraiva

Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Arrisque, pois nunca ninguém conseguiu voar sem primeiro tirar os pés do chão.”

Tadashi Kadamoto

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Cristina Saraiva pela disponibilidade neste percurso, pela exigência e rigor do acompanhamento e por me fazer acreditar que conseguia sempre fazer melhor.

A todos os profissionais com que me cruzei, mas em especial, às Sras. Enfermeiras Teresa Gadanho e Andreia Dias, pela orientação e partilha de conhecimentos.

À instituição em que trabalho e colegas de profissão pela ajuda na agilização de horários e conciliação de aulas e estágio.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e pela ajuda na correria do dia-a-dia ao longo desta jornada.

Ao João, por ter acreditado sempre em mim, pela paciência e incentivo quando mais precisei.

Aos meus amigos, pela amizade e motivação constantes.

Aos colegas de curso, em especial o grupo de trabalho, pelos desabafos, partilhas e entreaajuda desde o primeiro dia.

Agradeço a todos do fundo do coração.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AVD - Atividades de Vida Diária

AP - Auscultação Pulmonar

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIE - Concelho Internacional de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC -Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermeiro de Reabilitação

FQ - Fibrose Quística

IRG - Insuficiência Respiratória Global

MV – Murmúrio Vesicular

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

IPAP - *Inspiratory Positive Airway Pressure*

MCEER - Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PNDR - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RR - Reabilitação Respiratória

VNI - Ventilação Não Invasiva

UMDR - Unidade Média Duração e Reabilitação

WHO - World Health Organization

mMRC - *Modified British Medical Research Council*

CAT - *COPD Assessment Test*

LCADLS - *London Chest Activity of Daily Living Scale*

MAT - Medida de Adesão ao Tratamento

IMC – Índice de Massa Corporal

SAS - Síndrome de Apneia do Sono

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

MIF – Medida de Independência Funcional

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma das principais causas de incapacidade e morbimortalidade a nível nacional e mundial, com impacto significativo a nível económico e na saúde pública. Os momentos de agudização subjacentes a esta patologia levam a uma diminuição progressiva da funcionalidade, um compromisso no autocuidado e na qualidade de vida da pessoa.

Dada a condição de hipercapnia crónica, surge a necessidade de Ventilação Não Invasiva e da adaptação a esta nova condição, que irá acompanhar a pessoa no regresso a casa, tornando-se essencial investir na melhoria dos cuidados prestados nesta área.

Torna-se preponderante a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que com as suas competências acrescidas, tem a capacidade de promover a adesão à VNI, aleando a reeducação funcional respiratória, para o controlo sintomático, melhoria da capacidade funcional e do autocuidado, e estabilização da doença. O regresso a casa é um momento crucial, no que se refere à aquisição de novas habilidades daí a importância de um *follow-up* ou referenciação adequados.

Foram definidos objetivos com vista ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER que teve uma componente prática, em dois locais de estágio.

Adotaram-se estratégias promotoras de adesão à VNI resultando em ganhos ao nível da melhoria da dispneia, conservação de energia, reeducação ao esforço. Foram também desenvolvidos os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações cognitivas, sensoriomotoras, da deglutição e da eliminação, verificando-se ganhos ao nível da melhoria da força muscular, do equilíbrio, da amplitude articular, deglutição, treino de Atividades de Vida Diária e maximização da funcionalidade.

Recorreu-se à Teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem* como filosofia de cuidados neste processo de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Enfermeiro de Reabilitação; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Ventilação Não-Invasiva; Adesão

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is one of the main causes of disability and morbidity and mortality, nationally and globally, with a significant impact at an economic level and on public health. The moments of aggravation underlying this pathology lead to a progressive decrease in functionality, a compromise of self-care and the person's quality of life.

Given the condition of chronic hypercapnia, there is a need for Non-Invasive Ventilation and adaptation to this new condition, which will accompany the person back home, making it essential to invest in improving the care provided in this area.

The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing becomes preponderant, who, with his added competences, has the ability to promote adherence to NIV, combining functional respiratory re-education, for symptomatic control, improvement of functional capacity and self-care, and stabilization of the disease. The return home is a crucial moment, about the acquisition of new skills, hence the importance of adequate follow-up or referral.

Objectives were defined with a view to developing the common and specific skills of the EEER, which had a practical component, in two internship locations.

Strategies were adopted to promote adherence to NIV resulting in gains in the improvement of dyspnea, energy conservation, re-education to effort. Nursing rehabilitation care for people with cognitive, sensorimotor, swallowing and elimination disorders was also developed, with gains in terms of improving muscle strength, balance, joint amplitude, swallowing, activity daily living training and maximizing functionality.

Dorothea Orem's Theory of Self-Care was used as a philosophy of care in this process of learning and personal and professional development.

Keywords: Rehabilitation Nurse; Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Non-Invasive Ventilation; Adherence

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	11
1.1. <u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u>	12
1.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal.....	12
1.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade.....	16
1.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	20
1.1.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais	24
1.2. <u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</u>	28
1.2.1. Cuida de Pessoas com Necessidades Especiais.....	28
1.2.2. Capacita a Pessoa com Deficiência.....	34
1.2.3. Maximiza a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa.....	38
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto de Formação

Apêndice 2 - Jornal de Aprendizagem I

Apêndice 3 – Jornal de Aprendizagem II

Apêndice 4 – Jornal de Aprendizagem III

Apêndice 5 – Jornal de Aprendizagem IV

Apêndice 6 – Jornal de Aprendizagem V

Apêndice 7 – Jornal de Aprendizagem VI

Apêndice 8 – Jornal de Aprendizagem VII

Apêndice 9 – Jornal de Aprendizagem VIII

Apêndice 10 – Jornal de Aprendizagem IX

Apêndice 11 – Jornal de Aprendizagem X

Apêndice 12 – Jornal de Aprendizagem XI

Apêndice 13 – Plano de Cuidados I

Apêndice 14 – Plano de Cuidados II

Apêndice 15 – Plano de Cuidados III

Apêndice 16 – Plano de Cuidados IV

Apêndice 17 - Folheto para a Srª E.

ANEXOS

Anexo 1 – Folha de Monitorização Unidade de Sono e VNI

INTRODUÇÃO

A conceção deste relatório de estágio surge durante um percurso de formação profissional e desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Este caminho começou em 2018 com o início do curso e uma abordagem teórica, onde foi proposta a realização de um projeto de formação que veio guiar os dois estágios frequentados (Apêndice 1).

A procura de um maior conhecimento acerca de enfermagem, da prática de uma enfermagem avançada e o querer fazer a diferença na área de enfermagem de reabilitação, motivou a minha inscrição neste curso e a realização do mesmo ao longo destes, quase dois anos.

O projeto acabou por ser um elemento estruturador do meu estágio, no qual estabeleci objetivos gerais e específicos que foram ao encontro do desenvolvimento de competências, permitindo assim que eu fosse construindo um caminho mais organizado em função daquilo que pretendia atingir. A prática reflexiva foi essencial para que de uma forma fundamentada pela literatura eu conseguisse analisar a minha prática, levantar problemas, identificar necessidades de aprendizagem e ultrapassá-las. Esta análise reflexiva dos cuidados prestados encontra-se documentada em jornais de aprendizagem.

Este relatório centra-se no desenvolvimento de competências que se inserem nos descritores de Dublin para obtenção do grau de Mestre e nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), com uma temática em foco, considerada emergente pela Ordem dos Enfermeiros (OE). As intervenções autónomas do Enfermeiro de Reabilitação (ER) na área da função respiratória, tornam-se pertinentes pela emergência da sua investigação, tal como identificado pela Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da OE (2015).

Dentro da área da Reabilitação Respiratória (RR), despertou o meu interesse o cuidado à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), pela minha experiência profissional enquanto enfermeira num serviço de pneumologia e, por constatar, a prevalência de utentes internados com esta patologia.

Sabe-se que, a nível mundial, a DPOC é considerada a quarta causa de morte e prevê-se que venha a ser a terceira no ano presente (Global Initiative for Chronic

Obstructive Lung Disease [GOLD], 2020). Contribui para o crescente aumento da incapacidade a nível mundial sendo, por isso, um desafio de saúde pública e uma causa major de morbimortalidade, devendo, por este motivo, investir-se no seu tratamento (GOLD, 2020).

Causando cerca de 3 milhões de mortes por ano, a prevalência global da DPOC é de cerca de 11,7%, correspondendo a 384 milhões de casos em todo o mundo, prevendo-se um aumento deste número pela contínua exposição aos fatores de risco, sobretudo o tabaco e, ainda, devido ao aumento da longevidade. Espera-se que em 2060, ocorram cerca de 5,4 milhões de mortes anualmente devido à DPOC (GOLD, 2020). Já em Portugal, um estudo realizado por Bárbara *et al* (2013) na região de Lisboa, identificou uma prevalência de 14,2 % de adultos com mais de 40 anos com DPOC, número este, que se considera representativo para a população portuguesa apesar de se considerar que há muitas pessoas sub-diagnosticadas.

Esta é uma das principais de causas de internamentos hospitalares, decorrente das suas agudizações, com uma relação direta com a diminuição progressiva da funcionalidade e da qualidade de vida (GOLD, 2020; Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2018). É uma patologia com significativo impacto económico, sendo que na União Europeia, estima-se que os cuidados de saúde associados à DPOC custem 38,6 bilhões de euros anualmente, para além de que, quanto mais avançado o estágio da doença, maiores os custos (GOLD, 2020).

Desta forma, estamos perante a necessidade de cuidados de saúde dirigidos a esta patologia com características tao especificas, e à necessidade de terapêutica farmacológica e não farmacológica, como a inaloterapia, a oxigenoterapia, a Ventilação Não Invasiva (VNI) e a Reabilitação Respiratória (RR) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019; Sampaio, 2019).

Em 2016, dos 7864 internamentos devido à DPOC, 1963 desses utentes foram submetidos a ventilação não invasiva (ONDR, 2018). Assim é frequente as pessoas com DPOC virem a necessitar de suporte ventilatório, nomeadamente VNI, devido à sua condição de hipercapnia crónica, tornando-se essencial investir na melhoria dos cuidados prestados nesta área. Relativamente a dados epidemiológicos no domicílio, segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) da DGS (2016), 73,6 % das prescrições de cuidados respiratórios domiciliários, correspondem a ventiladores, o que representa um valor significativo.

Muitas vezes, o que acontece, é que durante um internamento por agudização da doença é diagnosticada a necessidade de iniciar VNI e dar continuidade a este regime

terapêutico no domicílio, existindo a necessidade de uma intervenção especializada para fomentar a adesão e, assim, promover a estabilidade da doença. Surgiu, assim o tema “*Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, sob Ventilação Não Invasiva, no Regresso a Casa*”.

Como metodologia de investigação da fundamentação teórica que sustentou o projeto foi realizada uma revisão narrativa da literatura, que envolveu a pesquisa em bases de dados, como a EBSCO *host*, MEDLINE *with full text*, CINAHL e PubMed e em fontes de literatura secundária fundamental para o estudo da problemática, como a GOLD, manuais de enfermagem de reabilitação, normas e decretos-lei.

Recorrendo à formulação de uma questão PICO “*Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC, na promoção da adesão à VNI, no regresso a casa?*” e após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão foi possível analisar 7 artigos.

A DPOC consiste numa patologia respiratória crônica, tratável, caracterizada por anormalidades nas vias áreas e/ou nos alvéolos e por uma limitação do fluxo aéreo e sintomas respiratórios, como a dispneia, a tosse e expetoração persistentes. Esta limitação do fluxo, que não é totalmente reversível, é causada por uma associação de doença das pequenas vias aéreas, de bronquite e destruição do parênquima pulmonar (enfisema) (GOLD, 2020).

A DPOC surge, em 90% dos casos, devido ao tabagismo (World Health Organization [WHO], 2018; GOLD, 2020) no entanto, existem também casos de gases tóxicos associados à atividade profissional, à biomassa e à poluição atmosférica (GOLD, 2020). É uma doença que alterna períodos de estabilidade e de exacerbações que levam à sua evolução e consequente deterioração da condição clínica (GOLD 2020; Marques, Figueiredo e Jácome, 2016).

O desequilíbrio entre o volume de ar inspirado e expirado agrava-se em cada ciclo respiratório, contribuindo para a hiperinsuflação pulmonar, resultando num aumento da dispneia e limitação na tolerância ao exercício (GOLD, 2020).

Para além desta componente pulmonar, tem ainda uma componente extrapulmonar, pois a DPOC acaba por causar repercussões a nível sistémico, levando frequentemente a alterações músculo-esqueléticas, perda de peso, declínio da função cardiovascular, entre outras. Estes fatores irão resultar num descondicionamento físico, agravamento da dispneia e diminuição da qualidade de vida (Cordeiro e Menoita, 2012).

A dispneia persistente, a tosse crônica e expetoração, leva-nos a considerar a hipótese de diagnóstico da DPOC (GOLD, 2020). Para mensurar a limitação do fluxo aéreo é utilizada a espirometria, que no caso de apresentar uma $FEV_1/FVC^1 < 70\%$ após a utilização de um broncodilatador, confirma o diagnóstico da limitação do fluxo. Para além disto, no sentido de realizar a avaliação combinada da DPOC, importa também compreender o impacto da doença na funcionalidade da pessoa, a história e risco de exacerbações e a presença de comorbilidades (GOLD, 2020).

Existem instrumentos de avaliação que nos permitem compreender o impacto que a doença e a sua sintomatologia associada, sobretudo a dispneia, têm no quotidiano e funcionalidade. Aqueles recomendados pela GOLD (2020) são a *Modified British Medical Research Council* (mMRC) que consiste em avaliar a limitação que a dispneia causa nas Atividades de Vida Diária (AVD), podendo ir de grau 0 ao grau 4 e a *COPD Assessment Test* (CAT) que através de oito itens, classificados cada um com uma pontuação entre 0 e 5, pretende transmitir o impacto da DPOC na vida da pessoa (GOLD, 2020). Para além destes, recorri também a outros instrumentos que considere pertinentes na minha apreciação como o *London Chest Activity of Daily Living Scale* (LCADLS) e a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT).

Segundo a GOLD (2020) os objetivos do tratamento da DPOC passam sobretudo pelo alívio sintomático, pela melhoria da tolerância ao exercício e pela redução do risco, ou seja, impedir a evolução da doença, prevenir exacerbações e, assim, reduzir a mortalidade.

A RR e a VNI assumem um papel fundamental neste processo. A RR deve ser parte integrante da prestação de cuidados à pessoa com DPOC pois para além de melhorar a dispneia, a tolerância ao exercício, ajuda na redução de sintomas de ansiedade e depressão (GOLD, 2020). A VNI no domicílio encontra-se diretamente relacionada a maiores taxas de sobrevivência, melhoria da qualidade de vida, das trocas gasosas e da função pulmonar (Storre, *et al*, 2018).

A VNI tem como benefício a melhoria das trocas gasosas, uma redução do trabalho respiratório, diminuindo também a necessidade de entubação orotraqueal e o tempo de internamento hospitalar. Como indicações para a sua utilização temos a presença de acidose respiratória ($PaCO_2 > a 45 \text{ mmHg}$ e $pH < a 7,35$), dispneia grave com sinais de fadiga muscular e utilização dos músculos acessórios da respiração e/ou persistente hipoxemia apesar da suplementação de oxigenoterapia (GOLD, 2020).

¹ FEV₁ – Volume Expiratório Forçado no 1º segundo
FVC – Capacidade Vital Forçada

Este método proporciona um suporte ventilatório através das vias aéreas superiores recorrendo a uma interface como, por exemplo, uma máscara facial ou nasal. Uma das intervenções de enfermagem essenciais para uma melhor adesão à VNI reside na escolha da interface.

Atualmente a máscara mais utilizada é a facial. Isto deve-se à mudança atribuída aos parâmetros do ventilador, sobretudo à utilização de valores de *Inspiratory Positive Airway Pressure* (IPAP) mais elevados, em que é mais adequada a utilização desta interface (Storre *et al*, 2018).

Segundo Callegari *et al* (2017), a máscara nasal encontra-se relacionada a um Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado, a patologias psiquiátricas, ao Síndrome de Apneia do Sono (SAS), ao sexo feminino e à iniciação à VNI numa fase estabilizada da insuficiência respiratória crónica. A máscara facial encontra-se relacionada a um IMC mais baixo, a valores de IPAP elevados, idade superior a 70 anos e iniciação à VNI devido a hipercapnia prolongada depois de insuficiência respiratória agudizada. Neste estudo concluiu-se ainda que existiu uma taxa de adesão de 6,5 horas por dia, demonstrando a importância da escolha da interface adequada.

Num estudo português de 2013, 14 participantes com DPOC identificaram dificuldades em relação à adesão à VNI, relacionadas com o desconforto provocado pela interface, pelas fugas e ruídos associados e a intolerância aos valores das pressões utilizadas. No entanto, reconheceram que o cumprimento da VNI lhes proporcionava uma redução da fadiga durante o dia, uma melhor condição geral, melhoria da dispneia, das cefaleias e da qualidade do sono. Os participantes utilizaram como estratégia de adesão a reestruturação familiar e a integração da doença crónica e dos seus tratamentos na família e atribuem ao enfermeiro intervenções importantes no domínio do ensino, instrução e treino, no âmbito da adaptação à máscara e ventilador (Morais & Queirós, 2013).

A parceria na prestação de cuidados entre enfermeiro-utente é também um fator relacionado com a adesão à VNI e que contribui para alcançar o sucesso. Num estudo de Sorensen, Frederikson & Groeft (2013) identificou-se que esta relação constitui um desafio para os enfermeiros ao terem de promover o conforto e suporte emocional do utente ao mesmo tempo que têm de manipular o equipamento e monitorizá-lo, sobretudo em fases de agudização.

Num processo de *follow-up* de 109 pessoas com DPOC sob VNI no domicílio, perceberam-se os benefícios desta em pessoas com hipercapnia crónica e uma redução dos internamentos por exacerbação. No *follow-up* houve um aumento no

IPAP e uma melhoria da hipercapnia. Apesar das pressões elevadas, a ventilação foi eficaz, sendo que 93,3% das pessoas aderiram à VNI (Durão, Grafino & Pamplona, 2018). Assim existe uma relação positiva entre IPAP elevado e a adesão à VNI no domicílio (Yazar *et al*, 2018).

Para avaliar a sua eficácia no domicilio deverá ser feita uma avaliação clínica da pessoa, envolvendo uma gasometria arterial, uma oximetria noturna, os dados do ventilador e seus registos de utilização, analisando as horas de utilização, a quantidade de fuga, a sincronização da pessoa com o ventilador e o número de interrupções durante a noite (sendo que mais de 3 reflete desconforto) (Arnal, Texereau & Garnero, 2017).

Desta forma, será necessário um conjunto de intervenções que contribuam para o processo de adesão ao regime terapêutico. O EEER assume um papel preponderante na adesão e sucesso da VNI, intervindo numa primeira fase, na sua instituição, durante a sua implementação e na preparação do regresso a casa (Cordeiro & Menoita, 2012).

Assim é essencial promover a adesão à VNI, como forma de controlo sintomático e de prevenção de agudizações, mantendo a capacidade de autogestão e autocuidado. Os últimos dados acerca da adesão ao tratamento são da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) que nos diz que as pessoas com doença crónica têm alguma dificuldade em seguir as recomendações dos profissionais de saúde, sendo as taxas de adesão de 50% nos países desenvolvidos.

A implementação da VNI, constitui um momento de transição, no qual a pessoa com DPOC e a sua família, são obrigados a reorganizar a sua vida, interiorizar novos conhecimentos, realizar adaptações e muitas vezes vêm-se confrontados com o desconhecido, surgindo momentos de ansiedade. Desta forma, é essencial compreender os motivos que levam à adesão e não adesão destas pessoas, à VNI.

Segundo a OMS (2003) a adesão ao regime terapêutico consiste na medida em que o comportamento da pessoa em relação à medicação, seguir uma dieta ou um estilo de vida corresponde às recomendações do profissional de saúde.

O conceito de adesão é multidimensional, sendo que não depende apenas de fatores relacionados com a própria pessoa, mas de um conjunto de cinco fatores, nomeadamente, fatores socio económicos, fatores relacionados com a própria condição de saúde e com a pessoa, com a terapêutica e com a equipa de saúde. Alguns estudos revelam ainda, que a razão mais frequente para a não adesão é o

esquecimento, seguida das reações adversas, custos e da percepção de que a terapêutica tem pouca eficácia sobre a sua patologia (McGuire, 2014).

As intervenções de enfermagem para promover a adesão baseiam-se nas prescrições de enfermagem, na participação da pessoa no autocuidado, e na monitorização do regime terapêutico (OMS, 2003).

Num estudo realizado por Martins, Martins e Santos (2017), a disponibilidade do enfermeiro, para ouvir e intervir junto das pessoas de forma individualizada e continuada, foi considerada pelos utentes como um fator útil na gestão da doença, podendo contribuir para o aumento da adesão ao regime terapêutico.

A adesão contribui para a efetividade das intervenções, resultando em ganhos em saúde e diminuição dos custos associados. Inerente a este processo está a educação para a saúde, no sentido de potenciar a autogestão e envolver a pessoa no seu autocuidado. É importante envolver a família e a comunidade no plano de cuidados (Conselho Internacional de Enfermagem [CIE], 2009).

O projeto e os planos de intervenção de enfermagem de reabilitação realizados ao longo do estágio tiveram como filosofia de cuidados a Teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem*. Tal como referido anteriormente, a adesão ao regime terapêutico encontra-se diretamente relacionada com a estabilidade da doença e a diminuição de exacerbações associadas à mesma. Assim, a capacidade de autocuidado fica comprometida se existir um não cumprimento da VNI, levando a um agravamento da dispneia e da fadiga. Neste sentido, a adesão à VNI torna-se um requisito de autocuidado.

O autocuidado tem tido especial relevância concomitantemente com as doenças crónicas, como recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos de saúde-doença (Petronilho, 2012).

A teoria de Orem encontra-se dividida em Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado, define o próprio conceito de autocuidado como sendo a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam para seu benefício, na manutenção da vida, saúde e bem-estar” (Orem, 2001, p.42). Ocorre um défice de autocuidado, quando a pessoa não é capaz de cumprir os requisitos para o mesmo.

A Teoria do Défice do Autocuidado exprime a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem, estabelecendo a relação entre as suas capacidades de ação de autocuidado que são inferiores às suas necessidades de intervenção de enfermagem (Petronilho, 2012).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, estabelece estruturas de ação para a prática de enfermagem, baseado nas necessidades de autocuidado do indivíduo e nas suas capacidades no desempenho de AVD (Petronilho, 2012).

Segundo Orem (2001), a intervenção do enfermeiro é realizada consoante as necessidades e limitações de autocuidado da pessoa, podendo esta inserir-se em 3 sistemas diferentes: sistema de apoio ou suporte, sistema parcialmente compensatório ou sistema totalmente compensatório. A intervenção do EEER encontra-se dependente da natureza e extensão do (s) défice (s) de autocuidado.

Torna-se importante a intervenção do EEER para identificar os défices, adequar o sistema de suporte e intervir. Será necessário explicar à pessoa que a VNI constitui um produto de apoio que esta deve utilizar para melhorar a sua tolerância ao esforço e qualidade de vida.

Os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação realizados tiveram em consideração os sistemas em que a pessoa se inseria e as intervenções foram direcionadas no sentido dessas necessidades.

Para Orem (2001), existem 3 tipos de requisitos de autocuidado: requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Os requisitos universais, como a manutenção de ar suficiente, de alimento e líquidos, de eliminação, de equilíbrio entre repouso/atividade, solidão/interação social, de prevenção de riscos, funcionamento e bem-estar, de promoção do normal funcionamento e desenvolvimento foram avaliados nos utentes, permitindo identificar as suas limitações e necessidades de saúde para as quais era essencial intervir.

Na pessoa com DPOC, os requisitos relacionados com a componente respiratória, manutenção de ar suficiente, a manutenção de equilíbrio atividade/repouso, a ingestão de alimentos adequada, equilíbrio solidão/interação social estão frequentemente comprometidos, sendo áreas primordiais de intervenção, como se veio a verificar durante o estágio.

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento estão relacionados com o desenvolvimento humano nas diferentes fases do ciclo de vida (Petronilho, 2012).

Por fim, os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde existem em 6 categorias: procurar assistência médica adequada, estar consciente e alerta para os efeitos e resultados das condições da sua patologia, procurar seguir a terapêutica prescrita e as medidas de reabilitação, ter consciência dos efeitos resultantes das intervenções realizadas, ser capaz de modificar o seu autoconceito e autoimagem

decorrente do estado de saúde e aprender a viver com as condições inerentes à patologia (Orem, 2001).

Os estágios foram realizados em contexto de cuidados de saúde na comunidade, mais especificamente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e em contexto hospitalar num serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa. O primeiro local permitiu desenvolver competências específicas do EEER relacionadas com a pessoa com alteração cardiorrespiratória, cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, da eliminação e/ou sexualidade, com vista à promoção do autocuidado. O segundo local, foi escolhido pela sua especificidade e possibilidade de desenvolver competências na área de intervenção à pessoa com DPOC sob VNI e, assim, permitir a aplicabilidade do projeto delineado. Foi, também, importante compreender a importância da inter-relação entre estes dois contextos e da continuidade de cuidados. Contactei com utentes com as mais variadas necessidades e que me permitiram enriquecer enquanto profissional de saúde, neste caminho de especialização e melhoria de cuidados.

O desenvolvimento de competências foi espelhado sobretudo em jornais de aprendizagem (apêndices 2 a 12), planos de intervenção (apêndices 13 a 16) e outras atividades formativas (apêndice 17). Estas atividades pretenderam ir ao encontro dos objetivos gerais delineados no projeto: “*desenvolver competências no domínio da intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC promovendo a adesão à VNI para o regresso a casa*” e “*desenvolver competências no domínio da intervenção do EEER junto da pessoa com alterações cardiorrespiratória, cognitiva, sensório-motora, da deglutição, de eliminação e da sexualidade*” e, ainda, aos oito objetivos específicos definidos.

No capítulo seguinte, passarei ao relato de como foram desenvolvidas as competências comuns e específicas definidas para o EEER, descrevendo e analisando as atividades realizadas e, de que forma, foi possível aplicar o projeto.

Posteriormente, apresento as considerações finais, onde realizo uma autoavaliação desta mesma aprendizagem, fazendo referência às limitações que surgiram, os principais contributos retirados e perspetivas de desenvolvimento e de continuidade do trabalho para o futuro. Por fim, as referências bibliográficas, os apêndices e anexos fundamentais para a realização deste trabalho. Este relatório segue as orientações da 6ª Edição da Norma APA (2018).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nesta secção procuro descrever e analisar de forma crítica, as atividades que desenvolvi em contexto de estágio, recorrendo ao conhecimento científico, para a sua corroboração. Os objetivos foram estabelecidos de forma a permitir o desenvolvimento de cada competência, quer comum ou específica, sendo que algumas atividades contribuíram para o desenvolvimento de mais do que uma competência, devido à transversalidade de alguns domínios como o A e o D.

O primeiro estágio foi realizado numa ECCI de um ACES de Lisboa e o segundo num serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa. Ao longo destes estágios foram realizados jornais de aprendizagem, planos de cuidados de enfermagem de reabilitação e outras atividades nos quais foram desenvolvidas as competências que pretenderam dar resposta aos objetivos pré-definidos.

Foram realizados processos de enfermagem de reabilitação, desde a apreciação do utente/família, conceção do plano de intervenção, implementação e monitorização dos resultados com vista à melhoria, manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida e/ou minimização do impacto das incapacidades existentes, ao nível das funções cardiorrespiratória, cognitiva, sensório-motora, da deglutição, da eliminação e da sexualidade, de acordo com o preconizado pelo regulamento das Competências Comuns e Específicas do EEER, da OE (2010).

Assim, começarei por expor o desenvolvimento dos quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista e, posteriormente, as três competências específicas do EEER.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Este é um domínio transversal aos cuidados de enfermagem, baseando-se na promoção de uma prática baseada em princípios éticos e deontológicos, atendendo ao respeito pelos direitos humanos. Para tal, deverá ser utilizado conhecimento científico, no âmbito de uma prática especializada, para que seja habilitada a capacidade de tomada de decisão sustentada.

O processo de tomada de decisão assume o conhecimento dos princípios éticos e normas deontológicas, para que o cuidado de enfermagem de reabilitação seja estabelecido com base numa relação que respeite a informação ao outro e desta forma potenciar a autonomia na tomada de decisão.

O processo que torna possível a tomada de decisão ética, essencial para a excelência dos cuidados é a formação contínua e a reflexão sobre a prática – dois marcos estruturantes no desenvolvimento de competências (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Para o desenvolvimento destas unidades de competência, seguiram-se os objetivos específicos:

Objetivo 1 - *Conhecer a dinâmica e integrar a equipa multidisciplinar nos locais de estágio, participando ativamente na melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação prestados*

Objetivo 2 - *Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos direitos humanos e baseada numa prática segura, profissional e ética*

Foi fundamental conhecer os serviços nos quais realizei estágio e que me permitiram adotar progressivamente as competências de EEER. Previamente, durante o projeto de formação, foi realizada uma entrevista à enfermeira coordenadora da ECCI para conhecer de uma forma geral a sua dinâmica organizacional. Na pneumologia por motivos do serviço não houve essa possibilidade, no entanto, sabia já desde antemão através da professora orientadora que este seria um serviço que me iria permitir atingir objetivos específicos da temática estudada e aprofundar a minha intervenção neste campo de ação.

Começando pelo primeiro estágio na ECCI, tive desde o primeiro dia a necessidade de pesquisar, estudar, aprofundar o seu funcionamento, o seu papel no meio da grande rede que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e de que forma o EEER intervém junto da população. Para tal consultei vários decretos-lei pelos quais a ECCI se rege, normas, nomeadamente da DGS com as quais a equipa pretende estar sempre atualizada e outros manuais, compreendendo desde o momento da referenciação à ECCI, ao momento da alta. Os detalhes desta pesquisa encontram-se no Jornal de Aprendizagem I (Apêndice 2).

Nesta seção venho realçar aquilo que me foi transmitido por toda a equipa e pela enfermeira orientadora, que me permitiu desenvolver competências como EEER neste âmbito comunitário. De facto começar o estágio na ECCI, teve um impacto em várias frentes de ação: o desconhecimento deste tipo de equipas de cuidados de saúde e do seu funcionamento, o primeiro contacto com a intervenção do EEER e, ainda, o facto da intervenção deste ter outras especificidades por se tratarem de cuidados a pessoas que não se conseguem deslocar de forma autónoma, encontrando-se no seu domicílio, com limitações funcionais (Portaria nº50/2017).

Na ECCI, o EEER é um gestor de caso. Isto implica várias funções, não só, a intervenção de reabilitação, mas também, a gestão de expetativas, o envolvimento e capacitação da família como nossa parceira direta nos cuidados, a verificação das condições habitacionais e eventuais barreiras arquitetónicas, a promoção da autonomia, o apoio na gestão do restante regime terapêutico, o controlo da dor, o apoio emocional muitas vezes necessário, sobretudo em situações que envolvem doenças crónicas e/ou prolongadas como é o caso da doença oncológica (Portaria nº50/2017).

Em contexto domiciliário o EEER, intervém de forma autónoma, com os recursos que existem na casa do utente, levando à utilização da nossa criatividade de forma a aproveitar aquilo que temos ao nosso dispor, que muitas vezes pode ser, uma simples mola (para treino de prensão fina por exemplo), almofadas, toalhas, uma cadeira, as escadas do prédio e claro as nossas mãos.

A aquisição de conhecimentos acerca do funcionamento da RNCCI permitiu-me esclarecer melhor as famílias dos utentes internados no meu local de trabalho, relativamente às opções disponíveis para assegurar a sua continuidade de cuidados no pós-alta. Para além disto, permitiu-me aprimorar os registos de enfermagem, notas de alta e transferência. Com um registo correto, é possível compreender que

problemáticas e limitações o utente tem no momento da alta, bem como que intervenções já foram realizadas até então.

O enfermeiro necessita de conhecer os recursos existentes à sua volta e saber como mobilizá-los, na organização e na comunidade. Esta informação baseia-se na comunicação “e vive das competências e habilidades comunicacionais de cada um” (Nunes *et al* 2005, p.115).

Assim um dos aspetos que considero ter contribuído para a minha formação foi este ciclo/processo que envolve o conhecimento aprofundado da referenciação de um utente para a ECCL, que pode partir de uma instituição hospitalar, referenciação esta que deverá ser transmitida de forma concreta e com as informações essenciais acerca do processo de continuum de saúde – recuperação, para a equipa multidisciplinar que o vai receber. Também a própria continuidade dos cuidados depois de um processo de alta de uma ECCL, que passa por envolver desde sempre, a família/pessoa significativa, nossos parceiros no plano individual de intervenção de reabilitação (Apêndice 4).

Tive oportunidade de participar em três reuniões da ECCL, na qual intervêm todos os elementos da mesma e em que se discutem os utentes que se encontram aos seus cuidados, refletindo acerca das práticas e da necessidade de reformulação destas ou não. Sendo que existem profissionais de enfermagem com outras especialidades como EESP na equipa, foi possível verificar a importância de cada campo profissional, ajustando o plano de intervenção, de forma a aproveitar as competências de cada especialidade.

Durante o estágio na ECCL, pude prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à Dª O. O seu estado geral veio a piorar ao longo das semanas, ficando cada vez mais apática e adinâmica. Já com um diagnóstico de doença oncológica em fase avançada, sugerimos à filha da utente o encaminhamento para a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, que ela não achou necessário. Uns dias depois a utente veio a falecer no domicílio.

Na altura discutimos algumas questões enquanto equipa, nomeadamente, se esta filha teria ou não compreensão do prognóstico da situação de doença da mãe e, se teria, se a decisão do não acompanhamento pelos cuidados paliativos ter sido consciente e, assim, querer que a mãe falecesse tranquilamente em casa. Estas questões levam-nos à importância de uma comunicação assertiva e eficaz.

Para utentes com doença avançada, compreender o prognóstico e os objetivos dos cuidados prestados, pode ajudar na gestão de expectativas, na definição de objetivos

e conferenciar com a família pode ajudar nesta discussão (Sydney, Donald, e Barbe, 2014).

Por outro lado, a nossa intervenção enquanto EEER tornou-se muito limitada, pois a utente praticamente já não tinha capacidade de colaboração conosco.

O cuidar no domicílio permite lidar com situações novas de constante aprendizagem, o que coloca o enfermeiro numa posição que exige capacidade de decisão e autonomia perante o utente que se encontra sob sua responsabilidade legal. A família e cuidador inserido neste contexto tomam para si a responsabilidade que seria de um profissional, sendo, assim, necessário respeitar as suas condições e limitações (Santos, Leon, e Funghetto, 2011).

Outra situação que tivemos na ECCI foi a de uma utente que tinha sido referenciada e, após a visita ao domicílio, esta recusou a integração em ECCI. Neste caso para além do respeito pela decisão da utente, tendo em conta a sua autonomia para tal, compreendemos que ela realmente necessitava de apoio para os cuidados de higiene, para a alimentação e gestão da terapêutica, pelo que em conjunto com a assistente social encaminhámos a utente para um centro de dia. Desta forma, respeitámos a escolha da utente, reconhecendo as suas necessidades e sugerindo uma alternativa de cuidados.

Respeitar e seguir o princípio da autonomia, refere-se à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe e o reconhecimento de que cada pessoa é livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma. É por este motivo que a informação antecede as escolhas, para que possam ser livres e esclarecidas, respeitando estas mesmas decisões. Encontramos este princípio no respeito pelas pessoas, na proteção da sua privacidade, no consentimento informado e na aceitação ou recusa de tratamento (Nunes *et al*, 2005).

Relativamente à integração no estágio da pneumologia, que decorreu em segundo lugar, considero que tenha decorrido de uma forma mais facilitada, pelo facto de estar familiarizada com o tipo de serviço e ainda, devido ao facto de já ter realizado atividades e desenvolvido algumas competências no estágio anterior, tendo de ter sido adaptada ao contexto. Neste pratica-se, principalmente, a Reeducação Funcional Respiratória (RFR) área de especial interesse para mim. Os detalhes da integração no serviço de Pneumologia encontram-se descritos no Jornal de aprendizagem VII (Apêndice 8).

B - Domínio da melhoria da Qualidade

- B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
- B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria continua da qualidade
- B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Para o desenvolvimento destas unidades de competência, seguiu-se o objetivo:

Objetivo 6 - *Colaborar na realização e implementação de programas/protocolos, na área da enfermagem de reabilitação, com vista à melhoria continua da qualidade*

No sentido de avaliar a qualidade será necessário utilizar dados mensuráveis que comprovem os ganhos em saúde das intervenções realizadas. Para tal, deve o enfermeiro utilizar indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais e aplicar instrumentos de avaliação de resultado (OE, 2010).

A especialidade de enfermagem de reabilitação, para além de exigir conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual, necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos. Para avaliar os resultados e compreender os ganhos em saúde, é importante definir que ferramentas se podem utilizar para os quantificar (Gomes *et al*, 2012).

Torna-se relevante a produção de indicadores que evidenciem a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo necessário recorrer a instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e os resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos. Assim, os instrumentos mais adequados para medir a qualidade dos cuidados são a utilização de escalas e as auditorias (Gomes *et al*, 2012).

A OE (2016) criou um documento que contém precisamente os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, que se encontram organizados por foco. Por exemplo, no foco andar – equilíbrio corporal – posicionar-se, encontramos alguns instrumentos adequados para a sua avaliação, como a Escala de Equilíbrio de Berg, a Escala de Categorias Funcionais da Marcha, a Medida de Independência Funcional (MIF). Assim, tendo em conta o ou os focos alterados no utente, conseguimos obter de uma forma rápida os principais instrumentos a utilizar na apreciação do mesmo, do ponto de vista de enfermagem de reabilitação.

Durante o estágio na pneumologia, tive oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a vários utentes com DPOC e participar num projeto do serviço relacionado com a prestação de cuidados de reabilitação a utentes com esta patologia.

A cada utente inserido no projeto foram aplicados instrumentos de apreciação, nomeadamente, o CAT e o mMRC no início e no fim do programa, para desta forma, se conseguir perceber os ganhos obtidos com a intervenção do EEER. No final do programa, constatou-se que existia uma melhoria significativa nos *scores* obtidos através destes instrumentos de apreciação, evidenciando uma redução dos sintomas associados à patologia, maior independência no desempenho das AVD e melhoria da qualidade de vida.

No âmbito da ECCI e dos cuidados domiciliários, é parte integrante, realizar uma avaliação inicial do utente, família, cuidador, ambiente e sistema envolvente. Aqui, para além das condições habitacionais, são avaliados riscos, nomeadamente, o risco de queda, risco de úlcera por pressão, risco de aspiração de conteúdo alimentar e são utilizados outros instrumentos quando pertinentes, como a escala de *Barthel*, a MIF, a escala *Medical Research Council*, a escala de *Ashworth*. Para além disto é avaliada a adesão ao regime terapêutico (demonstrada ou não) e o stress e a capacidade de cuidar do prestador de cuidados.

No jornal de Aprendizagem III (apêndice 4), encontra-se detalhada uma situação de um utente, o sr. A. R. que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que necessitou de cuidados de enfermagem de reabilitação. Quando em conjunto com a enfermeira orientadora, realizei a primeira visita domiciliária, pudemos constatar que as necessidades deste senhor iam muito para além da reabilitação motora, informação que nos tinha sido fornecida através dos registos da alta hospitalar.

O utente apresentava um quadro de afasia de expressão e uma deglutição comprometida, segundo o Teste de *Guss*, com presença de tosse após a deglutição, sialorreia do lado direito e deglutição retardada (superior a 2 segundos para semissólidos). Tinha história de vários episódios de infeções respiratórias secundárias a aspiração de conteúdo alimentar, acontecimentos estes que limitaram durante um período o próprio processo de reabilitação. Exibia paresia crural à esquerda que comprometia o equilíbrio e a marcha. Para além disto, já tinha como antecedente uma perturbação cognitiva. Os problemas levantados, conduziam a vários riscos, como o risco de imobilidade, de queda, de aspiração de conteúdo alimentar, entre outros.

Desde a integração na ECCI e o nosso acompanhamento, que o utente não voltou a apresentar estes episódios. Foram planeadas intervenções de enfermagem de reabilitação ao nível da deglutição como o ensino acerca de técnicas posturais para a alimentação/hidratação, a realização de exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular a nível facial, exercícios de manipulação do bolo alimentar, ensinamentos acerca de utilização de espessante e de uma higiene oral adequada e vigilância de sinais de aspiração.

Tendo em conta a importância da continuidade de treino intensivo e contínuo, surgem as orientações da família/cuidador no sentido de os capacitar para esta continuidade de cuidados (Menoita *et al*, 2014). Neste sentido, foram realizados ensinamentos e capacitada a esposa relativamente aos riscos e cuidados necessários a ter.

Desta forma, foram minimizados os riscos neste utente, contribuindo não só para a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, mas também para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Ainda no seguimento desta situação foi realizado um plano de cuidados acerca da apreciação e intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da perfusão cerebral, e foi efetuada uma apresentação oral deste caso clínico à turma e professores num momento de partilha de conhecimentos. Optei também por sugerir uma formação semelhante na ECCI, na qual partilhei a intervenção que eu e a enfermeira orientadora tivemos com este utente à restante equipa, nomeadamente, outros colegas especialistas em enfermagem de reabilitação, enfermeiros especialistas em saúde comunitária e em saúde infantil e pediátrica e, também, à médica da ECCI e assistentes sociais.

Desta forma foi dada visibilidade à intervenção diária do EEER, bem como um alerta dos problemas identificados numa pessoa que sofreu um AVC, a apreciação de enfermagem de reabilitação e as respetivas intervenções e resultados obtidos, dando especial ênfase ao teste de GUSS para a disfagia, lembrando as suas etapas e intervenções consoante cada resultado.

Assim, permitiu-se comunicar resultados das atividades realizadas aos enfermeiros e restante equipa e procedeu-se à divulgação de experiências avaliadas como sendo de sucesso (OE, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros criou um guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2013), no qual se pretende que exista uma orientação para a organização de projetos. Este é constituído por 8 etapas: primeiro identificar e descrever o problema; perceber o problema e

dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas; planejar e executar as tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa e por fim, reconhecer e partilhar o sucesso.

Desta certa forma foi dado este seguimento ao programa anteriormente mencionado, desde a identificação dos problemas e causas, formulação de objetivos e planeamento de intervenção, avaliação dos resultados e partilha entre a equipa.

C - Domínio da Gestão de Cuidados

- C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
- C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

A gestão dos cuidados, refere-se à otimização das respostas de enfermagem e da equipa multidisciplinar, adequando os recursos às necessidades, com vista à qualidade dos cuidados prestados. Esta competência foi desenvolvida de forma mais detalhada no Jornal de Aprendizagem III (apêndice 4) que dá resposta ao objetivo:

Objetivo 7 - *Promover a continuidade dos cuidados, planeando o regresso a casa, assegurando que a pessoa e/ou família possuem capacidades para gestão do regime terapêutico.*

Por trabalhar em ambiente hospitalar, estava muito mais familiarizada com o encaminhamento e o planeamento da alta após um internamento, quer fosse para o domicílio ou outra instituição. A compreensão do funcionamento da ECCI e a interiorização da sua dinâmica organizacional, foi-me alertando para a necessidade de existir uma continuidade de cuidados mesmo após o término do período de internamento nesta modalidade de cuidados.

O que acontece ao utente depois do nosso programa de reabilitação? Tem um prestador de cuidados consigo? E este, encontra-se capacitado? É necessário encaminhar para outro profissional de saúde ou para outra instituição na RNCCI? Estas questões foram sendo colocadas ao longo do nosso acompanhamento e discutidas sempre nas reuniões de equipa para que, também, estes aspetos fossem claros não só para nós profissionais como para o utente e família. Foi essencial o trabalho multidisciplinar que existiu, trabalho este que exige interação e negociação

entre os seus membros para conduzir à resolução de problemas em rede, tirando partido das competências de cada profissional (Neves, 2012).

O Sr. A. R. que sofreu um AVC, 3 meses antes da entrada na ECCL e do nosso acompanhamento, obteve melhorias ao nível força muscular e amplitude do hemicorpo esquerdo (segmentos mais afetados) com a reabilitação motora, pelo que foi necessário capacitar a sua cuidadora relativamente a alguns exercícios e técnicas no sentido de manter os resultados obtidos.

O Sr. A. G. também, com incidente de AVC, com sequelas de afasia de expressão e paresia crural à esquerda, residente numa habitação com várias barreiras arquitetónicas, com muito pouca acessibilidade e uma esposa com problemas de saúde, foi referenciado para uma Unidade Média Duração e Reabilitação (UMDR) para que as suas capacidades de recuperação e reabilitação pudessem ganhar continuidade.

Achei pertinente esta abordagem de um conceito de continuidade de cuidados após a própria continuidade de cuidados. Segundo o Decreto-Lei nº 101 (2006) a continuidade dos cuidados refere-se à “sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” (p. 3857).

Neste sentido, é importante o estabelecimento de parcerias entre cuidadores formais e informais e, também, o planeamento das intervenções que venham a facilitar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Melo, Rua e Santos, 2014).

De facto, a continuidade de cuidados encontra-se presente em várias vertentes, quer numa passagem de turno, num contacto telefónico a outro profissional, através dos registos de enfermagem, da nota de alta, mas também, na capacitação do cuidador informal, na tomada de consciência das nossas limitações e na transferência de cuidados quer para outro profissional ou tipologia diferente.

Desta forma, considero que ao colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, participando nas reuniões formais e informais, discutindo e reconhecendo a necessidade de negociar ou referenciar para outros prestados de cuidados de saúde, desenvolvi esta competência de gestão dos cuidados.

Para além desta gestão de recursos humanos e articulação da equipa multidisciplinar, foi desenvolvida a gestão dos recursos materiais necessários à prestação de cuidados.

Para uma otimização dos recursos e gestão dos cuidados, o enfermeiro deve agir com base no seu conhecimento, planeando, organizando e controlando a prestação

de cuidados, de forma a garantir a sua continuidade e sustentabilidade (Mororó, *et al*, 2017).

A ação do enfermeiro na gestão dos cuidados pode ser apreendida em dimensões, a dimensão técnica (conhecimento, instrumentos e habilidades) e a dimensão política, caracterizada pela articulação entre a dimensão comunicativa, evidenciada pela articulação entre a equipa, com um objetivo em comum. A liderança é uma componente essencial da gestão, exigindo uma capacidade de tomada de decisão (Mororó, *et al*, 2017).

Em ambiente domiciliário, esta gestão sobressai na medida em que, muitas vezes os eventuais materiais que utilizamos para a concretização das intervenções do programa de reabilitação são aqueles que se encontram próximos, podendo ir desde o próprio peso do corpo, a um papel, uma toalha, uma bola, uma cadeira, às escadas do prédio.

No serviço de pneumologia, realço a existência de vários modelos de inaladores em formato placebo, desde os inaladores pressurizados de dose calibrada, de pó seco, de névoa suave. Este é um recurso extremamente importante utilizado no serviço, para a realização de ensinamentos aos utentes que irão realizar esta terapêutica no domicílio e sobretudo para fomentar a sua adesão. Importante aqui foi também a articulação com o médico assistente que muitas vezes nos vinha questionar acerca de qual achávamos ser o melhor dispositivo para o utente, ou seja, aquele que ele iria conseguir cumprir.

No caso do sr. J. que tinha uma DPOC e que iria iniciar a administração do *Spolto Respimat*, foi necessário realizar o ensino e treino acerca da utilização do dispositivo. Primeiramente foi demonstrada a técnica inalatória ao utente e em seguida este treinou o seu manuseamento, tendo sido feito reforço e revisão da técnica (DGS, 2017).

Após a compreensão do seu modo de utilização, apresentando destreza manual suficiente e qualidade na técnica, foi alertado para os erros mais frequentes como agitar, não realizar expiração forçada prévia, expirar na direção do inalador e inalar pelo nariz (Aguiar, *et al*, 2017). Posteriormente, foram esclarecidas dúvidas e foi fornecido um folheto acerca do tema, já existente no serviço.

Os dispositivos de oscilação intrapulmonar são também recursos bastante utilizados, sobretudo como método de limpeza das vias aéreas, como é o caso do *acapella*, o *flutter*, que tive oportunidade de incorporar na minha prestação de cuidados durante o estágio.

Como produtos para expansão pulmonar e fortalecimento da musculatura respiratória, recorremos ao espirómetro de incentivo para os músculos inspiratórios e espirómetro de incentivo invertido, para treino da musculatura expiratória e promoção da desinsuflação pulmonar, sobretudo nos utentes com patológica obstrutiva crónica.

Também o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos acerca da Auscultação Pulmonar (AP) e radiografia de tórax, foram recursos importantes a serem mobilizados na otimização da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. A interpretação e análise de radiografias de tórax, foi uma prática diária no estágio, realizada antes da abordagem a cada utente, de forma a direcionar a intervenção. Comecei por aprender a analisar as condições da própria radiografia, nomeadamente, a intensidade da radiação, a orientação e centragem, o grau de inspiração, a incidência, densidades, passando depois à observação das estruturas ósseas e partes moles, o mediastino, os hilos, o coração, a pleura e o parênquima pulmonar (Cordeiro, Antunes e Cysneiros, 2017).

Uma outra técnica que tive necessidade de praticar bastante foi a AP. A primeira vez que tive contacto com esta intervenção foi no estágio da ECCI, onde verifiquei que tinha dificuldades em diferenciar os ruídos adventícios, por vezes com condições limitadoras, como a não colaboração do utente, ou mesmo ruídos do próprio ambiente envolvente.

Achei útil consultar uma aplicação móvel da *Littmann*, que tem amostras dos sons pulmonares com a respetiva designação, ajudando a diferenciar os ruídos adventícios. No serviço de pneumologia consegui melhorar a realização da técnica e “praticar o ouvido” sendo que muitas vezes a própria análise prévia da radiografia de tórax do utente, ajudava a compreender o que auscultava.

Na pneumologia, os registos de enfermagem de reabilitação são bastante personalizados e os diagnósticos e intervenções são realizados segundo a CIPE. Cada atividade realizada com o utente, a sua apreciação, instrumentos de avaliação utilizados, tolerância, ganhos e limitações foram sendo registados informaticamente.

Para além disto, esta informação era transmitida na passagem de turno, trabalhando sempre em equipa, para que também os restantes colegas enfermeiros de cuidados gerais estivessem a par do que foi realizado com o utente e até mesmo, por vezes dar continuidade a algumas intervenções, nos períodos em que nenhum EEER se encontra no serviço. Alertando por exemplo, para o posicionamento dos utentes nos decúbitos adequados em função da localização do derrame pleural.

No caso do sr. J., com o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), que necessitava de realizar *cough assist* também no período da tarde e em casos de SOS, a equipa encontrava-se formada e sensibilizada para a utilização deste dispositivo.

Na ECCI, acompanhámos a D^a E, uma utente com DPOC e que após um internamento por agudização da doença, necessitou da intervenção do EEER, a nível respiratório e motor. Ao longo do processo realizámos vários exercícios acerca dos quais fomos instruindo a utente para que os fosse realizando diariamente.

Como se encontrava numa fase de estabilização da doença a cumprir o programa de reabilitação e se perspetivava uma alta breve da ECCI, considerei pertinente a realização de um folheto personalizado e individual, com imagens ilustrativas, no qual resumiam as atividades e orientações já transmitidas, para que desse continuidade ao percurso realizado até ao momento. O folheto encontra-se no apêndice 17.

D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

- D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
- D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Para o desenvolvimento destas unidades de competência, seguiu-se o objetivo específico:

Objetivo 2 - *Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos direitos humanos e baseada numa prática segura, profissional e ética*

O autoconhecimento e a assertividade são de facto duas características que devem estar presentes na nossa prática enquanto enfermeiros e agora enquanto enfermeiros especialistas. São também características que se vão desenvolvendo ao longo dos anos, desde a formação inicial, com a atividade profissional e com o confronto de diversas situações desafiantes que nos surgem no dia-a-dia, conduzindo à consciência de nós mesmos enquanto pessoa e enquanto profissionais.

Nos critérios de avaliação desta competência, encontram-se o “gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente” e “consciencializa a influência pessoal na relação profissional”.

Durante estes estágios, ao pensar numa situação na qual considero que tenha desenvolvido significativamente esta competência, recordo-me do D. O D. é uma

criança com 9 anos, que teve e tem uma infância complicada que começou aos 17 meses de idade, altura em que desenvolveu uma romboencefalite secundária a enterovírus, do qual resultou um quadro de instabilidade motivando quatro paragens cardiorrespiratórias. As alterações da romboencefalite evoluíram para lesões sequelares, com atrofia cortico-subcortical difusa relacionado com provável encefalopatia hipóxico-isquémica (Jornal de Aprendizagem V – apêndice 6).

Atualmente, o D. encontra-se sob ventilação mecânica invasiva por cânula traqueal, em contexto domiciliário permanente, totalmente dependente nas atividades de vida diária. É alimentado por sonda de gastrostomia, apresenta tetraparesia espástica e episódios esporádicos de crises convulsivas. Não é capaz de emitir qualquer discurso, mas apresenta-se reativo, sendo capaz de exprimir satisfação, desagrado ou dor.

Encontra-se em ambiente familiar, com bastantes limitações no acesso a espaços exteriores e contato com pares. Está integrado na ECCI já há 3 anos, para continuidade de reeducação funcional motora e respiratória e, também, sob intervenção da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

O confronto com uma situação desta natureza, pode gerar emoções de alguma tristeza e revolta por uma criança que deveria ter uma infância dita “normal” e ao invés disso, apresenta-se dependente para todas as atividades de vida, com necessidade de observação e cuidados constantes.

Considero que tomei consciência do controlo das minhas emoções e pensamentos para que não influenciassem as minhas ações e interações com o D.

Assim, na tentativa de evitar mostrar um fâcies triste, tentei transmitir uma energia e estímulos positivos, para proporcionar um sentimento de alegria, movimento, de cores à sua volta. Desta forma, em conjunto com a enfermeira orientadora, juntámos o brincar terapêutico à reabilitação, assegurando sempre os cuidados essenciais ao D.

O brincar terapêutico é essencial para o bem-estar emocional da criança, bem como para o seu desenvolvimento, representando uma oportunidade de aprendizagem e aquisição de habilidades cognitivas, psicomotoras e sociais. Para além disto, constitui uma forma importante de comunicação e de expressão de medos que a criança não consiga verbalizar (Castro *et al*, 2010).

Numa situação com as estas características, devemos lembrar que existe a idade cronológica, a par da idade do desenvolvimento psicomotor, determinante na evolução das suas capacidades cognitivas e emocionais (Lacerda, 2016).

Foi possível aprofundar a reabilitação pediátrica e neste caso, de uma situação de doença crónica complexa. Podemos fazer reabilitação de uma forma não tão direta, com o uso de brincadeiras, que nos permitem aproximar da criança e proporcionar-lhe conforto e harmonia.

As mobilizações dos membros superiores foram realizadas com musicoterapia, a elevação do tronco foi associada à vibração da cama, a percussão torácica foi realizada também com sons. Foram utilizados peluches com diferentes texturas e guizos, para estimulação sensorial.

Estas brincadeiras acabam por ser terapêuticas, na medida em que, por exemplo, o riso e o choro são usados como forma de causar expansão pulmonar. A compressão torácica permite mobilização das secreções, os posicionamentos para a drenagem postural e os jogos de soprar são interessantes para o estímulo da tosse (Silva *et al* 2012).

A intervenção do EEER passa por otimização do tratamento, pela gestão de complicações, pela abordagem da nutrição, pela reabilitação funcional e promoção do desenvolvimento, da educação da criança e família (Silva *et al* 2012).

Durante este percurso de aprendizagem, fui realizando várias pesquisas bibliográficas, de forma a efetuar uma prática sustentada e baseada na evidência. Este conceito consiste num modo seguro, coerente e organizado de estabelecer práticas profissionais, assegurando que estas sejam as mais adequadas para a melhoria dos resultados e otimização dos recursos disponíveis (Pereira, Cardoso e Martins, 2012).

Procurei também estar a par de projetos existentes na área da enfermagem de reabilitação, pelo que participei no 2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação organizado pelo Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, com a temática “Reabilitar é Capacitar”. Este foi um dia de partilha de conhecimentos e experiências de vários colegas e encontra-se detalhado no Jornal de Aprendizagem VIII (apêndice 9).

Neste encontro, abordaram-se vários temas interessantes, dos quais salientei a “Transição na Fibrose Quística”, por ser uma patologia presente no serviço de pneumologia onde realizei estágio e que envolve um acompanhamento desde a infância até à idade adulta, podendo levar a várias limitações nestes utentes. Sendo a pneumonia com colonização de agentes microbianos, uma consequência frequente da Fibrose Quística (FQ), a reabilitação respiratória assume um papel fundamental na limpeza das vias aéreas, na mobilização e eliminação de secreções.

Nesta palestra a colega alertou para o facto de a adesão ao tratamento nestes casos ser fundamental para retardar a progressão da doença, mencionando, ainda que se encontram diagnosticados 60 adultos e 65 crianças seguidos em 3 centros de referência do país. Referiu, ainda, que nestes utentes é importante avaliar o conhecimento que têm sobre a sua condição de saúde, a adesão ao tratamento, a autoestima, a capacidade para a limpeza das vias aéreas.

No serviço de pneumologia, existe uma unidade/cama reservada para utentes com esta patologia, utentes estes que acabam por ter um perfil semelhante. São geralmente pessoas jovens, desnutridas, com internamentos por pneumonias de repetição com colonização de agentes microbianos e que sofrem de depressão e ansiedade. Houve inclusive um utente com 34 anos com FQ que faleceu no serviço durante o meu período de estágio.

Relativamente à análise do trabalho efetuado, é sempre necessário utilizar o pensamento crítico como base fundamental da análise. Para o caminho da excelência, o enfermeiro deverá associar a reflexão à prática profissional, no sentido de reconhecer uma eventual mudança na sua forma de agir (Nunes, *et al* 2005).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

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

Para o desenvolvimento desta competência, seguiram-se os objetivos específicos:

Objetivo 4 - *Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, segundo a metodologia do processo de enfermagem, à pessoa com DPOC e necessidade de VNI, de forma a promover o seu autocuidado*

Objetivo 5 - *Capacitar as pessoas com DPOC para a adesão à VNI, com vista ao autocuidado, envolvendo a família*

Inicialmente ao desenvolver os planeamentos de cuidados de enfermagem reabilitação, existiu da minha parte, uma necessidade de mudança na apreciação dos utentes, deixando de utilizar apenas um olhar de generalista para uma avaliação de enfermeira especialista.

Na planificação de cuidados recorreu-se à Teoria do autocuidado de Orem, de forma a identificar os requisitos de autocuidado e enquadrar o utente nos sistemas de compensação.

Tal como referido, foi possível aplicar o projeto de formação e desenvolver a temática escolhida. Ao longo do estágio no serviço de pneumologia, estive em contacto com várias pessoas com compromissos ao nível da função respiratória e com limitações no seu desempenho de atividade, necessitando, assim de cuidados de enfermagem de reabilitação.

De acordo com a temática escolhida e estudada, o utente com DPOC sob VNI, tive oportunidade de prestar cuidados a utentes com esta patologia, alguns já submetidos a este regime previamente no domicílio e um outro utente que iniciou durante o internamento, elaborando e implementando planos de cuidados que me permitiram aplicar o projeto concebido e desenvolver competências nesta área. Estes planeamentos de enfermagem de reabilitação encontram-se detalhadamente nos apêndices 15 e 16.

Como parte integrante de identificar problemáticas e definir diagnósticos é essencial realizar uma apreciação do utente completa. Esta começa com a história da doença atual e progressiva (os antecedentes pessoais, medicação habitual e adesão à mesma), a terapêutica habitual (e o seu cumprimento) e as condições socioeconómicas (situação social, profissional e habitacional e o agregado familiar). Na pessoa com patologia respiratória deverão ser caracterizados os sintomas respiratórios, como tosse, expectoração, dispneia ou toracalgia e realizar uma observação do tórax e das características respiratórias (o ritmo, FR, padrão, amplitude e simetria) (Cordeiro e Menoita, 2012).

Na situação do Sr. A. C., um dos utentes internados no serviço de pneumologia, com os diagnósticos de DPOC agudizada, Insuficiência Respiratória Global (IRG) e Derrame Pleural, foi então realizada uma apreciação que permitiu compreender os aspetos mencionados. Nesta avaliação entrou também a consulta do processo clínico, a apreciação de exames complementares de diagnóstico como a radiografia de tórax, resultados laboratoriais e a AP (Cordeiro e Menoita, 2012).

Durante a apreciação de enfermagem de reabilitação foram selecionados alguns instrumentos de avaliação pertinentes para uma abordagem individualizada. Foi utilizada a *escala de Borg Modificada* para caracterizar a dispneia e o *mMRC* e o *CAT* para compreender o impacto da DPOC na vida do utente.

Sendo a adesão terapêutica um dos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde, segundo a Teoria do Autocuidado de Orem, e tendo em conta a história de não cumprimento terapêutico, resolveu-se aplicar o instrumento de MAT para compreender o perfil de adesão deste utente.

Segundo o artigo de Martins, Martins e Santos (2017) que aborda este instrumento desenvolvido e validado para a população portuguesa por Delgado e Lima (2001), após a pontuação obtida decorrente do preenchimento pelo utente, calculou-se um índice global de adesão, como sendo 5, no qual se verificou que o Sr. A.C. era considerado não aderente. De facto, o utente tinha história de esquecimento relativamente à toma da terapêutica broncodilatadora que resultou numa agudização da DPOC.

O sr. A.C. era independente em todas as atividades de vida diária segundo a escala de *Barthel* e não tinha alterações ao nível das funções motora, cognitiva ou da eliminação. Encontrava-se inserido num sistema de Apoio-Educação segundo a Teoria do Autocuidado de Orem.

O utente iniciou VNI no internamento, durante o período noturno, com aporte extra de O₂ a 1l/minuto. Tinha indicação para, após a alta, continuar a realizar VNI no domicílio, pelo que foi contactada uma empresa de cuidados respiratórios domiciliários para fornecer o ventilador que o utente iria utilizar, iniciando a adaptação a este no internamento.

Após a avaliação do padrão respiratório e a aplicação dos instrumentos de avaliação, concluiu-se que este tinha um risco de alteração da funcionalidade a nível respiratório, identificando-se os seguintes **diagnósticos de enfermagem de reabilitação, segundo a taxonomia NANDA:**

- ✓ **Dispneia** relacionada com **agudização da DPOC** manifestada por dificuldade respiratória em repouso 1 e em esforço 3 (escala de Borg); score 8 no CAT e 2 na escala mMRC
- ✓ **Ventilação comprometida** relacionada com **agudização da DPOC e derrame pleural** manifestada por Murmúrio Vesicular (MV) diminuído nas bases à Auscultação Pulmonar (AP); acidose respiratória; hipotransparência da base direita e amplitude torácica diminuída

- ✓ **Conhecimento sobre saúde comprometido** relacionado com **falta de conhecimento acerca de VNI e terapêutica** manifestado por Incumprimento terapêutico e dificuldade na adaptação à VNI

Cada programa de reabilitação deve ser adaptado ao indivíduo, tendo em conta os vários fatores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, patologia associada), com a pessoa (grau de instrução, capacidade de aprendizagem, condição sociofamiliar e profissional), com o local (ambulatório, internamento ou domicílio) e com os recursos existentes (Cordeiro e Menoita, 2012).

Com a identificação das necessidades de intervenção sobretudo relacionadas com a readaptação da função respiratória, foi explicada ao utente a importância da adesão ao regime terapêutico, não só medicamentoso, como agora com a terapia da VNI que o iria acompanhar no domicílio, para controlar a sintomatologia da DPOC.

Neste sentido, foi concebido um plano de intervenção ajustado ao sr. A., que se encontra pormenorizado no apêndice 15. As **intervenções** incidiram essencialmente na RFR e ensino acerca de técnicas de relaxamento e conservação de energia para dispneia; na reeducação diafragmática da porção posterior e das hemicúpulas, na reeducação costal global e seletiva, no treino da musculatura respiratória e sistémica para a ventilação comprometida; no ensino acerca de inaloterapia e adaptação ao ventilador para o conhecimento sobre saúde comprometido.

Com o programa de reabilitação instituído pretendeu-se que o utente apresentasse melhoria da dispneia, da ventilação e do conhecimento acerca de saúde, mais especificamente da inaloterapia e da VNI e, com isto, prevenir agudizações decorrentes da sua doença.

O sucesso da intervenção da enfermagem de reabilitação, está presente nos indicadores de melhoria da função respiratória, representados pelos *scores* dos instrumentos de avaliação. Assim, após a implementação das intervenções delineadas verificaram-se como **resultados**, *score* de 0 em repouso, 2 em esforços na escala de *Borg* Modificada e *score* de 6 no CAT. Na AP, um MV diminuído nas bases, mas sem ruídos adventícios e autonomia na administração da inaloterapia e adaptação à VNI.

Desta forma, a RFR e a VNI foram utilizadas em sincronia de forma a que existisse uma melhoria na função respiratória do utente, que se traduziu nos *scores* mencionados e conseqüentemente na adesão à VNI.

A RFR tem como objetivo reduzir os sintomas, otimizar o estado funcional e aumentar a adesão ao tratamento. O impacto do uso da VNI traduz-se em ganhos em saúde, da sinergia entre a reabilitação e a VNI (Loureiro, Duarte e Caracitas, 2013).

A VNI associada à reabilitação respiratória minimiza a dispneia, reduzindo o trabalho dos músculos respiratórios, possibilitando um incremento na tolerância ao exercício e, conseqüentemente, um melhor desempenho nos exercícios de RFR (Loureiro *et al*, 2013).

A pessoa com compromisso da função respiratória, quer seja dependente parcial ou total da VNI deverá reconhecer os fatores que influenciam positiva ou negativamente o seu processo de transição. O EEER deverá intervir no sentido da readaptação funcional respiratória e na melhoria da capacidade funcional (Meleis *et al*, 2000).

Foi possível realizar um planeamento de alta, ao longo do acompanhamento do utente, capacitando-o, assim, para regressar ao domicílio, com as ferramentas necessárias para gerir a sua doença e ultrapassar este processo de transição. Foi, ainda, fornecido um folheto com alguns ensinamentos acerca de VNI, cuidados com o aparelho e complicações possíveis.

As primeiras semanas após a alta são cruciais para consolidar esta adaptação à nova realidade. No serviço de pneumologia existe uma consulta de *follow-up* para os utentes aos quais existiu necessidade de ensino e adaptação a inaloterapia, oxigenoterapia e VNI.

O regresso a casa é preparado durante o internamento e é dada continuidade ao mesmo através de procedimentos como esta consulta ou da referenciação para o centro de saúde. Desta forma é também demonstrada disponibilidade pelo EEER, encaminhamento para outros profissionais ou para a empresa de cuidados respiratórios domiciliários se necessário e esclarecidas eventuais dúvidas, promovendo-se um regresso a casa mais preparado e seguro.

Num estudo, com 266 pessoas com DPOC a realizar VNI há pelo menos um ano, de Yazar *et al* (2018), que explorou as taxas de adesão à VNI domiciliária e os seus fatores influenciadores, concluiu que 38% das pessoas teve necessidade de uma consulta *follow-up* acerca da VNI, pois não estavam seguros na sua utilização. A taxa de adesão à VNI foi de 61%.

Para além disto, é importante o envolvimento da família no processo de cuidados, como estratégia de acompanhamento e fator influente no processo de adesão. Nesta situação, o utente residia com a esposa, principal pessoa de referência, que numa

visita ao Sr. A. durante o internamento ficou a conhecer o novo regime terapêutico, a VNI.

Em alguns casos, a família inicia um processo de redefinição de papéis e responsabilidades, com a intenção de integrar a doença crónica e os tratamentos nos processos de vida (Morais e Queirós, 2013).

O processo de adesão ao regime terapêutico da pessoa com DPOC resulta da associação entre os conhecimentos do estado de saúde, a perceção das dificuldades e dos benefícios terapêuticos, a participação de intervenientes como o EEER e o tipo de suporte e apoio mobilizado, quer seja a família, a vizinhança, ou instituições de solidariedade social. Neste processo o enfermeiro deve considerar como estratégias as negociações terapêuticas, a reestruturação familiar para a implementação e manutenção da VNI no domicílio (Morais e Queirós, 2013).

Na pessoa com DPOC é frequente desenvolverem-se outras comorbilidades como a depressão, ansiedade e a depressão, geralmente associados a um pior prognóstico (GOLD, 2020). Muitas vezes não é feito o reconhecimento desta ansiedade e depressão nos doentes com DPOC, existindo uma falta de orientação terapêutica neste sentido, conduzindo a uma má adesão do regime terapêutico para a DPOC (Maurer *et al*, 2009).

Esta comorbilidade encontra-se diretamente relacionada com a funcionalidade e a limitação no autocuidado. Neste sentido, ressalva-se a importância da avaliação global da pessoa com DPOC, não apenas da função respiratória, mas das outras funções.

Durante o estágio na pneumologia, prestei cuidados a uma utente que se encontrava nesta situação, com renitência ao cumprimento da VNI e aos cuidados de enfermagem de reabilitação, onde também era visível um estado nutricional deficiente e um fâcies triste (situação detalhada no Jornal de Aprendizagem IX, apêndice 10).

A complexidade das situações como é o caso desta, indica-nos a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação, pela capacidade de apreciação global da pessoa, atendendo à sua individualidade.

Após uma intervenção individualizada, compreendendo as limitações da utente, optei por incentivar à consciencialização da respiração e realizar exercícios de respiração diafragmática, com ênfase na fase expiratória, tendo em atenção ao seu conforto, numa perspetiva também de relaxamento.

A realização da posição de descanso e relaxamento ajuda na redução da tensão psíquica e muscular do utente facilitando a sua colaboração, bem como auxiliando no

controle da respiração e redução da sobrecarga muscular, aspeto bastante importante nos utentes que se encontram dispneicos (Heitor, Canteiro e Ferreira, 2017).

Para além disto, pude constatar os benefícios psicossociais, da melhoria da dispneia e da qualidade de vida, da RFR e aprofundar a utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), tal como recomenda a DGS (2009).

Foi importante compreender que muitas vezes não se trata de estipular todo um plano de intervenção com inúmeras atividades, mas realizar aquilo que seja mais benéfico para a pessoa, naquela fase, atendendo à sua motivação, à sua tolerância e conforto, nem que isto signifique realizar apenas um exercício.

Tive ainda utentes à minha responsabilidade na prestação de cuidados com patologias obstrutivas como Pneumotórax (apêndice 8) e derrame pleural (apêndice 15) descritas nos apêndices.

Desta forma, considero foram identificadas as necessidades de intervenção especializada, através da avaliação da funcionalidade e das alterações provocadoras de limitações na atividade. Conceberam-se planos de intervenção especializada com vista ao autocuidado, à gestão da doença em processos de transição. As intervenções implementadas foram avaliadas recorrendo a instrumentos de apreciação válidos. (OE, 2010).

J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

- **J2.1.** Elabora e implementa programa de treino de AVD
- **J2.2.** Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

Para o desenvolvimento destas unidades de competência, seguiu-se o objetivo específico:

Objetivo 8 - *Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado*

Durante o estágio na ECCI, o sr. A. G. foi-nos encaminhado num contexto de um internamento prolongado, após uma queda da qual resultou uma hemorragia subaracnoídea, com sequelas de disfagia e compromisso motor (Oliveira et al, 2012). Foi admitido para realizar reabilitação motora, apoio na gestão da medicação, gestão

do ambiente físico e apoio à cuidadora principal (situação detalhada no Jornal de Aprendizagem IV).

Já tinha como antecedente um AVC isquémico da Artéria Cerebral Média direita em 2016, com sequelas de paresia crural esquerda, disfagia para líquidos na fase faríngea. Para além disto tinha também diagnosticada uma perturbação neurocognitiva e afasia de expressão. Do ponto de vista da Teoria do Autocuidado de Orem, o Sr. A. encontra-se num sistema de apoio parcialmente compensatório.

Reside com a esposa, principal cuidadora, também ela com problemas de saúde, numa habitação de pequenas dimensões (conhecida como a casa da porteira), com várias barreiras arquitetónicas que dificultavam a mobilidade do utente (vários móveis, pouco espaço para circular, tapetes e calçado inadequado). Desde a porta de casa até ao elevador, existem 12 degraus.

No início do programa de reabilitação, na apreciação inicial em ECCI foi possível realizar um exame neurológico adequado, que envolveu a avaliação do estado de consciência, de orientação, a atenção, a memória, as capacidades práticas, a negligência hemiespacial unilateral e a linguagem (Menoita *et al*, 2014).

Seguiu-se a avaliação dos pares cranianos, da motricidade (força, tónus muscular e coordenação motora), da sensibilidade, do equilíbrio e marcha (Menoita *et al*, 2014).

Na avaliação da função motora, o sr. A. G. apresentava, segundo a Escala *mMRC*, alterações ao nível do membro inferior esquerdo: um *score* 3/5 em todos os segmentos e, ainda, alterações no membro inferior direito, com um *score* de 4/5. Nos membros superiores não se verificaram alterações de força.

Apresentava alterações ao nível da coordenação motora, nomeadamente, hipometria, verificada através do teste *índice-nariz*.

Relativamente à sensibilidade, foi avaliada a superficial (dolorosa, térmica, tátil) e profunda (postural, vibratória e pressão) sendo que se encontrava diminuída no membro inferior esquerdo, a nível superficial (tátil) e profundo (postural e pressão).

Apresentava equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico diminuído (“cai” para o lado). Segundo o Teste de Romberg, o equilíbrio em pé estático estava mantido e o equilíbrio dinâmico era deficiente pois necessitava de apoio para se mover da posição inicial para outra posição (Menoita *et al*, 2014).

Relativamente à amplitude articular, o utente realizava flexão da articulação coxofemoral direita (com o joelho em flexão) até aos 30 ° e abdução até aos 40 °. No membro inferior esquerdo, realizava flexão da articulação coxofemoral (com o joelho em flexão) até aos 20° e abdução até aos 25°.

Apresentava uma Marcha Terapêutica, não funcional (1/5 - precisa de ser firmemente amparado por uma ou duas pessoas) segundo a escala Categorias Funcionais da Marcha, verificando-se um alto risco de queda, com *score* 90, segundo a escala de *Morse*.

A avaliação dos pares cranianos permite-nos perceber quais os que estão lesados e as sequelas subsequentes e intervir no sentido de minimizar riscos. Sendo a disfagia de causa neurológica como nesta situação, esta pode resultar numa disfunção na preparação oral, na transferência oral e na motilidade faríngea (Cardoso et al, 2011). Na situação deste utente encontravam-se afetados os nervos cranianos V Trigêmeo, VII Facial e XII grande hipoglosso.

A deglutição foi avaliada através do teste de *Guss*. Foi realizado teste indireto da deglutição, que foi bem-sucedido, e o teste direto da deglutição, no qual se verificou a presença de tosse após a deglutição, sialorreia do lado direito e deglutição retardada (superior a 2 segundos para semissólidos).

Segundo a *escala de Barthel* apresentava um *score* de 15, com uma dependência total para a higiene, eliminação e alimentação. Apresenta incontinência vesical funcional, ocasional, relacionado com patologia prévia do AVC e da perturbação cognitiva.

Assim, foram identificadas várias necessidades de intervenção: a reabilitação motora, o treino de AVD, o treino de deglutição, a orientação para a eliminação das barreiras arquitetónicas e os ensinamentos e capacitação da esposa, sua cuidadora.

Foram planeadas intervenções de enfermagem de reabilitação ao nível da deglutição como o ensino acerca de técnicas posturais, exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular a nível facial, de manipulação do bolo alimentar.

Foi realizado treino motor: exercícios de fortalecimento muscular, nomeadamente, exercícios de mobilização ativa-resistida, atividades terapêuticas no leito, promoção de amplitude articular, treino de transferências, treino de equilíbrio estático e dinâmico e atuação na prevenção de quedas.

O sr. A. G. apresentava limitações da mobilidade provocadas, não só pelas alterações acima mencionadas, mas também pelas próprias condições habitacionais. Num estudo de Pereira *et al* (2018), acerca das autarquias e a promoção da acessibilidade, reconheceu-se que existe uma necessidade urgente de formação sobre a temática e uma potencialidade a desenvolver pelas autarquias locais.

O EEER é essencial neste processo, uma vez que é detentor de conhecimentos técnicos e científicos, sendo capaz de sensibilizar para o impacto das barreiras

arquitetónicas na qualidade de vida destas pessoas e que, muitas vezes, podem ser eliminadas com medidas simples e um correto planeamento de recursos (Pereira et al, 2018).

É no âmbito domiciliário, que o ambiente deverá ser um foco de atenção para que se constitua um espaço de potenciação e de liberdade (Ribeiro, Silva e Góis, 2017).

Este casal foi orientado para a eliminação das barreiras arquitetónicas dentro das suas possibilidades e contexto de vida. Removeram uma mesa que impedia a deambulação segura e passou a utilizar uma cadeira que o permitia adotar uma postura ereta durante a alimentação (anteriormente utilizava um cadeirão). Adotou, também, a utilização de um calçado mais adequado.

Após a implementação de cerca de 12 sessões de reabilitação e da capacitação da esposa que foi fundamental para dar continuidade à intervenção de reabilitação, verificaram-se melhorias ao nível da força muscular no membro inferior esquerdo (4/5) e melhorias da amplitude articular ao nível da flexão e abdução da coxofemoral.

Constataram-se melhorias ao nível do equilíbrio dinâmico e da marcha, sendo que já andava com apoio dentro de casa e na varanda, passando a apresentar uma classificação da marcha de 2/5 (Marcha Domiciliar).

Passou a alimentar-se de uma dieta pastosa, com utilização de espessante nos líquidos, melhoria da postura e não voltou a apresentar infeções respiratórias.

Durante o estágio na ECCI, conheci também o Sr. A. de 85 anos. Residia com a esposa num 3º andar de um prédio sem elevador, e já com antecedente de linfoma, tinha tido um internamento recente devido a uma Pneumonia. Internamento este que acabou por comprometer a sua mobilidade.

Apresentava uma força muscular grau 4/5 nos membros inferiores e de grau 5/5 nos membros superiores. Tinha já história de algumas quedas no domicílio e recusava-se a utilizar qualquer tipo de dispositivo auxiliar de marcha. O seu principal objetivo era conseguir descer as escadas do prédio para poder ir à rua.

Começamos o seu acompanhamento a realizar exercícios de fortalecimento muscular com mobilização ativa e ativa-resistida dos membros inferiores. Posteriormente realizámos treino de subir e descer escadas, no qual foi necessário instruir acerca da consciencialização da respiração durante o movimento dos membros.

Ao longo das semanas conseguimos aumentar progressivamente o número de lanços de escadas (eram 6 no total) que o sr. A. conseguia descer. Optamos por

colocar estrategicamente uma cadeira a meio do percurso para que ele pudesse descansar sempre.

No final do programa de reabilitação o objetivo principal tinha sido cumprido e o sr. A. conseguiu deslocar-se à rua, com o acompanhamento da esposa.

Ao realizar este treino de marcha e de subida e descida de escadas foi assim realizada uma reeducação ao esforço (Heitor *et al*, 2017).

Desta forma, considero que foram implementados programas de treino de AVD, com adaptação das limitações existentes com vista à maximização da autonomia e qualidade de vida com promoção da mobilidade e acessibilidade.

Foi desenvolvida a capacidade de apreciação e intervenção à pessoa com alterações neurológicas e motoras e estas atividades permitiram desenvolver a competência específica em questão e atingir o objetivo específico delineado.

J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

- **J3.1.** Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório
- **J3.2.** Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados

Para o desenvolvimento destas unidades de competência, seguiram-se os objetivos específicos:

Objetivo 3 - *Aprofundar conhecimentos técnicos e científicos acerca da VNI, adesão ao regime terapêutico e da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC*

Objetivo 8 - *Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado*

Relativamente a esta última competência, destaco a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a dois utentes que estiveram internados no serviço de pneumologia e, ainda, a minha participação na consulta de Unidade de Sono e VNI.

Tive oportunidade de prestar cuidados a utentes com outras patologias do foro respiratório. O sr. J., de 77 A, tinha um diagnóstico relativamente recente de ELA e estava internado na pneumologia devido a uma traqueobronquite aguda. Antes do

internamento, alimentava-se autonomamente, deambulava com andarilho e necessitava apenas de ajuda nos cuidados de higiene. Esta situação encontra-se detalhada no jornal de aprendizagem X (apêndice 11).

Nesta situação pude aprofundar mais o conhecimento acerca de uma patologia neuromuscular, identificar as suas principais problemáticas e planear e executar intervenções.

Com este utente foi possível conceber um programa de treino motor e cardiorrespiratório. Realizei, em conjunto com a equipa de enfermagem de reabilitação, treino de marcha no corredor (cerca de 40 metros), com recurso a ventilação não invasiva para suportar a ventilação neste esforço.

Acompanhei o processo do sr. J. durante o internamento, verificando uma limitação cada vez maior na sua funcionalidade e autocuidado, ficando progressivamente mais dependente de outros para satisfazer as suas necessidades de vida, passando de um sistema parcialmente compensatório para totalmente compensatório.

O primeiro episódio de dispneia grave acontece geralmente após aspiração de conteúdo alimentar, um esforço maior ou durante o sono. Este constitui um momento de mudança no decurso da doença e que levará à utilização de ventilação mecânica contínua (Oliver, Borasio e Johnson, 2014), tal como aconteceu nesta situação.

Posteriormente com o agravamento do estado do utente, verificou-se uma disfagia para sólidos e líquidos cada vez mais acentuada, tendo sido necessário proceder à entubação nasogástrica para proteção da via aérea.

Devido à atrofia da musculatura respiratória, o sr. J. apresentava uma incapacidade em obter uma tosse ineficaz e em realizar uma limpeza adequada das vias aéreas, tornando-se também mais dependente do recurso ao *cough assist* e à VNI, tolerando cada vez menos tempo sem o ventilador.

O *cough assist* é um dispositivo mecânico não invasivo ou dispositivo de insuflação-exsuflação mecânica que permite simular a tosse natural, assegurando um débito aéreo eficaz. É aplicada uma insuflação máxima, seguida da aplicação de uma pressão negativa que irá permitir a eliminação de secreções (Cordeio e Menoita, 2012).

Numa revisão de Fidalgo, Sequeira e Vieira (2013) acerca da ventilação não invasiva em pessoas com patologia neuromuscular, verificaram que as taxas de internamento diminuíram devido à utilização do método da tosse assistida no domicílio, em que a utilização de cinesiterapia e exsuflador mecânico em doentes neuromusculares, se revelam muito eficazes na limpeza das vias aéreas.

A abordagem dos cuidados a utentes com ELA é sobretudo a nível respiratório, e deve ter em consideração a respetiva manutenção da limpeza das vias aéreas, a assistência na tosse e o recurso à ventilação não invasiva (Orsini *et al*, 2015).

O objetivo foi manter alguma qualidade de vida e conforto ao utente, promover o máximo possível de recrutamento alveolar e de manutenção da função respiratória. Atuámos na prevenção de complicações e as intervenções foram reajustadas de acordo com os resultados obtidos.

Sendo alguns dos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde na Teoria de Orem, o “*estar consciente dos resultados da condição patológica e dos efeitos resultantes do seu desenvolvimento*”, “*ser capaz de modificar a sua autoimagem e aceitar as suas necessidades de saúde*” e “*aprender a viver com as suas condições de saúde*”, algo que me fez refletir nesta situação foi a necessidade de criação de uma nova autoimagem que o utente foi de certa forma obrigado a adquirir com as mudanças inerentes à sua patologia e à perda progressiva de capacidades.

Segundo Oliver, Borasio e Johnson (2014), a expetativas do utente e da sua família devem ser reajustadas ao longo do percurso da doença e a cada perda de função que ocorre. O enfermeiro deve assegurar que estes compreendem a sua progressão e o objetivo de cada intervenção.

Nestas situações, ressalva-se a importância da família no envolvimento do processo, para que esta adquira um conjunto de conhecimentos para a continuação de prestação de cuidados ao doente no domicílio.

Relativamente ao sr. F, um utente que já realizava VNI há vários anos, internado em contexto de agudização da DPOC, foram necessárias algumas intervenções no âmbito da RFR e do ajuste à VNI (Plano de cuidados IV, apêndice 16).

Para além da agudização da DPOC, o sr. F. apresentava uma pneumonia adquirida na comunidade, secundária a sobreinfecção de bronquiectasias, tendo sido necessário adotar estratégias na mobilização e eliminação de secreções.

Assim procedeu-se à realização de drenagem postural modificada, com associação de manobras acessórias (neste caso indicado, a vibração) e com o recurso ao dispositivo de mobilização de secreções, *acapella*.

Foi necessário promover a sincronia e adaptação à interface e ao ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão e manter a permeabilidade das vias aéreas através da mobilização e eliminação de secreções (Cordeiro e Menoita, 2012).

Pelo motivo anteriormente referido foi também necessário ajustar a interface, substituindo a sua facial por uma nasal de silicone, que facilitava a eliminação de

secreções durante a realização da VNI. No entanto, durante o sono necessitava de um apoio de queixo que foi aplicado. Desta forma o utente readaptou-se à VNI, tendo em conta a situação de agudização da doença que motivou o internamento.

A utilização de um apoio de mento em utentes sob VNI com hipercapnia persistente, traduz numa redução no volume de fuga com a normalização da PaCO₂. As fugas de ar contribuem 8% para a variação deste valor (Loureiro *et al* 2013).

Percebeu-se que o utente, com o decorrer do internamento, se encontrava com uma menor tolerância à atividade. Apresenta algumas dificuldades na gestão do esforço e conservação de energia, bem como na adaptação à VNI nesta fase de estabilização da doença e de infeção respiratória.

Utilizou-se a escala LCADL, na qual foi possível perceber que a dispneia interfere bastante com as atividades diárias (no domicílio) do Sr. F. Este, conseguia realizar (com alguma dificuldade) o cuidado pessoal (enxugar-se, vestir-se, calçar-se), alguma atividade física (inclinarse e subir escadas) e lazer (falar, andar em casa) mas as atividades domésticas (fazer a cama, limpar janelas, varrer) não conseguia de todo realizar, sendo necessário ser outra pessoa a fazê-lo. Era autónomo na gestão da oxigenoterapia, sendo que nestes momentos de esforço, coloca o aporte de O₂ a 2l/min.

A dispneia leva a que a pessoa com DPOC diminua a sua atividade física, levando uma intolerância ao exercício causada pela inatividade, resultando num círculo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício. A fadiga muscular e a dispneia começam a surgir ao mínimo esforço levando a que a pessoa adote um estilo de vida mais sedentário, com consequências a nível psicológico, social e profissional (Cordeiro e Menoita, 2012).

Foi realizado um plano de reeducação funcional respiratória com o objetivo de minimizar a dispneia, adotar estratégias de limpeza das vias aéreas, treino da musculatura respiratória e sistémica, estimular aumento de atividade, ensino de técnicas de relaxamento e conservação de energia e ajuste da interface da VNI.

Procedeu-se também ao treino da musculatura respiratória com recurso ao bastão, à bola suíça e ao espirómetro de incentivo invertido e treino da musculatura sistémica, com utilização da pedaleira.

Tendo em conta que o prédio onde o utente reside não tem elevador e mora no 3º andar, incluiu-se o treino de escadas (no lanço de escadas do hospital mais próximo do serviço, 2 lanços de 10 degraus) coordenado com respiração, inspiração quando realiza extensão da coxofemoral e joelho e expiração quando realiza flexão da

coxofemoral e joelho. Foi, também, incentivado a realizar uma pausa a meio das escadas do prédio quando entra e sai de casa.

No início e no fim do internamento realizou-se a prova de marcha de 6 minutos, verificando uma evolução positiva, no resultado desta, conseguindo realizar o teste sem necessidade de pausa e com saturações periféricas de O₂ que se mantiveram entre 88 – 92 %, com O₂ a 3/min).

Para um aprofundamento da temática da adesão à VNI, tendo já algum conhecimento acerca da escolha da interface adequada ao utente, do seu ajuste e da prevenção de complicações (lesões da face, distensão gástrica, irritação ocular, secura das mucosas), senti necessidade de aprender mais acerca da parametrização dos ventiladores e de como esta se encontra relacionada com a adesão.

Assim, participei na consulta da Unidade de Sono e VNI (atividade detalhada no apêndice 12) onde foi possível em dois dias adequar o ventilador e respetivo circuito ao utente, consoante os valores da gasometria e das queixas do utente.

Existem parâmetros relacionados com o conforto da ventilação, sobre os quais o enfermeiro na consulta tem autonomia para colocar, tais como o *rise time* ou o *trigger*.

Após a programação dos parâmetros do ventilador e a conexão ao utente deve-se monitorizar a sincronia utente-ventilador, a existência de fugas, parâmetros vitais, incluindo oximetria de pulso (Álvares e Curião, 2016).

Com os dados concretos que ficam registados no ventilador, conseguimos perceber se o utente está realmente a cumprir a VNI no domicílio e de que forma (número de horas cumpridas, volume da fuga) e intervir no sentido de resolver os problemas e melhorar a adesão. Todos estes dados são registos em folha própria de monitorização para além dos registos informáticos (Anexo I).

De realçar que nesta consulta o acompanhante do utente está sempre presente. Nos casos que presenciei, encontrava-se a esposa de um utente com DPOC e a mãe de um utente com patologia neuromuscular. Pude constatar nestas situações que os familiares se encontravam bastante envolvidos na situação, demonstrando conhecimentos acerca do manuseamento do ventilador e interessados nas mudanças realizadas.

A família constitui o principal apoio ao desenvolvimento das tarefas inerentes à implementação do regime terapêutico a que o utente está sujeito. Este mantém uma maior ligação física e afetiva a um familiar, com quem tem maior afinidade e grau de envolvimento nos cuidados decorrentes da doença crónica e respetivos tratamentos. Quando os contributos da rede familiar são insuficientes na supressão das suas

necessidades, os utentes mobilizam outros recursos de maior proximidade como os vizinhos, centros de apoio social, IPSS e empresas especializadas de cuidados respiratórios domiciliários (Morais e Queirós, 2013).

Desta forma considero que foram concebidos e implementados programas de treino motor e cardiorrespiratório, tendo em conta os objetivos individuais, com vista à promoção da saúde, à prevenção de complicações e à sua reabilitação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegar a este capítulo tem vários significados. Após uma longa caminhada de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e profissional, importa agora avaliar e refletir acerca deste percurso formativo.

Procurei com este relatório, apresentar de uma forma organizada o desenvolvimento das competências comuns e específicas, recorrendo às atividades realizadas, numa abordagem de análise crítica e reflexiva, com fundamentação teórica e mobilização do conhecimento teórico-prático adquirido ao longo do curso. Este percurso permitiu, também, desenvolver um conjunto de competências que se inserem nos descritores de Dublin para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

A este relatório, antecedeu-se o projeto de formação na área da enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC sob VNI, no regresso a casa, que se pretendeu desenvolver e aplicar em contexto prático.

Os locais de estágio foram essenciais neste percurso formativo. A sua integração decorreu de uma forma positiva, que me permitiu desenvolver as competências e adquirir novos conhecimentos essenciais para a compreensão da intervenção do EEER. Esta possibilidade deve-se às enfermeiras especialistas que me orientaram em cada estágio e aos restantes elementos da equipa que contribuíram para a aquisição de conhecimento. Em cada local de estágio surgiram, diariamente, momentos de aprendizagem, partilha de conhecimento e o incentivo à reflexão das práticas de cuidados.

O estágio no serviço de pneumologia foi mais propício à aplicação do projeto e ao aprofundamento da área da reabilitação da função respiratória enquanto na ECCI, foi mais propício o desenvolvimento da área da enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado.

Foi possível realizar as atividades previstas no projeto de formação e assim atingir os dois objetivos gerais e os oito objetivos específicos delineados. Para além destas, realizaram-se outras atividades que não estavam previstas como, uma apresentação de um planeamento de cuidados aos elementos da ECCI, a presença no 2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação e a participação na consulta da Unidade de Sono e VNI.

A realização de diários, jornais de aprendizagem e de planos de cuidados ao longo das semanas em estágio, foram essenciais para a elaboração deste relatório, pois desta forma, fui deixando registado por escrito as principais experiências/atividades, os pensamentos e sentimentos de cada momento, a introspeção realizada, a análise crítica e reflexiva, permitindo-me lembrar com mais detalhe cada situação e conseguir descrever como foi desenvolvida cada competência.

À medida que ia refletindo acerca de cada vivência, procurei realizar uma prática baseada na evidência ao pesquisar literatura acerca do conhecimento necessário para considerar as intervenções mais adequadas, avaliar os pontos positivos e negativos e analisar como ultrapassar as dificuldades sentidas. Em todo este processo foi essencial o contributo da experiência da professora orientadora, para evoluir diariamente.

Desta forma, considero que existiu da minha parte uma mudança na abordagem ao utente/família, de um ponto de vista de enfermagem generalista para uma apreciação de enfermagem de reabilitação. Foi possível aprimorar os planeamentos de cuidados ao identificar necessidades, diagnosticar problemas, definir objetivos, planear, executar intervenções e avaliar resultados. A articulação entre a nossa observação do utente, a sua sintomatologia e a utilização de técnicas como a auscultação pulmonar e a análise de radiografias de tórax, são importantes para o diagnóstico e para direcionar as intervenções. Este aspeto foi fundamental para assimilar a minha mentalidade de EEER.

Através dos estágios foi possível aprofundar este planeamento de cuidados, recorrendo a intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado e maximizar a funcionalidade da pessoa. A utilização de um referencial teórico como a Teoria de Autocuidado de *Dorothea Orem*, trouxe benefícios para os meus trabalhos, auxiliando na identificação dos requisitos e desvios de saúde do autocuidado de cada utente, bem como na estruturação do pensamento.

Procurei desenvolver uma prática com base em princípios éticos e assente no respeito pelos direitos humanos e desenvolver a capacidade de tomada de decisão e de gestão dos cuidados, utilizando os recursos existentes em cada contexto.

Em ECCI, ao serem realizados cuidados domiciliários e ao entrarmos no seu ambiente conseguimos ter uma perceção real das condições do utente/família, quer sejam inter-relacionais, socioeconómicas, habitacionais, os apoios familiares, de uma pessoa cuidadora ou de uma empresa parceira, fatores estes que irão influenciar o processo de cuidados de reabilitação. Ao contrário do que acontece em ambiente de

internamento, em que se intervém num momento de agudização e após estabilização da situação clínica, apesar de serem instruídas estratégias de adesão, se torna mais difícil de monitorizar a continuidade dos cuidados.

O conhecimento acerca da RNCCI, adquirido no estágio em ECCI, contribuiu para a minha prática atual, permitindo uma referenciação mais adequada aos utentes quando ainda estão em internamento hospitalar. Já em ECCI os utentes podem necessitar de outro tipo de acompanhamento ou até mesmo a capacitação da família, que constitui também uma promoção para a continuidade de cuidados.

Tive oportunidade de compreender a importância do EEER em várias vertentes, como é o caso da relação com as autarquias, a necessidade de eliminação de barreiras arquitetónicas e promoção de uma mobilidade inclusiva na comunidade das pessoas com limitações ou deficiências. Neste âmbito, a intervenção do EEER é essencial no diagnóstico das necessidades de ajudas técnicas fundamentais à promoção da autonomia, da mobilidade, na adaptação ao ambiente/habitação e na reintegração da pessoa no seu meio familiar e social (Ribeiro, Silva e Góis, 2017).

Promoveu-se uma gestão dos cuidados, ao mobilizar os vários recursos adequados às situações e ao contexto, com vista à otimização da qualidade dos cuidados. Procurou-se ajudar a pessoa a reajustar-se em relação às suas limitações, promovendo não só a sua reeducação como a utilização de produtos de apoio. Verificaram-se ganhos em saúde nos cuidados prestados em ECCI em vários níveis, nomeadamente, ao nível da força muscular, do equilíbrio, da marcha, da deglutição, no desempenho de atividades de vida e, conseqüentemente, no autocuidado.

Tive também oportunidade de prestar cuidados de reabilitação pediátricos e de natureza paliativa que me fizeram refletir acerca destas vertentes da reabilitação, mais direcionadas para a manutenção de funções ou até mesmo para conforto. Por outro lado, surgiram algumas limitações no aprofundamento da área da reabilitação da função da eliminação e da sexualidade.

Considero que foi possível abordar a pessoa com DPOC como um todo, não só ao nível da função respiratória, mas também ao nível das limitações e comorbilidades associadas a esta patologia crónica e desta forma, compreender as repercussões no autocuidado e na qualidade de vida.

Relativamente à temática, procurei conhecer os fatores que são promotores de uma adesão à VNI. Surgiram algumas dificuldades em encontrar valores mensuráveis desta adesão. Na literatura, escreve-se mais acerca de adesão ao regime farmacológico, sendo que existe a escala de MAT, mas ainda assim mais direcionada

para este último e não tanto para o regime terapêutico. Este é um aspeto que gostaria de vir a desenvolver futuramente, uma forma de mensurar esta adesão ou potencial para aderir, recorrendo por exemplo a uma lista de verificação ou “*check-list*”.

Importa também perceber as expectativas da pessoa em relação à sua situação de saúde/doença. A certa altura, a VNI passa a fazer parte da vida da pessoa com doença pulmonar crónica, com impacto no desempenho das atividades de vida, psicológico e social. O momento de transição deve ser valorizado, alertando para a necessidade de intervenções estruturadas para fomentar a adesão terapêutica. O acompanhamento em *follow-up* é de extrema importância no momento de transição, daqui a importância da continuidade de cuidados, desde o momento de internamento hospitalar, para o regresso a casa até às visitas ou contactos domiciliários (Santos, Malheiro e Rosa, 2013).

Assim, pude perceber que aspetos demonstram a adesão à VNI, como a confirmação da leitura do ventilador, que nos diz o número de horas de sono, valor de fuga, a melhoria na sintomatologia associada à agudização da doença e a verificação dos *scores* dos instrumentos de apreciação previamente aplicados.

Segundo Arnal, Texereau & Garnero (2017), as recomendações para avaliação da eficácia da VNI no domicílio são variadas e incluem a avaliação clínica da pessoa, a gasometria arterial, a oximetria noturna, os dados do ventilador e registos da sua utilização durante a noite, que permitem analisar o número de horas de utilização, a quantidade de fuga, a sincronização da pessoa com o ventilador e o número de interrupções durante a noite (sendo que mais de três reflete desconforto).

Estes parâmetros permitem aos profissionais de saúde avaliar a qualidade do sono, verificar valores analíticos, efeitos secundários, como úlceras por pressão, conjuntivite, congestão nasal, distensão gástrica, e detetar fugas, necessidade de humidificação do sistema, assincronias com o ventilador ou obstruções das vias aéreas superiores e intervir nesse sentido. Esta avaliação no domicílio também é importante para validar os conhecimentos da pessoa e a necessidade de mudar a interface (Arnal, Texereau & Garnero, 2017).

Na consulta de Unidade de Sono e VNI, que envolve duas avaliações do utente em dois dias seguidos, consegui ter uma perceção de como é fomentada esta adesão, e em consonância, o ajuste de parâmetros, da interface e do sistema de ventilação. Este processo de adesão irá, assim, proporcionar uma redução da sintomatologia associada à DPOC enquanto patologia crónica, reduzir o número de agudizações e,

consequentemente, proporcionar à pessoa a capacidade de desempenhar o autocuidado.

Uma das perguntas que um professor me fez durante uma apresentação em contexto de sala de aula, acerca do projeto de formação, foi: qual é a intervenção específica do EEER nesta área? Do que difere da intervenção do enfermeiro generalista? Esta questão fez-me refletir, nomeadamente, acerca da resposta que daria.

Asseiro e Beirão (2013) concluíram que existe uma falta de familiaridade dos profissionais de saúde com a VNI explicando em parte a baixa adesão do utente, existindo assim a necessidade de uma equipa qualificada e de formação contínua.

A promoção da adesão à VNI exige um conjunto de intervenções e conhecimentos de que o EEER é detentor, não só nas características/fatores envolventes ao ajuste de um ventilador, mas como do processo de RFR, englobando a pessoa como um todo, em que a intervenção do EEER será intervir nesta adesão para controlo sintomático, estabilidade clínica e recuperação da sua funcionalidade.

Neste sentido considero que o projeto de formação e a continuidade do mesmo contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação prestados, pois foi explorada uma área específica de intervenção, da qual é necessária uma formação qualificada e em que foram demonstrados os contributos da associação entre a RFR e a adesão à VNI.

Como ganhos em saúde da pessoa com DPOC sob VNI aliada à RFR, verificaram-se melhorias nos *scores* da CAT, mMRC e do *peak flow meter*. Existiu controlo de sintomas, como diminuição da dispneia, aumento da tolerância à atividade física, melhoria na retenção de secreções. Considero, também, como ganho a gestão do regime terapêutico, através de um aumento do conhecimento acerca do mesmo por parte do utente e família; perceção dos benefícios de cumprir a VNI e dos benefícios da RFR; e ainda maior conforto do utente que permaneceu em domicílio em programa de reabilitação em associação à VNI.

Como dificuldades considero que foi desafiante a conciliação dos turnos entre o meu emprego, o estágio, o estudo e a realização de trabalhos e a vida pessoal. No entanto, não teria sido possível chegar até aqui, a este relatório com a “bagagem” se não tivesse sido desta forma. Na fase inicial de pesquisa da literatura, existiram ainda dificuldades na conjugação das palavras-chave deste tema, para obter os artigos relacionados.

O facto de ter surgido uma pandemia mundial durante o período temporal em que deveria dar continuidade e terminar este relatório de estágio, fez com que existisse a necessidade de diversos ajustes por cada um de nós e por todo o mundo, mas falando por mim, tive de me focar muito mais no meu emprego, fora as preocupações inerentes à própria situação, que fizeram com que inevitavelmente surgisse alguma desconcentração na realização do mesmo. Felizmente fui retomando o percurso desenvolvido até ao momento e consegui dar continuidade a este trabalho.

Em relação ao futuro profissional enquanto EEER, sendo que trabalho num serviço de pneumologia e tendo particular interesse pela área da RFR, gostaria de conceber um projeto relacionado, propô-lo à chefia e implementá-lo no serviço. Atualmente o serviço encontra-se reestruturado para receber apenas doentes com *SARS-CoV-2*, pelo que se vive um momento de alguma instabilidade. Para além disto, existe pouco reconhecimento de enfermeiros especialistas no local de trabalho, mas acredito que este fator só será ultrapassado se for demonstrada a sua importância relativamente a ganhos em saúde e os benefícios que traria para os utentes. Isto alcança-se constituindo projetos estruturados, partilhando informação entre a equipa e procurando obter esse reconhecimento, mostrando as mais-valias da intervenção do EEER.

Este foi um percurso de muitas aprendizagens e de mudança enquanto pessoa e enquanto enfermeira. É um momento de concretização pessoal, após uma longa jornada. Considero que consegui atingir os objetivos a que me propus, fruto das experiências vivenciadas em estágio, com desenvolvimento do autoconhecimento, adquirindo uma maior confiança e capacidade no desempenho da prestação de cuidados. Este curso trouxe-me as ferramentas necessárias para a minha formação enquanto EEER, e sendo a aprendizagem um processo contínuo e inacabado, pretendo dar continuidade a esta formação pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. et al (2017) Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa Imunoalergologia*. Vol. 25, Nº 1. P 9-26
- Álvares, E. e Curião, R. (2016). *Protocolos em Pneumologia de Intervenção*. Lidel – edições técnicas.
- Arnal, J., Texereau, J. e Garnero, A. (2017). Practical Insight to Monitor Home NIV in COPD Patients. *Journal of COPD*. Vol. 14, nº4, 401-410.
- Arnal, J., Texereau, J. e Garnero, A. (2017). Practical Insight to Monitor Home NIV in COPD Patients. *Journal of COPD*. Vol. 14, nº4, 401-410.
- Asseiro, C. e Beirão, M. (2013). A Ventilação Não Invasiva em serviço de urgência, cuidados de adaptação, manutenção e ganhos em saúde In Fonseca, C. e Fontes, R. *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (p. 73 – 80). Great Age Friends – Inovação e Desenvolvimento. Lisboa.
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas de Investigação Prioritária da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Barbara C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M.J. ...Burney, P. (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. 19 (nº3). p. 96-105. Elsevier
- Callegari, J., Magnet, F., Taubner, S., Berger, M., Schwarz, S., Windisch, W., Storre, J. (2017) Interfaces and ventilator settings for long-term noninvasive Ventilation in COPD Patients. *International Journal of COPD*. Nº 12 1883-1889. Germany
- Cardoso, A., Raínho, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano, A., Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem de Referência*. III Série, nº 5, dezembro de 2011. p. 135- 143.
- Castro, D., Andrade, C., Luiz, E, Mendes, M., Barbosa, D., Santos, L. (2010) Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*. São Paulo. Vol. 32, nº 4. P. 246- 254
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Cadernos OE. Série II, Nº 1, *Catálogo da CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Cordeiro, M., Antunes, C. e Cysneiros, A. (2017). *Manual de Radiografia do Tórax para Enfermeiros – do Conceito à Prática*. Lusodidacta: Lisboa.
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência, Loures.
- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 109 de 2006-06-06) p. 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 109 de 2006-06-06) p. 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (2), 81-100.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias – Relatório de Análise das Práticas Nacionais de Prescrição Eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva (DPOC)*. Circular Normativa nº 40 A/DSPCD
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto*. Norma Clínica 005/2019 de 26 de Agosto
- Direção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Norma nº 028/2011, atualizada em 10/09/2013.
- Direção-Geral de Saúde (2017). *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma*. Orientação Nº 010/2017
- Durão, V.; Grafino M., Pamplona, P. (2018). Chronic respiratory failure in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease under Home noninvasive Ventilation: Real-life study. *Pulmonology Journal*. Vol. 24, nº 5. 280-288.
- Fidalgo, A., Sequeira, A. e Vieira, N. (2013). Ventilação Não Invasiva, em pessoas com Patologia Neuromuscular. In Fonseca, C. e Fontes, R. *A Pessoa Submetida*

- a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (p. 91 – 98). Great Age Friends – Inovação e Desenvolvimento. Lisboa.
- Fonseca, C. e Fontes, R. (2013). *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*. Great Age Friends – Inovação e Desenvolvimento. Lisboa.
- Germano, N. (2008). Ventilação não invasiva. In: Marcelino, P. – Manual de Ventilação Médica no Adulto – abordagem ao doente crítico. Loures, Lusociência, 2008 p.239-256
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD (2020). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2020 Report
- Gomes, P., Martins, M., Gonçalves, M. e Fernandes, C. (2012). Enfermagem de Reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº8. p. 29-38
- Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. e Maia, M. (2017). *Reeducação Funcional Respiratória*. 3ª Edição. Faculdade de Medicina de Lisboa. Apoio: Boehringer Ingelheim.
- Lacerda, A. (2016). Cuidados Paliativos Pediátricos. In Barbosa, A., Pina, P., Neto, I. 3ª Edição. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética. *Manual de Cuidados Paliativos*. (503-527).
- Loureiro, M., Duarte, J. e Caracitas, A. (2013). Ventilação Não Invasiva e Reabilitação. In Fonseca, C. e Fontes, R. *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (p. 222 – 231). Great Age Friends – Inovação e Desenvolvimento. Lisboa.
- Martins, A., Martins, J. e Santos, S. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. Artigo de Investigação. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº 14. p. 9-16.
- Maurer, J. *et al* (2009). Ansiedade e depressão na DPOC: o conhecimento atual, questões não respondidas e investigação necessária. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. XV, nº 4. Julho/agosto 2009. p. 740-742
- McGuire, MJ. (2014). Impacto da Adesão Terapêutica nos Custos dos Cuidados de Saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. Vol. 30. p. 268-270
- Melo, R., Rua, M. e Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. Artigo de Revisão.

- Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº 2, Maio/Junho de 2014. p 143-151.
- Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, I. e Vieira, C. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Loures: Lusociência
- Morais, A.; Queirós, P. (2013). Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, nº10. p. 7-14. Julho, Coimbra.
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C. e Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do ambiente do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Revisão Integrativa. Acta Paul Enfermagem*. Vol. 30, nº3. P. 323-332.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III, nº 8, p. 125-134.
- Nunes, L. Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) (2018) - *13º Relatório do ONDR 2016/2017 – Panorama das doenças respiratórias em Portugal, retrato da saúde 2018*.
- Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M., Antunes, J. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Med Portuguesa*. Maio- Junho. 25 (3) – 179 - 192
- Oliver, D., Borasio, G. e Johnson, W. (2014). *Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis – From diagnosis to bereavement*. 3ª edição. Oxford University Press
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Regional do Sul
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Percurso e programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2016) - *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby
- Orsini, M. et al (2015). Current issues in the respiratory care of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 73 (10). p. 873 – 876
- Pereira, R., Cardoso, M. e Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, nº 7. Julho, 2012. P. 55-62
- Pereira, R., Martins, M., Gomes, B., Schoeller, S., Aguilera, J., Ribeiro, I. e Cunha, P. (2018). As autarquias e a promoção da acessibilidade arquitetónica. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº 18. Pp 29-38
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado. Conceito Central da Enfermagem. Formasau
- Portaria nº50/2017 (2017). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. *Diário da República*, I Série (nº 24 de 2017-02-02), p. 608-629. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>
- Ribeiro, L., Silva, P., Góis, S., Grilo, E. e Reis, G. (2017). Enfermagem de reabilitação e a acessibilidade da pessoa com incapacidade. *Revista Ibero-americana de saúde e envelhecimento*. Vol. 3, nº 1, Abril 2017
- Sampaio, M. (2019). Reabilitação Respiratória: a abordagem holística da pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. Nº 35. p. 151-154
- Santos, D. Malheiro, N. e Rosa, P. (2013). Ventilação Não Invasiva: Conceito, Evolução a Pessoas e Famílias In Fonseca, C. e Fontes, R. *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (p. 15 – 23). Great Age Friends – Inovação e Desenvolvimento. Lisboa.
- Santos, L., Leon, C. e Funghetto, S. (2011). Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliário. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16 (Supl.) p. 855-863.
- Silva, J., Silva, N., Santos, V. e Silveira, T. (2012). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol4., março 2012. *Salutis Scientia*. p. 15-25.

- Sorensen, D., Frederikson, K., Groefte, T., Lomborg, K. (2013). Nurse-patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive Ventilation. *International Journal of Nursing Studies*. Nº 50, 26-33. Elsevier, Denmark
- Storre, J., Callegari, J., Magnet, F., Schwarz, S., Leontine, M., Duiverman. ... Windisch, W. (2018). Home noninvasive ventilatory support for patients with chronic obstructive pulmonary disease: patient selection and perspectives. *International Journal of COPD*. Vol. 13, 753-760
- Sydney, M., Donald, J., Barbe, C., Knight, L. (2014). A Quality Improvement Initiative for Improving Appropriateness of Rerrals From a Cancer Center to Subacute Rehabilitation. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 48, nº 1, julho de 2014. p. 127 – 131.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (2018). *World Health Statistics: monitoring health for the SGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization, 2018.
- Yazar, E., Ozlu, T., Sariaydin, M., Taylan, M., Ekici, A., Aydin, D. ... Koçak, N. (2018). Prospective cross-sectional multicentre study on domiciliary noninvasive Ventilation in stable hypercapnic COPD patients. *International Journal of COPD*. Nº 13, 2367-2374. Turkey

APÉNDICES

Apêndice I – Projeto de Formação



10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

UC Opção II - Projeto de Estágio

Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sob Ventilação
Não Invasiva, no Regresso a Casa

Ana Patrícia Castro Rebelo, N° 3778

Lisboa

2019





10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

UC Opção II – Projeto de Estágio

Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sob Ventilação
Não Invasiva, no Regresso a Casa

Ana Patrícia Castro Rebelo, N° 3778

Regente: Prof. Doutor Miguel Serra

Orientador: Prof^a Cristina Saraiva

Lisboa

2019



LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

BIPAP - *Bilevel Positive Airway Pressure*

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EPAP - *Expiratory Positive Airway Pressure*

ER – Enfermeiro de Reabilitação

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

IPAP - *Inspiratory Positive Airway Pressure*

MAT - Medida de Adesão ao Tratamento

MCEER - Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNDR – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

2. INTRODUÇÃO.....	5
3. 2. A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E A ADESÃO À VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.....	9
4. 3. PLANEAMENTO DE TRABALHO.....	15
5. 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

ANEXOS

Anexo I – *Modified British Medical Research Council (mMRC)*

Anexo II – *COPD Assessment Test (CAT)*

Anexo III - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

APÊNDICES

Apêndice I – Quadros da Estratégia de Pesquisa da MEDline e CINAHL

Apêndice II – Fluxograma

Apêndice III – Quadros da Análise dos Artigos

Apêndice IV – Guião da Entrevista Realizada à Enfermeira Chefe da ECCI

Apêndice V – Guião da Entrevista a realizar à Enfermeira Chefe do serviço de

Pneumologia

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Neste percurso, será necessário desenvolver um conjunto de competências que se inserem nos descritores de Dublin para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e, assim, concluir o 2º ciclo de estudos, e as competências correspondentes ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no que se refere à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A temática escolhida para desenvolver este projeto de formação, para além de fazer sentido atualmente na minha prática enquanto enfermeira, vai de encontro às áreas de investigação emergentes, identificadas pela Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da OE: intervenções autónomas do Enfermeiro de Reabilitação (ER) na área da função respiratória.

Ao desenvolver uma temática na área da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), estarei a contribuir para o meu desenvolvimento profissional, para o próprio desenvolvimento da profissão e para uma melhor e especializada oferta de cuidados de saúde aos cidadãos, indo de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela OE.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), pela sua incidência, prevalência e pelo facto de ser uma doença crónica, necessita de cuidados de enfermagem especializados e, para isto, que exista um maior desenvolvimento e investigação da mesma.

Atualmente, segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) (2019), a DPOC é considerada a quarta causa de morte no mundo, mas estima-se que venha a ser a terceira em 2020. A sua prevalência global é de 11,7%, sendo que ocorrem cerca de 3 milhões de mortes anualmente.

Num estudo realizado na região de Lisboa concluiu-se que existe uma prevalência de 14,2 % de adultos com mais de 40 anos com DPOC, sendo que apenas 6,3% tem conhecimento que tem a doença existindo uma maior prevalência no sexo masculino que no feminino (Bárbara *et al*, 2013; ONDR, 2018). Para além disto, de acordo com dados da Direção Geral de Saúde (DGS) (2005), prevê-se que em 2020 a DPOC seja considerada a 5ª causa de incapacidade a nível mundial.

O número de utentes registados no serviço nacional de saúde com DPOC passou de 54,660 em 2011 para 136,958 em 2017, concomitantemente com um aumento da prescrição da

ventilação mecânica em utentes internados com DPOC que passou de 12% em 2007 para 25,03% em 2016 (ONDR, 2018).

É uma das principais causas de internamentos hospitalares, diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida e de morbimortalidade, prevendo-se o seu aumento nas próximas décadas devido à contínua exposição aos fatores de risco e também ao aumento da longevidade (DGS, 2005; GOLD, 2019; ONDR, 2018).

Estes fatores levam a que esta doença seja um problema de saúde pública, para o qual é necessário intervir (DGS, 2005; GOLD, 2019). Assim, prevendo-se mais agudizações e internamentos hospitalares, acresce-se a maior necessidade de terapêutica farmacológica e não farmacológica, nomeadamente, inaloterapia, oxigenoterapia, ventilação não invasiva e a necessidade de programas de reabilitação (DGS, 2005).

É cada vez mais frequente, a pessoa com DPOC, devido à sua condição de hipercapnia crónica, necessitar de suporte ventilatório, nomeadamente, Ventilação Não Invasiva (VNI). Segundo o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) da DGS (2016), 73,6 % das prescrições de cuidados respiratórios domiciliários, correspondem a ventiladores, o que representa um valor significativo.

Neste sentido, as pessoas vêm-se confrontadas com a necessidade de se adaptarem a um ventilador. Este aparelho mecânico, muitas vezes completamente desconhecido, constitui um fator de desequilíbrio e que se torna parte integrante do processo de transição, no regresso a casa, após um internamento hospitalar. Algo que eu constatei na minha prática profissional, sendo que trabalho num serviço de pneumologia, foi o facto de existir a necessidade de uma melhor preparação da alta destas pessoas, que por vários motivos apresentam dificuldade em aderir à VNI.

Desta forma, será necessário um conjunto de intervenções que contribuam para o processo de adesão ao regime terapêutico. O EEER assume um papel preponderante na adesão e sucesso da VNI, intervindo numa primeira fase, na sua instituição, durante a sua implementação e na preparação do regresso a casa (Cordeiro & Menoita, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as pessoas com doença crónica sentem dificuldade em seguir as recomendações do seu tratamento, sendo que as taxas de adesão nestes casos são de 50% nos países desenvolvidos (2003). O que se pretende com esta adesão, é o controlo da sintomatologia associada à DPOC, para que a pessoa mantenha o máximo da sua funcionalidade e capacidade de autocuidar-se.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, este:

“(…) utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na

família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2010, p.1).

Neste sentido, é essencial a intervenção do EEER, para promover a adesão à VNI, bem como auxiliar a pessoa a gerir e controlar a sua doença respiratória, facilitando o processo de mudança. Surgiu assim o tema: *Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sob Ventilação não Invasiva, no Regresso a Casa*.

Como objetivos gerais deste projeto pretendo:

- Desenvolver competências no domínio da intervenção do EEER junto da pessoa com DPOC promovendo a adesão à VNI para o regresso a casa.
- Desenvolver competências no domínio da intervenção do EEER junto da pessoa com alterações cardiorrespiratória, cognitiva, sensório-motora, da deglutição, de eliminação e da sexualidade.

Para existir desenvolvimento de competências, tem de existir desenvolvimento do conhecimento e, assim, é necessário utilizar processos de investigação e prática baseada na evidência, no sentido da evolução da profissão (OE, 2015).

Para a realização deste projeto de formação, foi utilizado um método de revisão narrativa da literatura. Este permitiu recorrer a bases de dados de investigação para obtenção de dados mais recentes e, ainda, a literatura secundária que é significativa e fundamental para o estudo da temática como é o caso da GOLD, manuais específicos de reabilitação e algumas normas nacionais e internacionais. As bases de dados utilizadas, na plataforma EBSCO *host* foram a *MEDLINE with Full Text*, a *CINAHL Plus with Full Text* e a *PubMed*.

A questão de investigação formulada foi “*Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC, na promoção da adesão à VNI, no regresso a casa?*”. Esta questão foi formalizada no formato PICO, como sendo População (P), pessoas com DPOC com Ventilação Não-invasiva; Intervenção (I), Enfermagem ou Reabilitação Respiratória; o Contexto (C) não foi discriminado, pois a temática envolve o hospital e o domicílio e como *Outcomes* (O) pretende-se que seja o processo de adesão. Foram então utilizadas as palavras-chave e termos indexados: *COPD, Non-invasive Ventilation, Nurs*, Pulmonary Rehabilitation, Compliance, Patient Participation, Treatment Adherence and Compliance*.

Na MEDLine obteve-se um resultado de 8 artigos, enquanto na CINAHL um total de 2 artigos e na PubMed 1 artigo, após a aplicação dos limites *full-text* e data de publicação 2013-2019. Os quadros relativos a esta pesquisa encontram-se no Apêndice I.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, como sendo adultos, de ambos os sexos, com DPOC e acerca da adesão à VNI e critérios de exclusão, nomeadamente, investigações a

decorrer e artigos exclusivos a ventiladores (comparação entre *Intelligent Volume-Assured Pressure Support Servoventilation vs. Pressure Support Ventilation*), foram analisados 7 artigos. Este processo encontra-se representado no fluxograma no Apêndice II.

Os quadros relativamente à análise dos artigos encontram-se no Apêndice III. Ao longo do trabalho serão apresentados os principais resultados e conclusões relativamente aos artigos analisados.

Para uma melhor compreensão desta situação e aplicação das intervenções de enfermagem necessárias, irei basear-me no modelo de referência teórico de Dorothea Orem, acerca da Teoria do Autocuidado. Sendo que com a adesão à VNI se pretende a estabilização da doença e controlo sintomático, para que a pessoa consiga satisfazer as suas necessidades de autocuidado, considero que este é o modelo teórico mais apropriado ao estudo da temática e da respetiva intervenção do EEER.

Os locais de estágio escolhidos são uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados do ACES Oeiras, no período de setembro a novembro de 2019 e o serviço de Pneumologia de um Hospital de Lisboa, no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020.

O presente trabalho aborda a pessoa com DPOC, a VNI e o processo de adesão. Em seguida, é apresentado um planeamento do trabalho com os objetivos específicos estabelecidos de acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEER, bem como a planificação das atividades que pretendo executar em estágio. Por fim, as considerações finais.

2. A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E A ADESÃO À VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A DPOC consiste numa patologia respiratória crónica, tratável, que surge devido à exposição significativa a partículas nocivas ou gases inalados (GOLD, 2019). Dentro deste quadro de exposição, o tabagismo está presente em 90% das situações desta doença obstrutiva (DGS, 2005; WHO, 2018; GOLD, 2019) no entanto, existem também casos de gases tóxicos associados à atividade profissional, à biomassa e à poluição atmosférica (GOLD, 2019).

A DPOC é caracterizada por anormalidades nas vias áreas e/ou nos alvéolos pelos fatores anteriormente mencionados, e por uma limitação do fluxo aéreo e sintomas respiratórios, como a dispneia, a tosse e expetoração persistentes. Esta limitação do fluxo, que não é totalmente reversível, é causada por uma associação de doença das pequenas vias aéreas, de bronquite e destruição do parênquima pulmonar (enfisema) (GOLD, 2019).

É uma doença crónica, tal como o nome indica, mas que é controlável alternando períodos de estabilidade e de exacerbações que levam à sua evolução e consequente deterioração da condição clínica (GOLD 2019; Marques, Figueiredo & Jácome, 2016).

A identificação dos principais fatores de risco e da clínica da pessoa (tabaco, dispneia, tosse e expetoração) leva-nos a considerar a hipótese de diagnóstico da DPOC (GOLD, 2019).

Para mensurar a limitação do fluxo aéreo, é utilizada a espirometria, que no caso de apresentar uma $FEV_1/FVC^2 < 70\%$ após a utilização de um broncodilatador, confirma o diagnóstico da limitação do fluxo. Para além disto, no sentido de realizar a avaliação combinada da DPOC, importa também compreender o impacto da doença na funcionalidade da pessoa, a história e risco de exacerbações e a presença de comorbilidades (GOLD, 2019).

A avaliação da sintomatologia envolve sobretudo o nível da dispneia e o impacto da doença na sua funcionalidade. A GOLD recomenda a utilização de escalas, nomeadamente, a *Modified British Medical Research Council* (mMRC) que consiste em avaliar a limitação que a dispneia causa nas Atividades de Vida Diária (AVD), podendo ir de grau 0 ao grau 4 (Anexo I). A GOLD sugere, também, a *COPD Assessment Test* (CAT) que através de oito itens, classificados cada um com uma pontuação entre 0 e 5, pretende transmitir o impacto da DPOC na vida da pessoa (Anexo II) (GOLD, 2019).

Os objetivos do tratamento da DPOC, segundo a GOLD (2019), consistem no alívio sintomático, na melhoria da tolerância ao exercício e na redução do risco, ou seja, impedir a evolução da doença, prevenir exacerbações e, assim, reduzir a mortalidade. É necessária a identificação e redução da exposição aos fatores de risco, sendo que a cessação tabágica é

² FEV₁ – Volume Expiratório Forçado no 1º segundo
FVC – Capacidade Vital Forçada

imprescindível para a estabilização da DPOC, pois é a principal medida que contraria a sua evolução (DGS, 2005).

O tratamento farmacológico envolve, essencialmente, a utilização de broncodilatadores. Estes pretendem aumentar a FEV₁ e no caso da DPOC a administração desta terapêutica serve para controlar a doença e prevenir exacerbações (GOLD, 2019).

Para além do tratamento farmacológico, existe uma componente não farmacológica essencial para o controlo da DPOC, na qual podemos inserir a VNI e a RFR. Está demonstrado que a VNI utilizada a longo prazo em contexto domiciliário é eficaz no tratamento de doenças obstrutivas como a DPOC (Esmond, 2005).

Para a GOLD (2019) a VNI “...deverá ser o primeiro modo de ventilação utilizado em pacientes com DPOC, com insuficiência respiratória aguda” (p.36), pois tem como benefício a melhoria das trocas gasosas, uma redução do trabalho respiratório, diminuindo também a necessidade de entubação oro-traqueal e o tempo de internamento hospitalar.

Como indicações para a utilização da VNI temos a presença de acidose respiratória, (PaCO₂ > a 45 mmHg e pH < a 7,35), dispneia grave com sinais de fadiga muscular e utilização dos músculos acessórios da respiração e/ou persistente hipoxemia apesar da suplementação de oxigenoterapia (GOLD, 2019).

Os ventiladores regulados por pressão são frequentemente denominados de BIPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*) ou CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).

O BIPAP, mais utilizado na DPOC, fornece uma ventilação através de pressão positiva com dois níveis, um suporte inspiratório, IPAP (*Inspiratory Positive Airway Pressure*) e um nível de pressão no fim da expiração, um EPAP ou PEEP (*Expiratory Positive Airway Pressure*). A utilização de EPAP previne a re-inalação de CO₂, promove o recrutamento alveolar, diminui a formação de atelectasias e reduz o trabalho inspiratório nas pessoas com auto-PEEP (PEEP intrínseca) (Davidson *et al*, 2016; Ferreira *et al*, 2009).

O CPAP, aplica uma pressão positiva contínua na via aérea, em que não existe uma assistência ativa na inspiração. Este modo está indicado na síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e em casos de edema agudo do pulmão (Ferreira *et al*, 2009).

A VNI proporciona um suporte ventilatório através das vias aéreas superiores recorrendo a uma interface como, por exemplo, uma máscara facial ou nasal. Uma das intervenções de enfermagem essenciais para uma melhor adesão à VNI reside na escolha da interface. Numa situação de agudização geralmente a máscara selecionada é a facial, devido à dispneia associada e dificuldade em encerrar a boca e pela possibilidade da aplicação de pressões elevadas. No entanto, este tipo de máscara resulta frequentemente em sensações de claustrofobia, um maior

risco de úlcera por pressão na pirâmide nasal e risco de aspiração de vômito (Cordeiro & Menoita, 2012; Davidson *et al*, 2016; Ferreira *et al*, 2009).

As máscaras nasais, acabam por ser utilizadas numa fase estabilizada da doença e em domicílio, sendo que apenas permitem pressões mais baixas, possibilitando conforto à pessoa, capacidade de comunicação e de alimentação (Cordeiro & Menoita, 2012; Ferreira *et al*, 2009).

Segundo um estudo prospetivo com 123 pacientes com DPOC, realizado na Alemanha por Callegari *et al* (2017), a interface mais utilizada foi a facial (77%) ao contrário da nasal (22%). Estes autores concluíram que a máscara nasal se encontra associada a um IMC mais elevado (superior a 35 kg/m), a patologias psiquiátricas, ao SAS, ao género feminino e à iniciação à VNI devido a insuficiência respiratória crónica estabilizada. Por outro lado, a máscara facial está relacionada com um IMC mais baixo (inferior a 20 kg/m), um IPAP mais elevado (superior a 30), idade superior a 70 anos, e iniciação à VNI devido a hipercapnia prolongada depois de insuficiência respiratória agudizada.

Neste estudo, os participantes demonstraram uma adesão em média de 6,5 horas por dia, independentemente do tipo de interface. A máscara facial foi a mais utilizada contrastando com estudos antigos que revelaram ser a máscara nasal. Isto pode dever-se à evolução dos ventiladores e à utilização mais frequente de IPAP elevados para alcançar resultados positivos e ainda, ao facto da VNI ser iniciada geralmente com máscara facial e isso influenciar a escolha e tolerância da pessoa. Assim, conclui-se que a escolha da interface tem grande importância na adesão à VNI.

Storre, *et al* (2018), identificaram numa revisão sistemática da literatura, que a seleção da interface é crucial para o sucesso da ventilação e deve ser realizada com base no conforto da pessoa. Há cerca de 20 anos a máscara nasal era predominante e atualmente é a máscara facial, mudança atribuída aos parâmetros do ventilador, nomeadamente o IPAP, como se verificou noutros estudos. Concluíram ainda, que a VNI no domicílio está associada a uma maior taxa de sobrevivência, melhoria da qualidade de vida, das trocas gasosas e da função pulmonar.

Se durante o período de internamento hospitalar, se prevê que o utente é candidato à utilização da VNI quando regressar a casa, é necessário prepará-lo para tal e para que se torne independente no seu manuseamento. Poderá ser, ainda, útil realizar o ensino a um familiar próximo ou mesmo ao cuidador se for o caso. O planeamento da alta ajuda no processo de transição, do ambiente hospitalar para a comunidade, quer seja o domicílio ou outra instituição de cuidados. O enfermeiro tem um papel preponderante na avaliação das necessidades de saúde da pessoa e na coordenação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados (Esmond, 2005).

A implementação da VNI, constitui um momento de transição, no qual a pessoa com DPOC e a sua família, são obrigados a reorganizarem a sua vida e no qual necessitam de interiorizar novos conhecimentos, realizar adaptações e muitas vezes vêm-se confrontados com o desconhecido, surgindo momentos de ansiedade. Desta forma, é essencial compreender os motivos que levam à adesão e não adesão destas pessoas, à VNI.

Segundo a OMS (2003) a adesão ao regime terapêutico consiste na medida em que o comportamento da pessoa em relação à medicação, seguir uma dieta ou um estilo de vida corresponde às recomendações do profissional de saúde.

O conceito de adesão é multidimensional, sendo que não depende apenas de fatores relacionados com a própria pessoa, mas de um conjunto de cinco fatores, nomeadamente, fatores socio económicos (baixo rendimento, iliteracia), fatores relacionados com a própria condição de saúde (gravidade dos sintomas e da doença), com a terapêutica (complexidade do regime, efeitos secundários), com a pessoa (conhecimento, crenças, expectativas) e com a equipa de saúde (falta de consultas de *follow up*, desgaste dos profissionais de saúde, falta de conhecimento acerca de intervenções para fomentar a adesão) (OMS, 2003).

De acordo com um estudo realizado por Sorensen, Frederikson, & Groefte (2013), no qual analisaram vários tipos de padrões de colaboração entre enfermeiros e pacientes com DPOC para alcançar o sucesso na utilização da VNI, constataram que o comportamento dos enfermeiros, se encontra diretamente relacionado à adesão. Identificaram, ainda, que os enfermeiros encontram desafios na promoção do conforto e suporte emocional do paciente ao mesmo tempo que têm de manipular o equipamento e monitorizá-lo.

Para combater uma inadequada adesão, é importante a utilização de um instrumento de avaliação válido, para estabelecer um perfil de adesão de cada pessoa. A Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (Anexo III), que constitui a versão portuguesa da Escala de Morisky, Green e Levine (1986), está sobretudo construída para avaliar a adesão à medicação, porém, pode ser um instrumento flexível e adaptável a outros contextos, permitindo-nos obter informação pertinente para as causas de não adesão à terapêutica em geral (Delgado & Lima, 2001).

É comum a pessoa com doença crónica, utilizar de forma inadequada a medicação prescrita, deixando mesmo de a tomar quando sente melhoria dos sintomas. Para além disto, a complexidade ou interferência com a vida diária pode levá-la a considerar que o tratamento tem mais desvantagens que benefícios (OMS, 2003). As implicações de uma adesão inadequada contribuem para a redução da qualidade de vida, morbidade e mortalidade (CIE, 2009).

As intervenções de enfermagem para promover a adesão baseiam-se nas prescrições de enfermagem, na participação da pessoa no autocuidado, e na monitorização do regime terapêutico (OMS, 2003)

A adesão contribui para a efetividade das intervenções, resultando em ganhos na saúde e diminuição dos custos associados. Inerente a este processo está a educação para a saúde, no sentido de potenciar a autogestão e envolver a pessoa no seu autocuidado. É importante envolver a família e a comunidade no plano de cuidados (CIE, 2009).

Um artigo português, de 2013, acerca da adesão à ventilação não invasiva analisou a perspectiva do doente e do familiar cuidador. Neste, participaram 14 pessoas com DPOC, uma com DPOC e apneia do sono e uma com síndrome de hipoventilação por obesidade, a realizarem VNI no domicílio. Entrevistaram também 9 familiares cuidadores de pessoas com DPOC. Decorreu durante um ano, entre 2009 e 2010 e neste processo os participantes identificaram dificuldades em relação à adesão à VNI, nomeadamente o desconforto provocado pela interface do ventilador, as fugas que surgem e os ruídos associados, bem como vento e frio e a intolerância aos valores das pressões aplicadas. Mas reconheceram benefícios como o facto de se sentirem menos fatigados durante o dia, com um aspeto geral melhorado, uma diminuição da dispneia e das cefaleias e uma melhoria da qualidade do sono (Morais & Queirós, 2013).

Os participantes utilizaram como estratégia de adesão a reestruturação familiar e a integração da doença crónica e dos seus tratamentos na família e atribuem ao enfermeiro intervenções importantes no domínio do ensino, instrução e treino, no âmbito da adaptação à máscara e ventilador (Morais & Queirós, 2013).

Num estudo prospetivo, com 266 pessoas com DPOC a realizar VNI há pelo menos um ano, de Yazar *et al* (2018), que explorou as taxas de adesão à VNI domiciliária e os seus fatores influenciadores, concluiu que existe uma relação positiva entre o IPAP elevado e a adesão. Identificaram ainda, que 38% das pessoas teve necessidade de uma consulta *follow-up* acerca da VNI, pois não estavam seguros na sua utilização. A taxa de adesão à VNI foi de 61%.

Num estudo retrospectivo de 3 anos, de Durão, Grafino & Pamplona (2018), acerca do processo de *follow-up* de 109 pessoas com DPOC sob VNI no domicílio, demonstraram os benefícios da VNI em pessoas com hipercapnia crónica e uma redução dos internamentos por exacerbação. No *follow-up* houve um aumento no IPAP e uma melhoria da hipercapnia. Apesar das pressões elevadas, a ventilação foi eficaz, sendo que 93,3% das pessoas aderiram à VNI.

Segundo uma revisão sistemática da literatura realizada por Arnal, Texereau & Garnerio (2017), as recomendações para avaliação da eficácia da VNI no domicílio são variadas e incluem a avaliação clínica da pessoa, a gasometria arterial, a oximetria noturna, os dados do ventilador e registos da sua utilização durante a noite, que permitem analisar o número de horas de utilização, a quantidade de fuga, a sincronização da pessoa com o ventilador e o número de interrupções durante a noite (sendo que mais de três reflete desconforto).

Estes parâmetros permitem aos profissionais de saúde avaliar a qualidade do sono, verificar valores analíticos, efeitos secundários, como úlceras por pressão, conjuntivite, congestão nasal, distensão gástrica, e detetar fugas, necessidade de humidificação do sistema, assincronias com o ventilador ou obstruções das vias aéreas superiores e intervir nesse sentido. Esta avaliação no domicílio também é importante para validar os conhecimentos da pessoa e a necessidade de mudar a interface (Arnal, Texereau & Garnero, 2017).

Se ocorrer uma gestão ineficaz da doença crónica e do seu regime terapêutico, poderá ocorrer uma exacerbação da sintomatologia associada à mesma. Neste sentido, a capacidade de autocuidado pode ficar comprometida devido a um agravamento da dispneia, da fadiga, e dos outros sintomas associados ao não cumprimento da VNI.

No sentido de fomentar a adesão ao regime terapêutico, para proporcionar a melhor capacidade de autocuidado possível, considere pertinente recorrer à Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. O conceito de Autocuidado foi definido por Orem (2001, p.42) como sendo a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam para seu benefício, na manutenção da vida, saúde e bem-estar”. A sua teoria encontra-se dividida em Teoria do Autocuidado, Teoria do défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Ocorre um défice de autocuidado, quando a pessoa não é capaz de cumprir os requisitos para o mesmo. Torna-se importante a intervenção do EEER para identificar os défices, adequar o sistema de suporte e intervir. Será necessário explicar à pessoa que a VNI é uma ferramenta que esta deve utilizar como melhoria da sua tolerância ao esforço e da sua qualidade de vida.

Segundo esta autora, a intervenção do enfermeiro é realizada consoante as necessidades da pessoa e aplica-se em 3 sistemas diferentes: sistema de apoio ou suporte, parcialmente compensatório ou totalmente compensatório. A intervenção do EEER encontra-se dependente da natureza e extensão do (s) défice (s) de autocuidado (Orem, 2001). Assim ao realizar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação torna-se importante compreender em que sistema a pessoa se insere.

Existem 3 tipos de requisitos de autocuidado: requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Sendo que dentro dos desvios de saúde existem 6 categorias nos requisitos de autocuidado: ser capaz de procurar assistência médica, estar consciente e alerta para os efeitos e desenvolvimentos resultantes da sua patologia, procurar seguir a terapêutica prescrita e as medidas de reabilitação, ter consciência dos possíveis efeitos das medidas prescritas e ser capaz de modificar a sua autoimagem e aceitação das suas necessidades de saúde, aprendendo a viver com as condições inerentes à mesma.

Assim, procurar aderir ao regime terapêutico, nomeadamente, à VNI torna-se um requisito de autocuidado.

3. PLANEAMENTO DE TRABALHO

De forma a operacionalizar este projeto e desenvolver as competências comuns definidas para o EE e as competências específicas para o EEER segundo a OE, foram definidos os objetivos gerais mencionados anteriormente e no sentido de dar resposta a estes, defini 8 objetivos específicos que pretendem ir ao encontro dos domínios do regulamento do EE e das competências específicas do EEER.

Os locais onde serão realizados os estágios irão permitir atingir os objetivos definidos, sendo que o serviço de Pneumologia será mais direcionado para o primeiro objetivo geral e a ECCI na comunidade, permitirá alcançar os dois objetivos.

Foi realizada uma entrevista à enfermeira coordenadora da ECCI na qual foi possível conhecer a organização da mesma (Apêndice IV - Guião da Entrevista). Esta é constituída por três EEER, que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação em âmbito domiciliário e em várias áreas, nomeadamente, respiratória, motora e cognitiva. Geralmente, os utentes são referenciados do hospital ou de outras unidades do ACES. De realçar que apresentam a seu cargo pessoas com DPOC, que necessitam de realizar RFR e VNI, com algumas dificuldades na sua adesão. Atribuem importância à capacitação do cuidador informal, bem como à gestão terapêutica, ao controlo de sintomas, ajuda no processo de escolha de dispositivos de apoio e gestão do ambiente. São realizados planos de intervenção para cada utente, sendo que cada plano é reavaliado mensalmente ou sempre que necessário.

Não foi possível realizar entrevista no serviço de Pneumologia por questões relacionadas com o próprio serviço, no entanto, o guião planeado encontra-se no Apêndice V.

Os objetivos específicos serão apresentados de seguida, em formato de tabela, com as respetivas atividades planeadas, os recursos necessários, bem como os indicadores e critérios de avaliação. Cada objetivo delineado, vai ao encontro do desenvolvimento de um ou mais domínios de competências comuns do EE e uma ou mais competências específicas do EEER. De seguida das tabelas, encontra-se o cronograma, com os objetivos específicos e a linha temporal em que se pretende que sejam desenvolvidos.

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS			
<p>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal B – Domínio da melhoria da qualidade B2 – CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>1. Conhecer a dinâmica e integrar a equipa multidisciplinar nos locais de estágio, participando ativamente na melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação prestados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza entrevistas à Enfermeira Chefe e Orientadora de cada serviço, de forma a identificar os recursos, dinâmicas e métodos utilizados - Observa as dinâmicas de cada serviço, a intervenção do EEER e a equipa multidisciplinar - Consulta de protocolos, normas, manuais e projetos do serviço - Participa em reuniões formais e informais da equipa multidisciplinar - Identifica instrumentos de recolha de dados, de avaliação e de registo 	<p>Humanos: Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora; Equipa de Enfermagem e Multidisciplinar</p> <p>Físicos: Serviço de Pneumologia e ECCI</p> <p>Materiais: Legislação, protocolos, normas, projetos do serviço, instrumentos de recolha de dados, questionários, instrumentos de avaliação funcional (MIF), Escala de Barthel, Escalas de avaliação (mMRC, CAT, MAT, Borg Modificada – avaliação da Dispneia)</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizou visita aos locais de estágio - Realizou entrevistas em cada local de estágio - Consultou protocolos, normas, manuais e projetos do serviço - Adquiriu conhecimento acerca da dinâmica organizacional do serviço - Adquiriu conhecimento acerca da intervenção do EEER - Participou em reuniões formais e informais da equipa multidisciplinar - Identificou instrumentos de recolha de dados, de avaliação e de registo
Critérios de Avaliação	<p>As atividades planeadas demonstram ter contribuído para a integração na equipa multidisciplinar e para o conhecimento das dinâmicas e recursos dos locais de estágio</p>		

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS			
<p>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>Descritores de Dublin</p>			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>2. <i>Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos direitos humanos e baseada numa prática segura, profissional e ética</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integra a equipa multidisciplinar nos locais de estágio; - Promove o acesso à informação, o respeito pelas crenças, valores e decisões dos utentes - Realiza uma prática de enfermagem baseada nos princípios éticos e deontológicos - Participa nas tomadas de decisão, fundamentadas pela evidência científica - Investiga nas bases de dados, informação recente e pertinente para os alvos da prestação de cuidados de enfermagem - Reflete sobre a prática diária e identifica necessidades de aprendizagem 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora; Docente Orientadora; Equipa de Enfermagem; Equipa Multidisciplinar</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Pneumologia e ECCI, ESEL</p> <p><u>Materiais:</u> Bases de Dados, Literatura, Jornais de Aprendizagem, Diário de Atividades, Código Deontológico, Legislação</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participou ativamente na integração da equipa multidisciplinar - Forneceu o acesso à informação dos utentes e promoveu o respeito pelas crenças e valores - Realizou uma prática baseada nos princípios éticos e deontológicos - Procurou evidência científica recente e pertinente, para sustentar as tomadas de decisão - Realizou reflexões acerca dos cuidados de enfermagem prestados
Critérios de Avaliação	<p>As atividades planeadas demonstram o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão e uma prática segura, profissional e ética</p>		

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS			
<p>B – Domínio da melhoria da qualidade B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>3. <i>Aprofundar conhecimentos técnicos e científicos acerca da VNI, adesão ao regime terapêutico e da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e consulta de bibliografia relevante em bases de dados, livros, artigos de revistas científicas, trabalhos académicos - Pesquisa de protocolos nacionais e internacionais e de projetos de atuação no serviço, âmbito da reeducação funcional respiratória - Debate com a Docente Orientadora, Enfermeira Orientadora e restante equipa multidisciplinar acerca do tema, formas de atuação e questões pertinentes para a intervenção do EEER 	<p><u>Humanos:</u> Docente Orientadora, Enfermeira Orientadora Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, utentes e/ou família</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Pneumologia, ECCI, ESEL</p> <p><u>Materiais:</u> Livros, Internet, Artigos científicos, Trabalhos académicos, Protocolos, Normas, Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisou em bases de dados, livros, artigos de revistas científicas, trabalhos académicos - Pesquisou protocolos nacionais e internacionais e projetos de atuação no serviço, âmbito da reeducação funcional respiratória - Debateu com a docente orientadora, enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar acerca do tema, formas de atuação e questões pertinentes para a intervenção do EEER
Critérios de Avaliação	<p>As atividades planeadas e realizadas demonstram ter contribuído para o desenvolvimento dos conhecimentos técnicos e científicos acerca da VNI, da adesão ao regime terapêutico e da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC</p>		

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS			
<p>B – Domínio da melhoria da qualidade C – Domínio da gestão dos cuidados J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>4. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, segundo a metodologia do processo de enfermagem, à pessoa com DPOC e necessidade de VNI, de forma a promover o seu autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica as necessidades da pessoa com DPOC e VNI - Mobiliza os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos - Concebe e implementa planos de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC, sob VNI, segundo a metodologia do processo de enfermagem, norteado pelo Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem - Avalia os resultados das intervenções executadas, recorrendo a instrumentos e escalas de avaliação 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora; utentes/família</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Pneumologia e ECCI</p> <p><u>Materiais:</u> Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEER; Dispositivos de Apoio para RFR; Instrumentos de Avaliação Funcional (MIF), Escalas de avaliação (mMRC, CAT, MAT, Borg Modificada – avaliação da Dispneia), Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou as necessidades da pessoa com DPOC e VNI - Mobilizou os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos - Participou nos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com DPOC e VNI - Concebeu planos de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC, sob VNI, mobilizando o Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem - Avaliou os resultados das intervenções executadas e reformulou, consoante necessidade
Critérios de Avaliação	As atividades planeadas demonstram ter contribuído para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC e VNI		

**DOMÍNIOS E
COMPETÊNCIAS**

B – Domínio da melhoria da qualidade

C – Domínio da gestão dos cuidados

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

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>5. <i>Capacitar as pessoas com DPOC para a adesão à VNI, com vista ao autocuidado, envolvendo a família</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica as necessidades da pessoa com DPOC e a sua capacidade física, cognitiva e emocional para aderir ao regime terapêutico - Identifica os fatores de não adesão à VNI, através da pesquisa bibliográfica e da prática clínica - Identifica métodos de avaliação da adesão ao regime terapêutico, através da pesquisa bibliográfica e da prática clínica - Fornece informação ao utente e sua família, acerca da patologia, da VNI e dos seus benefícios - Promove o desenvolvimento de estratégias individuais de adesão à VNI de acordo com as especificidades de cada pessoa - Desenvolve estratégias dinâmicas para facilitar a aprendizagem e adesão ao regime terapêutico 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora; Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Utente e Família, Utentes em situação semelhante com percurso positivo</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Pneumologia e ECCI</p> <p><u>Materiais:</u> Equipamento de Ventilação, Folhetos, Computador, Artigos, Formações, Instrumentos de Avaliação Funcional (MIF), Escalas de avaliação – avaliação da Dispneia), Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou as necessidades da pessoa com DPOC e a sua capacidade física, cognitiva e emocional para aderir ao regime terapêutico - Identificou fatores de não adesão à VNI - Ter identificado métodos de avaliação da adesão ao regime terapêutico, através da pesquisa bibliográfica e da prática clínica - Forneceu informação ao utente e sua família, acerca da patologia, da VNI e dos seus benefícios - Promoveu o desenvolvimento de estratégias individuais de adesão à VNI - Desenvolveu estratégias dinâmicas de aprendizagem acerca da patologia e do seu regime terapêutico
<p>Critérios de Avaliação</p>	<p>As atividades planeadas e realizadas contribuíram para a capacitação da pessoa com DPOC e família, para a adesão à VNI, com vista à promoção do autocuidado</p>		

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS		B – Domínio da melhoria da qualidade	
		J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
6. <i>Colaborar na realização e implementação de programas/protocolos, na área da enfermagem de reabilitação, com vista à melhoria contínua da qualidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora nos programas/protocolos implementados nos locais de estágio - Colabora na realização de programas/protocolos, consoante as necessidades identificadas dos utentes, famílias e dos locais de estágio - Participa em auditorias aos projetos de melhoria da qualidade, existentes nos serviços - Participa em congressos ou seminários de reabilitação - Avalia a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da utilização de instrumentos ou indicadores de avaliação 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora; Equipa de Enfermagem, Equipa multidisciplinar; Utentes e Família</p> <p><u>Físicos:</u> Serviço de Pneumologia e ECCI</p> <p><u>Materiais:</u> Livros, Internet, Artigos científicos, Normas, Programas, Protocolos, Folhetos, Posters, Formações</p> <p><u>Temporais:</u> Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter colaborado em projetos relacionados com enfermagem de reabilitação e de acordo com as necessidades do serviço ou dos utentes/família - Participou em auditorias aos projetos de melhoria da qualidade, existentes nos serviços - Participou em congressos ou seminários de reabilitação - Avaliou a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da utilização de instrumentos ou indicadores de avaliação
Critérios de Avaliação	As atividades planeadas e realizadas contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados		

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS			
B – Domínio da melhoria da qualidade B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro C – Domínio da gestão dos cuidados J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
7. Promover a continuidade dos cuidados, planeando o regresso a casa, assegurando que a pessoa e/ou família possuem capacidades para gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica os recursos humanos da pessoa, nomeadamente, família, centro de saúde e físicos, no seu domicílio, (condições habitacionais, gestão do ambiente) que possam facilitar ou dificultar o seu processo de gestão terapêutica - Promove a transmissão oral e escrita, de informação acerca do utente e/ou família, à equipa de enfermagem e multidisciplinar - Promove a articulação com os cuidados de saúde primários, através de nota de alta/transferência ou contacto telefónico - Reforça os conhecimentos e capacidades da pessoa para gerir o seu regime terapêutico 	<p>Humanos: Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar</p> <p>Físicos: Serviço de Pneumologia e ECCI</p> <p>Materiais: Nota de Alta/transferência, Registos de Enfermagem, Processos Clínicos dos Utentes, Passagem de Turno, Telefone</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou os recursos humanos e físicos da pessoa - Promoveu a transmissão oral e escrita, de informação acerca do utente e/ou família, à equipa de enfermagem e multidisciplinar - Promoveu a articulação com os cuidados de saúde primários, através de nota de alta/transferência, contacto telefónico ou outro método - Ter reforçado os conhecimentos e confirmado as capacidades da pessoa para gerir o seu regime terapêutico
Critérios de Avaliação	As atividades planeadas e implementadas contribuíram para a continuidade dos cuidados, planeando o regresso a casa e permitindo à pessoa e/ou família a aquisição de competências para a gestão do seu regime terapêutico		

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS			
<p>B – Domínio da melhoria da qualidade C – Domínio da gestão dos cuidados J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
<p>8. <i>Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações cognitivas, sensoriomotoras, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica as necessidades da pessoa ou família/cuidador com alterações cardiorrespiratória, cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade - Avalia a capacidade funcional e de integração num processo de reabilitação, através de instrumentos/escalas de avaliação - Mobiliza os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos - Concebe e implementa planos de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com estas necessidades, segundo a metodologia do processo de enfermagem, norteado pelo Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem - Capacita a pessoa para a utilização de dispositivos de apoio, se necessário - Avalia os resultados das intervenções executadas 	<p>Humanos: Docente Orientadora, Enfermeira Orientadora, Equipa de Enfermagem, Equipa Multidisciplinar, Utente; Família/Cuidador</p> <p>Físicos: Serviço de Pneumologia e ECCI</p> <p>Materiais: Livros, Internet, Artigos científicos, Protocolos, Processo Clínico do utente, Dispositivos de Apoio, Instrumentos de Avaliação Funcional (MIF), Escalas de avaliação (mMRC, CAT, MAT, Borg Modificada – avaliação da Dispneia, Escala de Barthel), Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observou a intervenção do EEER nos locais de estágio - Identificou as necessidades da pessoa ou família/cuidador - Avaliou a capacidade funcional e de integração num processo de reabilitação - Concebeu e implementou um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, mobilizando o Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem - Avaliou os resultados das intervenções executadas e reformulou, consoante necessidade
CrITÉRIOS de Avaliação	As atividades planeadas e implementadas contribuíram para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações cognitivas, sensoriomotoras, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado		

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano	2019															2020									
Mês	Setembro			Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro				Março		
Semana	24	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9
	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	6	13
Pneumologia																									
ECCI																									
Obj. 1																									
Obj. 2																									
Obj. 3																									
Obj. 4																									
Obj. 5																									
Obj. 6																									
Obj. 7																									
Obj. 8																									
Elaboração do Relatório de Estágio																									
Entrega e apresentação do Relatório de Estágio																									

Pausa Letiva
Férias de Natal

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de formação contribuiu para definir o percurso que se pretende que seja efetuado ao longo do estágio e da realização do seu relatório.

Permitiu-me aprofundar conhecimentos acerca da DPOC, enquanto patologia e de como a sua sintomatologia pode comprometer o autocuidado e a qualidade de vida. O conhecimento é poderoso no sentido do desenvolvimento de uma prática baseada na evidência e nas tomadas de decisão sustentadas. Será, também, importante desenvolver uma capacidade de reflexão acerca das minhas necessidades de aprendizagem, das intervenções realizadas e de situações novas que irão surgir.

É de facto imprescindível a intervenção do EEER no âmbito da gestão do regime terapêutico, estabelecendo uma relação de parceria com o utente e/ou com a sua família. A VNI é iniciada em contexto de internamento, mas será depois transportada para o domicílio onde a pessoa e família terão de se readaptar. É uma área transversal a vários contextos de cuidados e é tão importante em ambiente hospitalar como comunitário. Considero que este projeto poderá ser operacionalizado em ambos os locais de estágios, no entanto, sei que com o confronto das realidades poderá ser sujeito a alterações.

Espero conseguir atingir os objetivos a que me propus e, sobretudo, desenvolver as competências preconizadas para o EE e o EEER. Espero, também, poder dar continuidade à motivação pessoal que surgiu inicialmente por este tema e que possa de alguma forma fazer diferença no âmbito da prestação de cuidados de reabilitação e realçar no seio de uma equipa multidisciplinar a importância da nossa intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnal, J., Texereau, J. e Garnerero, A. (2017). Practical Insight to Monitor Home NIV in COPD Patients. *Journal of COPD*. Vol. 14, nº4, 401-410.
- Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas de Investigação Prioritária da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Barbara C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M.J. ... Burney, P. (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol 19 (nº3). p. 96-105. Elsevier
- Callegari, J., Magnet, F., Taubner, S., Berger, M., Schwarz, S., Windisch, W., Storre, J. (2017) Interfaces and ventilator settings for long-term noninvasive Ventilation in COPD patients. *International Journal of COPD*. Nº 12 1883-1889. Germany
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Cadernos OE. Série II, Nº 1, *Catálogo da CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência, Loures.
- Davidson, A; Banham, S.; Elliott, M.; Kennedy, D.; Gelder, C.; Glossop, A. ... Thomas, L. (2016). BTS/ICS guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults. *British Thoracic Society Standards of Care Committee*. Nº 71. p1-35.
- Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (2), 81-100.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias – Relatório de Análise das Práticas Nacionais de Prescrição Eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários*. Lisboa.

- Direção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Norma nº 028/2011, atualizada em 10/09/2013.
- Durão, V.; Grafino M., Pamplona, P. (2018). Chronic respiratory failure in patients with chronic obstructive pulmonary disease under home noninvasive Ventilation: Real-life study. *Pulmonology Journal*. Vol. 24, nº 5. 280-288.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência, 2005.
- Ferreira, et al (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. 15, nº 4. Agosto, Lisboa.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD. (2019). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Lusociência, Loures.
- Marques, A., Figueiredo, D., Jácome, C., Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? orientação para um programa de reabilitação respiratória*. Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. (2018). *Theoretical Nursing: Development and progress*. 6ª Edição. Filadélfia: Wolters Kluwer Health.
- Morais, A.; Queirós, P. (2013). Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, nº10. p. 7-14. Julho, Coimbra.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) (2018) - *13º Relatório do ONDR 2016/2017 – Panorama das doenças respiratórias em Portugal, retrato da saúde 2018*.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Percurso e programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016) - *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby
- Sorensen, D., Frederikson, K., Groefte, T., Lomborg, K. (2013). Nurse-patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive Ventilation. *International Journal of Nursing Studies*. Nº 50, 26-33. Elsevier, Denmark
- Storre, J., Callegari, J., Magnet, F., Schwarz, S., Leontine, M., Duiverman. ... Windisch, W. (2018). Home noninvasive ventilatory support for patients with chronic obstructive pulmonary disease: patient selection and perspectives. *International Journal of COPD*. Vol. 13, 753-760
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (2018). *World Health Statistics: monitoring health for the SGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization, 2018.
- Yazar, E., Ozlu, T., Sariaydin, M., Taylan, M., Ekici, A., Aydin, D. ... Koçak, N. (2018). Prospective cross-sectional multicentre study on domiciliary noninvasive Ventilation in stable hypercapnic COPD patients. *International Journal of COPD*. Nº 13, 2367-2374. Turkey

ANEXOS

Anexo I – *Modified British Medical Research Council (mMRC)*

ESCALA MRC MODIFICADA

-
- 0 – Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
 - 1 – Tenho falta de ar quando apresso o meu passo ou subo escadas ou ladeira.
 - 2 – Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo ou ando mais devagar que outras pessoas da minha idade.
 - 3 – Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros ou poucos minutos de caminhada no plano.
 - 4 – Sinto tanta falta de ar que não saio de casa ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho.
-

Anexo II – *COPD Assessment Test* (CAT)

O seu nome:

Data de hoje:



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

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

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

Por exemplo: Estou muito feliz 0 1 2 3 4 5 Estou muito triste

		PONTUAÇÃO	
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Estou sempre a tossir	<input type="text"/>
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	<input type="text"/>
Não sinto nenhum aperto no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto um grande aperto no peito	<input type="text"/>
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	<input type="text"/>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Tenho muita energia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia	<input type="text"/>
			PONTUAÇÃO TOTAL <input type="text"/>

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Anexo III – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos

(MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

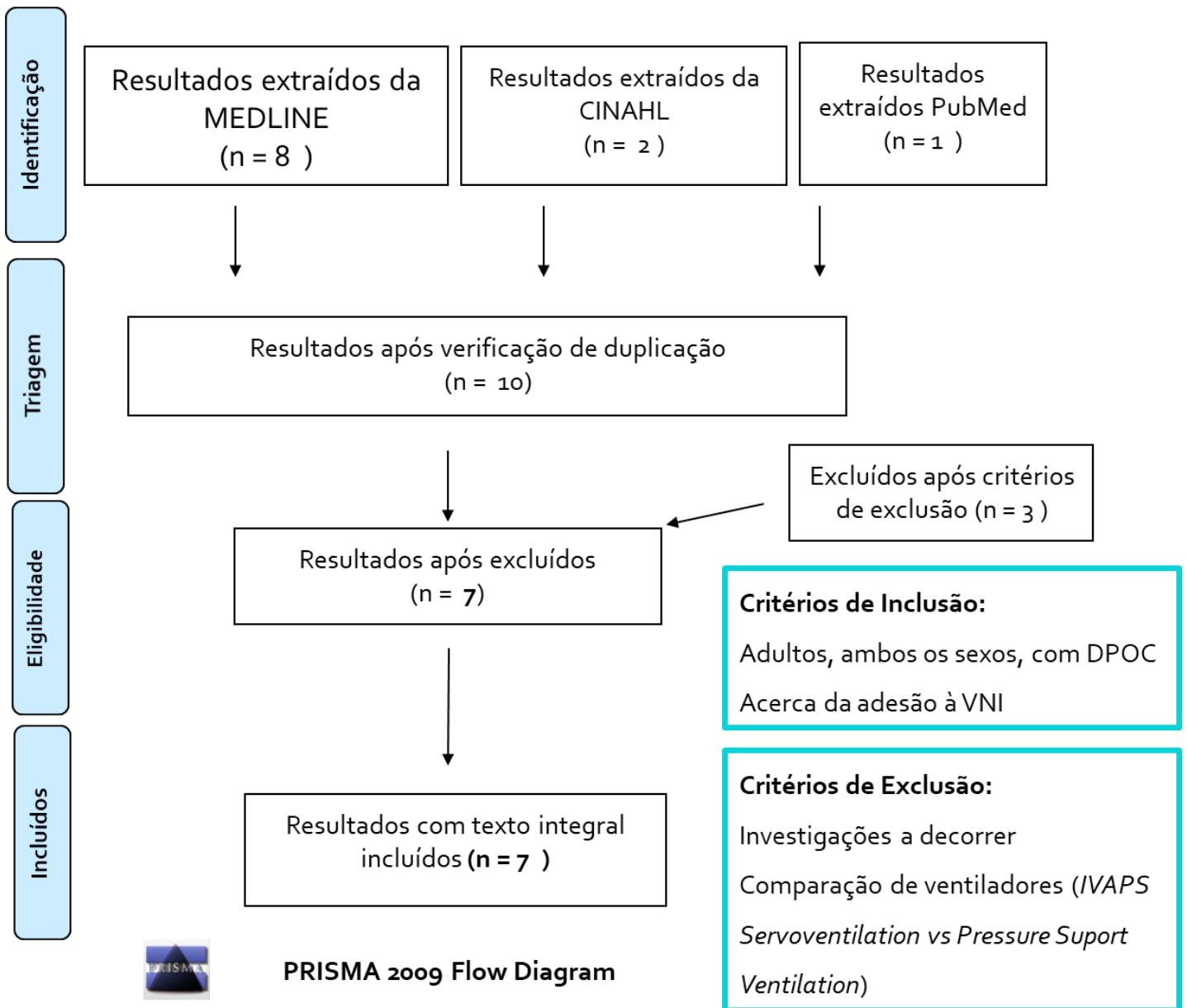
APÊNDICES

**Apêndice I – Quadros da Estratégia de Pesquisa da MEDLINE e
CINAHL**

	MEDLINE			
	P (População)	I (Intervenção)	C (Contexto)	O (Outcomes)
Linguagem Natural	COPD Noninvasive Ventilation	Nurs* Pulmonary Rehabilitation	Não especificado	Compliance Patient Participation
Termos Indexados	MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" AND MH "Noninvasive Ventilation"			MH "Patient Compliance" OR MH "Treatment Adherence and Compliance" OR MH "Patient Participation"
Termos de Pesquisa	MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" AND MH "Noninvasive Ventilation"	"Nurs*" OR "Pulmonary Rehabilitation"		MH "Patient Compliance" OR MH "Treatment Adherence and Compliance" OR MH "Patient Participation"
Resultados	370	810,961		78,719
Limites	Full Text; Published Date 2013-2019			
Resultado	1 artigo Sem "Nurs*" OR "Pulmonary Rehabilitation" - 8 artigos			

	CINAHL			
	P (População)	I (Intervenção)	C (Contexto)	O (Outcomes)
Linguagem Natural	COPD Noninvasive Ventilation	Nurs* Pulmonary Rehabilitation	Não especificado	Compliance
Termos Indexados	MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"			MH "Patient Compliance"
Termos de Pesquisa	MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" AND "Noninvasive Ventilation"	"Nurs*" OR MH "Rehabilitation, Pulmonary"		MH "Patient Compliance"
Resultados	94	827,057		27,148
Limites	Full Text; Published Date 2013-2019			
Resultado	1 artigo Sem "Nurs*" OR "Pulmonary Rehabilitation" - 2 artigos			

Apêndice II – Fluxograma



Apêndice III – Quadros da Análise dos Artigos

Identificação do estudo	Morais, A. e Queirós, P. (2013) Adesão à Ventilação Não Invasiva: perspectiva do doente e familiar cuidador. Revista de enfermagem Referência
Objetivos do estudo	Construir uma estrutura teórica sobre o processo de adesão à VNI na DPOC, a partir de experiências das pessoas com esta doença crónica e dos seus familiares cuidadores
Conceitos Centrais	Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crónica; respiração artificial; enfermagem
Tipo de Estudo	Metodologia: Grounded Theory (paradigma qualitativo)
Participantes	16 participantes (14 com DPOC, 1 com DPOC e apneia do sono e 1 com hipoventilação por obesidade) - a realizarem OLD e VNI no domicílio. 9 cuidadores familiares (3 filhas, 2 noras e 4 cônjuges)
Contexto	Domicílio - Durante um ano (entre 2009 e 2010)
Colheita de Dados	Observação das interações de forma direta e dos contextos Entrevista com doente e cuidador em simultâneo sobre as suas experiências e percepções
Análise e discussão dos resultados	Os participantes identificaram dificuldades e benefícios em relação à adesão à VNI: Desconforto com a máscara; ruídos; fugas de ar; vento e frio; intolerância às pressões; Redução da fadiga, melhoria do sono, diminuição da dispneia, redução de cefaleias, aspeto melhorado
Conclusões	Os participantes utilizam como estratégia de adesão a reestruturação familiar e a integração da doença crónica e dos seus tratamentos na família e atribuem ao enfermeiro intervenções importantes no domínio do ensino, instrução e treino, no âmbito da adaptação à máscara e ventilador. O processo de adesão à VNI resulta da combinação dos conhecimentos do estado de saúde, a identificação das dificuldades e benefícios e do tipo de suporte e apoio mobilizado (desde a família, a instituições de apoio domiciliário e enfermeiros)

Identificação do estudo	Callegari, et al. (2017) Interfaces and ventilator settings for long-term noninvasive Ventilation in COPD patients. International Journal of COPD . Germany
Objetivos do estudo	Identificar as interfaces utilizadas pelos pacientes com DPOC a realizarem VNI há um tempo prolongado e a sua adesão consoante os parâmetros do ventilador, nomeadamente, o IPAP
Conceitos Centrais	Palavras-chave: compliance; home mechanical Ventilation, interfaces, masks, pressure support, Ventilation modes
Tipo de Estudo	Estudo Prospetivo de Coorte-transversal
Participantes	123 pacientes com DPOC e a realizar previamente VNI (92 deles foram recrutados durante as consultas de rotina e 31 num contexto de exacerbação)
Contexto	Unidade de cuidados respiratórios do Departamento de Pneumologia do Hospital Cologne-Merheim, Alemanha
Colheita de Dados	Entre junho de 2015 e Abril de 2016
Análise e discussão dos resultados	<p>A interface mais utilizada foi a Facial (77%) ao contrário da Nasal (22%)</p> <p>Máscara Nasal – associada a IMC > 35 kg/m, patologias psiquiátricas, SAS, género feminino e iniciação à VNI devido a insuficiência respiratória crónica estabilizada</p> <p>Máscara Facial – associada a IMC < 20 kg/m, IPAP > 30 , idade > 70 A, e iniciação à VNI devido a hipercapnia prolongada depois de insuficiência respiratória agudizada.</p> <p>Os participantes demonstraram uma adesão em média de 6,5 horas por dia, independentemente do tipo de interface.</p>
Conclusões	<p>A Máscara Facial foi a mais utilizada contrastando com estudos antigos que revelaram ser a Máscara Nasal. Isto pode-se dever à evolução dos ventiladores e à utilização mais frequente de IPAP elevados para alcançar resultados positivos e ainda, ao facto da VNI ser iniciada geralmente com MF e isso influenciar a escolha e tolerância da pessoa.</p> <p>A escolha da interface tem grande importância na adesão à VNI.</p>

Identificação do estudo	Sorensen, D. et al (2013). Nurse-patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive Ventilation. International Journal of Nursing Studies. Elsevier, Denmark
Objetivos do estudo	Compreender aos padrões de colaboração entre enfermeiros e pacientes com DPOC para alcançar o sucesso na utilização de VNI.
Conceitos Centrais	Palavras-chave: COPD; NIV; Nurse-patient collaboration; Grounded Theory; Nursing; Treatment failure
Tipo de Estudo	Grounded Theory
Participantes	27 enfermeiros , 11 pacientes do sexo masculino e 10 do sexo feminino (que culminaram num total de 11 , por falecimento ou incapacidade em colaborar). Ambos com DPOC e que se encontravam a realizar o tratamento com VNI
Contexto	3 UCI e 1 serviço de pneumologia – entre dezembro de 2009 e janeiro de 2012
Colheita de Dados	Observação participante, incluindo conversas informais com 27 enfermeiros e entrevistas com 11 pacientes que utilizaram VNI.
Análise e discussão dos resultados	Os investigadores identificaram 4 tipologias de colaboração: Colaboração dupla e orientada Colaboração orientada para o bem-estar Colaboração orientada para resultados Ausência de colaboração Os enfermeiros encontram desafios na promoção do conforto, suporte emocional do paciente ao mesmo tempo que têm de manipular o equipamento e monitorizá-lo.
Conclusões	O comportamento dos enfermeiros, está relacionado com o sucesso da adesão à VNI. Os investigadores sugerem um investimento na formação dos enfermeiros com menor experiência.

Identificação do estudo	Yazar et al (2018). Prospective cross-sectional multicentre study on domiciliary noninvasive Ventilation in stable hypercapnic COPD patients. International Journal of COPD. Turkey
Objetivos do estudo	Explorar taxas de adesão à VNI domiciliária e os fatores influenciadores da mesma.
Conceitos Centrais	Avaliar a relação entre a adesão à VNI e os resultados na melhoria de sintomas e redução de internamentos. Palavras-chave – COPD, Noninvasive Ventilation, Compliance
Tipo de Estudo	Estudo prospetivo de coorte transversal. Entre abril 2015-junho de 2016
Participantes	266 Pessoas com DPOC, a realizar VNI pelo menos a 1 ano e com seguimento em 19 centros de saúde na Turquia. Divididos em 2 grupos: "high compliance group" (> 5 h/dia) e "low-compliance group" (<5 h /dia)
Contexto	Domicílio
Colheita de Dados	Entrevista. Utilização de escalas – avaliação da dispneia (mMRC) e impacto na qualidade de vida (CAT)
Análise e discussão dos resultados	38% das pessoas teve necessidade de uma consulta follow-up acerca da VNI, pois não estavam seguros na sua utilização. Conjuntivite foi mais observada no "high compliance group" – mas deve-se à maior exposição à VNI e a IPAP mais elevado. Detetaram IPAP mais elevado no "high compliance group" Não detetaram diferenças nos scores do mMRC e CAT nos dois grupos. ST modo mais utilizado no "high compliance group" - neste modo o paciente tolera IPAP mais elevado e o suporte ventilatório mantém-se em caso de apneia.
Conclusões	Taxa de adesão neste estudo foi de 61% Deverá existir um follow-up rigoroso nestas pessoas para evitar futuras exacerbações. Existe uma relação positiva entre o IPAP elevado e a adesão (no entanto não é consensual na investigação atual)

Identificação do estudo	Durão, V.; Grafino M.; Pamplona, P. (2018). Chronic respiratory failure in patients with chronic obstructive pulmonary disease under home noninvasive Ventilation: Real-life study. Journal Pulmonology
Objetivos do estudo	Descrever o processo de follow-up de pessoas com DPOC sob VNI no domicílio
Conceitos Centrais	Palavras-chave: COPD; NIV; Chronic hypercapnic respiratory failure; Patient Compliance; Hospitalization
Tipo de Estudo	Estudo retrospectivo
Participantes	109 pessoas com DPOC (baseado em dados de 3 anos, de pessoas com DPOC a realizar VNI no domicílio, entre Agosto de 2011 e Julho de 2014)
Contexto	Domicílio
Colheita de Dados	Seguimento em Consulta de Pneumologia
Análise e discussão dos resultados	56,9 % das pessoas, iniciaram a VNI durante um internamento por exacerbação Durante o follow-up houve um aumento no IPAP e uma melhoria da hipercapnia Existiu uma diminuição dos internamentos 93,3% das pessoas aderiram à VNI
Conclusões	Este estudo demonstra os benefícios da VNI em pessoas com hipercapnia crónica; Apesar das pressões elevadas, a ventilação foi eficaz e tolerável

Identificação do estudo	Storre, J. et al (2018). Home noninvasive ventilatory support for patients with chronic obstructive pulmonary disease: patient selection and perspectives. International Journal of COPD
Objetivos do estudo	Identificar guidelines acerca da VNI no domicílio e os critérios na seleção de pacientes para a realização da ventilação não invasiva
Conceitos Centrais	Palavras-chave: exacerbation, pulmonary emphysema, hipercapnia, mechanical Ventilation, respiratory insufficiency
Tipo de Estudo	Revisão sistemática da literatura
Participantes	Não aplicável
Contexto	Não aplicável
Colheita de Dados	Estudos quantitativos, qualitativos
Análise e discussão dos resultados	<p>Seleção da interface: crucial para o sucesso da ventilação; é realizada com base no conforto do paciente e/ou recomendações das empresas de ventiladores.</p> <p>Há cerca de 20 anos a máscara nasal era predominante e atualmente é a MF (mudança atribuída aos parâmetros do ventilador, nomeadamente o IPAP)</p>
Conclusões	<p>A VNI no domicílio está associada com uma maior taxa de sobrevivência, melhoria da qualidade de vida, das trocas gasosas e da função pulmonar.</p> <p>A adesão à VNI encontra-se relacionada com os parâmetros do ventilador e a seleção da interface.</p>

Identificação do estudo	Arnal, J., Texereau, J. e Garnero, A. (2017). Practical Insight to Monitor Home NIV in COPD Patients. Journal of COPD
Objetivos do estudo	Identificar os fatores-chave para monitorizar a VNI no domicílio e que contribuem para o seu sucesso.
Conceitos Centrais	Palavras-chave: COPD, hypoventilation, noninvasive Ventilation, respiratory therapy
Tipo de Estudo	Revisão Sistemática da Literatura
Participantes	Não aplicável
Contexto	Não aplicável
Colheita de Dados	MEDLINE – estudos com MH COPD e NIV
Análise e discussão dos resultados	Se a VNI for eficaz, as pessoas referem diminuição da fadiga, caso contrário, têm necessidade de realizar sestas ao longo do dia e acordam com cefaleias. Recomendações para avaliação da eficácia: Avaliação clínica; Gasometria arterial; Oximetria noturna Dados do ventilador e registos da sua utilização durante a noite (software) – nº horas em uso; fugas; sincronização; nº interrupções durante a noite (mais de 3 reflete desconforto)
Conclusões	Os parâmetros avaliados permitem aos profissionais de saúde (enfermeiros especialistas, fisioterapeutas, técnicos) avaliar a qualidade do sono, verificar os valores analíticos, efeitos secundários (UP, conjuntivite, congestão nasal, distensão gástrica..) e detetar problemas como fugas, necessidade de humedificação do sistema, assincronias com o ventilador ou obstruções das vias aéreas superiores e intervir. Importante validar os conhecimentos da pessoa; necessidade de mudar a interface

**Apêndice IV – Guião da Entrevista Realizada à Enfermeira
Coordenadora da ECCI**

Guião da Entrevista à Enfermeira Coordenadora da ECCI

1. Como é constituída a ECCI?
2. Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem na ECCI?
3. Qual o horário dos EEER? Como são distribuídos?
4. Como funciona a referenciação e seleção dos utentes a serem integrados na reabilitação?
5. Como se processa o planeamento dos cuidados?
6. Como funciona o processo destes utentes, desde a admissão até à alta? Como é realizada a avaliação inicial?
7. Como funciona a articulação dos EEER com a restante equipa, de enfermagem e multidisciplinar?
8. Qual o trabalho do EEER com os utentes?
9. Como organizam o trabalho do EEER durante o turno?
10. Quais as características da população?
11. Quais as patologias mais frequentes?
12. Qual a incidência de pessoas com DPOC? Existem utentes a realizar VNI?
13. Há acompanhamento da pessoa que faça VNI no domicílio?
14. Identificam problemas da adesão à VNI? Se sim, como intervêm?
15. Realizam programas de reeducação funcional respiratória?
16. Como promovem o autocuidado dos utentes?
17. Quais as dificuldades sentidas no dia-a-dia?
18. Há projetos de reabilitação no serviço?
19. Que escalas de avaliação são usadas para avaliar a qualidade de vida, dispneia, AVD, ansiedade, depressão?
20. Existe articulação com os recursos da comunidade?

**Apêndice V – Guião da Entrevista a realizar à Enfermeira Chefe do serviço
de Pneumologia**

Guião da Entrevista a realizar à Enfermeira Chefe do serviço de Pneumologia

1. Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem no serviço?
2. Qual o horário dos EEER? Como são distribuídos?
3. Como funciona a seleção dos utentes a serem integrados na reabilitação?
4. Como funciona a articulação dos EEER com a restante equipa, de enfermagem e multidisciplinar?
5. Quais as situações mais comuns/patologias respiratórias mais frequentes? Qual a prevalência de pessoas com DPOC?
6. Como é realizada a avaliação inicial?
7. Qual o papel do EEER na iniciação da pessoa com DPOC à VNI?
8. Qual a taxa de adesão à VNI?
9. Como realizam a preparação da alta da pessoa com DPOC que irá realizar VNI no domicílio?
10. Qual o encaminhamento realizado após a alta da pessoa?
11. Há acompanhamento da pessoa que faça VNI no domicílio?
12. Quais as dificuldades sentidas no dia a dia?
13. Há projetos de reabilitação no serviço? Quais?
14. Que escalas de avaliação são usadas para avaliar a qualidade de vida, dispneia, AVD, ansiedade, depressão?
15. Qual a articulação com os recursos da comunidade?

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem I

1. Introdução

Este primeiro Jornal de Aprendizagem (JA), surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação. Nesta UC serão realizados dois estágios, um em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade e outro em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação em meio hospitalar.

Este JA corresponde ao período temporal de integração numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Com este trabalho pretendo identificar situações vivenciadas em contexto de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, atribuir-lhes um significado, bem como pensamentos associados às ações realizadas, analisando e refletindo criticamente, no sentido de compreender as dificuldades e aspetos positivos, perspetivando a melhoria destas ações em situações futuras.

2. Descrição – O que aconteceu?

A ECCI encontra-se inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Importa contextualizar esta tipologia de cuidados e de que forma se processa a sua dinâmica e funcionamento.

A RNCCI, criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por várias instituições que prestam cuidados continuados de saúde e, também, de apoio social (ACSS, 2019). Segundo o discriminado no Decreto-Lei nº 136/2015 de 28 julho, a rede tem como objetivo a “**prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência**”. Assim, pretende-se, a prestação de cuidados centrados na pessoa, no sentido de promover a sua autonomia e melhoria da funcionalidade (ACSS, 2019).

Existem quatro tipologias de resposta às necessidades da população:

- Unidades de Internamento
 - Convalescença (UC)
 - Média Duração e Reabilitação (UMDR)
 - Longa Duração e Manutenção (ULDM)
 - Cuidados Paliativos (UCP)
- Unidades de Ambulatório

- Unidade de dia e de promoção da autonomia
- Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)
- Equipas Domiciliárias
 - Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
 - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

(Decreto-Lei nº 136 (2015); Conselho de Enfermagem (2009))

As ECCI, encontram-se integradas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos centros de saúde e destinam-se a pessoas que não se consigam deslocar de forma autónoma e que se encontrem no domicílio, com limitações funcionais, transitórias ou prolongadas. As necessidades dos utentes podem ser de origem preventiva, recuperadora ou paliativa, ao longo de todo o ciclo de vida (Portaria nº50/2017).

Os principais motivos de referenciação para a ECCI são a reabilitação motora e respiratória, a necessidade de cuidados paliativos e o tratamento de feridas. Neste âmbito, existe uma complexidade de cuidados que requer um grau de diferenciação ao nível da reabilitação bem como necessidades de suporte e a capacitação do cuidador informal (Portaria nº50/2017).

Neste sentido, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) "...permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa".

A referenciação pode ser feita pela Equipa de Gestão de Alta (EGA) dos hospitais ou pela comunidade, quer seja por parte das Unidades de Saúde Familiar (USF) ou das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (USCP), que sinalizam as situações. Posteriormente a Equipa Coordenadora Local (ECL) verifica se o utente apresenta requisitos para ser integrado e, caso haja parecer positivo, comunica à ECCI (Portaria nº50/2017). É realizada a admissão de cada utente e agendada uma visita com o mesmo e com a sua família, geralmente, nas 24 horas seguintes.

A ECCI estabelece um Plano Individual de Intervenção (PII) com visitas domiciliárias, no sentido de satisfazer as necessidades do utente e família. Geralmente existe um período previsível de internamento de 30 dias, que poderá ser prolongado

se ainda não tiverem sido atingidos os objetivos terapêuticos. O processo individual de cuidados continuados deve ser constantemente atualizado.

A ECCI onde me encontro a realizar o estágio é constituída por 3 EEER, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESP), 1 médico, 2 assistentes sociais e 2 psicólogas. Tem uma capacidade de resposta para 21 utentes integrados. A cada um, são realizadas visitas 3 vezes por semana ou sempre que necessário.

Um dos aspetos realçados pelas enfermeiras da ECCI, foi que esta equipa funciona diariamente em articulação com vários parceiros, cada um com a sua finalidade, nomeadamente, as Instituições Particulares Solidariedade Social, a Câmara Municipal, Voluntários e claro o utente e a sua família.

Na admissão de cada utente, são realizadas avaliações multiprofissionais, nomeadamente, médica, avaliação de enfermagem e avaliação social. Recorrem a vários instrumentos de recolha de dados, como a avaliação do risco de úlcera por pressão, avaliação do risco de queda, avaliação do grau de dependência do autocuidado, avaliação motora, da coordenação e equilíbrio, avaliação de sinais vitais e parâmetros biofísicos, avaliação da diabetes (se aplicável), auscultação pulmonar, avaliação das características respiratórias, avaliação das condições habitacionais, a dinâmica do agregado familiar e de que forma os vários elementos se organizam consoante as necessidades do seu familiar.

O Decreto-Lei nº 136/2015 de 28 julho introduziu, ainda, desde o momento de referenciação do utente até ao seu momento de alta ou encaminhamento, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde (CIF), centrando assim a intervenção dos profissionais envolvidos na capacitação dos utentes para a funcionalidade, permitindo, também, a avaliação dos resultados das intervenções e cuidados de saúde prestados.

O grau de funcionalidade constitui um indicador de ganhos em saúde, que permite aos elementos da equipa compreender se os objetivos para aquele utente foram atingidos. É realizada esta classificação na admissão do utente, semanalmente e no momento de alta.

O utente tem alta quando os objetivos foram atingidos, quando existe transferência para outra tipologia, óbito, ou a pedido do utente/família.

3. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Esta é uma área de prestação de cuidados da qual tive pouco contacto desde o início da minha atividade profissional, pois trabalho em contexto hospitalar. Neste sentido, grande parte da sua dinâmica e métodos de funcionamento constituem uma novidade para mim. A minha participação no processo de referenciação passa, por identificar as necessidades de apoios sociais e de continuidade de cuidados de saúde enquanto o utente se encontra internado e fazer essa sinalização à EGA do hospital.

Neste sentido, tive a necessidade de pesquisar e questionar acerca da dinâmica de uma unidade de cuidados de saúde primários, mais especificamente de uma ECCL. Esta etapa de compreensão foi essencial para a minha integração na equipa e no estágio, sendo que obtive um maior conhecimento acerca do funcionamento da RNCCI. Este aspeto permitir-me-á, também, esclarecer melhor as famílias dos utentes internados no meu serviço, relativamente às opções disponíveis para assegurar a sua continuidade de cuidados no pós-alta.

Para além disto, penso que daqui em diante, terei atenção em melhorar o registo de enfermagem que é realizado nas notas de alta hospitalar, pois este é essencial para o enfermeiro prestador de cuidados de saúde primários, que irá receber o utente na comunidade. Com um registo correto, é possível compreender que problemáticas e limitações o utente possui no momento de saída, bem como que intervenções já foram realizadas até então.

Um processo de integração e acolhimento do estudante numa nova instituição deverá ser bem estruturado para contribuir para a sua adaptação ao mesmo e, posteriormente, para a aquisição de competências (Marriner, 2009 citado por Gonçalves, 2013). Assim, torna-se determinante a supervisão clínica em enfermagem para "... assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico-reflexiva e consolidação da identidade profissional" (regulamento nº 366, 2018).

4. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Existiram vários aspetos que me fizeram refletir acerca das diferenças inerentes aos diferentes contextos de cuidados.

O conceito de cuidados no domicílio corresponde a um conjunto de serviços realizados por um prestador de cuidados que permite que as pessoas permanecem

no seu ambiente familiar. Poderá ser um curto ou longo período de cuidados, quer sejam de origem preventiva, de cura/tratamento, de reabilitação ou paliativos (Genet, Boerma e Kroneman, 2012).

De facto, comparando com a realidade a que estou habituada no meu contexto profissional, posso afirmar que o hospital é um meio onde, geralmente, os recursos necessários, humanos, materiais estão próximos, ou à distância de um telefonema. Em contexto domiciliário o EEER, intervém de forma autónoma, com os recursos que existem na casa do utente. Se necessitar de uma observação médica, como foi o caso de um utente que visitámos e que precisava de uma terapêutica oral específica, tivemos de regressar à UCC, tentar contactar a médica da equipa, que apenas no dia seguinte iria observar o utente. Ou seja, todo o processo acaba por ser naturalmente mais demorado do que em contexto hospitalar.

Para além disto, é interessante o facto de estarmos a intervir precisamente no meio confortável do utente, na sua cama, no seu sofá, nas escadas do seu prédio e a utilizar os recursos materiais que ele tem disponíveis no seu domicílio, como almofadas, toalhas, bolas, entre outros...é dar “asas à imaginação”.

5. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

Neste âmbito, pude efetivamente verificar a importância de respeitar o tempo que o outro precisa, as suas limitações e aquilo que ele consegue fazer naquele preciso momento, que pode estar condicionado por outros fatores, como por exemplo apenas o facto de estar mais cansado naquele dia, física ou psicologicamente. Apesar de pretendermos que aquele utente atinja os objetivos de reabilitação, de melhoria da capacidade de autocuidado e de funcionalidade, não podemos pedir mais do que aquilo que o utente consegue realizar.

É importante que a relação com o utente e família seja estabelecida em modo parceria, para que tanto eles como nós, enfermeiros de reabilitação, estabeleçamos objetivos semelhantes e realistas. Para que isto aconteça, é essencial compreender o que é que a família e utente pretendem com o programa de reabilitação, quais as suas expetativas e de que forma conseguem colaborar no mesmo.

Tendo em consideração a apreciação do utente, as suas comorbilidades e capacidade funcional, devemos estabelecer um plano de intervenção que vá ao encontro do seu potencial de reabilitação e explicar esta realidade ao próprio e à família, que muitas vezes poderá não estar ajustado às suas expetativas. Neste

sentido são necessários uma comunicação eficaz e um envolvimento do utente e da família no processo de cuidados, essencial para fomentar a adesão ao mesmo (Duarte, 2007).

Até ao momento tenho acompanhado a enfermeira orientadora (OC) nas visitas domiciliárias, sendo que tenho colaborado na apreciação dos utentes, no planeamento e execução de alguns exercícios de reabilitação. É efetivamente o meu primeiro contacto com a intervenção do EEER, obviamente para além dos conteúdos teórico-práticos abordados durante o curso. Até agora está a ser uma experiência bastante positiva, pois têm-me sido proporcionadas oportunidades de aprendizagem muito ricas, nas quais pude começar a aplicar alguns destes conteúdos e a assumir o papel do EEER. Os utentes e famílias recebem-nos, incluindo a mim, que me encontro no papel de estudante, de braços abertos nas suas casas.

Deparei-me com o facto do EEER, para além de realizar os exercícios de acordo com o plano individual de reabilitação, ainda se foca noutros aspetos. Realiza controlo de sintomas, gestão de expectativas do utente e da família, verifica as condições habitacionais, promove a independência e funcionalidade. O momento da realização de exercícios é também uma altura em que o utente desabafa, fala sobre as suas dificuldades, sobre a sua vida e até sobre as suas relações interpessoais.

Nesta prestação de cuidados, o EEER atua como Gestor de caso, promovendo a autonomia, apoio no desempenho das atividades básicas de vida diária, um ambiente seguro e confortável, fornece apoio psicossocial, ensinamentos, capacitação da família/cuidador e acompanhamento de natureza paliativa (Portaria nº50/2017).

Na ECCI existe uma importância acrescida atribuída aos registos de enfermagem, para que sejam de facto completos. Estes, são realizados na plataforma *SClinic* e na plataforma da rede, a *GestCare CCI*. Para além disto é realizada sempre comunicação com a USF, nomeadamente, com o médico de família e com o enfermeiro de família daquele utente, para informar que este se encontra integrado em ECCI. Sempre que necessário a enfermeira solicita observação do utente aos outros profissionais da equipa, por exemplo, para prescrição terapêutica, apoio psicoemocional ou apoio social.

6. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Penso que uma das dificuldades sentidas até ao momento se encontra relacionada com a utilização do sistema informático, pois não é o mesmo que utilizo no meu local

de trabalho e, ainda, a realização de alguns exercícios de RFR e RFM, no sentido da habilidade necessária, inerente às técnicas. No entanto, penso que estes aspetos serão consolidados e aperfeiçoados ao longo do estágio.

No passado dia 2 de outubro tive a oportunidade de assistir a uma reunião de coordenadores do ACES Lisboa e Oeiras, na qual foi apresentado o projeto de duas das enfermeiras da ECCI, uma EEER e outra EESP, acerca de cuidados paliativos pediátricos. Nesta apresentação foi reforçada a importância da intervenção do enfermeiro especialista ao longo do ciclo de vida e da articulação entre especialidades. Apresentaram um estudo de caso de uma criança com paralisia cerebral e da sua mãe que se encontrava com muito medo e receio relativamente à satisfação das necessidades do filho, que apresentava diversas comorbilidades. Assim, foi necessário a intervenção da EESP no sentido de promover o desenvolvimento da criança e da EEER pois as necessidades da criança eram variadas, incluído a necessidade de RFR, e de desenvolvimento sensoriomotor.

Esta partilha foi um alerta para a questão de onde começa a nossa área de intervenção (do especialista de reabilitação) e onde acaba a do colega? Onde se cruzam? Não devemos “separar” cada campo de intervenção profissional, mas aproveitar o que de melhor e as competências que cada um tem para oferecer ao utente e à sua família, oferecendo-lhe um plano de cuidados individualizado.

7. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Considero que o meu processo de integração na ECCI se encontra a evoluir favoravelmente, existindo um ótimo acolhimento por parte da OC e dos outros profissionais, fazendo-me sentir como elemento da equipa. Muitas vezes, também partilho a minha experiência profissional e a realidade do meu contexto de trabalho, acabando por ser uma troca de ideias e aprendizagens.

Este JA, permitiu descrever as atividades planeadas no projeto de estágio realizado anteriormente, referente ao objetivo específico “**Conhecer a dinâmica e integrar a equipa multidisciplinar nos locais de estágio, participando ativamente na melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação prestados**” que vai ao encontro dos Domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A), Domínio da Melhoria da Qualidade (B), Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens

Profissionais(D) e da competência do EEER “*Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*” (OE, 2010; OE 2015).

8. Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *O que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?* (Online) 3/4/2019. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>
- Conselho de Enfermagem (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro
- Decreto-Lei nº 136/2015 (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei nº 101/2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e à segunda alteração ao Decreto-Lei nº 8/2010 que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (nº 145 de 2015-07-28), p. 5081-5091. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>
- Duarte, S. (2007). O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Investigação nº 16*.
- Genet, N., Boerma, W. Kroneman, M. Hutchinson, A. Saltamn, R. (2012). Home Care across Europe – Current Structure and future challenges. *World Health Organization*. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf
- Gonçalves, R. (2013). *Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado no âmbito do Curso de Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Portaria nº50/2017 (2017). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. *Diário da República*, I Série (nº 24 de 2017-02-02), p. 608-629. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>

Regulamento nº 366 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. II Série (nº 113 de 14 de junho de 2018), p. 16

Apêndice 3 – Jornal de Aprendizagem II

1. Introdução

Este segundo Jornal de Aprendizagem (JA), surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação. Nesta UC serão realizados dois estágios, um em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade e outro em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação em meio hospitalar.

Este JA é referente a uma situação que ocorreu na terceira semana do estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Com este trabalho pretendo identificar situações vivenciadas em contexto de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, atribuir-lhes um significado, bem como pensamentos associados às ações realizadas, analisando e refletindo criticamente, no sentido de compreender as dificuldades e aspetos positivos, perspetivando a melhoria destas ações em situações futuras.

2. Descrição – O que aconteceu?

No dia 8 de outubro de 2019, a visita domiciliária da Srª M. A., foi realizada pela Enfermeira de Reabilitação da ECCI, por mim e pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), sendo que os elementos presentes desta equipa eram uma enfermeira e um médico.

A Srª Dª M. A. é uma utente de 78 anos, que recorreu ao serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier no dia 11 de julho deste ano, devido a uma crise epilética após um episódio de mau-estar com perda da fala e paresia do membro superior direito. Foi, posteriormente, transferida para o Hospital Egas Moniz, e submetida a craniotomia temporal direita para exérese de lesão. Tinha-lhe sido diagnosticado um Glioblastoma de grau IV.

Após o período de internamento, que se prolongou até setembro, foi referenciada para a ECCI, pela Equipa de Gestão de Altas (EGA), para reabilitação funcional motora, com o objetivo de melhoria da funcionalidade. Desde então que apresenta um quadro geral de astenia e adinamia, tendo sofrido uma perda de massa muscular considerável. Srª Dª M. A. encontra-se consciente e orientada em todas as dimensões.

Até ao momento, nas visitas domiciliárias têm sido prestados cuidados de enfermagem de reabilitação neste sentido, como mobilizações ativas e ativas-resistidas dos membros superiores e inferiores, treino de transferências de acordo

com a tolerância e conforto da utente, bem como apoio na gestão do regime terapêutico, controlo de sintomas e suporte à família.

O marido da utente, o Sr. E., muito presente no seu dia-a-dia e muito preocupado com a sua situação de saúde, fazia questões frequentes, a mim e à Enfermeira Orientadora (OC), sobre a progressão da sua doença, sobre a recuperação das suas capacidades e da força muscular, sobre a alimentação e suplementação.

Segundo Neto (2003), estas crises resultam da “falta de informação acerca da evolução da doença, das dificuldades na comunicação intrafamiliar, da dificuldade em tomar algumas decisões e da falta de recursos que possam ser importantes” (p. 70).

Neste sentido, verificou-se que existiam várias dúvidas que necessitavam de ser esclarecidas, surgindo, então a necessidade de realizar uma conferência familiar, com a enfermeira de reabilitação e com a ECSCP para compreender quais as suas expectativas e os seus receios relativamente ao futuro.

A ECSCP presta cuidados a doentes que deles necessitam, no domicílio, e fornecem apoio aos seus familiares e cuidadores (APCP, 2016). Esta equipa, que deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro, fornece, também, apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados continuados integrados e às unidades de média e de longa duração e manutenção (Decreto-Lei nº 136, 2015).

3. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Nesta conferência familiar em que pude participar, verifiquei que naquele momento a principal preocupação da utente era a sua falta de força muscular, sobretudo nos membros inferiores e o facto de se encontrar totalmente dependente do marido ou de outra pessoa para se mobilizar. O médico da ECSCP teve de explicar muito cuidadosamente que provavelmente na situação dela, iria ser difícil a recuperação e que teriam de estar preparados para algumas consequências que poderiam surgir com a progressão da doença. Seguiram-se uns segundos de alguma tensão.

A conferência familiar corresponde a uma reunião estruturada e interventiva, com um plano acordado entre os profissionais envolvidos, na qual se pretende, para além da partilha de informação e sentimentos, ajudar a mudar alguns padrões de interação na família (Neto, 2003).

Aquilo que me passava pela cabeça era: como é que se diz a uma pessoa que irá falecer num futuro próximo e que, possivelmente, não haverão resultados significativos ou os resultados esperados por eles, ao nível da sua recuperação?

É, de facto, necessária uma sensibilização profunda para cada situação e para cada família. Segundo Magalhães (2009), “espera-se que o enfermeiro seja capaz de construir um espaço com o doente onde seja possível falar acerca da sua situação” e recorra à “utilização de competências técnicas de relação interpessoal e de comunicação (ouvir, refletir e devolver o sentido, empatia e expressão de sentimentos) (p.92)”.

É, precisamente, na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias e que estes as classificam como sendo da maior importância na qualidade dos cuidados recebidos (Neto, 2003). Este processo de comunicação é, também, visto como parte do processo de promover o conforto (Magalhães, 2009).

4. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Para além disto, senti-me envolvida numa relação ambígua relacionada com o cruzamento destas áreas de intervenção: Cuidados Paliativos (CP) versus Cuidados de enfermagem de Reabilitação. Se estamos a preparar a pessoa e a família para o pior, como é que mostramos que a nossa intervenção de reabilitação também lhes poderá fazer sentido?

Minosso, Souza e Oliveira (2016) constataram, também, que o papel da reabilitação em cuidados paliativos ainda suscita dúvidas pois à primeira vista os seus objetivos podem parecer incompatíveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009, para 1) os Cuidados Paliativos:

constituem uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e das suas famílias que lidam com uma doença incurável e com prognóstico de vida limitado, através da prevenção e alívio de sofrimento, recorrendo à identificação precoce e tratamento de problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

A intervenção de enfermagem de reabilitação é uma estratégia fundamental para uma abordagem paliativa, pois o declínio funcional decorrente da doença, resulta em compromissos no desempenho das AVD (Sydney, Donald, Barbe e Knight, 2014; Minosso, Souza e Oliveira, 2016).

A reabilitação provavelmente não irá restituir o grau de funcionalidade que a pessoa apresentava antes da doença, mas irá proporcionar-lhe um razoável grau de independência e fornecer-lhe as ajudas necessárias nesse sentido (Braga, 2009), contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida.

Assim, é com este objetivo em comum que as áreas se cruzam e este é um dos motivos pelos quais a intervenção do enfermeiro de reabilitação faz sentido em situações de pessoas com necessidades paliativas.

5. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

Com a longevidade e o crescente aumento de doenças crónicas, surgem alterações ao nível da funcionalidade. Sendo um dos objetivos dos CP, oferecer um suporte que ajude as pessoas a viver o mais ativamente possível até ao fim de vida e um sistema de suporte que ajude a família a lidar com a doença (OMS, 2009), é essencial, promover o viver com qualidade de vida, mesmo em fim de vida.

O conceito de reabilitação em cuidados paliativos tem-se vindo a instalar cada vez mais na prestação de cuidados de saúde. Manter alguma mobilidade e independência funcional são dos desejos mencionados por utentes em CP, e são áreas passíveis de intervenção, resultando em ganhos na qualidade de vida (Minosso, Souza e Oliveira, 2016).

Reduzir o sofrimento é um dos objetivos dos CP, e a reabilitação constitui uma abordagem importante neste sentido, pois contribui para a melhoria da mobilidade, da fadiga, da dor, da dispneia e do estado emocional (Sydney, Donald, Barbe e Knight, 2014; Minosso, Souza e Oliveira, 2016).

Esta experiência foi sem dúvida uma mais valia, despertando-me para as questões anteriormente mencionadas.

A questão de ambiguidade surgida inicialmente acabou por desfazer-se, porque de facto com esta reflexão e com a pesquisa realizada, pude perceber que os cuidados de reabilitação e os cuidados paliativos se entrecruzam na medida em que têm objetivos em comum. A qualidade de vida do utente independentemente da sua condição de saúde.

Desta análise, retiro, também a importância do trabalho em equipa e da envolvimento de ambas as equipas. A forma como os “enfermeiros se inter-relacionam e comunicam com os seus colegas de equipa no contexto clínico e em que medida são capazes de influenciar a natureza dos cuidados prestados aos doentes” (Magalhães, 2009, p.94), contribui para o conforto, enquanto objetivo dos cuidados a pessoas com necessidade de cuidados paliativos.

6. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Acabámos por esclarecer algumas dúvidas à utente e ao marido, e isso foi tranquilizador para eles. Torna-se essencial estabelecer em equipa e com o utente e família, objetivos realistas (Minosso, Souza e Oliveira, 2016), sendo também, importante validar que é natural que a família esteja preocupada com bem-estar do seu familiar e que isso suscita emoções (Neto, 2003).

Considero que o facto de não compreender tão bem o papel do enfermeiro de reabilitação em situações de necessidades de cuidados paliativos limitou a minha intervenção nesta conferência e no momento tão importante para aquela família. Independentemente disso, compreendi a necessidade de intervenção da ECSCP e revalidei para mim mesma que o ato de cuidar vai mais para além dos cuidados físicos, e envolve o “atender, física, mental e emocionalmente às necessidades do outro e assumir o compromisso de dar suporte, promover o crescimento e reparação do outro” (Magalhães, 2009, p. 88). Neste sentido, penso que contribui para o conforto daquele casal, demonstrando disponibilidade e compreensão para com os seus receios.

7. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Esta foi uma situação que me marcou pelas suas particularidades, permitindo-me refletir acerca de ambas as abordagens e das suas finalidades. Nesta, pude presenciar um momento de verdadeiro trabalho multidisciplinar, com um único objetivo em comum, a qualidade de vida e conforto da D^a M. A. e do Sr. E, contribuindo, assim, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Mais do que explicar a realidade da sua doença e ajustar expectativas, importa mostrar às famílias que têm consigo uma equipa que se preocupa com o seu bem-estar e que não desiste de investir nas suas necessidades. Com esta situação e a sua conseqüente reflexão penso que me encontro mais preparada para intervir em situações semelhantes, estando capaz de ajudar o utente e família na gestão da sua situação saúde-doença.

Assim, considero que as situações vivenciadas e este jornal de aprendizagem permitiram-me ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio *“Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos direitos humanos e*

baseada numa prática segura, profissional e ética” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” e “D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

8. Bibliografia

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2016) (Online) 20/10/2019 Disponível em https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html?close_cookie_policy

Braga, R. (2009). *Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Decreto-Lei nº 136/2015 (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei nº 101/2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e à segunda alteração ao Decreto-Lei nº 8/2010 que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (nº 145 de 2015-07-28), p. 5081-5091. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/136/2015/07/28/p/dre/pt/html>

Magalhães, J. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Coisas de Ler. Lisboa

Minosso, J., Souza, L., Oliveira, M. (2016). Reabilitação em cuidados paliativos. Revisão de Literatura. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 25 (3).

Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 19. p. 68-74

Sydney, M., Donald, J., Barbe, C., Knight, L. (2014). A Quality Improvement Initiative for Improving Appropriateness of Referrals From a Cancer Center to Subacute Rehabilitation. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol 48, nº 1, Julho de 2014. P. 127 – 131.

World Health Organization (2009). *WHO Definition of Palliative Care*. 20/10/2019 Disponível em <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Apêndice 4 – Jornal de Aprendizagem III

1. Descrição – O que aconteceu?

Neste terceiro Jornal de Aprendizagem pretendo refletir acerca de algumas situações, especificamente relacionadas com a continuidade dos cuidados, e que ocorreram nas passadas semanas no contexto de estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Ao longo do percurso até agora realizado neste contexto de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em âmbito domiciliário, tenho-me deparado com o culminar de cada processo de intervenção individual e, conseqüentemente, com o planeamento de alta de cada utente.

Geralmente, cada internamento na ECCI, tem a duração mínima de 30 dias. Quando este momento se começa a aproximar é realizada uma reavaliação de cada utente, por parte do enfermeiro gestor de caso e da equipa, relativamente à sua evolução e aos ganhos adquiridos, começando-se a ponderar a sua alta. No entanto, é preciso assegurar que os cuidados necessários continuam a ser prestados.

Até à data, encontro-me a prestar cuidados de enfermagem de reabilitação ao Sr. A. R. e ao Sr. A. G.

Ao Sr. A. R., que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) há cerca de 3 meses, realizo, em conjunto com a enfermeira orientadora, três visitas semanais. Neste momento, o utente, já apresentou alguma melhoria da força muscular e amplitude no hemisfério esquerdo e uma maior colaboração no processo de reabilitação, pelo que decidimos passar a visitá-lo duas vezes por semana. Agora, encontramos-nos a planear a sua alta, sendo necessário capacitar a sua cuidadora familiar para que dê continuidade à prestação de cuidados e para que, de alguma forma, se possam manter os resultados obtidos até aqui. Já foram realizados alguns ensinamentos ao Sr. A. R. e à cuidadora no sentido de o incentivar a realizar alguns exercícios propostos e a colaborar nos cuidados.

Relativamente ao outro utente a quem presto cuidados, o Sr. A. G., também, com um incidente de AVC, com sequelas de afasia de expressão e paresia crural à esquerda, bastante colaborante na prestação de cuidados de reabilitação, tem realizado, sobretudo, treino de marcha e treino de Atividades de Vida Diária (AVD). A sua esposa, principal cuidadora, para além de se encontrar exausta irá ser submetida a uma cirurgia às cataratas, necessitará também de cuidados, pelo que será incapaz de ajudar o marido. A sua habitação tem várias barreiras arquitetónicas, dificultando a acessibilidade pela casa.

Neste sentido, foi decidido com esta família que o utente seria referenciado com a maior brevidade para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, para integrar um processo de reabilitação e, também, para descanso do cuidador. Para tal, foram transmitidas às unidades disponíveis na rede e fornecidas algumas informações para os ajudar neste processo.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Honestamente, quando pensava em continuidade de cuidados, pensava sobretudo no planeamento da alta hospitalar para a comunidade. Isto devido ao facto de trabalhar num hospital, nomeadamente num serviço de internamento. Portanto, quando um utente é admitido no meu serviço, começa a ser realizado o planeamento da alta, começando por referenciar o utente para o apoio da assistente social, que posteriormente com as informações médicas e de enfermagem realiza o devido encaminhamento.

E depois na comunidade? O que acontece à pessoa depois de ser integrada na ECCI? Até me encontrar a realizar este estágio não me tinha apercebido desta perspetiva, pois os utentes inseridos nesta tipologia da rede, também chegarão a um momento em que o seu processo de internamento termina e, também eles, terão alta. Esta, dá-se quando a continuidade de cuidados está assegurada.

3. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Com estas experiências pude consolidar um aspeto que já tinha apreendido desde o início do estágio, que de facto, a enfermagem de reabilitação, neste caso em contexto domiciliário, não é apenas corresponder ao processo de reabilitação cardiorrespiratória, motora, cognitiva ou à pessoa com alterações da eliminação, entre outros. É identificar as necessidades dos utentes, as necessidades dos cuidadores/familiares, os seus recursos, é realizar uma avaliação diária, identificar eventuais alterações e compreender que podem surgir intercorrências durante o processo de reabilitação e que este poderá ser comprometido.

Assim, qual será a melhor forma de dar continuidade ao processo desenvolvido e garantir que nesta transição o utente não retroceda nos ganhos obtidos? A nossa intervenção não será eterna e muitas vezes, temos de explicar aos utentes e famílias que chegámos a um ponto de situação em que não existem mais ganhos com a nossa intervenção.

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

Analisando as situações sucedidas, pude compreender que a continuidade de cuidados se encontra presente em diversas situações. Quer seja, naquelas que foram anteriormente mencionadas, quer por exemplo quando é necessário encaminhar para outro profissional de saúde, encaminhar para o serviço de urgência ou articular com o médico de família como já aconteceu neste estágio.

Segundo o Decreto-Lei nº 101 (2006) a continuidade dos cuidados refere-se à “sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” (p. 3857).

Para além disto, a continuidade de cuidados implica que haja um trabalho em parceria, no qual se assume, não só, a responsabilização de cada um pela sua saúde, mas também, a responsabilização de todos pela saúde de cada um (Mendes, Gemito e Caldeira, 2017).

Dois dos princípios pelos quais a rede se rege são a “avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia” e a “participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados” (Decreto-Lei nº 101, 2006, p. 3858).

Posto isto, importa reconhecer que a prestação de cuidados a pessoas dependentes traz uma sobrecarga e desgaste, tanto físico como afetivo, para o cuidador, que enfrenta um conjunto de desafios constantes, necessitando de se reorganizar no seu contexto para vivenciarem este papel. Para intervir neste sentido, é importante a intervenção do enfermeiro para que a continuidade dos cuidados seja assegurada, capacitando o cuidador para gestão do regime terapêutico (Melo, Rua e Santos, 2014).

Assim, para além dos recursos do utente, o enfermeiro deverá também identificar os recursos do cuidador, quer sejam pessoais ou sociais para que consiga ajustar as intervenções e otimizá-las. É importante o estabelecimento de parcerias entre cuidadores formais e informais e, também, o planeamento das intervenções que venham a facilitar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Melo, Rua e Santos, 2014).

Esta continuidade de cuidados é, também, possível devido à articulação da equipa multidisciplinar. No dia 21/10/2019, tivemos uma reunião da ECCI onde estiveram presentes todos os elementos da mesma, enfermeiros, médica, assistentes sociais e

psicólogos, e onde se discutiu cada caso, o decorrer do seu processo e o planeamento da alta ou necessidade de reavaliação de apoio social.

Nesta reunião, que é realizada quinzenalmente, foi possível compreender a importância da discussão entre os vários elementos da equipa, sendo possível obter vários pontos de vista acerca da situação de cada utente.

Assim, torna-se essencial, que exista todo um trabalho multidisciplinar que exige interação e negociação entre os seus membros para conduzir à resolução de problemas em rede. É, importante, que a equipa compreenda a sua diversidade de saberes e competências para tirar partido de cada profissão e de cada profissional, para benefício de todos (Neves, 2012).

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Considero que em ambas as situações identifiquei as necessidades de cada utente e cuidador no que se refere à continuidade de cuidados e foram tomadas decisões relativamente ao futuro, em parceria. No entanto, penso que ainda posso vir a desenvolver melhor a capacidade de articulação com outros profissionais e instituições e contribuir para um trabalho multidisciplinar.

De facto, a continuidade de cuidados encontra-se presente em várias vertentes, quer numa passagem de turno, num contacto telefónico a outro profissional, através dos registos de enfermagem, da nota de alta, mas também, na capacitação do cuidador informal, na tomada de consciência das nossas limitações e na transferência de cuidados quer para outro profissional ou tipologia diferente.

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Sem dúvida, que obtive uma nova perspetiva da continuidade de cuidados e dos processos envolventes, bem como dos vários parceiros e elementos aos quais devemos recorrer sempre que necessário, para benefício do utente. O planeamento da alta é realizado em parceria com o utente/família e em articulação com outros profissionais e outras instituições.

Assim, considero que as situações vivenciadas e este jornal de aprendizagem permitiram-me ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio *“Promover a continuidade dos cuidados, planeando o regresso a casa, assegurando que a pessoa e/ou família possuem capacidades para gestão do regime terapêutico”* e, assim,

desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “C - Domínio da Gestão de Cuidados”.

7. Bibliografia

- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 109 de 2006-06-06) p. 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Melo, R., Rua, M. e Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. Artigo de Revisão. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº 2, Maio/Junho de 2014. p 143-151.
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I. e Casas-Novas (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22 (3) p. 841 – 853.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III, nº 8, p. 125-134.

Apêndice 5 – Jornal de Aprendizagem IV

1. Descrição – O que aconteceu?

Neste quarto Jornal de Aprendizagem pretendo refletir acerca de uma situação, relacionada com a apreciação que o enfermeiro de reabilitação deve realizar no âmbito da prestação de cuidados e que surgiu ao longo das passadas semanas no contexto de estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Tenho acompanhado um utente, o Sr. A. G. desde o momento da sua admissão na ECCI. Este senhor, foi referenciado a partir do hospital, com o objetivo de realizar um programa de reabilitação sobretudo motor, segundo o que estava descrito no programa GestCare da rede, após um contexto de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Quando em conjunto com a enfermeira orientadora, realizei a primeira visita domiciliária, pudemos constatar que as necessidades deste senhor iam muito para além da reabilitação motora. O utente apresentava um quadro de afasia de expressão, não fluente, uma deglutição comprometida para líquidos, na fase faríngea, parestesia crural à esquerda que comprometia o equilíbrio e a marcha. Para além disto, já tinha como antecedente uma perturbação cognitiva. Apresentava-se consciente e orientado na pessoa, espaço e tempo. Do ponto de vista da Teoria do Autocuidado de Orem, o Sr. A. encontra-se num sistema de apoio parcialmente compensatório.

Os problemas levantados, conduziam a vários riscos, como o risco de imobilidade, de queda, de aspiração de conteúdo alimentar, entre outros.

Tive a oportunidade de realizar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação a este utente, no qual me foi possível aprofundar a capacidade de apreciação a uma pessoa com estas necessidades, identificar problemas e delinear intervenções.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Nesta situação surgiram-me várias questões nomeadamente “como poderei intervir de forma a dar resposta a todas as suas necessidades?” e “que conhecimentos necessito de aprofundar acerca de uma apreciação completa a uma pessoa que sofreu um AVC?”.

É importante saber identificar que fatores provocaram as lesões e que sequelas daí decorreram, mas também o que está por detrás dos mecanismos capazes de as reestruturar de alguma forma, ou seja, tal como referem Menoita, Sousa e Pão Alvo (2014) “a reabilitação da pessoa com AVC tem de ser fundamentada em mecanismos fisiológicos” (p. 66).

Torna-se, assim, relevante compreender que as recuperações das funções perdidas na pessoa com AVC se devem à recuperação neurológica anatômica e fisiológica e devido à plasticidade neuronal e recuperação adaptativa, que surge devido às novas aprendizagens e modos de executar funções (Menoita *et al*, 2014).

A reabilitação favorece esta reaprendizagem, sendo que a frequência e a continuidade são fatores que contribuem para uma melhor qualidade dos *feedbacks* sensoriais, favorecendo a fixação do ato. Daí a importância das repetições que conduzem à memória do treino (Menoita *et al*, 2014).

Tendo em conta a importância desta continuidade de treino intensivo e contínuo, surgem as orientações da família/ cuidador no sentido de os capacitar para esta continuidade de cuidados (Menoita *et al*, 2014).

3. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Para mim, a principal mudança é a forma de apreciação da pessoa com AVC. Até ao momento, o meu ponto de vista era a partir da minha observação enquanto enfermeira generalista e enquanto enfermeira que trabalha num serviço de internamento. De facto, as nossas principais intervenções neste âmbito estão sobretudo relacionadas com os posicionamentos, com a avaliação do estado de consciência, com a identificação de alterações ao nível da linguagem, da deglutição e das sequelas motoras.

Agora, com as ferramentas do enfermeiro de reabilitação, toda esta apreciação torna-se muito mais específica e completa.

Tive algumas dificuldades na realização de uma apreciação correta de um utente com estas características não só ao nível dos instrumentos de avaliação necessários como ao nível da definição das intervenções, que fossem adequadas e individualizadas.

Penso, que um dos aspetos menos positivos se relaciona com o fator tempo que nem sempre possibilita ou compromete uma avaliação desta natureza.

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

As necessidades da pessoa com AVC vão muito para além de um hemisfério lesado. Antes disto, importa realizar um exame neurológico adequado, que envolva a avaliação do estado de consciência, de orientação (alopsíquica e autopsíquica), a

atenção, a memória, as capacidades práxicas, a negligência hemiespacial unilateral, a linguagem (Menoita *et al*, 2014).

A avaliação dos pares cranianos, que nos permite perceber quais os que estão lesados e as sequelas subsequentes, e intervir no sentido de minimizar riscos como é o caso da disfagia que o Sr. A. apresenta. Sendo a disfagia de causa neurológica como nesta situação, esta pode resultar numa disfunção na preparação oral, na transferência oral e na motilidade faríngea (Cardoso *et al*, 2011).

As complicações mais frequentes da disfagia são a aspiração de conteúdo alimentar que pode levar a infeções respiratórias, à desnutrição. Estas complicações podem ser prevenidas através de uma avaliação frequente da disfagia e providenciando as intervenções adequadas, minimizando os riscos (Cardoso *et al*, 2011).

A apreciação do enfermeiro de reabilitação envolve, também, a motricidade, nomeadamente, a força muscular, o tónus muscular e a coordenação motora; a sensibilidade, o equilíbrio e a marcha (Menoita *et al*, 2014).

Importa, também, pensar na perspetiva do autocuidado. O que é que aquela pessoa poderá fazer que contribua para satisfazer uma ou mais componentes do seu autocuidado? Tem ajuda de outra pessoa? Necessita de algum dispositivo de apoio?

A par disto, a capacidade para os utentes com AVC terem sucesso no plano de reabilitação depende sobretudo da sua motivação, do suporte social e familiar e da sua condição cognitiva (Costa, Silva e Rocha, 2011). Está comprovado que o estado cognitivo influencia os resultados das intervenções, na medida em que, envolve competências de nomeação e execução (Costa *et al*, 2011).

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Apesar das suas limitações, o Sr. A. colaborava bastante nas intervenções instituídas e nos últimos dias, foi possível avaliar os resultados das mesmas e verificar que se tinham obtido ganhos significativos. Foi gratificante observar a sua evolução e perceber que o nosso trabalho tem sido de extrema importância para aquela família.

Penso que ainda posso melhorar a minha capacidade de apreciação do ponto de vista de enfermagem de reabilitação, nomeadamente, no que se refere à identificação de necessidades e recursos da pessoa e acerca dos instrumentos de avaliação, que devem ser escolhidos adequadamente.

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Com estas oportunidades de aprendizagem vejo-me já na minha prática diária a olhar, para a pessoa que sofreu um AVC e mesmo a pessoas com outras alterações patológicas de uma forma diferente, com um ponto de vista mais especializado. Não só considerando os seus compromissos e limitações, mas sobretudo, as suas potencialidades e de que maneira a minha apreciação é importante para intervir. Assim, considero que as situações vivenciadas e este jornal de aprendizagem permitiram-me ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio “*Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado*” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação “*J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*” e “*J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*”.

7. Bibliografia

- Costa, F., Silva, D. e Rocha, V. (2011). The Neurological state and cognition of patients after a stroke. *Revista Esc Enfermagem USP*. Vol. 45 (5). P. 1081 -1086.
- Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, I. e Vieira, C. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Loures: Lusociência
- Cardoso, A., Raínho, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano, A., Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem de Referência*. III Série, nº 5, dezembro de 2011. p. 135- 143.

Apêndice 6 – Jornal de Aprendizagem V

1. Descrição – O que aconteceu?

Neste quinto Jornal de Aprendizagem pretendo refletir acerca de uma situação relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a uma criança de 9 anos com necessidades especiais, e que ocorreu na passada semana no contexto de estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

No dia 12/11/2019 realizei em conjunto com uma das enfermeiras da equipa uma visita domiciliária a uma criança de 9 anos, o D. Este menino, aos 17 meses de idade desenvolveu uma romboencefalite secundária a enterovírus, do qual resultou um quadro de instabilidade que motivou quatro paragens cardiorrespiratórias. As alterações da romboencefalite evoluíram para lesões sequelares, com atrofia cortico-subcortical difusa relacionado com provável encefalopatia hipóxico-isquémica.

Atualmente, o D. encontra-se sob ventilação mecânica invasiva por cânula traqueal, em contexto domiciliário permanente, totalmente dependente nas atividades de vida diária. É alimentado por sonda de gastrostomia, apresenta tetraparesia espástica e episódios esporádicos de crises convulsivas.

Relativamente ao estado de consciência apresenta um *score* de 7 na escala de coma de Glasgow. Encontra-se calmo, dirige o olhar de forma lentificada. Não é capaz de emitir qualquer discurso, mas apresenta-se reativo, sendo capaz de exprimir satisfação, desagrado ou dor.

Encontra-se em ambiente familiar, com bastantes limitações no acesso a espaços exteriores e contato com pares. Está integrado na ECCI já há 3 anos, para continuidade de reeducação funcional motora e respiratória e, também, sob intervenção da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Neste dia de visita domiciliária, pude observar a intervenção da enfermeira de reabilitação junto do D., sendo que eu fui auxiliando em alguns momentos (otimização da via área, mobilização de segmentos, estimulação sensorial) interagindo sempre com ele.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

De facto, a história do D. é surpreendente, levando à reflexão sobre várias questões. Como é que serei capaz de interagir com o D.? Irá estranhar a minha presença, tendo em conta que seria a primeira vez que me via? Que cuidados especializados necessita esta criança? Para além da otimização da via área (permeabilidade, aspiração de secreções, apreciação do quadro respiratório,

funcionamento do ventilador e do sistema, integridade do estoma) que, sobressai de imediato e constitui uma necessidade básica, que outras necessidades tem o D.? Que qualidade de vida? Como será realizado o programa de reabilitação, a promoção do desenvolvimento?

Segundo Silva, Silva e Santos, 2012, “o processo de reabilitação da criança ventilada no domicílio, deverá ter em consideração, não só a manutenção ou melhoria da condição ventilatória, através da aplicação de técnicas de cinesiterapia respiratória, mas a criança vista como um todo, nas suas diferentes dimensões, uma vez que não é só o sistema cardiorrespiratório da criança que se encontra comprometido, podendo diversas dimensões da vida desta, da família e meio envolvente ser afetadas” (p. 16).

Numa situação com as estas características, devemos lembrar que existe a idade cronológica, a par da idade do desenvolvimento psicomotor, determinante na evolução das suas capacidades cognitivas e emocionais (Lacerda, 2016).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) passa por otimização do tratamento, pela gestão de complicações, pela abordagem da nutrição, pela reabilitação funcional e promoção do desenvolvimento, da educação da criança e família (Silva *et al* 2012).

Neste sentido o EEER contribui para garantir a continuação eficaz do tratamento no domicílio, minimizando os riscos associados à condição clínica e contribui, também, para alcançar o desenvolvimento e crescimentos adequados à idade e à otimização da qualidade de vida, da família e da sua integração na sociedade (Silva *et al* 2012).

Outro pensamento que me surgiu foi relativamente à sua família (que não se estava presente no momento, por se encontrar a trabalhar). Como é que será que esta família gere toda esta situação? Tenho conhecimento que a ECCI conseguiu que a mãe regressasse ao seu emprego e manter a sua atividade profissional, conseguindo que fosse capaz de deixar o seu filho a cargo de outra pessoa, a D^a M., cuidadora do D. O pai, apresenta-se mais distante de toda a situação segundo a enfermeira, e o irmão mais velho frequenta o ensino secundário, com aproveitamento.

As fotografias que se encontram no quarto do D., envolvem os quatro elementos da família (pais e os dois filhos), mas são de há 7 anos, ou seja, antes de toda a situação clínica com o D. ter surgido, o que me leva a pensar que a família tenha ficado estagnada nesse tempo, demonstrando talvez um processo de negação da situação.

3. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Foi possível aprofundar a reabilitação pediátrica e neste caso, de uma situação de doença crónica complexa.

Podemos fazer reabilitação de uma forma não tão direta, com o uso de brincadeiras, que nos permitiram aproximar da criança e proporcionar-lhe conforto e harmonia. A EEER, para além, de ter estado a maior parte daquela hora a cantarolar para o D., foi realizando a reabilitação “escondida” entre brincadeiras terapêuticas. Começou por lançar bolas de sabão, algumas chegavam a tocar na face do D. e foi possível obter de imediato um sorriso. As mobilizações dos membros superiores foram realizadas com musicoterapia, a elevação do tronco foi associada à vibração da cama, a percussão torácica foi realizada também com sons. Foram utilizados peluches com diferentes texturas e guizos, para estimulação sensorial.

Estas brincadeiras acabam por ser terapêuticas, na medida em que, por exemplo, o riso e o choro são usados como forma de causar expansão pulmonar. A compressão torácica permite mobilização das secreções, os posicionamentos para a drenagem postural e os jogos de soprar são interessantes para o estímulo da tosse (Silva *et al* 2012).

A intervenção do EEER na promoção do desenvolvimento cognitivo, físico, emocional deverá ser no sentido de avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança e prevenir a privação de experiências sensoriais e motoras. É importante alertar os pais para irem ao encontro destas necessidades de desenvolvimento e sobre as suas potencialidades, evitando atitudes de superproteção e isolamento social (Silva *et al* 2012).

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

O D. é acompanhado pela ECCI, por diversas especialidades de neurologia, pneumologia, gastroenterologia, pela Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio do Hospital Dona Estefânia, por uma terapeuta ocupacional, pela cuidadora, pelo médico de família e pela ECSCP. Não se trata de uma situação oncológica, mas de uma situação que envolve uma doença crónica complexa.

Segundo Lacerda (2016), “as crianças com cancro não são as únicas com necessidades paliativas, nem sequer constituem a maioria. É essencial que os serviços vejam para lá da oncologia, olhando para patologias em que tantas famílias necessitam de ajuda para aliviar o seu sofrimento, em geral muito mais prolongado.

Estas situações podem ser muito complexas, requerendo cooperação entre múltiplas especialidades e locais de cuidado” (p. 510).

Neste sentido surge o conceito de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). Estes constituem um direito humano básico para todas as crianças, sobretudo para as portadoras de doenças crónicas complexas que limitam a qualidade e a esperança de vida. Apesar das bases serem as mesmas para a prestação de cuidados nos adultos, existem muitas diferenças como a raridade da morte, a baixa prevalência, heterogeneidade de diagnósticos, trajetórias mais longas, os estádios de desenvolvimento da criança (físico, cognitivo e emocional) e dilemas éticos únicos (Lacerda, 2016).

Esta questão dos CPP não se trata apenas de situações de fim de vida ou de luto, são para além disso, uma “...abordagem ativa aos seus cuidados, desde o diagnóstico ou reconhecimento da situação, durante a sua vida e para além da morte” (*Together for Short Lives*, 2018, p.9).

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Apesar de não estar muito familiarizada com a área pediátrica e tendo em conta as características da situação envolvente e desta criança, considero que consegui interagir de uma forma agradável para o D., proporcionando-lhe satisfação e conforto, dentro das intervenções realizadas, juntando o brincar terapêutico à reabilitação.

O brincar terapêutico é essencial para o bem-estar emocional da criança, bem como para o seu desenvolvimento, representando uma oportunidade de aprendizagem e aquisição de habilidades cognitivas, psicomotoras e sociais. Para além disto, constitui uma forma importante de comunicação e de expressão de medos que a criança não consiga verbalizar (Castro et al, 2010).

Numa situação com as estas características, devemos lembrar que existe a idade cronológica, a par da idade do desenvolvimento psicomotor, determinante na evolução das suas capacidades cognitivas e emocionais (Lacerda, 2016).

Esta situação permitiu-me refletir acerca das necessidades de uma criança com doença crónica complexa, sobre a noção de cuidados paliativos pediátricos e a perspetiva para a qualidade e esperança de vida.

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Este constituiu um momento de aprendizagem importante, acerca da reabilitação pediátrica e de uma forma diferente de fazer reabilitação, através do brincar terapêutico. Sem dúvida que se revelou uma situação marcante neste percurso de aprendizagem pessoal e profissional e penso que em situações futuras semelhantes estarei mais consciente das necessidades da criança.

Assim, considero que esta situação e este jornal de aprendizagem permitiram-me ir ao encontro dos objetivos delineados no projeto de estágio “*Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos direitos humanos e baseada numa prática segura, profissional e ética*” e “*Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado*” e, assim, desenvolver os Domínios A – *da responsabilidade profissional ética e legal* e B – *do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* e as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação “J1 - *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*” e “ J3 - *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*”.

7. Bibliografia

- Lacerda, A. (2016). Cuidados Paliativos Pediátricos. In Barbosa, A., Pina, P., Neto, I. 3ª Edição. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética. *Manual de Cuidados Paliativos*. (503-527).
- Silva, J., Silva, N., Santos, V. e Silveira, T. (2012). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol4., março 2012. Saluti Scientia. p. 15-25.
- Castro, D., Andrade, C., Luiz, E, Mendes, M., Barbosa, D., Santos, L. (2010) Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*. São Paulo. Vol. 32, nº 4. P. 246- 254
- Together for Short Lives (2018). *A Guide to Children’s Palliative Care*. 4th Edition. England

Apêndice 7 – Jornal de Aprendizagem VI

1. Descrição – O que aconteceu?

Neste sexto Jornal de Aprendizagem pretendo refletir acerca de uma situação, que ocorreu nas passadas semanas no contexto de estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Eu e a enfermeira orientadora, encontrávamo-nos a prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à D^a O., uma utente de 84 anos, inserida na ECCI há cerca de um mês.

A D^a O. teve um internamento em julho deste ano, num contexto de uma queda da própria altura, no domicílio e que resultou numa fratura subcapital do fémur direito (submetida a hemiartroplastia bipolar por via ântero-lateral no dia 19/07). Para além disto, neste internamento e após a realização de vários meios complementares de diagnóstico, foi-lhe diagnosticado um adenocarcinoma do pulmão de estágio III.

Antes de toda esta situação, segundo o processo clínico, a D^a O. era autónoma, residia sozinha em Abrantes, sendo que neste momento, se encontrava ao cuidado de uma das filhas (são duas), devido à dependência total nas atividades de vida diária. Devido a esta deslocação da área de residência, ainda não tinha sido possível atribuir médico de família a esta utente.

Como antecedentes pessoais, apresentava hipertensão arterial, dislipidemia, Parkinson e síndrome depressiva.

A D^a O. apresentava-se consciente, orientada na pessoa e espaço e desorientada no tempo. Ao longo do nosso acompanhamento, a D^a O. veio a apresentar um quadro de adinamia e apatia, com agravamento progressivo do estado geral, nem sempre colaborando no programa de reabilitação. No dia 29/10, identificámos, após auscultação pulmonar, roncos dispersos em ambos os hemicampos e murmúrio vesicular diminuído na base direita.

Tendo em conta as alterações mencionadas e o facto de a utente ter consulta de pneumoncologia no dia seguinte, contactamos a filha no sentido de solicitar observação da D^a O. relativamente a este quadro.

Posteriormente e após contacto telefónico com a filha, esta referiu que não havia novas recomendações decorrentes da consulta. Comunicamos-lhe a possibilidade de a sua mãe começar a ser seguida pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, tendo em conta a doença avançada e a eventual necessidade de gerir expetativas, ao qual esta referiu não achar necessário.

No dia 04/11 recebemos mensagem da filha, a informar que a utente tinha falecido, no domicílio, após um episódio de hemoptises fulminante. Segundo a mesma, tentaram reanimá-la antes da chegada do INEM, mas sem sucesso.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Ao longo da prestação de cuidados à D^a O. eu e a enfermeira orientadora fomos discutindo acerca deste caso. O que se poderia ter feito mais tendo em conta este quadro geral de adinamia e apatia?

Quando recebemos a notícia por parte da filha que a utente tinha falecido, fiquei de certa forma surpreendida. Tendo em conta o diagnóstico era algo que podia acontecer, mas sobretudo porque veio confirmar que a utente não estava bem e que a família não estava preparada para este fim. Apesar da morte ser inevitável, não deixa de ser uma questão complexa de ser discutida, levando muitas vezes ao medo e não aceitação. Isto pode acontecer em utentes com doença oncológica ou não (Sousa, Soares e Costa, 2009).

O ser humano tende a não encarar abertamente o seu fim de vida e um receio em lidar com a morte, que se encontra muito relacionado com o instinto de sobrevivência humana. O enfermeiro vive neste constante desafio lutando pela vida dos outros, já que a morte é para os enfermeiros vista como um fracasso (Sousa *et al*, 2009).

3. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Outro aspeto foi o facto de a utente ter falecido em casa, com hemorragia fulminante e para o qual as filhas intervieram, tentando reanimá-la. Como será que esta família lidou com a situação?

Pareceu-me que não teve a preparação necessária para o prognóstico da situação de saúde do seu familiar. No entanto, o que falhou? Foi alguma questão inerente à comunicação e relação terapêutica? Foi uma falta de perceção da condição clínica ou até mesmo não aceitação da doença do seu familiar?

Esta recusa de cuidados poderia até ser consciente, a filha estar a par da situação e progressão da doença e não querer sujeitar a mãe a procedimentos invasivos, a estar fora do seu ambiente e querer que esta viesse a falecer em casa.

Para utentes com doença avançada, compreender o prognóstico e os objetivos dos cuidados prestados, pode ajudar na gestão de expectativas, na definição de objetivos

e conferenciar com a família pode ajudar nesta discussão (Sydney, Donald, e Barbe, 2014).

Para além disto, penso que existiu também uma falha na medida em que a articulação com o médico de família não estava regularizada. Isto é um aspeto importante de refletir, pois atualmente, a acessibilidade no que diz respeito ao tempo de espera por uma consulta de médico de família, não está facilitada (Mendes, Gemitto e Caldeira, 2017).

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

O cuidar no domicílio permite lidar com situações novas de constante aprendizagem, o que coloca o enfermeiro numa posição que exige capacidade de decisão e autonomia perante o utente que se encontra sob sua responsabilidade legal. A família e cuidador inserido neste contexto tomam para si a responsabilidade que seria de um profissional, sendo, assim, necessário respeitar as suas condições e limitações (Santos, Leon, e Funghetto, 2011).

Assim, temos também de respeitar as decisões do utente e/ou família, e neste caso, possivelmente esta foi a forma que encontraram de lidar com a situação. Desta forma, “é também necessário reconhecer o utente como coparticipante no seu processo de cura e reabilitação, além de preservar a sua autonomia, ou seja, o direito de decidir quanto ao que deseja para si, para a sua saúde e o seu corpo, por ser este direito um dos primeiros aspetos, diminuídos ou perdidos quando se adoecer” (Campos, 2017, p. 97).

É fundamental dar importância à comunicação e à forma como se comunica. Os “enfermeiros são considerados elementos centrais na comunicação entre os elementos das equipas multidisciplinares e a sua participação na tomada de decisão conjunta é essencial” (Campos, 2017, p. 93).

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Esta situação fez-me refletir acerca do facto de as situações de saúde/doença e a forma como tanto a família como os profissionais lidam com ela não ser assim tão linear.

Por vezes o programa de reabilitação deixa de se adequar à situação do utente e família e muitas vezes este tem de ser reajustado. Este caso iria ser discutido em reunião da ECCI, mas a utente acabou por falecer antes disso.

Foi feita tentativa de articulação com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, com a médica de família da filha, ao qual por questões burocráticas não tinha sido possível. Sugeriu-se à filha o encaminhamento para ECSCP ao qual ela recusou.

No entanto existe o direito desta recusa de cuidados consciente, devendo ser respeitado o modo de condução da situação por parte da família da D^a O. Tal como Nunes *et al* (2005) referem “cada pessoa, no sentido eticamente humano, percebe a sua qualidade de vida” (p. 102) e assim, deve o “enfermeiro ajudar a procurar o caminho da autonomia e a fomentar uma longevidade com qualidade de vida” (p. 94).

Talvez tenha sido necessário intervir mais no sentido da comunicação e interação com a família e perceber como estavam a gerir os seus sentimentos em relação a tudo. Esta gestão de sentimentos acaba por ser um modo de intervenção de grande importância e que adquire centralidade face aos diversos modos de intervenção. Realiza-se através da promoção da confiança e perseverança (Campos, 2017).

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

O decorrer deste processo levou-me a refletir sobre a prática e sobre os modos de agir que poderiam ter influenciado o encaminhamento da situação.

Assim, considero que as situações vivenciadas e este jornal de aprendizagem permitiram-me ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio “*Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, assente no respeito pelos direitos humanos e baseada numa prática segura, profissional e ética*” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal” e no “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

7. Bibliografia

Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. Vol. 15, nº1. p.91-101. PsiLogos. Junho de 2017.

- Mendes, F., Gemitto, M., Caldeira, E., Serra, I. e Casas-Novas (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22 (3) p. 841 – 853.
- Santos, L., Leon, C. e Funghetto, S. (2011). Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16 (Supl.) p. 855-863.
- Sousa, D., Soares, E., Costa, K., Pacífico, A., Parente, A. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 18(1) Jan – Mar. p. 41-47
- Sydney, M., Donald, J., Barbe, C., Knight, L. (2014). A Quality Improvement Initiative for Improving Appropriateness of Referrals From a Cancer Center to Subacute Rehabilitation. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 48, nº 1, julho de 2014. p. 127 – 131.

Apêndice 8 – Jornal de Aprendizagem VII

1. Descrição – O que aconteceu?

Este sétimo Jornal de Aprendizagem corresponde ao período de integração no serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa.

O serviço é composto por 20 camas, no qual as principais patologias dos utentes internados são pneumonia, DPOC, neoplasia do pulmão, TEP, pneumotórax, derrame pleural e fibrose pulmonar.

A equipa de enfermagem é constituída por 18 enfermeiros, sendo que 5 deles são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Estes prestam cuidados de enfermagem generalista e cuidados de enfermagem de reabilitação aos utentes selecionados.

Para tal, têm alguns recursos materiais disponíveis para uso, desde oxímetro portátil, fita marcada no chão do serviço com 10 metros (para o 6MWT), pedaleira, bola suíça, bastões, halteres, bandas elásticas, shaker, acapella e *cough assist*.

O EEER neste serviço é responsável sobretudo pela Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e pela Reeducação Funcional Motora (RFM). Estabelece um plano de reabilitação para o utente, consoante as suas necessidades, a sua apreciação, recorrendo frequentemente a ferramentas como a auscultação pulmonar e a visualização e análise de radiografia de tórax.

O serviço tem alguns protocolos, nomeadamente, um protocolo para o utente com pneumonia e um para o utente com DPOC. No utente com pneumonia é aplicada a escala de Borg, a avaliação da dor e o volume inspiratório antes e depois da RFR.

No utente com DPOC são utilizados o CAT e a avaliação do débito expiratório máximo antes e depois da RFR.

O sistema informático é o *Glintt*, que não me é conhecido, contudo, por ser até bastante intuitivo, não existiram grandes dificuldades no seu manuseamento.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Tendo em conta que trabalho num serviço de pneumologia de outro hospital, considero que é uma mais-valia, não só por estar familiarizada com as principais patologias, mas até com algumas dinâmicas de um serviço específico, o manuseamento de alguns dispositivos e equipamentos como os inaladores pressurizados, ventiladores, *cough assist*.

Porém, não existindo EEER no meu serviço, confesso que não estava tão desperta para a vertente da reabilitação, focando-me sobretudo nos cuidados de enfermagem

generalista. Neste sentido, apresentava alguns receios, nomeadamente, se seria capaz de definir um programa de reabilitação adequado para cada utente, tendo em conta as suas especificidades e se conseguiria utilizar as ferramentas de apreciação do EEER anteriormente mencionadas e mobilizá-las de forma correta, direcionando o programa de reabilitação de acordo com essa análise.

3. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Nesta primeira semana pude já colocar em prática a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a utentes com diversas patologias do foro respiratório e necessidades correspondentes.

Destaco como positiva a minha intervenção com estes utentes, inicialmente com supervisão da enfermeira orientadora e posteriormente com maior autonomia, ao nível da introdução da respiração diafragmática, realização de abertura costal global com bastão, abertura costal seletiva, utilização da bola suíça, do *acapella* e do *cough assist*. Já tive, também, oportunidade de colaborar com a enfermeira orientadora na realização de algumas provas de marcha de 6 minutos.

Até ao momento as principais dificuldades residem no “treino” da auscultação pulmonar e da visualização e análise de radiografias. No entanto, penso que serão aspetos que serão desenvolvidos durante o estágio.

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

É uma mais-valia perceber a organização e dinâmicas do serviço, identificar os recursos que são mobilizados para, assim, contribuir para a integração no serviço e no estágio. Esta fase de adaptação, permitiu-me obter um maior conhecimento acerca da intervenção do EEER neste âmbito e identificar necessidades de aprendizagem, de gestão de recursos e de compreensão da importância do programa de reabilitação.

O programa de reabilitação apresenta benefícios no prognóstico da doença, conduzindo a um menor número de exacerbações da patologia respiratória e menor mortalidade, constituindo uma ferramenta importante na gestão e controlo da doença respiratória, sendo este um foco de atenção do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Eu e a enfermeira orientadora tivemos a cargo um utente com diagnóstico de pneumotórax e com drenagem torácica colocada, com o qual começamos o programa de reabilitação. Nesta situação, pretendíamos facilitar a expansão pulmonar,

readquirir a mobilidade torácica e diafragmática, restabelecer a postura corporal e corrigir eventuais defeitos posturais (Heitor, Canteiro e Ferreira, 2017).).

Previamente foi observada e analisada a radiografia de tórax do utente e realizada auscultação pulmonar. Começamos por realizar com o utente a posição de descanso e relaxamento com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de seguida reeducação diafragmática, a reeducação costal global com bastão e a reeducação costal seletiva com associação da terapêutica de posição (Cordeiro e Menoita, 2012; Heitor *et al*, 2017).

De realçar que estas técnicas de RFR, no caso do pneumotórax, só devem ser iniciadas após a introdução de drenagem torácica.

No dia seguinte, verificou-se após a observação de uma nova radiografia de tórax (posterior à nossa intervenção), uma redução da hipertransparência previamente verificada. Foi positivo, perceber a importância da nossa intervenção e de forma tão imediata.

Outro aspeto importante para este processo de integração foi o facto de já ter realizado outro estágio no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, na ECCI, embora mais focado noutras necessidades de enfermagem de reabilitação, considero uma mais-valia tendo já adquirido algum conhecimento teórico-prático e prático.

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Neste momento, obtendo esta nova perspetiva de atuação e com a aquisição de conhecimentos e práticas até agora, penso que existiu uma integração positiva.

Constatee que existe uma boa relação entre o ER e os restantes elementos da equipa. É dada importância à intervenção do ER, sendo esta inserida em cada plano de cuidados e é feita uma referenciação médica sempre que são necessários estes cuidados.

A cada utente selecionado para reabilitação é estabelecido um planeamento de cuidados, intervindo de acordo com as necessidades. Entre os elementos de ER são partilhadas informações acerca das sessões de reabilitação realizadas, são registados no sistema informático e são transmitidos na passagem de turno para toda a equipa.

Considerarei, também, importante perceber o que fazem no serviço para promover a adesão à ventilação não-invasiva, no utente com DPOC, para desta forma

compreender como poderei aplicar o meu projeto de estágio e ir ao encontro dos objetivos do mesmo, no sentido do desenvolvimento de competências.

Percebi que são realizadas intervenções na assistência do indivíduo com ventilação não-invasiva (VNI) e que essas intervenções são registadas informaticamente de acordo com o diagnóstico CIPE “Ventilação espontânea comprometida”. As principais intervenções definidas são: adaptar o indivíduo ao ventilador; monitorizar parâmetros ventilatórios; aplicar protetor/tratamento cutâneo; vigiar integridade cutânea; gerir oxigenoterapia (quando aplicável); monitorizar sinais vitais; adequar interface e monitorizar a duração da ventilação.

O conhecimento dos protocolos, escalas utilizadas, a existência de uma consulta de follow-up nas pessoas a quem são realizados ensinamentos, como OLD, VNI e inaloterapia foram importantes para perceber como iria desenvolver o meu projeto.

Ao longo do estágio pretendo ainda compreender de que forma o utente e família são envolvidos neste processo de adesão à VNI e, de que forma é assegurada a continuidade de cuidados. Concomitantemente, ao programa de reabilitação que muitas vezes é iniciado no internamento, deve-se intervir no sentido da continuidade de cuidados, planeando a alta hospitalar.

A compreensão destes aspetos é essencial para projetar a minha atuação, o desenvolvimento do meu estágio e a aplicação do meu projeto.

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Num futuro próximo, mesmo no meu serviço atual, irei com certeza olhar para os meus utentes com uma visão diferente, transcendendo os cuidados gerais e incluindo os de especialista. Espero que ao longo do estágio as dificuldades sejam ultrapassadas e que as oportunidades de aprendizagem contribuam para assumir o papel de enfermeiro de reabilitação.

Assim, considero que as situações vivenciadas e este jornal de aprendizagem permitiram-me ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio “*Conhecer a dinâmica e integrar a equipa multidisciplinar nos locais de estágio, participando ativamente na melhoria dos cuidados de reabilitação prestados*” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “Domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”,

“Domínio da Melhoria da Qualidade” e “Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais” e da competência do EEER “J1 - *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*”.

7. Bibliografia

Cordeiro, M., Antunes, C. e Cysneiros, A. (2017). *Manual de Radiografia do Tórax para Enfermeiros – do Conceito à Prática*. Lusodidacta: Lisboa.

Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. e Maia, M. (2017). *Reeducação Funcional Respiratória*. 3ª Edição. Faculdade de Medicina de Lisboa. Apoio: Boehringer Ingelheim.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Reabilitação Respiratória. Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE, Série 1, Número 10. Ordem dos Enfermeiros, janeiro

Apêndice 9 – Jornal de Aprendizagem VIII

1. Descrição – O que aconteceu?

Este oitavo Jornal de Aprendizagem vai ao encontro do 2º Congresso de Enfermagem de Reabilitação, que ocorreu no dia 12 de dezembro, organizado pelo Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, com a temática “Reabilitar é Capacitar”.

Neste dia, ocorreram várias palestras ligadas à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), onde se pretendia debater e partilhar o que tem sido feito pelos colegas e que projetos se encontram a ser implementados, desde os cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares.

Irei destacar algumas das temáticas abordadas que me suscitaram maior interesse e que contribuiram para o meu processo formativo e prática profissional.

Uma delas foi acerca da “Transição na Fibrose Quística”, no qual foi abordada a questão de existirem cada vez mais adultos a sobreviver e, subjacente a isso, a necessidade de um processo de transição do acompanhamento pediátrico para o acompanhamento de adulto. Isto implica que este acompanhamento seja realizado de forma a que o adolescente não sinta tanto o impacto desta mudança. Por este motivo na Unidade de Fibrose Quística de Adultos de um Hospital Central as últimas três consultas de acompanhamento pediátrico são realizadas em conjunto com a consulta de adultos para que a transição não seja tão drástica.

Este tema despertou-me interesse, pois no serviço de pneumologia onde me encontro a realizar estágio, existe uma unidade/cama reservada para utentes com esta patologia, utentes estes que acabam por ter um perfil semelhante. São geralmente pessoas jovens, desnutridas, com internamentos por pneumonias de repetição com colonização de agentes microbianos e que sofrem de depressão e ansiedade. Há pouco tempo houve inclusive um utente com 34 anos com Fibrose Quística (FQ) que faleceu no serviço.

A FQ é uma doença crónica e hereditária, cujo nome deriva do aspeto quístico e fibroso do pâncreas (Taveira, Pascoal e Conde, 2002). Transmite-se de forma autossómica recessiva (Reisinho e Gomes, 2016). Atualmente é possível fazer o diagnóstico molecular por análise do ADN, no doente, no portador e no feto (Taveira *et al*, 2002).

Caracteriza-se por disfunção das glândulas exócrinas onde o gene da doença tem maior manifestação (Reisinho e Gomes, 2016).

Nesta patologia ocorre uma alteração no transporte do cloro e do sódio através do epitélio respiratório levando a que as secreções brônquicas se tornem espessas,

viscosas e de difícil eliminação, levando a uma obstrução crónica. Consequentemente, segue-se a colonização frequente das vias aéreas por bactérias patogénicas, como *pseudomonas aeruginosa*. O defeito genético da proteína do gene CFTR (gene regulador da condutância transmembrana, que codifica a proteína dos canais de cloro) retarda alguns mecanismos normais de erradicação desta bactéria (Taveira *et al*, 2002).

As manifestações clínicas da FQ são multissistémicas, sendo os aparelhos respiratório, gastrintestinal e geniturinário os mais atingidos. As alterações a nível do aparelho respiratório são a principal causa de morbilidade e mortalidade (Taveira *et al*, 2002).

Assim, o objetivo do tratamento é impedir a progressão da doença pulmonar, proporcionando maior esperança de vida e uma melhor qualidade de vida (Taveira *et al*, 2002). A esperança de vida nestes doentes tem vindo a aumentar, sendo a estima de 40 anos (Reisinho e Gomes, 2016).

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento físico, psicossocial e emocional. Quando existe uma doença crónica nesta fase da vida, surgem repercussões na imagem corporal. As alterações fisiopatológicas e o compromisso funcional resultantes da doença interferem no conceito de identidade, no relacionamento social e uma suscetibilidade a problemas psicológicos (Reisinho e Gomes, 2016).

Nesta palestra a colega alertou para o facto de a adesão ao tratamento nestes casos ser fundamental para retardar a progressão da doença, mencionando, ainda que se encontram diagnosticados 60 adultos e 65 crianças seguidos em 3 centros de referência do país. Mencionou, ainda, que nestes utentes é importante avaliar o conhecimento que têm sobre a sua condição de saúde, a adesão ao tratamento, a autoestima, a capacidade para a limpeza das vias aéreas.

A reabilitação respiratória constitui, assim, um papel imprescindível na FQ, para promoção da limpeza das vias aéreas, mobilização e eliminação de secreções. Um programa de reabilitação nestes utentes envolve, também, a educação para a saúde, otimização terapêutica, o treino de exercício, apoio psicossocial e reinserção profissional, com o objetivo da máxima independência (Taveira *et al*, 2002).

Como sendo uma doença que afeta a adolescência é fundamental que o adolescente tome consciência da sua realidade, que reconheça e integre na sua vida as mudanças necessárias ao desenvolvimento de uma transição saudável. Aqui torna-se essencial o papel do enfermeiro neste reconhecimento e consciencialização das consequências da FQ (Reisinho e Gomes, 2016).

Outra das temáticas abordadas foi acerca da “Preparação para o regresso a casa – Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação” desenvolvido por EEER do serviço de pneumologia onde me encontro a realizar estágio. Este projeto focou-se na capacitação do utente e/ou da família para o regresso a casa, relativamente a várias necessidades que vão desde a utilização da inaloterapia, da ventilação não-invasiva, da gestão de oxigenoterapia e da continuidade do programa de reabilitação.

Achei interessante pois esta temática coincide com o tema do meu projeto na medida em que envolve a preparação e a adesão do utente com DPOC sob VNI no regresso a casa. Pude perceber que são realizados ensinamentos ao utente, à família e no pós-alta é realizado um contacto telefónico de *follow-up* para perceber se o utente se encontra a seguir o regime terapêutico e esclarecer dúvidas.

Penso que aqui se encontra em causa a continuidade de cuidados, em que se pretende que o utente mantenha e cumpra o tratamento realizado até ao momento. No sentido de melhorar a adesão e promover esta continuidade, tendo já realizado o estágio em ECCL, concluo que a referenciação do hospital para a comunidade, integrando o processo do utente em centro de saúde e até mesmo em ECCL, incluindo assim, visitas domiciliárias, é de extrema relevância. Surge aqui também a importância dos registos e subsequente transmissão de informação acerca do utente.

Desta forma, garantindo a continuidade de cuidados, contribuimos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde (Mendes, Gemito e Caldeira, 2017).

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Pude constatar que de facto, existem vários projetos interessantes desenvolvidos por enfermeiros de reabilitação e que há muito a aprender com as investigações realizadas. Levando-me a pensar, o que poderei fazer no futuro para contribuir para a visibilidade da especialidade e da nossa intervenção?

Neste sentido, acaba por ser motivador para mim, ver a aplicabilidade destes projetos, permitindo-me refletir acerca do que posso vir a fazer no futuro, no âmbito desta especialidade. Não deixa de ser desafiante, mobilizar os conhecimentos adquiridos, implementá-los e daí comprovar a qualidade da prática do EEER e os ganhos em saúde que podem advir.

3. Avaliação – o que bom e mau nesta experiência?

Com estas partilhas tive oportunidade não só de conhecer outros projetos, mas também, de mobilizar e consolidar conhecimentos teóricos, contribuindo, assim, para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nas mais diversas vertentes. Pude constatar que existe bastante trabalho envolvido em cada projeto implementado e foi, importante, perceber o impacto da nossa intervenção e de que forma podemos dar visibilidade a esse impacto não esquecendo os benefícios obtidos em prol do utente e família.

Para além disto, pude obter contributos para a realização do relatório de estágio e do desenvolvimento do meu projeto no âmbito da intervenção do enfermeiro de reabilitação junto da pessoa com DPOC na adesão à ventilação não-invasiva, no regresso a casa.

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

Neste congresso foi demonstrada a importância da investigação, para que a prática, seja assente em bases de conhecimento teórico. Assim, o EEER deve fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos cuidados prestados, numa perspetiva de melhoria continua (Gomes, Martins e Gonçalves, 2012).

A especialidade de enfermagem de reabilitação, para além de exigir conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual, necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos. Para avaliar os resultados e compreender os ganhos em saúde, é importante definir que ferramentas se podem utilizar para os quantificar (Gomes et al, 2012).

Torna-se relevante a produção de indicadores que evidenciem a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo necessário recorrer a instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e os resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos. Assim, os instrumentos mais adequados para medir a qualidade dos cuidados são a utilização de escalas e as auditorias (Gomes et al, 2012).

A OE (2016) criou um documento que contém precisamente os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, que se encontram organizados por foco. Por exemplo, no foco andar – equilíbrio corporal – posicionam-se, encontramos alguns instrumentos adequados

para a sua avaliação, como a Escala de Equilíbrio de Berg, a Escala de Categorias Funcionais da Marcha, a Medida de Independência Funcional (MIF). Assim, tendo em conta o ou os focos alterados no utente, conseguimos obter de uma forma rápida os principais instrumentos a utilizar na apreciação do mesmo, do ponto de vista de enfermagem de reabilitação.

A qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação deve ser avaliada nas vertentes de estrutura, processo e resultado, “ou seja, implementando programas de melhoria contínua, planeados em função da estrutura, para a prestação de cuidados de reabilitação, executados no sentido da melhoria do processo de reabilitação, avaliados, olhando para os resultados, e atuar, reformulando os dados anteriores” (Gomes et al, 2012, p. 36).

Na apresentação acerca da “Preparação para o regresso a casa – Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação”, as EEER abordaram ainda a importância do papel do EEER na comunicação entre a equipa multidisciplinar e como gestor de caso.

Sublinharam a importância da preparação precoce para a alta e da referenciação para ECCI ou outras tipologias.

Consideraram que para além dos ensinamentos realizados, algumas técnicas de reabilitação como a gestão e conservação de energia, o treino de marcha e de equilíbrio e os exercícios realizados para aumento da tolerância ao esforço, foram essenciais para obter ganhos em saúde como controlo de sintomatologia e consequentemente maior adesão ao regime terapêutico e regresso a casa bem-sucedido.

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Considero que ao participar neste congresso, contribuí para a minha aprendizagem e desenvolvimento profissional, na medida em que, consolidei conhecimentos e presenciei os trabalhos desenvolvidos no âmbito da prática especializada. Poderei, ainda, no futuro vir a desenvolver a capacidade de produção de conhecimento, colaborar em programas/protocolos semelhantes e participar em métodos de avaliação da qualidade dos cuidados.

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Os projetos apresentados demonstraram a sua contribuição para uma melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. Assim, espero vir a desenvolver ou implementar um projeto/protocolo que contribua para a obtenção de ganhos em saúde na área da enfermagem de reabilitação.

Considero que a frequência deste congresso e este jornal de aprendizagem me permitiram ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio “*Colaborar na realização e implementação de programas/protocolos, na área de enfermagem de reabilitação, com vista à melhoria continua da qualidade*” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “B - Domínio da melhoria da qualidade” e “D2 – Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

7. Bibliografia

- Gomes, P., Martins, M., Gonçalves, M. e Fernandes, C. (2012). Enfermagem de Reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº8. p. 29-38
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I. e Casas-Novas (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22 (3) p. 841 – 853.
- Reisinho, M. e Gomes, B. (2016). O Adolescente com Fibrose Cística: Crescer na Diferença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Spe. 3. p. 85-94.
- Taveira, N., Pascoal, I. e Conde, S. (2002). Fibrose Quística - 25 perguntas frequentes em pneumologia. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Permanyer Portugal.

Apêndice 10 – Jornal de Aprendizagem IX

1. Descrição – O que aconteceu?

Este Jornal de Aprendizagem refere-se a uma situação que ocorreu no serviço de pneumologia, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Encontrava-se ao cargo dos meus cuidados uma utente, a Sr. M., de 78 A, internada no serviço no contexto de DPOC agudizada. Já realizava oxigenoterapia de longa duração a 1l/min, e ventilação não-invasiva no domicílio. Aparentemente com alguma dificuldade no cumprimento da VNI durante este período de internamento.

Segundo a transmissão de informação por parte dos colegas durante a passagem de turno, pude perceber que a Sr^a. M. tem tido períodos de ansiedade, e tem apresentado renitência na realização da VNI durante a noite.

A utente tinha, então, indicação para realização de Reeducação Funcional Respiratória, pelo que debati com a enfermeira orientadora qual seria o plano mais adequado para ir ao encontro das necessidades da utente.

Quando me dirigi à Sr.^a M. e me apresentei, explicando também, qual o objetivo da minha presença junto dela, percebi que esta se encontrava um tanto renitente à reabilitação referindo “já ter feito há uns meses e não se encontrar com vontade para isso, para além de estar cansada”. Observando-a, era claro um estado nutricional deficiente (segundo registos apresentava um IMC de 17,04 – abaixo do peso ideal) e um fâcies triste. Encontrava-se com O₂ por óculos nasais a 3l/min, com saturações periféricas de 90 %, frequência respiratória de 20 ciclos por minuto em repouso, uma respiração simétrica e superficial. Recorri à escala modificada de *Borg* para avaliar a dispneia, ao qual me respondeu um score 2 em repouso e um score de 5 em esforço.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Nesta primeira abordagem com a Sr^a M. e apercebendo-me desta renitência e estado depressivo, pensei: “como irei estabelecer um plano de reabilitação com esta utente?”

De que forma poderei ajudar a Sr^a. M. a melhorar o seu estado geral e ir ao encontro das suas necessidades?

Ao mesmo tempo, lembrei-me que a avaliação da pessoa com DPOC, não se limita ao compromisso respiratório, mas ao compromisso global que a doença

provoca. Assim sendo, a ansiedade e a depressão, são comorbilidades significativas na pessoa com DPOC e geralmente associados a um pior prognóstico (GOLD, 2020).

Nem sempre é linear, chegar ao pé do utente e iniciar o programa de Reeducação Funcional Respiratória. Por vezes deparamo-nos com outros aspetos que nos impedem logo de imediato de avançar com outros cuidados. E nesta situação percebi que tinha primeiro de ter outra atitude e cuidado com a Sr^a M. A complexidade das situações como é o caso desta, indica-nos a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação, pela capacidade de apreciação global da pessoa, atendendo à sua individualidade.

A reabilitação respiratória poderá ajudar a reduzir estes sintomas de ansiedade e depressão, sobretudo nestes casos, de pessoas com DPOC e sintomas psicológicos associados, contribuindo para a redução da dispneia, da fadiga, uma melhoria da função pulmonar e da capacidade de tolerância ao esforço (GOLD, 2020).

3. Avaliação – o que foi bom e mau nesta experiência?

Logo de início, percebi que não estava perante uma situação fácil de lidar e que poderia ser complicado estabelecer um plano de reabilitação com esta utente.

No entanto, esta foi uma situação que me permitiu encontrar ferramentas para criar uma relação com a Sr^a M. que se encontrava com todas estas alterações do foro psicológico, sabendo que este quadro influenciaria o seu processo de recuperação, decorrente da agudização da sua doença.

Posteriormente, procurei perceber com a Sr.^a M., quais eram as suas expectativas relativamente à sua situação de saúde, ao internamento e ao futuro. Assim, no primeiro contacto, apenas me sentei ao seu lado e conversei com ela, que me referiu então estar muito pouco motivada para a sua recuperação, por já se sentir “cansada” da sua doença crónica e da instabilidade associada à mesma, devido aos vários internamentos nos últimos anos.

No dia seguinte então comecei apenas por incentivar à consciencialização da respiração e realizar exercícios de respiração diafragmática, com ênfase na fase expiratória, tendo em atenção ao seu conforto, numa perspetiva também de relaxamento. Neste dia a Sr^a M. já se mostrou mais receptiva à realização de RFR. Esta intervenção, de reabilitação respiratória, proporciona benefícios psicossociais, melhorando a dispneia e contribuindo para a qualidade de vida (DGS, 2009).

Foi importante compreender que muitas vezes não se trata de estipular todo um plano de intervenção com inúmeras atividades, mas realizar aquilo que seja mais benéfico para a pessoa, naquela fase, atendendo à sua motivação, à sua tolerância e conforto, nem que isto signifique realizar apenas um exercício.

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

Cerca de metade das pessoas com DPOC sofrem de depressão e 20% sofre mesmo de depressão major. Sabe-se inclusivamente que é bastante comum a presença de ansiedade e depressão nestes doentes. Estas patologias contribuem para um maior número de exacerbação da doença e consequente hospitalização, redução da qualidade de vida. Muitas vezes não é feito o reconhecimento desta ansiedade e depressão nos doentes com DPOC, existindo uma falta de orientação terapêutica neste sentido conduzindo a uma má adesão do regime terapêutico para a DPOC (Maurer *et al*, 2009).

Os sintomas depressivos estão presentes em cerca de metade dos doentes com DPOC, levando ao isolamento social e familiar. Surge o sentimento de frustração relativamente à má condição de saúde e a sensação de invalidez, apresentando-se sob a forma de irritabilidade, pessimismo e atitudes hostis com os outros (DGS, 2009).

Numa abordagem inicial do utente selecionado para realizar RFR, deve ser feita a pesquisa destes problemas, sendo que a DGS, sugere a utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Nesta escala são realizadas algumas questões que vão ao encontro sobretudo da motivação em relação a cuidar de si próprio, do medo constante de que algo de mau aconteça, da sensação de pânico frequente, de impaciência e irritabilidade, à capacidade de rir, de estar bem-disposto e relaxado e de apreciar um momento de lazer (DGS, 2009).

A adesão ao regime terapêutico é diretamente influenciada pelos fatores intrínsecos do doente com DPOC, sendo que existe evidência que a coexistência de depressão, baixa autoestima e frustração condicionam a capacidade do doente se adaptar à sua condição de saúde (Padilha, 2010). E era um facto que a Sr^a M. se encontrava com dificuldades na adesão ao regime terapêutico, devido à presença destes fatores intrínsecos.

Neste sentido, o enfermeiro de reabilitação deve identificar junto do doente as suas expetativas, preocupações, crenças para otimizar o autocontrolo e adesão ao regime terapêutico (Padilha, 2010).

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Concluo que de facto a reabilitação envolve uma abordagem multidimensional e que muitas vezes não se limita ao treino motor ou respiratório, implicando uma apreciação prévia que pode implicar outro tipo de intervenções.

Seria importante ter envolvido a família, nomeadamente, o marido que seria a pessoa de referência e principal cuidador. No entanto não houve contacto com ele por não ter frequentado a hora da visita coincidente com a minha presença no serviço.

Para além disto, teria sido importante para a minha intervenção ter aplicado a escala HADS, para compreender pormenorizadamente a sintomatologia psicológica da Sr^a M, atendendo aos itens e questões que são aplicadas na mesma e, assim, também deixar registada no seu processo clínico esta avaliação, numa perspetiva de continuidade de cuidados.

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Esta situação permitiu-me aprofundar a apreciação da pessoa com DPOC, que tenho vindo a desenvolver e focar-me numa outra dimensão que nem sempre é valorizada, para além do compromisso respiratório. Sem dúvida que estes aspetos psicossociais influenciam todo o processo de doença e reabilitação, bem como a adesão ao regime terapêutico.

Neste sentido e fazendo a ligação entre estes aspetos, numa situação semelhante, penso que estarei mais capacitada para identificar sinais e sintomas de ansiedade e depressão, utilizar um instrumento de avaliação próprio e contribuir para uma intervenção adequada à pessoa com estas características.

Considero que esta situação e o desenvolvimento deste jornal de aprendizagem me permitiram ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio “*Aprofundar conhecimentos técnicos e científicos acerca da VNI, adesão ao regime terapêutico e da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC*” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “B - Domínio da melhoria da qualidade” e “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” e “ J1 – Cuida de

peças com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”

7. Bibliografia

- Direção-Geral da Saúde (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva (DPOC)*. Circular Normativa nº 40 A/DSPCD
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD (2020). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2020 Report
- Maurer, J. *et al* (2009). Ansiedade e depressão na DPOC: o conhecimento atual, questões não respondidas e investigação necessária. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. XV, nº 4. Julho/agosto 2009. p. 740-742
- Padilha, J. (2010). Influência da percepção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Promoção do Autocontrolo da Doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. XVI, nº 4julho/agosto 2010. p. 641-648

Apêndice 11 – Jornal de Aprendizagem X

1. Descrição – O que aconteceu?

Este Jornal de Aprendizagem encontra-se relacionado com uma situação de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de um utente internado no serviço de Pneumologia, com o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

O Sr. J. tem 77 anos e foi diagnosticado com ELA, em maio de 2019. Encontra-se internado desde o dia 3 de janeiro de 2020, devido a uma Traqueobronquite Aguda.

Reside no domicílio com a esposa, sendo parcialmente dependente nas atividades de vida diária, sobretudo nos cuidados de higiene e na eliminação. Alimentava-se até então sem dificuldades. Deambulava com andarilho em casa e saía à rua apenas se tivesse de se deslocar a uma consulta. Cumpria já BIPAP no período noturno e tinha apoio da ECCI da área de residência, sobretudo para apoio na gestão da doença e realização de *cough assist* 3x por semana.

No dia 7 de janeiro tive o primeiro contacto com o Sr. J. enquanto utente de cuidados de reabilitação. Encontrava-se atualmente mais dependente de outros para satisfazer o seu autocuidado e apresentava um fácies triste. Relativamente à avaliação respiratória, verificou-se uma frequência de 25 ciclos por minuto, respiração superficial, simétrica e de predomínio abdominal. Apresentava segundo ele, um grau de dispneia em repouso de 2 e em esforço de 5, segundo a escala modificada de *Borg*. À auscultação pulmonar: murmúrio vesicular globalmente diminuído, com roncos sobretudo nas bases. Procedi à avaliação da força muscular, segundo a *Medical Research Council*, revelando um grau de 5/5 nos membros superiores e um grau de 4/5 nos membros inferiores.

Discuti com a enfermeira orientadora o plano de intervenção para o Sr. J. e pretendíamos sobretudo realizar treino de marcha e *cough assist*, ao qual o utente concordou e colaborou. Realizamos então, com sucesso, marcha no corredor do serviço (cerca de 40 metros), recorrendo ao ventilador, um A40, com parâmetros IPAP 28 e EPAP 8, para suportar a ventilação neste momento de grande esforço para o Sr. J.

Nunca necessitou de aportes elevados de O₂, entre 2 e 3 litros por minuto era suficiente para mantermos saturações periféricas de 93 – 94 %. Utiliza duas interfaces, alternando entre uma oro nasal e uma facial.

Intervimos desta forma com o Sr. J. ainda durante uma semana aproximadamente. Nós e a equipa de enfermagem verificámos que o utente se encontrava cada vez mais dependente da VNI, tolerando ficar sem o ventilador apenas para as refeições. A

pedido dele, pelo desconforto respiratório e pelo esforço que tinha de fazer, solicitava constantemente a colocação do mesmo.

Um dia de manhã apresentou um episódio de aspiração de conteúdo alimentar, no qual dessaturou, segundo os colegas, até aos 50%, com necessidade de aumento do aporte de oxigénio para 15 litros e de realizar *cough assist*, tendo recuperado as saturações pouco tempo depois.

Discutiu-se em equipa e com o utente a necessidade de entubação nasogástrica, pela disfagia para sólidos e líquidos cada vez mais acentuada. Foi agilizada a programação de colocação de uma PEG, com data marcada para o dia 5 de fevereiro.

Atualmente, já se discutiu que o Sr. J. não irá para o seu domicílio, devido a esta necessidade de cuidados de saúde constante, pelo que foi referenciado para a RNCCI. Para além disto, a equipa médica da pneumologia e da neurologia decidiram e reuniram com a esposa e filha do utente, explicando que a sua situação era delicada e que se o seu estado piorasse, ele não iria ser submetido a ventilação mecânica invasiva ou mesmo ser reanimado.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

Numa fase inicial do internamento, na qual se objetivava a recuperação de algumas funcionalidades e se perspetivava o regresso ao domicílio, a sensação era de estarmos a conseguir isso mesmo e que o sr. J. estaria a ter uma evolução positiva. Posteriormente com o sucedido e com o agravamento rápido da doença, o utente tornou-se totalmente dependente no autocuidado, encontrando-se num sistema totalmente compensatório segundo a teoria do autocuidado de Orem. O Sr. J. viu-se a regredir na força muscular dos membros, a sofrer alterações ao nível da deglutição e da comunicação e linguagem, ficando esta cada vez mais lentificada e pouco perceptível.

Aquilo que me passava pela cabeça, era realmente como é que se lida com um utente que se apercebe de estar a perder as forças, a ver o seu estado funcional decair e encontrar-se consciente de tudo ao mesmo tempo? E a família que teve que lidar com o facto de lhe ter sido comunicado que o tratamento a oferecer ao seu familiar teria chegado a um limite.

Tornou-se angustiante, ver o Sr. J. a tentar simplesmente tossir e a sua caixa torácica, praticamente não mexer, demonstrando o compromisso muscular.

Apesar de tudo isto, era incrível como o utente era colaborante connosco, apresentando ao mesmo tempo um fácies “amigável”, tendo em conta que nos encontrávamos muitas vezes a realizar procedimentos pouco confortáveis, como o *cough assist* e a aspiração de secreções.

Atualmente o objetivo é manter alguma qualidade de vida e conforto, promover o máximo possível de recrutamento alveolar e de manutenção da função respiratória.

3. Avaliação – o que foi bom e mau nesta experiência?

De facto, é uma situação delicada, no entanto, é um utente que devido à sua patologia crónica, possui particularidades não muito comuns e que me permitiram adquirir conhecimentos e desenvolver competências.

Relativamente ao dispositivo *cough assist*, já o tinha utilizado no meu local de trabalho. No entanto, esta situação permitiu-me aprofundar a manipulação do mesmo, no que se refere sobretudo à sua programação em função das necessidades do utente. Existem vários parâmetros a colocar no *cough assist*, nomeadamente, a modalidade (se é manual ou automática), a pressão e o tempo de insuflação e de exsuflação, o pico de tosse, a Oscilação (em que fase da respiração fica ligada), a frequência e amplitude. Geralmente a pressão de insuflação e exsuflação começa nos 30 cmH₂O e é progressivamente aumentada até que seja possível auscultar as bases pulmonares. Neste caso do Sr. J., utilizamos pressões de 45 e -45 cmH₂O respetivamente. A interface utilizada era a facial e o número de sequências é estipulado consoante a necessidade e tolerância do utente.

Antes de cada utilização procede-se à auscultação pulmonar e mesmo ao longo das sequências para que seja possível perceber se é necessário aumentar as pressões consoante a auscultação das bases seja mais ou menos audível.

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

A ELA é uma doença neuromuscular caracterizada por deterioração progressiva do sistema nervoso central e que causa atrofia muscular dos membros e da musculatura respiratória, redução dos volumes pulmonares, tosse ineficaz, retenção de secreções e nos estádios mais avançados da doença, falência respiratória. Para além disto, causa também, sintomas de origem bulbar como disartria e disfagia (Orsini *et al*, 2015;

Pontes *et al*, 2010). Esta sintomatologia descrita na literatura vai ao encontro daquilo que o sr. J. apresenta.

O grupo mais afetado pela ELA são os indivíduos do sexo masculino com mais de 60 anos, de raça caucasiana. A progressão da doença varia de pessoa para pessoa, sendo que alguns utentes com ELA tem uma disfunção significativa do neurónio motor enquanto outros nem tanto (Orsini *et al*, 2015). Geralmente o tempo médio de vida encontra-se entre os 3 a 5 anos após o início dos primeiros sintomas (Pontes *et al*, 2010).

Esta é uma doença considerada incurável e fatal, sendo que as estratégias de tratamento são focadas na melhoria da qualidade de vida. O único tratamento farmacológico com alguma eficácia demonstrada no atraso da progressão da doença é o *Riluzole*, que atua no bloqueio da libertação de glutamato (Orsini *et al*, 2015).

A fraqueza dos músculos respiratórios, afeta na maioria dos casos os músculos inspiratórios e expiratórios. Neste sentido, estamos perante problemas como uma tosse ineficaz, um compromisso ventilatório e retenção de secreções. Assim, a abordagem dos cuidados a utentes com ELA é sobretudo a nível respiratório, e deve ter em consideração a respetiva manutenção da limpeza das vias aéreas, a assistência na tosse e o recurso à ventilação não invasiva (Orsini *et al*, 2015).

A condição de hipoventilação crónica, requer o uso da VNI. Esta é uma alternativa em utentes com sinais clínicos e sintomas como respiração superficial, taquipneia, utilização dos músculos acessórios, taquicardia, boca seca, dispneia, apatia e falta de apetite (Orsini *et al*, 2015).

A disfagia é, também, um problema enfrentado por cerca de 30% dos utentes com ELA, aparecendo vários meses após o início da doença, podendo levar a pneumonias de aspiração, adicionalmente a um risco de desnutrição e desidratação, comprometendo a qualidade de vida (Pontes *et al*, 2010).

Decorrente destas problemáticas, os episódios de aspiração de conteúdo e infecciosos são frequentes e contribuem para uma deterioração acentuada da função pulmonar, fazendo com que estas complicações respiratórias sejam a principal causa de morte na ELA (Orsini *et al*, 2015). A colocação de uma sonda nasogástrica é uma opção para evitar os riscos associados à disfagia, bem como um cateter de gastrostomia percutânea que é um procedimento simples e não tão desconfortável como a sonda nasogástrica (Pontes *et al*, 2010).

A disartria, que também surge na ELA, é caracterizada por imprecisão na articulação das palavras e lentificação progressiva da velocidade da fala. Assim, a

linguagem vai-se tornando mais simples e curta, restringido os utentes a responder às questões utilizando palavras simples como sim ou não, para que os outros compreendam (Pontes *et al*, 2010), aspetos que acabavam por estar presentes na situação do Sr. J.

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Considero que a abordagem de cuidados de reabilitação prestados ao sr. J foi ao encontro das suas necessidades e da promoção do seu conforto, intervindo de acordo com as diferentes fases da doença.

Antes do episódio de aspiração de conteúdo, o utente já cumpria algumas técnicas posturais durante a alimentação, como manter o tronco ereto e posicionar a região cervical em flexão antes da deglutição, na fase faríngea e era sempre utilizado espessante na água, com consistência de mel. No entanto, penso que teria sido importante ter começado a realizar exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular ao nível dos lábios (como assobiar, protrair, retrair, lateralizar) e da língua (protrair, lateralizar, elevar, produzir sons tipo “G”) e exercícios de manipulação do bolo alimentar.

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação a um utente com patologia neuromuscular, em diferentes fases da progressão da sua doença, permitiu-me não só aprofundar conhecimento, mas também adaptar os objetivos destes cuidados às necessidades do Sr. J. De facto, nesta situação de saúde não se prevê que existam progressos, mas pretende-se pelo menos que exista uma manutenção do seu estado e não haja regressão.

O sr. J. já não tem critérios para ir para o domicílio se eventualmente tiver alta, pois necessita de cuidados de saúde especializados e constantes, sendo que já foi referenciado para uma unidade de cuidados continuados, pela equipa multidisciplinar.

Atualmente, encontro-me também mais desperta para a utilização do *cough assist* no meu local de trabalho sendo que já realizei formação a alguns colegas acerca do mesmo, pois era de facto uma necessidade do serviço.

Considero que esta situação e o desenvolvimento deste jornal de aprendizagem me permitiram ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio “*Prestar*

cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia cardiorrespiratória e/ou com alterações cognitiva, sensoriomotora, da deglutição, de eliminação e/ou da sexualidade, com vista à promoção do autocuidado” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “B - Domínio da melhoria da qualidade” e “C- Domínio da gestão de cuidados” e “ J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”.

7. Bibliografia

- Orsini, M. et al (2015). Current issues in the respiratory care of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 73 (10). p. 873 – 876
- Pontes, R., Orsini, M., Freitas, M., Antonioli, R. e Nascimento, O. (2010). Alterações da fonação e deglutição na Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão de Literatura. *Revista de Neurociência*. 18 (1). P. 69- 73

Apêndice 12 – Jornal de Aprendizagem XI

1. Descrição – O que aconteceu?

Este Jornal de Aprendizagem é referente a dois dias de estágio realizados na Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva de um Hospital de Lisboa. A pertinência da minha presença nesta consulta relaciona-se o tema do projeto de estágio, *Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com DPOC sob VNI, no Regresso a Casa*, e com a necessidade de aprendizagem acerca da intervenção do ER junto da pessoa submetida a VNI, e que estratégias são utilizadas para fomentar a adesão.

Tenho alguma experiência na utilização de aparelhos de VNI, sobretudo em ambiente de internamento. Esta área de consulta, do seguimento em ambulatório e de como são abordados os utentes é uma vertente com a qual não tinha muito contacto.

Na Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva, os utentes estão presentes geralmente por dois motivos: para avaliação de critérios para instituição de VNI ou para seguimento de VNI. Esta consulta encontra-se dividida em dois dias. No primeiro é realizada uma avaliação de cada utente, atendendo aos seus principais diagnósticos, patologias associadas, hábitos tabágicos, etanólicos, história de internamentos, de VMI ou VNI. É realizado um estudo funcional respiratório e uma gasometria arterial antes da consulta.

O utente chega no primeiro dia e é realizada uma gasometria, após um repouso de 30 minutos, com o débito de O₂ habitual se for o caso, é verificado o peso do utente e são avaliados os sinais vitais. De seguida é feita a leitura do cartão inserido no ventilador num programa informático e a leitura da oximetria noturna. Com estes dados podemos perceber vários aspetos que ajudam o enfermeiro a verificar se existe adesão ou não.

É possível ver o número de horas por noite que tem cumprido a VNI, quer seja na noite passada, há uma semana, um ou mais meses. Conseguimos ver a quantidade de fuga que teve durante a noite e identificar o problema, se é necessário ajustar a interface ou se a traqueia está danificada por exemplo.

Neste momento é realizado o ajuste do ventilador e da interface. É verificado todo o circuito, incluindo os filtros e a traqueia. O ajuste do ventilador implica, verificar os parâmetros colocados como o IPAP e EPAP, que são prescritos pelo médico, e outros como a frequência respiratória, o *rise time*, o *trigger*, a pressão inspiratória máxima e mínima.

Nesta consulta são optimizadas as condições para a ventilação não invasiva de cada utente. No dia seguinte, correspondente à segunda vinda do utente à consulta, após os ajustes realizados no dia anterior, é realizada novamente uma gasometria e a leitura do cartão e, assim, verificado se existiu uma boa adaptação durante a noite, alguma coisa a alterar e esclarecer dúvidas.

Neste serviço é também realizada a Prova de Marcha de 6 Minutos, para aferição do débito de O₂ em esforço.

2. Pensamentos e Sentimentos –O que estou a pensar e a sentir?

No meu local de trabalho, de forma errada, acabamos por praticamente não manusear parâmetros de VNI, provavelmente pela falta de conhecimento e deixamos esta função para o médico. Com o conhecimento acerca destes dados adquiri uma noção maior do que está envolvido em cada ciclo ventilatório e o que poderá estar a comprometer uma ventilação eficaz e a adesão do utente.

Porém relativamente ao manuseamento do circuito do ventilador, escolha de interface adequada, prevenção de lesões, considero já possuir conhecimentos e experiência para proporcionar o maior conforto possível ao utente.

Nestes dias pude constatar a importância da intervenção do enfermeiro. É exclusivamente ele que proporciona todos os meios para que o utente adira a este regime terapêutico, da forma mais confortável possível.

3. Avaliação – o que foi bom e mau nesta experiência?

Com estes dados muito concretos conseguimos perceber se o utente está a cumprir a VNI e de que forma, intervir para melhorar a adesão, resolver problemas, proporcionar um maior conforto e esclarecer dúvidas.

É muito difícil o utente conseguir ocultar alguma informação ou referir estar a cumprir a VNI e, na realidade não estar, pois os dados presentes no ventilador que são bastante objetivos, fornecem-nos as informações necessárias.

Para além do número de horas de VNI que o utente realizou, o ventilador transmite-nos também o valor de fuga que se encontra diretamente relacionada com a adaptação à interface.

A fuga intencional que corresponde aquela provocada por um desajuste da máscara, tem um limite aceitável de 48 litros por minuto. A fuga não intencional, que é a considerada normal aceitável, devido à existência de uma válvula expiratória pode ir até 24 l/min.

Após a colocação dos parâmetros e o ventilador se encontrar pronto para o utente utilizar, este é bloqueado para que este em casa apenas consiga ligar e desligar e evitar que os outros dados sejam alterados. Nesta altura, solicita-se ao utente que coloque a interface, ligue o ventilador e assim verificar se o procedimento se encontra correto, evitando alguns erros que possam levar a desajustes ou complicações.

De realçar que nesta consulta o acompanhante do utente está sempre presente. Nos casos que presenciei, encontrava-se a esposa de um utente com DPOC e noutra a mãe de um utente com patologia neuromuscular. Pude constatar nestas situações que os familiares se encontravam bastante envolvidos na situação, demonstrando conhecimentos acerca do manuseamento do ventilador e interessados nas mudanças realizadas.

A família constitui o principal apoio ao desenvolvimento das tarefas inerentes à implementação do regime terapêutico a que o utente doente está sujeito. Este mantém uma maior ligação física e afetiva a um familiar, com quem tem maior afinidade e grau de envolvimento nos cuidados decorrentes da doença crónica e respetivos tratamentos. Quando os contributos da rede familiar são insuficientes na supressão das suas necessidades, os utentes mobilizam outros recursos de maior proximidade como os vizinhos, centros de apoio social, IPSS e empresas especializadas de cuidados respiratórios domiciliários (Morais e Queirós, 2013).

4. Análise – que sentido posso encontrar no que se passou?

Asseiro e Beirão (2013) concluíram que existe uma falta de familiaridade dos profissionais de saúde com a VNI explicando em parte a baixa adesão do utente, existindo assim a necessidade de uma equipa qualificada e de formação continua.

Segundo Arnal, Texereau & Garnerio (2017), as recomendações para avaliação da eficácia da VNI no domicílio são variadas e incluem a avaliação clínica da pessoa, a gasometria arterial, a oximetria noturna, os dados do ventilador e registos da sua utilização durante a noite, que permitem analisar o número de horas de utilização, a

quantidade de fuga, a sincronização da pessoa com o ventilador e o número de interrupções durante a noite (sendo que mais de três reflete desconforto).

Após a programação dos parâmetros do ventilador e a conexão ao utente deve-se monitorizar a sincronia utente-ventilador, a existência de fugas, parâmetros vitais, incluindo oximetria de pulso. Em função dos resultados clínicos e gasométricos, faz-se a alteração e o ajuste dos parâmetros no ventilador (Álvares e Curião, 2016).

Em modo de BIPAP no caso de patologia obstrutiva deve-se programar numa fase inicial o ventilador com um IPAP entre 14-20 cm H₂O e um EPAP entre 6-10 cm H₂O; uma FR mais baixa < 12 (tentar 2 -5 ciclos abaixo dos realizados pelo utente); um tempo inspiratório de 0,8 a 1 segundos e um FiO₂ com débito de modo a obter Spo₂ 88 -92% se hipercapnia e 90-92% se hipoxemia (Álvares e Curião, 2016).

No caso de um utente que necessite de um autoci PAP, a pressão constante oscila entre 6 -14 cm H₂O e vai aumentando consoante as necessidades de desobstrução da via aérea.

O ajuste do *trigger*, que constitui o início da pressão inspiratória, é importante para minimizar a “luta” que o utente pode dar em relação aos ciclos do ventilador. O *rise time*, pressão inspiratória inicial, é também importante para promover uma adaptação do utente ao ventilador e conseqüentemente trocas gasosas adequadas. Quando se trata de patologia obstrutiva o valor do *rise time* deve ser mais baixo e em caso de patologia restritiva deverá ser mais alto (Nabais *et al*, 2013).

Estes parâmetros permitem aos profissionais de saúde avaliar a qualidade do sono, verificar valores analíticos, efeitos secundários, como úlceras por pressão, conjuntivite, congestão nasal, distensão gástrica, e detetar fugas, necessidade de humificação do sistema, assincronias com o ventilador ou obstruções das vias aéreas superiores e intervir nesse sentido. Esta avaliação no domicílio também é importante para validar os conhecimentos da pessoa e a necessidade de mudar a interface (Arnal, Texereau & Garnerio, 2017).

5. Conclusão – o que fiz/não fiz e o que mais poderia ter feito?

Nestes dois dias de consulta, de facto o tempo foi pouco para tamanha informação. São inúmeros os tipos de ventiladores que existem, os seus modos de ventilação e parâmetros.

Foi benéfico verificar a autonomia do enfermeiro nesta consulta e o conhecimento e experiência da equipa. Pude constatar que os registos são bastante individualizados

e pormenorizados relativamente aos aspetos envolventes da VNI e do seu cumprimento. Todos estes dados são registos em folha própria de monitorização para além dos registos informáticos. Os diagnósticos de enfermagem mais comuns são: “ventilação comprometida”, “adaptar ventilador” e “adaptar O₂”.

Trago o exemplo do Sr. M. um utente cumpridor com o diagnóstico de SAOS a realizar autocipap no domicílio. Foi à consulta onde se verificou na gasometria que apresentava hipercapnia, um PaCO₂ de 54 mmHg, pelo que foi necessário mudar o ventilador para um Bipap, para corrigir este valor.

Tive oportunidade de capacitar este utente relativamente à utilização do novo ventilador, substituir a interface que se encontrava danificada e realizar ensinamentos relativamente aos cuidados a ter com a mesma.

Os cuidados de enfermagem na seleção da interface passam pela escolha de um material maleável, quando possível, de silicone ou gel; um tamanho que se adapte à anatomia facial do utente, utilizar um apósito hidrocolóide no septo nasal; hidratar a face; corrigir o ajuste da máscara de forma a evitar tensão excessiva do arnês e diminuir fugas; programar períodos de descanso do utente, coincidentes com a alimentação e possibilitar a eliminação de secreções (Nabais *et al*, 2013).

6. Planear a ação – o que irei fazer de futuro e que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Atualmente considero com o conhecimento que adquiri, que tenho uma maior consciencialização dos parâmetros necessários a uma VNI adequada ao utente e consequentemente a uma maior adesão.

Considero que esta situação e o desenvolvimento deste jornal de aprendizagem me permitiram ir ao encontro do objetivo delineado no projeto de estágio “*Capacitar as pessoas com DPOC para a adesão à VNI, com vista ao autocuidado, envolvendo a família*” e, assim, desenvolver as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inseridas no “B - Domínio da melhoria da qualidade” e “C- Domínio da gestão de cuidados” e “ J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”.

7. Bibliografia

- Álvares, E. e Curião, R. (2016). *Protocolos em Pneumologia de Intervenção*. Lidel – edições técnicas.
- Arnal, J., Texereau, J. e Garnero, A. (2017). Practical Insight to Monitor Home NIV in COPD Patients. *Journal of COPD*. Vol. 14, nº4, 401-410.
- Morais, A.; Queirós, P. (2013). Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, nº10. p. 7-14. Julho, Coimbra.
- Nabais, N., Fonseca, C., Santos, D. e Silveira, S. (2013). Complicações da Ventilação Não Invasiva: Cuidados de Enfermagem. In Fonseca, C. e Fontes, R. *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (p. 15 – 23). Great Age Friends – Inovação e Desenvolvimento. Lisboa.

Apêndice 13 – Plano de Cuidados I



10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação à
Pessoa com Alteração da Perfusão Cerebral

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Ana Patrícia Castro Rebelo, Nº 3778

Regente da UC: Profª Mª Céu Sá

Docente Orientadora: Profª Cristina Saraiva

Enfermeira Orientadora: Enfª TG

Lisboa, 14 de outubro de 2019

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

- ✓ Nome: Sr. A. R.
- ✓ Sexo: Masculino
- ✓ Idade: 83 anos
- ✓ Nacionalidade: Portuguesa
- ✓ Estado civil: Casado
- ✓ Religião: Católica
- ✓ Morada: Ribeira da Laje
- ✓ Agregado Familiar: Reside com 4 filhos e Esposa
- ✓ Cuidador Principal: Sr^a C., que faz parte da família e se encontra no domicílio do utente diariamente das 8h às 17h. Fornece, também, apoio à esposa do Sr. A.
- ✓ Peso: 80 kg Altura: 1,65 m
- ✓ IMC: 29, 38kg/m² – Excesso de Peso
- ✓ Sem alergias conhecidas.

1.1. Motivo de Referenciação

O sr. A. R. foi proposto para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados pela Equipa de Gestão de Altas de um Hospital de Lisboa, no contexto de um Acidente Vascular Cerebral Isquémico da artéria cerebral média direita, com sequelas de hemiparesia esquerda. Foi admitido a 25/09/2019 para Reeducação Funcional Motora, prevenção de quedas, apoio nas atividades de vida diária e gestão da terapêutica.

1.2. História de Saúde Atual

No dia 26/08/2019, o sr. A. R. recorreu ao serviço de urgência de um Hospital de Lisboa por um quadro de 3 dias de evolução de quedas recorrentes, que foram relacionadas com terapêutica hipotensora, que suspendeu. No dia 28/08/2019 regressa por desorientação e diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo, tendo sido diagnosticado um Acidente Vascular Cerebral isquémico na artéria cerebral média direita, após realização de TAC Crânio-Encefálico.

Esteve internado até 20/09/2019 num serviço de Medicina, onde desenvolveu uma Infecção do Trato Urinário e uma Pneumonia nosocomial ao nível do lobo superior direito.

1.3. História Pgressa

Antecedentes Pessoais:

- Diabetes *Mellitus* tipo II

- Hipertensão arterial
- Doença osteoarticular degenerativa
- Doença arterial periférica
- Dislipidemia
- Síndrome Demencial
- Presbiacusia
- Presbiopia

Terapêutica Atual:

- Omeprazol 20 mg - 1cp ao PA
- Sucralfato 1 saqueta – PA, Almoço e Jantar
- Ácido Acetilsalicílico 150 mg – 1cp ao Almoço
- Sertralina 50 mg – 1 cp ao PA
- Pregabalina 50 mg – 1cp ao PA e Almoço
- Donepezilo 5 mg – 1cp ao PA, Almoço e Jantar
- Sinvastatina 20 mg – 1cp ao Jantar
- Trazadona 100 mg - 1 cp ao deitar
- Bisacodilo 5 mg – 1cp ao deitar

Condições Socioeconômicas e Habitacionais

Reside em bairro social, numa casa com 3 quartos, uma sala de estar, uma casa de banho e uma cozinha, todos de pequenas dimensões. O quarto do Sr. A. é partilhado com a esposa, com duas camas individuais, sendo que a cama do Sr. A. é articulada. A casa de banho tem um poliban com degrau e permite a entrada da cadeira-de-rodas. O acesso à residência é realizado através de um portão seguido de um lance de 4 degraus de escada. Apresenta saneamento básico.

2. APRECIÇÃO

25/09/2019

Exame Físico

O sr. A. apresenta pele e mucosas íntegras, ligeiramente descoradas e desidratadas. Apresenta hipoacusia bilateral. Sem compromisso ao nível da

deglutição. Tem prótese dentária a nível superior e inferior. Tem um IMC 32 kg/m, correspondente a excesso de peso. Apresenta incontinência vesical e intestinal funcional. Refere alguma dor no hemitórax esquerdo, apenas quando é mobilizado.

Avaliação Neurológica

Estado de Consciência: O Sr. A. encontra-se consciente, orientado na pessoa e no espaço, com períodos de desorientação no tempo, tendo sido orientado neste âmbito.

Atenção: Alterada, dispersa

Linguagem: Apresenta discurso pobre, respondendo a questões simples, com vocábulos curtos, obedecendo a instruções verbais.

Memória: O utente apresenta défice na comunicação, pelo que não foi possível avaliar este parâmetro

Sinais Vitais:

- ✓ TA de 116/72 mmHg
- ✓ FC 85 bpm, pulso rítmico e cheio
- ✓ FR 18 cpm, simétrica, toraco-abdominal, média amplitude
- ✓ Temp. 36,9 °C
- ✓ Dor 2/10 (escala numérica), no hemitórax esquerdo, quando mobilizado

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais

A força muscular foi avaliada utilizando a **Medical Research Council**: o Sr. A. apresenta alterações ao nível do Membro Inferior Esquerdo: Flexão/extensão da coxofemoral 3/5; flexão/extensão do joelho 3/5; Dorsiflexão da Tibiotársica 3/5 e, ainda, alterações ao nível do Membro Superior esquerdo, nomeadamente, Flexão/extensão da escapulo-umeral 3/5; flexão/extensão do cotovelo 3/5; pronação/supinação do cotovelo 3/5; flexão plantar do punho 3/5; flexão/extensão, abdução/adução dos dedos e oponência do polegar 3/5. Restantes segmentos sem alterações.

Avaliação do Tônus Muscular dos Segmentos Corporais

Utilizando a Escala de *Ashworth* (Apêndice II) e após mobilização passiva, verificou-se que se encontra presente um Tônus Normal em todos os segmentos.

Avaliação do Equilíbrio

Equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico diminuído (tem tendência a cair para o lado ou para a frente)

Equilíbrio em pé estático diminuído e dinâmico ausente (necessita de apoio para se manter na posição ortostática e não se consegue movimentar de uma posição para outra)

Avaliação da Coordenação Motora

Segundo a realização do teste de Index-Nariz, verificou-se que o utente apresenta hipometria.

Avaliação da Amplitude Articular

O Sr. A. apresenta alterações ao nível da amplitude articular no membro inferior esquerdo, realiza flexão da articulação coxofemoral (com o joelho em extensão) até aos 30 ° e no membro inferior direito até aos 40°.

Nos restantes segmentos não se verificaram alterações.

Avaliação da Sensibilidade

- ✓ Superficial
 - Dolorosa - Presente
 - Térmica – Presente
 - Tátil – Diminuída no hemicorpo esquerdo
- ✓ Profunda
 - Postural – Diminuída
 - Vibratória – Não foi possível avaliar
 - Pressão – Diminuída no hemicorpo esquerdo

Avaliação do Risco de Queda

Foi avaliado o risco de queda através da **escala de Morse**, obtendo-se uma classificação de 55, correspondente a **Risco Elevado de Queda**.

Avaliação da Marcha

Segundo as Categorias Funcionais da Marcha (Apêndice III), o Sr. A. apresenta uma Marcha terapêutica, não funcional 1/5 (precisa de ser firmemente amparado por uma ou duas pessoas).

Avaliação do Grau de Dependência

Segundo a escala de *Barthel* (Apêndice IV), apresenta um score de 15, ou seja, dependência total, nas AVD cuidados de higiene, atividades rotineiras, alimentação e eliminação.

No leito apresenta mobilidade muito limitada, muda ocasionalmente a posição do corpo ou as suas extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho, requerendo ajuda total para se posicionar.

As transferências são realizadas com ajuda parcial da cuidadora, para cadeira-de-rodas, com participação do utente na realização da rotação do corpo com os membros inferiores apoiados no chão. Não demonstra capacidade para realizar marcha, nem sistema de alavanca que favoreça a carga.

O utente alterna entre decúbitos no leito e a cadeira-de-rodas. Tem um andarilho que até ao momento apenas consegue utilizar para erguer a posição ortostática.

Tem como ajudas técnicas, uma cama articulada, cadeira de rodas e um andarilho.

Sono e Repouso

Dorme em cama articulada com elevação da cabeceira e grades levantadas. Habitualmente dorme entre 8- 9 horas por noite.

4. Apreciação do utente segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Avaliação dos 8 Requisitos Universais de Autocuidado

Requisito de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<i>Manutenção de uma quantidade ar suficiente</i>	Eupneico em ar ambiente. SP 97% Sem SDR	Apresenta-se eupneico em repouso, com episódios de tosse ineficaz. Refere alguma dor no hemitórax esquerdo, apenas quando é mobilizado. Saturação Periférica: 94 %. AP: murmúrio vesicular rude com roncos dispersos em ambos os campos pulmonares e diminuído nas bases.	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório
<i>Manutenção de uma ingestão de líquidos suficiente</i>	O utente ingere cerca de 500ml de água por dia.	Mantém padrão habitual.	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório
<i>Manutenção de uma ingestão de alimentos suficiente</i>	Alimenta-se de dieta hipossalina preparada pela cuidadora. Cerca de 5 refeições por dia. Refeições principais constituídas por sopa, prato de carne ou peixe e sobremesa.	Alimenta-se de uma dieta mole, à mesa com a esposa, sentado em cadeira-de-rodas. Consegue levar a comida à boca. Não apresenta disfagia ou compromisso da mastigação. Porém necessita de ajuda total na preparação de refeições, prestada pela cuidadora.	Sistema de Apoio Totalmente Compensatório

<i>Manutenção de um padrão de eliminação vesical e intestinal adequados</i>	Apresenta incontinência vesical e intestinal ocasionais. Urina amarela, com cerca de 4 micções por dia. Trânsito intestinal mantido.	Apresenta incontinência vesical e intestinal funcional. Utiliza fralda. Urina amarela, com cerca de 4 micções por dia. Habitualmente tem 3 dejeções por semana, com fezes castanhas, duras.	Sistema de Apoio Totalmente Compensatório
<i>Manutenção de um equilíbrio entre repouso e atividade</i>	Permanece sentado no sofá grande parte do dia. Realiza levante e marcha com ajuda. Sem alterações do sono.	Apresenta dificuldade na realização de atividades, devido a hemiparesia esquerda e cansaço fácil. Após os cuidados de higiene faz levante para cadeira-de-rodas. Regressa ao leito para descanso, após o almoço. Sem alterações do sono.	Sistema de Apoio Totalmente Compensatório
<i>Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social</i>	Convive principalmente com a esposa, os filhos e a cuidadora. Apenas sai de casa para se deslocar a consultas.	Mantém padrão habitual.	
<i>Prevenção de riscos à vida humana, funcionamento e bem-estar</i>	Apresenta Risco de queda	Apresenta Alto Risco de Queda, score 55	Sistema de Apoio Totalmente Compensatório

<p><i>Promoção do normal funcionamento e desenvolvimento, entre grupos sociais de acordo com o potencial humano, limitações e o desejo de ser normal</i></p>	<p>Compreende o que lhe é transmitido, mas não apresenta total consciência das suas limitações.</p>	<p>Compreende o que lhe é transmitido, mas não apresenta total consciência das suas limitações. Apresenta maior dificuldade na comunicação verbal. Cumprir ordens simples e colabora com a equipa de enfermagem no processo de reabilitação.</p>	<p>Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório</p>
---	---	--	--

5. Avaliação dos 6 Requisitos de Desvios de Saúde

<p><i>Procurar assistência médica adequada</i></p>	<p>Comparece a consultas com ajuda total dos filhos e cuidadora. Não tem capacidade para procurar assistência médica autonomamente, no entanto, através das suas queixas (dor, tosse), a cuidadora identifica a necessidade de procurar assistência.</p>
<p><i>Estar consciente dos resultados da condição patológica e dos efeitos resultantes do seu desenvolvimento</i></p>	<p>Não tem consciência da sua condição patológica, mas tem consciência de algumas das suas limitações, nomeadamente, dificuldade em mobilizar hemicorpo esquerdo</p>
<p><i>Segue a terapêutica prescrita e as medidas de reabilitação</i></p>	<p>Cumprir a totalidade da medicação prescrita, administrada pela cuidadora. Colabora no programa de reabilitação, no entanto, por curtos períodos devido a um cansaço fácil.</p>

<i>Estar consciente dos possíveis efeitos das medidas prescritas</i>	Não tem consciência dos possíveis efeitos das medidas prescritas
<i>Ser capaz de modificar a sua autoimagem e aceitar as suas necessidades de saúde</i>	Aceita que necessita de apoio de outra pessoa para satisfazer as suas necessidades básicas
<i>Aprender a viver com as condições de saúde</i>	Não tem consciência da sua condição de saúde na totalidade e ainda não aprendeu a viver com as suas condições de saúde

2. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- ➔ AUTOCUIDADO COMPROMETIDO
- ➔ LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS INEFICAZ
- ➔ MOBILIDADE FÍSICA, COMPROMETIDA
- ➔ RISCO DE QUEDA

Programa de Reabilitação:

- Melhorar permeabilidade das vias aéreas
- Melhorar força muscular
- Melhorar amplitude articular
- Melhorar Padrão da Marcha
- Prevenir complicações relacionadas com Imobilidade
- Prevenir quedas
- Melhorar capacidade de Autocuidado

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação das Intervenções
25/09	<p>Mobilidade Física, comprometida relacionada com alteração da perfusão cerebral, isquemia da ACM direita, manifestada por hemiparesia esquerda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obter melhoria da força muscular - Obter melhorias ao nível da amplitude dos movimentos - Inibir o aparecimento do padrão espástico - Prevenção de complicações músculo-esqueléticas - Prevenir a ocorrência de quedas 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da força Muscular através da utilização da escala <i>Medical Research Council</i> - Avaliação da espasticidade através da escala de Ashworth - Avaliar risco de queda segundo escala de Morse - Avaliação da amplitude articular - Cuidados de Repouso no leito <ul style="list-style-type: none"> ➔ Incentivar a alternância de decúbitos no leito ➔ Colocação de almofadas de gel para conforto e proteção de superfícies ósseas ou colchão anti escaras - Realizar exercícios de fortalecimento muscular: <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar mobilizações ativas e ativas resistidas no hemicorpo direito e ativas-assistidas no hemicorpo esquerdo. <u>Membros superiores:</u> dedos (abdução e adução; flexão e extensão e oponência do polegar); antebraço (supinação e pronação), cotovelo (flexão e extensão); ombro (abdução e adução; flexão e extensão; elevação e depressão). <u>Membros Inferiores:</u> 	<p><u>4/10</u></p> <p>Segundo a cuidadora, o sr. A. tem alternado decúbitos com ajuda, com mais frequência quando está no leito.</p> <p>O utente consegue realizar a ponte no leito, mas ainda não consegue rolar.</p> <p>Realizou treino de fortalecimento muscular, tolerando mobilizações ativas, com introdução de resistência – 2 séries de 10 repetições em cada segmento. Tolerou mobilizações articulares.</p> <p>A cuidadora tem realizado levante do sr. A. diariamente para cadeira</p>

			<p>dedos (abdução e adução; flexão e extensão); articulação tibiotársica (dorsiflexão e flexão plantar; inversão e eversão), no joelho (flexão e extensão), na articulação coxofemoral (flexão e extensão; abdução e adução).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recorrer à utilização de banda elástica, haltere, resistência manual ○ Realizar atividades terapêuticas como rolar no leito e ponte com resistência manual <p>- Realizar exercícios de mobilidade articular</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Realizar mobilizações articulares ativas no hemicorpo direito e ativas-assistidas no hemicorpo esquerdo <p>- Treino de transferências</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Incentivar a cuidadora a realizar levante ao Sr. A. diariamente, para cadeira-de-rodas ➔ Supervisionar a transferência para cadeira de rodas e para o leito <p>- Avaliar equilíbrio estático e dinâmico</p> <p>- Treino de equilíbrio estático e dinâmico</p>	<p>de rodas, com colaboração do utente</p> <p>O utente consegue colocar-se na posição ortostática apoiando-se no andarilho e através de <i>push-up</i>, conseguiu melhorar a posição de sentado na cadeira</p> <p>Ainda não consegue realizar treino de marcha</p> <p>11/10</p> <p>Realiza treino de fortalecimento muscular, tolerando mobilizações ativas, com introdução de resistência – 2 séries de 10 repetições em cada segmento.</p> <p>Tolerou mobilizações articulares</p>
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> → Quando sentado, incentivar o Sr. A. a manter o tronco ereto; proceder a correção postural → Acrescentar o balancear do tronco → Realizar exercícios na cadeira-de-rodas de equilíbrio e de <i>push-up</i> → Realizar exercícios de treino de equilíbrio, utilizando o andarilho → Realizar Treino de Marcha com apoio unilateral e com andarilho <p>- Prevenção de Quedas</p> <ul style="list-style-type: none"> → Avaliar risco de queda através da escala de Morse → Realizar exercícios de RFM descritos anteriormente para melhorar a força muscular → Conscientizar o Sr. A. acerca das suas limitações e a solicitar ajuda antes de realizar algum movimento ou tentativa de mudança de posição → Conscientizar a cuidadora Sr^a C. para adotar medidas preventivas de quedas no domicílio, 	<p>Consegue manter equilíbrio sentado estático e dinâmico</p> <p>Realizado treino de marcha com apoio unilateral e andarilho, sendo que conseguiu percorrer uma distância de 6 metros (ida ao quarto e volta para a sala).</p> <p>Mantém Marcha terapêutica não funcional 1/5</p> <p>Obteve melhoria da força muscular no MIE (flexão/extensão da coxofemoral, flexão/extensão do joelho, dorsiflexão da Tibiotársica 3/5 para 4/5) e no MSE (flexão/extensão da escapulo-umeral, flexão/extensão do cotovelo, pronação/supinação do cotovelo, flexão plantar do punho, flexão/extensão,</p>
--	--	--	--	--

			<p>como a remoção de tapetes, a colocação de contenção física no Sr. A. sempre que se encontre sentado e a utilização de calçado antiderrapante.</p> <p>→ Sugerir a colocação de uma tabua de apoio/sustentação quando o sr. A. se encontrar sentado</p> <p>- Supervisão Cutânea</p> <p>→ Avaliar risco de UP</p> <p>→ Incentivar à alternância de decúbitos</p> <p>→ Incentivar à hidratação da pele</p>	<p>abdução/adução dos dedos e oponência do polegar 3/5 para 4/5)</p> <p>O Sr. A. apresenta risco elevado de queda. Solicita ajuda para realizar alguma mudança de posição. A cuidadora removeu os tapetes presentes em casa e aplica sempre contenção física no utente, quando este se encontra sentado. O utente não voltou a apresentar quedas</p>
25/09	Autocuidado comprometido, relacionado com hemiparesia esquerda, manifestado por dependência	<p>- Melhorar a capacidade de autocuidado</p> <p>- Que o Sr. A. seja capaz de se alimentar sem ajuda</p>	<p>- Avaliar grau de dependência segundo a Escala de Barthel</p> <p>- Treino de cuidados de higiene</p> <p>→ Incentivar a cuidadora a transferir o Sr. A. para cadeira no poliban</p>	<p>4/10</p> <p>O Sr. A. utiliza uma esponja e consegue lavar o tronco e membro superior esquerdo.</p> <p>O Sr. A. utiliza a toalha para secar a cara, o tronco e o MSE</p>

	<p>total nas Atividades de Vida Diária higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação</p>	<p>- Que o Sr. A. seja capaz de colaborar na sua higiene pessoal - Obter um melhor socre na MIF</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Incentivar o Sr. A. a lavar o rosto ou outras partes do corpo durante o duche e consciencializar a cuidadora para este incentivo ➔ Incentivar à utilização de esponja ➔ Incentivar à utilização de cabo flexível para lavar as costas ➔ Incentivar à secagem do corpo com toalha ➔ Incentivar o Sr. A à higiene oral, utilizando ele próprio a escova de dentes com o membro não afetado <p>- Treino de Vestir e despir</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Fornecer roupa ao sr. A, quando sentado ➔ Incentivar a vestir a parte superior, vestindo primeiro o lado afetado ➔ Incentivar a vestir a parte inferior, vestindo primeiro o lado afetado ➔ Incentivar a despir primeiro o lado não afetado <p>- Treino de alimentação</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Incentivar o Sr. A. a alimentar-se sentado na cadeira de rodas, à mesa 	<p>A cuidadora tem levado o sr. A. ao wc pelo menos 2 vezes por dia. O sr. A. nem sempre consegue eliminar quando está na sanita.</p> <p>11/10</p> <p>O sr. A. não consegue utilizar a escova de dentes, mas consegue realizar higiene oral com elixir se lhe for providenciado</p> <p>O sr. A consegue vestir a parte superior do corpo, mas não consegue vestir a parte inferior</p> <p>O sr. A. é transferido para a cadeira de rodas e alimenta-se à</p>
--	---	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">➔ Incentivar o Sr. A. a alimentar-se sozinho da refeição, com auxílio prévio na preparação dos alimentos (cortar carne/retirar espinhas do peixe) ou alterar a consistência dos alimentos para mole <p>- Treino de eliminação vesical e intestinal</p> <ul style="list-style-type: none">➔ Incentivar o Sr. A. a solicitar ajuda quando pretender urinar ou evacuar➔ Incentivar a cuidadora a levar o Sr. A. à sanita pelo menos 3 vezes por dia, em intervalos estabelecidos, como de manhã, à hora de almoço e antes de deitar➔ Incentivar o Sr. A. a ingerir líquidos, preferencialmente 30 minutos antes da ida ao wc➔ Informar acerca de ajudas técnicas como alteador de sanita e apoio de braços➔ Informar acerca de uso do urinol➔ Informar acerca de mudanças na alimentação, maior consumo de vegetais, frutas, cereais integrais, para facilitar trânsito intestinal	<p>mesa, da totalidade da refeição e ingere líquidos de forma autónoma</p> <p>A cuidadora tem levado o sr. A. ao wc pelo menos 2 vezes por dia. Têm articulado a ingestão de líquidos antes da ida ao WC e o sr. A. já consegue eliminar quando está na sanita.</p>
--	--	--	---	---

25/09	<p>Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz, relacionado com Pneumonia associada aos cuidados de saúde manifestado por expetoração amarela e espessa e dificuldade em expelir</p>	<p>- Que o Sr. A. consiga manter a permeabilidade das vias aéreas</p> <p>- Melhorar auscultação pulmonar</p> <p>-Prevenir complicações relacionadas com estase de secreções</p>	<p>- Avaliação das características respiratórias</p> <p>- Avaliação das características das secreções</p> <p>- Monitorizar Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca, Saturação Periférica de O2 e conforto do utente antes, durante e após exercícios respiratórios</p> <p>- Auscultação Pulmonar antes e após realização de exercícios de Reeducação Funcional Respiratória</p> <p>- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração diafragmática</p> <p>- Realizar Drenagem Postural Modificada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição de sentado • Decúbito dorsal em semi-fowler com almofada sob região popliteia • Decúbito semi-dorsal esquerdo e direito • Decúbito lateral esquerdo e direito <ul style="list-style-type: none"> ○ Associar manobras acessórias (neste caso indicado, vibração) <p>- Ensino e Assistir na técnica da Tosse</p>	<p>4/10</p> <p>O utente apresentou melhorias ao nível da auscultação pulmonar.</p> <p>O utente foi capaz de colaborar na realização do controlo e dissociação dos tempos respiratórios e na técnica da tosse.</p> <p>Realizou drenagem postural modificada, com tolerância em cada decúbito 5 minutos, 1x/dia</p> <p>Evidenciou uma tosse mais eficaz, com saída de secreções brancas, fluidas</p> <p>Sem sinais de dificuldade respiratória e sem dor no hemitórax à palpação</p> <p>Saturação periférica de 97%</p>
-------	--	---	--	---

			<p>- Fluidificação de Secreções</p> <ul style="list-style-type: none">• Reforçar hidratação para 1l/dia• Soluções de limpeza nasal	
--	--	--	--	--

6. Bibliografia

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Cadernos OE. Série II, Nº 1, *Catálogo da CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Direção-Geral de Saúde (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma 054/2011.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016) - *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby

Apêndice 14 – Plano de Cuidados II

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação
à Pessoa com Alteração da Perfusão Cerebral

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Ana Patrícia Castro Rebelo, Nº 3778

Regente da UC: Profª Mª Céu Sá

Docente Orientadora: Profª Cristina Saraiva

Enfermeira Orientadora: Enfª TG

Lisboa, 4 de Novembro de 2019

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

- ✓ Nome: Sr. A. G.
- ✓ Género: Masculino
- ✓ Idade: 69 A
- ✓ Nacionalidade: Portuguesa
- ✓ Estado civil: Casado
- ✓ Religião: Católica
- ✓ Morada: Oeiras
- ✓ Situação Profissional:
Reformado
- ✓ Agregado Familiar: Reside com a Esposa
- ✓ Cuidador Principal: Sr^a G. (esposa)
- ✓ Família: Têm um filho de 43 anos e uma neta de 18 anos.
- ✓ Peso: 74 kg Altura: 1,65 m
- ✓ IMC: 24,7 Kg/m² – Peso Adequado
- ✓ Sem alergias conhecidas.

2. Motivo de Referenciação

O Sr. A. G. foi referenciado para Equipa de Cuidados Continuados Integrados pela Unidade de Saúde Familiar C.O., no contexto de um internamento prolongado, após uma queda da qual resultou uma Hemorragia Subaracnoídea (HSA). Foi admitido em ECCI a 17-10-2019 para realizar reabilitação motora, apoio na gestão da medicação, gestão do ambiente físico e apoio à cuidadora principal.

a. História de Saúde Atual

A 19/08/2019 o utente encontrava-se a passar férias em Leiria, onde apresentou queda da própria altura na via pública. De acordo com o próprio com náuseas, sem perda de conhecimento, sem alterações visuais ou outra sintomatologia neurológica. Foi encaminhado para um Hospital de Coimbra para observação pela Neurocirurgia, onde realizou TAC Crânio Encefálico (CE), que revelou Hemorragia Subaracnoídea (HSA) difusa supra e infratentorial e hematoma epicraniano frontal direito, com sequelas de disfagia e compromisso motor.

Realizou novo TAC CE no dia 25/08/2019 que revelou reabsorção parcial das densidades hemáticas subaracnoídeas. Restante estudo globalmente sobreponível. Foi transferido para o hospital da área de residência e teve alta hospitalar para o domicílio no dia 2/09/2019.

A 24/09/2019 foi internado novamente no hospital da área de residência, por uma Traqueobronquite Hipoxemiante, com alta a 3/10/2019.

Segundo o processo clínico, até ao dia 19/08/2019, o Sr. A. G. era autónomo nas Atividades de Vida Diária, deambulando no domicílio e no exterior. Neste momento, após os internamentos, encontra-se com um grau de dependência total, segundo a escala de Barthel, neste caso da esposa. Para além disto, a esposa, Sr^a G. irá ser submetida a uma cirurgia oftálmica a 28/10/2019, situação que a está a preocupar, tendo em conta a dependência do marido.

b. História Progressa

Antecedentes Pessoais

- ✓ Acidente Vascular Cerebral isquémico da ACM direita (2016) com **paresia crural esquerda e afasia de expressão**
- ✓ Diabetes Mellitus tipo II
- ✓ Doença coronária com EAM (2008)
- ✓ Glaucoma bilateral
- ✓ Hipertensão Arterial
- ✓ Perturbação Neurocognitiva Major

Medicação Habitual

- ✓ Ácido Acetilsalicílico 150 mg – 1 cp Almoço
- ✓ Aripiprazol 5 mg – 1cp em Jejum
- ✓ Latanoprost e timolol - 1 gota em cada olho ao deitar
- ✓ Memantina 20 mg – 1cp Pequeno-Almoço
- ✓ Metformina 500 mg – 1 cp Pequeno-Almoço
- ✓ Nebivolol 5 mg - 1 cp Pequeno-Almoço
- ✓ Ramipril 5 mg – 1cp Pequeno-Almoço
- ✓ Sertralina 100 mg – 1cp Pequeno-Almoço
- ✓ Sinvastatina 20 mg – 1cp Jantar
- ✓ Trazadona 100 mg – 1cp deitar

Condições Socioeconómicas e Habitacionais

O Sr. A. G. reside com a esposa, Sr^a G., principal cuidadora. Esta era porteira do prédio, que tem elevador, sendo que a habitação do casal, se encontra no 6º andar.

Tem saneamento básico. A casa é de pequenas dimensões, com uma casa-de-banho, que tem uma banheira com um banco para duche e um espaço único sem divisão correspondente à cozinha, sala e quarto. Esta divisão tem várias barreiras arquitetónicas, nomeadamente móveis, sendo que o espaço livre para circular é muito reduzido, dificultando a própria mobilidade do utente.

Na cozinha têm uma porta que fornece a passagem para um terraço onde se prevê que seja possível realizar o programa de reabilitação.

Os rendimentos do casal são as reformas de cada um.

Atualmente têm apoio domiciliário do Centro Social Paroquial que realiza os cuidados de higiene ao Sr. A. G. e têm o apoio do filho e da neta, esporadicamente.

3. APRECIÇÃO

17/10/2019

Na primeira visita ao domicílio, no dia 17/10, o Sr. A. encontrava-se bastante desconfortável, apresentando um quadro respiratório alterado, cianose labial e acessos de tosse ineficaz, dificultando a eliminação de secreções. À auscultação pulmonar verificaram-se roncospersos em ambos os campos pulmonares, e murmúrio vesicular diminuído na base direita.

Neste dia apresentava os seguintes parâmetros vitais:

- ✓ Pressão arterial – 97/65 mmHg
- ✓ Frequência Cardíaca – 114 bpm, pulso regular e forte
- ✓ Temperatura Timpânica – 36,4 ° C
- ✓ Frequência Respiratória – 35 cpm, simétrica, toraco-abdominal, superficial
- ✓ Saturação periférica de O₂ – 90 %
- ✓ Dor – 3 na Escala de Faces

Foi contactada a médica de família do utente, tendo o utente sido avaliado no domicílio e medicado com antibioterapia que realizou durante 8 dias.

Tendo em conta estas alterações foi realizada uma nova apreciação no dia seguinte, em que o utente, apresentava significativas melhorias do quadro respiratório.

18/10/2019

Exame Físico

O Sr. A. apresenta pele e mucosas coradas. Apresenta uma ferida abrasiva, no membro inferior direito resultante da queda, em fase de cicatrização. Restante pele íntegra.

AP: Murmúrio Vesicular mantido, sem Ruídos Adventícios

Apresenta dificuldades na alimentação, disfagia para líquidos na fase faríngea, com necessidade de utilização de espessante. Apresenta falta de dentição parcial, a nível superior e inferior, tendo dificuldade em mastigar os alimentos, sendo fornecida uma dieta maioritariamente pastosa.

Apresenta incontinência vesical ocasional e continência intestinal. Segundo a esposa evacua uma vez por dia na casa-de-banho.

Parâmetros Vitais

- ✓ Pressão arterial – 113/71 mmHg
- ✓ Frequência Cardíaca – 85 bpm, pulso regular, forte
- ✓ Temperatura Timpânica – 36,3 °C
- ✓ Frequência Respiratória – 20 cpm, simétrica, toraco-abdominal, superficial
- ✓ Saturação periférica de O₂ – 97%
- ✓ Dor – 1 na Escala de Faces

Avaliação Neurológica

Estado de Consciência: O Sr. A. encontra-se consciente, orientado na pessoa e espaço, desorientado no tempo relativamente ao mês e ao dia, tendo sido reorientado nesse sentido. Cumpre ordens simples.

Atenção: Mantida

Linguagem: O Sr. A. apresenta afasia de expressão, do tipo não fluente. Responde às perguntas com monossílabos, não sendo capaz de emitir uma frase completa. A compreensão da linguagem está preservada.

Memória: O utente apresenta défice na comunicação, pelo que não foi possível avaliar este parâmetro.

Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais

Utilizando a Escala *Medical Research Council* (Apêndice I) o Sr. A. apresenta sobretudo alterações ao nível do Membro Inferior Esquerdo: Flexão/extensão da coxofemoral 3/5; flexão/extensão do joelho 3/5; Dorsiflexão da Tibiotársica 3/5 e, ainda, alterações ao nível do Membro Inferior Direito, nomeadamente, Flexão/extensão da coxofemoral 4/5; flexão/extensão do joelho 4/5; Dorsiflexão da Tibiotársica 5/5. Membros superiores e restantes segmentos sem alterações.

Avaliação do Tónus Muscular dos Segmentos Corporais

Utilizando a Escala de *Ashworth* (Apêndice II) e após mobilização passiva, verificou-se que se encontra presente um Tónus Normal em todos os segmentos.

Avaliação do Equilíbrio

Equilíbrio sentado estático mantido e dinâmico diminuído (“cai” para o lado)

Equilíbrio em pé estático mantido e dinâmico deficiente (necessita de apoio para se mover da posição inicial para outra posição, se não poderá cair)

Avaliação da Coordenação Motora

Segundo a realização do teste de Index-Nariz, verificou-se que o utente apresenta hipometria.

Avaliação da Amplitude Articular

O Sr. A. apresenta alterações ao nível da amplitude articular. No membro inferior direito, realiza flexão da articulação coxofemoral (com o joelho em flexão) até aos 30° e no membro inferior esquerdo até aos 20°.

Realiza abdução da CF até aos 40° (lado direito) e até aos 25° (lado esquerdo).

Nos restantes segmentos não se verificaram alterações.

Avaliação da Sensibilidade

- ✓ Superficial
 - Dolorosa - Presente
 - Térmica – Presente
 - Tátil – Diminuída no MIE
- ✓ Profunda

- Postural – Diminuída
- Vibratória – Não foi possível avaliar
- Pressão – Diminuída no MIE

Avaliação do Risco de Queda

Apresenta alto risco de queda, score 90, segundo a escala de Morse.

Avaliação da Marcha

18/10/2019 - Segundo as Categorias Funcionais da Marcha (Apêndice III), o Sr. A. apresenta uma Marcha terapêutica, não funcional 1/5 (precisa de ser firmemente amparado por uma ou duas pessoas).

23/10/2019 – Apresenta Marcha Domiciliar 2/5 (a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, num ambiente conhecido e controlado, como em casa).

Avaliação do Grau de Dependência

18/10/2019 – Segundo a escala de *Barthel* (Apêndice IV), apresenta um score de 15, ou seja, dependência total, nas AVD cuidados de higiene, alimentação e eliminação

23/10/2019 - Segundo a escala de *Barthel*, apresenta um score de 20 – dependência grave, nas AVD cuidados de higiene, alimentação e eliminação

4. APRECIÇÃO DO UTENTE SEGUNDO A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

AVALIAÇÃO DOS 8 REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Requisito de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<i>Manutenção de uma quantidade ar suficiente</i>	<p><u>Componente Respiratória:</u> Padrão Respiratório toraco-abdominal, simétrico, superficial, irregular. SP. 96%</p> <p><u>Componente Cardíaca:</u> Perfil normotenso (TA 110- 70 mmHg) Perfil normocardico (75- 85 bpm); pulso rítmico e forte</p>	<p><u>17/10</u> Padrão Respiratório: Polipneico 35 c/m abdominal, simétrico, superficial, irregular. Cianose Labial. Acessos de tosse produtiva, mas ineficaz. Secreções amarelas, espessas. SP 90 %. AP: roncos dispersos em ambos os campos pulmonares, diminuído na base direita. Parâmetros vitais alterados conforme supramencionado.</p> <p><u>Componente Cardíaca:</u> Perfil Hipotenso (97/65 mmHg) Perfil Taquicárdico (114 bpm); pulso rítmico e forte</p>	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório
<i>Manutenção de uma ingestão de líquidos suficiente</i>	O utente apresenta disfagia para líquidos, por períodos, sendo dependente de outra pessoa para o fornecimento de água	Atualmente, a disfagia para líquidos é mais frequente, sendo necessário utilizar sempre o espessante. Consegue levar o copo à boca, mas com dificuldade ou risco de entornar (alteração da coordenação motora).	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório

	com espessante. Ingere cerca de 500ml de água por dia.	Apresenta Tosse após a deglutição, Sialorreia do lado direito, Deglutição Retardada (superior a 2 segundos para semissólidos)	
<i>Manutenção de uma ingestão de alimentos suficiente</i>	Alimenta-se de uma dieta mole, cerca de 4 refeições por dia, preparadas pela esposa.	Alimenta-se de uma dieta pastosa. O almoço é fornecido pelo CSP. O pequeno-almoço, lanche e jantar são confeccionados pela esposa. Tem dificuldade em levar os alimentos à boca (alteração da coordenação motora relacionado com patologia prévia DM II).	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório
<i>Manutenção de um padrão de eliminação vesical e intestinal adequados</i>	Apresenta continência vesical e intestinal. Trânsito intestinal mantido.	Apresenta incontinência vesical funcional , ocasional, relacionado com patologia prévia AVC e perturbação cognitiva, necessitando de utilizar fralda e incentivo a ir ao wc para urinar. Por vezes, consegue manifestar vontade em ir à casa-de-banho urinar e evacuar. Geralmente tem uma dejeção por dia, de características normais.	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório
<i>Manutenção de um equilíbrio entre repouso e atividade</i>	Permanece alguma parte do tempo em casa, alternando entre o sofá e a cama, necessitando de ajuda parcial nas transferências. Vai à rua,	Não sai de casa, apenas se estritamente necessário. Encontra-se grande parte do dia no leito, realizando levante, com ajuda da esposa, para se alimentar sentado numa cadeira à mesa.	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório

	realizando distâncias curtas, com ajuda.		
<i>Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social</i>	<p>Segundo a esposa, o Sr. A. apesar de já apresentar afasia de expressão anteriormente, conseguia emitir palavras com maior clareza e ser compreendido.</p> <p>Convive sobretudo com a esposa, filho e neta. Visita a família em Leiria esporadicamente.</p>	Atualmente mais isolado, não se desloca à rua, convivendo maioritariamente com a esposa, e com o filho e neta que prestam algum apoio diariamente. Apresenta maior dificuldade em se expressar e emitir palavras. A esposa refere “às vezes não o percebo” sic.	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório
<i>Prevenção de riscos à vida humana, funcionamento e bem-estar</i>	Apresentou Queda que resultou em HSA.	Mantém risco de queda elevado, devido à paresia crural no MIE, Score Morse 90, Marcha Terapêutica não Funcional 1/5 , desequilíbrio ortostático dinâmico e às barreiras arquitetónicas existentes no domicílio (vários móveis, pouco espaço para circular, tapetes, calçado inadequado).	Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório

<p><i>Promoção do normal funcionamento e desenvolvimento, entre grupos sociais de acordo com o potencial humano, limitações e o desejo de ser normal</i></p>	<p>Compreende o que lhe é transmitido, mas não apresenta total consciência das suas limitações.</p>	<p>Compreende o que lhe é transmitido, mas não apresenta total consciência das suas limitações. Devido à afasia de expressão, tem dificuldade na interação social. Cumprir ordens simples e colabora com a equipa de enfermagem no processo de reabilitação.</p>	<p>Sistema de Apoio Parcialmente Compensatório</p>
---	---	--	--

5. AVALIAÇÃO DOS 6 REQUISITOS DE DESVIOS DE SAÚDE

<p><i>Procurar assistência médica adequada</i></p>	<p>Não tem capacidade para procurar assistência médica autonomamente, estando dependente da esposa</p>
<p><i>Estar consciente dos resultados da condição patológica e dos efeitos resultantes do seu desenvolvimento</i></p>	<p>Não tem consciência da sua condição patológica, mas tem consciência de algumas limitações.</p>
<p><i>Segue a terapêutica prescrita e as medidas de reabilitação</i></p>	<p>Cumprir a totalidade da medicação prescrita, gerida e administrada pela esposa. Colabora no programa de reabilitação, manifestando vontade em obter resultados.</p>
<p><i>Estar consciente dos possíveis efeitos das medidas prescritas</i></p>	<p>Tem consciência das medidas instituídas, mas não tanto dos efeitos resultados ou potencialidades.</p>

<i>Ser capaz de modificar a sua autoimagem e aceitar as suas necessidades de saúde</i>	Aceita que necessita de apoio de outra pessoa para satisfazer as suas necessidades básicas.
<i>Aprender a viver com as condições de saúde</i>	Ainda não aprendeu a viver com as suas condições de saúde.

6. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- AFASIA DE EXPRESSÃO
- AUTOCUIDADO COMPROMETIDO
- DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA
- LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS INEFICAZ
- MOBILIDADE FÍSICA, COMPROMETIDA
- RISCO DE QUEDA

Programa de Reabilitação:

- Melhorar permeabilidade das vias aéreas
- Melhorar capacidade de deglutição
- Prevenir aspiração alimentar
- Melhorar capacidade de comunicação
- Melhorar força muscular
- Melhorar amplitude articular
- Melhorar Padrão da Marcha
- Prevenir complicações relacionadas com Imobilidade

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação das Intervenções
17/10	<p>Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz relacionado com Infeção Respiratória manifestado por Polipneia de 35c/m, respiração irregular superficial e simétrica de predomínio abdominal Cianose Labial, Expetoração</p>	<p>- Que o Sr. A. consiga manter a permeabilidade das vias aéreas</p> <p>- Melhorar padrão respiratório e a auscultação pulmonar</p> <p>-Prevenir complicações relacionadas com estase de secreções</p>	<p>- Avaliação das características respiratórias</p> <p>- Avaliação das características das secreções</p> <p>- Monitorizar Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca, Saturação Periférica de O2 e conforto do utente antes, durante e após exercícios respiratórios</p> <p>- Auscultação Pulmonar antes e após realização de exercícios de Reeducação Funcional Respiratória</p> <p>- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração diafragmática</p> <p>- Realizar Drenagem Postural Modificada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição de sentado • Decúbito dorsal em semi-fowler com almofada sob região popliteia • Decúbito semi-dorsal esquerdo e direito • Decúbito lateral esquerdo e direito 	<p>17/10</p> <p>Administrado antibiótico prescrito pelo médico.</p> <p>18/10</p> <p>Padrão Respiratório Toraco-abdominal, simétrico, superficial, irregular. FR 20 cpm, SP. 97%</p> <p>AP: Murmúrio vesicular diminuído na base direita, sem ruídos adventícios</p> <p>Parâmetros vitais conforme avaliação supramencionada.</p> <p>Realizou drenagem postural modificada, com tolerância em cada decúbito 5 minutos, 2x/dia</p>

	<p>amarelada e espessa com dificuldade em expeli-las AP. MV mantido exceto com diminuição na base direita e Roncos dispersos</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Associar manobras acessórias (neste caso indicado, vibração) <p>- Ensino e Assistir na técnica da Tosse</p> <p>- Fluidificação de Secreções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforçar hidratação • Soluções de limpeza nasal <p>- Contactado médico de família para pedido de observação do utente</p>	<p>Evidenciou uma tosse mais eficaz, com saída de secreções amareladas, espessas</p> <p>23/10</p> <p>Apresenta tosse eficaz, consegue expelir secreções. Estas apresentam-se em escassa quantidade, brancas e fluidas</p>
18/10	<p>Comunicação Verbal Comprometida, relacionada com Alterações da Perfusão Cerebral manifestado por Afasia de Expressão,</p>	<p>- Que o Sr. A. G. melhore a capacidade de comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação neurológica - Fornecer instruções simples, de cada vez - Colocar-se ao nível dos olhos do utente, ao falar - Utilizar um tom de voz adequado, com frases curtas e simples - Incentivar o Sr. A. a evocar palavras - Realizar exercícios de repetição de palavras 	<p>18/10</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. A. cumpre ordens e colabora no programa de reabilitação - O Sr. A. respondeu a perguntas simples com “sim”, “não”, “está bem”, “Outubro” (quando questionado acerca do mês) <p>23/10</p>

	respondendo por monossílabos, não é capaz de emitir uma frase completa, mas mantém a compreensão.		<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o utente a participar ativamente na comunicação e reforçar positivamente - Envolver a esposa e família nas atividades realizadas e instruir 	- Mantém resultados da avaliação anterior
18/10	<p>Deglutição Comprometida</p> <p>a nível faríngeo relacionado com envolvimento dos Pares Cranianos V, VII, XII manifestado por Tosse, Sialorreia, Deglutição retardada</p>	<p>- Que o Sr. A. G. melhore a capacidade de deglutição</p> <p>- Prevenir aspiração de conteúdo alimentar</p>	<p>- Avaliação da Deglutição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação Neurológica - Avaliação da Postura - Aparência da Mucosa oral (peças dentárias) - Padrão Respiratório (oximetria pulso) - Eficácia da Tosse - Observar se existe movimento faríngeo quando deglute a saliva - Observar se consegue deglutir saliva/secreções - Avaliação dos Pares Cranianos 	<p>18/10</p> <p>O Sr. A. consegue envolver o alimento com a língua (fase pré-oral); empurra o alimento contra o céu da boca (fase oral)</p> <p>Teste de GUSS - Teste indireto da deglutição bem-sucedido;</p> <p>Teste direto da deglutição – 2 pontos com semissólido (pelo que se suspendeu o teste nesta fase)</p> <p>Apresenta sialorreia não intencional e Tosse involuntária ocasional, após a deglutição</p>

	<p>(superior a 2 segundos para semissólidos)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Aplicado Teste de Guss (Realizado teste indireto da deglutição e teste direto da deglutição) - Ponderar a utilização de SNG caso o utente apresente sinais de aspiração de conteúdo alimentar. <p>→ Técnicas Posturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o Sr. A. a Manter tronco ereto - Incentivar o Sr. A. a posicionar a região cervical em flexão antes da deglutição, na fase faríngea - Evitar hiperextensão cervical - Incentivar a manter a posição de sentado pelo menos 30 min após as refeições <p>→ Exercícios de Amplitude de Movimento e Fortalecimento Muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lábios (assobiar; sucção; protraír; retrair; lateralizar; segurar uma espátula entre os lábios) - Língua (protusão; colocar no canto direito e esquerdo da boca; elevar a ponta da língua; produzir sons tipo “G” – face posterior da língua) 	<p>O Sr. A. mantém disfagia para líquidos, a esposa tem colocado sempre espessante</p> <p>Alimenta-se de dieta pastosa e de líquidos com espessante, com consistência “mel”; assume posição de sentado quando alimentação e hidratação</p> <p>Apresenta ainda dificuldade em cerrar os lábios enquanto deglute</p> <p>23/10</p> <p>Proposto ao médico de família encaminhamento para Consulta de Estomatologia</p> <p>Informado médico de Família acerca deste compromisso de deglutição e pedido de observação</p>
--	--	--	--	---

			<p>→ Exercícios de manipulação do bolo alimentar (ex. compressa molhada)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a ter os lábios fechados enquanto deglute - Incentivar a utilização do espessante - Vigiar sinais e sintomas de aspiração de conteúdo alimentar - Instruir a esposa e família sobre posição adequada, alimentação (pastosa), vigilância de acessos de tosse ou dificuldade respiratória - Incentivar à realização de higiene oral adequada - Incentivar a ida ao dentista 	
18/10	<p>Mobilidade Física Comprometida relacionado com Alteração da Perfusão Cerebral manifestado por Paresia Crural</p>	<p>- Melhorar Força Muscular e Amplitude da articulação CF direita ao nível da flexão e abdução e esquerda ao</p>	<p>- Cuidados de Repouso no leito</p> <ul style="list-style-type: none"> → Incentivar a alternância de decúbitos no leito → Colocação de almofadas de gel para conforto e proteção de superfícies ósseas ou colchão anti escaras <p>- Avaliar força muscular através da Escala <i>Medical Research Council</i></p> <p>- Executar exercícios de Fortalecimento Muscular</p>	<p>18/10</p> <p>O Sr. A. automobiliza-se no leito, quando incentivado para tal;</p> <p>Realiza treino de marcha com apoio unilateral com dificuldade em realizar flexão da articulação coxofemoral bilateralmente, mais</p>

	<p>Esquerda, a nível da articulação coxofemoral direita flexão até aos 30° e abdução até 40° e à esquerda flexão até aos 20° e até 25° de abdução.</p>	<p>nível da flexão e abdução</p> <p>- Melhorar Padrão da Marcha</p> <p>-Prevenir complicações relacionadas com Imobilidade</p> <p>- Prevenção de Quedas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Realizar exercícios de mobilização ativa-resistida nos membros superiores, nos dedos (abdução e adução; flexão e extensão e oponência do polegar); antebraço (supinação e pronação), cotovelo (flexão e extensão); ombro (abdução e adução; flexão e extensão; elevação e depressão). Recorrer à utilização de banda elástica, halter, resistência manual ➔ Realizar exercícios de mobilização ativa-resistida nos membros inferiores, nos dedos (abdução e adução; flexão e extensão); articulação tibiotársica (dorsiflexão e flexão plantar; inversão e eversão), no joelho (flexão e extensão), na articulação coxofemoral (flexão e extensão; abdução e adução). Recorrer à utilização de banda elástica, resistência manual ➔ Realizar atividades terapêuticas como rolar no leito e ponte com resistência manual ➔ Utilização de pedaleira elétrica ➔ Realização de agachamento, com membros superiores apoiados 	<p>acentuado à esquerda (flexão até aos 20°);</p> <p>Consegue manter equilíbrio sentado estático; sentado dinâmico com alguma dificuldade (“cai” para o lado)</p> <p>Transfere-se de posição de sentado para posição ortostática com apoio unilateral</p> <p>23/10</p> <p>Consegue manter equilíbrio sentado dinâmico;</p> <p>Consegue realizar exercícios de mobilização com maior resistência introduzida</p> <p>Consegue transferir-se de posição de sentado para posição ortostática apenas com supervisão</p> <p>Obteve melhoria da força muscular no MIE (3/5 para 4/5) e manteve</p>
--	--	---	---	---

			<p>- Promoção de Amplitude Articular</p> <ul style="list-style-type: none"> → Treino de exercícios como flexão e extensão da articulação coxofemoral e do joelho <p>- Treino de Transferências</p> <p>- Avaliar equilíbrio estático e dinâmico</p> <p>- Treino de equilíbrio estático e dinâmico</p> <ul style="list-style-type: none"> → Quando sentado, incentivar o Sr. A. a manter a posição; acrescentar o balancear do tronco → Em posição ortostática, apoiado na varanda do terraço, realizar repetições de abdução e adução da articulação coxofemoral → Em posição ortostática, realizar flexão plantar <p>- Realizar Treino de Marcha com apoio unilateral e com andarilho</p> <p>- Prevenção de Quedas</p> <ul style="list-style-type: none"> → Avaliar risco de queda através da escala de Morse → Conscientizar a esposa para adotar medidas preventivas como a remoção de tapetes, 	<p>força muscular nos restantes segmentos;</p> <p>MID - realiza flexão da articulação coxofemoral (com o joelho em flexão) até aos 35 ° e no membro inferior esquerdo até aos 25°.</p> <p>Realiza abdução da CF até aos 45° (lado direito) e até aos 30° (lado esquerdo).</p> <p>Apresenta Marcha Domiciliar 2/5 (a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, num ambiente conhecido e controlado, como em casa).</p> <p>Apresenta calçado mais adequado (na primeira avaliação utilizava chinelos, na segunda ténis)</p> <p>Mantém integridade cutânea</p>
--	--	--	--	---

			<p>mobilização de obstáculos, colocação de calçado adequado ao Sr. A.</p> <p>- Supervisão Cutânea</p> <ul style="list-style-type: none">➔ Avaliar risco de UP➔ Incentivar à mobilização➔ Incentivar à hidratação da pele	
--	--	--	---	--

7. PLANEAMENTO DE ALTA

Com o programa de reabilitação instituído pretende-se que o Sr. A. apresente melhorias ao nível dos problemas e incapacidades levantados, sendo que até ao momento já foram atingidos alguns objetivos conforme verificado na avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas.

Tendo em consideração as condições habitacionais do utente, o potencial de reabilitação e a situação de saúde da esposa (principal cuidadora), foi discutido em articulação com a equipa multidisciplinar e com a família, que o Sr. A. iria ser referenciado para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação. A esposa e filho já escolheram as unidades pretendidas, e o utente mantém-se inserido em ECCI, a aguardar vaga.

8. Bibliografia

- Direção-Geral de Saúde (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma 054/2011.
- NANDA International (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e classificação 2018-2020*. 11ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Nursing Interventions Classification (NIC) (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5ª Edição. Elsevier: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016) - *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby

Anexo I – Avaliação da Força Muscular escala *Medical Research Council*

Anexo 1. Escala de Avaliação da Força muscular (MRC-Medical Research Council)²⁰.

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

Anexo II – Avaliação do Tônus Muscular escala de *Ashworth*

Quadro 1 - Escala de Ashworth modificada

Grau	Observação clínica
0	Tônus normal.
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

Anexo III– Categorias Funcionais da Marcha

Classificação Funcional da Marcha Modificada

1	marcha não funcional
2	marcha domiciliar
3	deambula nas cercanias de casa ou na vizinhança
4	marcha comunitária
5	marcha normal

Anexo IV– Escala de Barthel

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

Apêndice 15 – Plano de Cuidados III

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação à
Pessoa com DPOC e Derrame Pleural

Pneumologia

Ana Patrícia Castro Rebelo, Nº 3778

Regente da UC: Profª Mª Céu Sá

Docente Orientadora: Profª Cristina Saraiva

Enfermeira Orientadora: Enfª AD

Lisboa, 13 de Dezembro de 2019

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

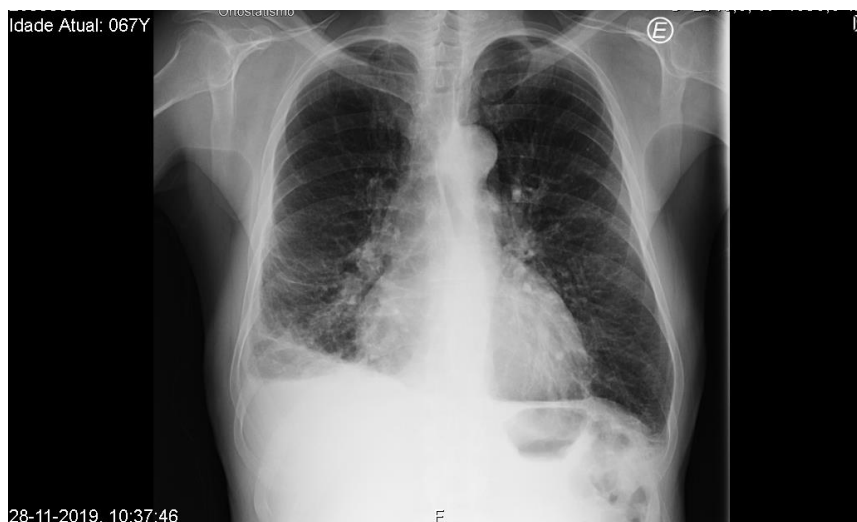
- ✓ Nome: Sr. A. C.
- ✓ Género: Masculino
- ✓ Data-de-Nascimento: 28-02-1952 (67 A)
- ✓ Nacionalidade: Portuguesa
- ✓ Estado civil: Casado
- ✓ Religião: Católica
- ✓ Situação Profissional: Trabalha numa Agência Funerária
- ✓ Agregado Familiar: Reside com a Esposa
- ✓ Pessoa de Referência: Esposa Sr^a M. F.

1.1. Motivo de Internamento

O Sr. A. C. recorreu ao serviço de urgência no dia 28/11/2019 por dispneia desde há 2 dias. Ficou internado com o diagnóstico médico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada, Insuficiência Respiratória Global (IRG) e Derrame Pleural direito de etiologia a esclarecer (*retirado do processo clínico*).

1.2. História de Saúde Atual

O Sr. A. C. tem diagnosticada DPOC desde há 5 anos, altura em que coincidiu com a cessação tabágica, fumava cerca de 25 a 30 cigarros por dia. A última agudização foi nesse momento, com necessidade de internamento hospitalar. É seguido na consulta de pneumologia, tendo sido medicado com *Spiriva*. No dia 28/11/2019, por agravamento da dispneia desde há 2 dias, Saturações Periféricas de O₂ (SP O₂) de 85%, recorreu ao serviço de Urgência, onde lhe foram realizadas uma radiografia de tórax e uma gasometria.



Análise da radiografia de tórax do Sr. A.C. no dia 28/11/2019 às 10h37:

- Incidência Postero-Anterior. Centrada, demasiado penetrada. Bem-inspirada.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Apresenta horizontalidade das costelas.
- Hipotransparência na hemicúpula diafragmática direita e apagamento do seio costofrênico à direita, sugestivos de derrame pleural associado.

Na gasometria apresentava hipoxemia tendo-lhe sido colocada oxigenoterapia a 2 litros por minuto, por óculos nasais.

Iniciou corticoterapia sistémica, terapêutica broncodilatadora, oxigenoterapia para Saturações Periféricas 90 – 92 % e terapêutica diurética para o derrame (*retirado do processo clínico*).

Ficou internado no serviço de Pneumologia com o diagnóstico médico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada, Insuficiência Respiratória Global (IRG) e Derrame Pleural direito de etiologia a esclarecer (*retirado do processo clínico*).

1.3. História Progressiva

Antecedentes Pessoais

- ✓ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- ✓ Hábitos Tabágicos, cessados há 5 anos
- ✓ Hábitos etanólicos esporádicos (em ambiente social segundo o utente)

Medicação Habitual

- ✓ Spiriva 1xdia

Medicação Atual no Internamento

- ✓ Alprazolam 0,25 mg PO – 23h
- ✓ Beclometasona 250 mcg/dose sol pressurizada para inalação – 2 inalações às 7h e 19h
- ✓ Enoxaparina sódica 40 mg/0,4ml SC – 19h

- ✓ Spiolto Respimat 2,5 mcg – 1 inalação às 19h
- ✓ Ipratrópio 20 mcg/dose sol pressurizada para inalação – 8 inalações às 2h, 6h, 10h, 14h, 19h, 22h
- ✓ Omeprazol 20 mg – 1 cp 7h
- ✓ Salbutamol 100 mcg/dose sol pressurizada para inalação – 6 inalações às 2h, 6h, 10h, 14h, 19h, 22h
- ✓ Dieta: Geral
- ✓ Sem alergias conhecidas

Condições Socioeconómicas e Habitacionais

O Sr. A. C. reside, com a esposa, Sr^a M. F., num apartamento com saneamento básico, num 5º andar de um prédio com elevador. Os rendimentos do casal são os ordenados de cada um. Sem dificuldades económicas conhecidas.

2. APRECIACÃO

Apreciação de Enfermagem de Reabilitação a 5/12

O Sr. A. C. encontra-se consciente, orientado em todas as vertentes. Sem alterações ao nível da linguagem e comunicação. Apresenta pele e mucosas coradas, pouco hidratadas. IMC de 19 Kg/m. Sem alterações ao nível da deglutição.

O utente apresenta um padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, amplitude média, irregular. FR 22 cpm. Relativamente à dispneia, em repouso refere um score de 1 e em esforço um score de 3 na *Escala de Borg Modificada* (Apêndice I), a cumprir oxigenoterapia por óculos nasais a 1l/min em repouso e 2l/min a esforços.

Na auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Apresenta acessos de tosse esporádicos. Não refere expetoração.

Recorreu-se ao questionário *Modified British Medical Research Council (mMRC)*, no qual o Sr. A. considerou um grau de 2, correspondente a “Preciso de parar algumas vezes quando ando no meu passo ou ando mais devagar que outras pessoas da minha idade” (Apêndice II)

Para compreender o impacto da DPOC na vida do utente, aplicou-se a escala *COPD Assessment Test – CAT*, apresentando uma pontuação de 8, verificando falta de ar significativa quando sobe um lance de escadas e dificuldades na conservação de energia (Apêndice III).

Verificou-se após utilização do *peak flow meter*, um pico de fluxo expiratório diminuído de 130.

Relativamente à avaliação da força muscular segundo a Escala *Medical Research Council*, verificou-se a presença de força 5/5 em todos os segmentos corporais.

Utilizando a Escala de *Ashworth* e após mobilização passiva, verificou-se que se encontra presente um Tónus Normal em todos os segmentos.

Sem alterações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico.

Segundo a Escala *Categorias Funcionais da Marcha*, o Sr. A. encontra-se na categoria 5/5 correspondente a uma Marcha Normal.

Apresenta baixo risco de queda, score 20, segundo a escala de *Morse*.

Segundo a escala de *Barthel*, apresenta um score de 100, independente em todas as atividades de vida diária.

Continente a nível vesical e intestinal. Padrão sem alterações.

É autónomo na gestão da terapêutica. No entanto, quando questionado acerca do cumprimento terapêutico, referiu que nem sempre cumpria a medicação habitual *Spiriva*, por não achar necessário e “*se sentir melhor*” (sic).

Apreciação de Enfermagem de Reabilitação a 9/12

O sr. A. encontra-se sem aporte extra de O₂. Mantém padrão respiratório predominantemente torácico, amplitude normal, simétrico. Encontra-se eupneico em repouso, dispneico a médios esforços. Na auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído nas bases, sem ruídos adventícios. Apresenta acessos de tosse esporádicos. Não refere expectoração.

Segundo a *Escala de Borg Modificada* apresenta um score de 2 em esforços e 0 em repouso.

Relativamente ao impacto da DPOC na vida do utente, utilizando a escala *COPD Assessment Test – CAT*, apresentou uma pontuação de 6.

Verificou-se após utilização do *peak flow meter*, um pico de fluxo expiratório de 140.

Restantes apreciações sobreponíveis às anteriores.

Aplicou-se o questionário de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), que foi utilizado numa perspetiva de compreender o perfil de adesão do sr. A., tendo em conta a história de incumprimento terapêutico e ainda o facto de iniciar VNI no internamento, regime este que irá ter de cumprir no domicílio. Após o preenchimento deste questionário (Apêndice IV) foi possível verificar que o Sr. A. nunca interrompeu a medicação por ter esta terminado, mas tinha sim, algum descuido, relativamente ao cumprimento do horário da mesma e à sua administração consoante a sintomatologia associada à sua doença.

A 29/11 iniciou Ventilação Não-Invasiva (VNI) no internamento, durante o período noturno, com aporte extra de O₂ a 1l/minuto. Tem indicação para após a alta, continuar a realizar VNI no domicílio, pelo que foi contactada uma empresa de cuidados respiratórios domiciliários para fornecer o ventilador que o utente irá utilizar. A 5/12 iniciou a adaptação a este ventilador no internamento.

Na radiografia verificou-se um menor apagamento do seio costofrénico à direita (comparativo ao exame anterior).

Avaliação de Sinais Vitais

	5/12	6/12	9/12
Pressão arterial	116/75 mmHg	131/84 mmHg	130/87 mmHg
Frequência Cardíaca	88 bpm, pulso rítmico e forte	100 bpm, pulso rítmico e forte	91 bpm, pulso rítmico e forte
Temperatura Timpânica	36,2 ° C	36,4 ° C	36,4 ° C
Frequência Respiratória	20 cpm, simétrica, torácica, irregular, amplitude média	22 cpm, simétrica, torácica, regular, amplitude média	19 cpm, simétrica, torácica, regular, amplitude média
Saturação periférica de O₂	94 % Com O ₂ 1l/min	91 % Com O ₂ 1l/min	92% Sem aporte de O ₂
Dispneia (Escala Modificada de Borg)	1 em repouso 3 em esforço	0 em repouso 3 em esforço	0 em repouso 2 em esforço
Dor (escala numérica)	0	0	0

Avaliação Imagiológica



Análise da radiografia de tórax do Sr. A.C. no dia 2/12/2019 às 12h33:

- Incidência Postero-Anterior. Centrada, grau de intensidade normal para o género. Bem-inspirada.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Hemicúpula diafragmática direita elevada.
- Hipotransparência na hemicúpula diafragmática direita; menor apagamento do seio costofrénico à direita (comparativo ao exame anterior).

Resultados laboratoriais

GSA (5/12) – com O2 1l/min:

- ✓ pH – 7,44
- ✓ pCO₂ – **50**
- ✓ pO₂ – **55,6**
- ✓ hCO₃ – **39**
- ✓ Lact – 11

3. APRECIÇÃO DO UTENTE SEGUNDO A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

AVALIAÇÃO DOS 8 REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Requisito de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<i>Manutenção de uma quantidade ar suficiente</i>	<p><u>Componente Cardíaca:</u></p> <p>Perfil normotenso (TA 116- 75 mmHg)</p> <p>Perfil normocardico (80- 100 bpm); pulso rítmico e forte</p> <p><u>Componente Respiratória:</u></p> <p>Padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, amplitude média, irregular. Eupneico em repouso, dispneico a médios esforços. Sem aporte extra de O₂.</p>	<p><u>Componente Cardíaca:</u></p> <p>Perfil normotenso (TA 130- 87 mmHg)</p> <p>Perfil normocardico (80- 100 bpm); pulso rítmico e forte</p> <p><u>Componente Respiratória:</u></p> <p>Padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, amplitude média, irregular. FR 22 cpm.</p> <p>Encontra-se eupneico em repouso, dispneico a médios esforços, a cumprir oxigenoterapia por óculos nasais a 1l/min em repouso e 2l/min a esforços. SP 92 %</p> <p>AP: murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Apresenta acessos de tosse esporádicos. Não refere expetoração.</p>	Sistema de Apoio-educação

		<p>Score 1 em repouso e 3 a esforços na escala de <i>Borg Modificada</i></p> <p>Score 8 na <i>COPD Assessment Test -CAT</i></p> <p>Score 2 na mMRC modificada</p> <p>PEF 130</p>	
<i>Manutenção de uma ingestão de líquidos suficiente</i>	Sem alterações ao nível da ingestão de líquidos	Sem alterações relativamente ao padrão habitual	Sistema de Apoio-educação
<i>Manutenção de uma ingestão de alimentos suficiente</i>	Alimenta-se de uma dieta geral, cerca de 4 refeições por dia. Sem restrições alimentares.	Sem alterações relativamente ao padrão habitual	Sistema de Apoio-educação
<i>Manutenção de um padrão de eliminação vesical e intestinal adequados</i>	Apresenta continência vesical e intestinal. Refere evacuar diariamente, fezes características normais.	Sem alterações relativamente ao padrão habitual	Sistema de Apoio-educação
<i>Manutenção de um equilíbrio entre repouso e atividade</i>	Habitualmente sai de casa, no entanto, refere que evita caminhar longas distâncias devido ao cansaço, utilizando o carro para se deslocar.	<p>Apresenta Score 8 na <i>COPD Assessment Test - CAT</i>, sendo que a doença tem impacto no seu quotidiano, na medida em que, compromete a sua energia diária e a realização de esforços.</p> <p>Atualmente no internamento, refere cansaço quando se desloca ao wc para os cuidados de</p>	Sistema de Apoio-educação

		<p>higiene e alguma dificuldade na conservação de energia.</p> <p>Não refere dificuldades em dormir, mesmo após ter iniciado VNI.</p>	
<i>Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social</i>	Convive sobretudo com a esposa, filha e irmãos. Sem alterações na interação social.	Sem alterações relativamente ao padrão habitual	Sistema de Apoio-educação
<i>Prevenção de riscos à vida humana, funcionamento e bem-estar</i>	Não apresenta alterações ao nível da força muscular e equilíbrio. Apresenta um baixo risco de queda, segundo escala de Morse.	Sem alterações relativamente ao padrão habitual	Sistema de Apoio-educação
<i>Promoção do normal funcionamento e desenvolvimento, entre grupos sociais de acordo com o potencial humano, limitações e o desejo de ser normal</i>	Tem consciência das suas limitações, nomeadamente, do compromisso na vida diária provocado pela DPOC	<p>Mantém consciência das suas limitações; reconhece a importância do cumprimento terapêutico para gestão e controlo da sua doença.</p> <p>Colabora com a equipa de enfermagem no processo de reabilitação.</p>	Sistema de Apoio-educação

4. AVALIAÇÃO DOS 6 REQUISITOS DE DESVIOS DE SAÚDE

<i>Procurar assistência médica adequada</i>	Não apresenta dificuldades em procurar assistência médica.
<i>Estar consciente dos resultados da condição patológica e dos efeitos resultantes do seu desenvolvimento</i>	Tem consciência da sua patologia e das limitações provocadas pela mesma. Reconhece a importância do cumprimento terapêutico para gestão e controlo da sua doença.
<i>Segue a terapêutica prescrita e as medidas de reabilitação</i>	Cumprir a totalidade da medicação prescrita e o oxigénio recomendado. Tem cumprido a VNI noturna, com algumas dificuldades no seu manuseamento. Colabora no programa de reabilitação, manifestando vontade em obter resultados.
<i>Estar consciente dos possíveis efeitos das medidas prescritas</i>	Tem consciência das medidas instituídas e dos seus possíveis efeitos.
<i>Ser capaz de modificar a sua autoimagem e aceitar as suas necessidades de saúde</i>	Apresenta algumas dificuldades na gestão do esforço e conservação de energia.
<i>Aprender a viver com as condições de saúde</i>	Tem aprendido a viver com a sua condição de saúde.

5. PROBLEMAS IDENTIFICADOS E DIAGNÓSTICOS (segundo NANDA)

- Dispneia Atual
- Ventilação Comprometida
- Conhecimento sobre saúde comprometido

Programa de Reabilitação:

- Minimizar dispneia
- Consciencialização da respiração
- Treinar musculatura respiratória e sistémica
- Ajustar interface de VNI
- Estimular aumento de atividade
- Ensino de técnicas de conservação de energia

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação das Intervenções
5/12	<p>Dispneia Atual relacionado com DPOC agudizada manifestado por score 1 em repouso e score 3 em esforço na escala de Borg; score 8 no COPD Assessment Test e score 2 no Modified British Medical Research Council (mMRC)</p>	<p>- Que o Sr. A. apresente uma melhoria da dispneia e um score de 0 na escala de Borg em repouso e redução do score em esforço</p>	<p>- Avaliação das características respiratórias</p> <p>- Avaliação da Dispneia recorrendo à escala de <i>Borg Modificada</i></p> <p>- Avaliar impacto da DPOC recorrendo ao <i>COPD Assessment Test</i></p> <p>- Monitorizar Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca, Saturação Periférica de O₂ e conforto do utente antes, durante e após exercícios respiratórios</p> <p>- Auscultação Pulmonar antes e após realização de exercícios de Reeducação Funcional Respiratória</p> <p>- Executar Reeducação Funcional Respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização/controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Inspiração nasal, expiração pela boca com lábios 	<p>5/12</p> <p>Apresentou score 1 em repouso e 3 a esforços na escala de <i>Borg Modificada</i></p> <p>Apresentou score 8 <i>COPD Assessment Test</i></p> <p>SP O₂ 94 % com O₂ a 1l/min</p> <p>AP – MV globalmente diminuído nas bases, não são audíveis ruídos adventícios</p> <p>Apresenta dificuldade no controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração com lábios semicerrados</p> <p>6/12</p> <p>Realizada prova de Marcha de 6 minutos – percorreu 160 metros com</p>

			<p>semicerrados, com ênfase na fase expiratória</p> <p>- Ensino acerca de técnicas de relaxamento e conservação de energia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posições de relaxamento e descanso (com dispneia – decúbito dorsal em <i>fowler</i>, decúbito lateral em <i>fowler</i>, cocheiro sentado ou em pé; sem dispneia – decúbito dorsal ou lateral com apoio almofada na região popliteia) • Controlo da respiração no esforço (com ênfase na expiração) • Executar a maior parte das atividades do dia-a-dia sentado (como higiene, lavar os dentes, alimentação) • Priorizar e adequar a realização de atividades alternando períodos de repouso e períodos de maior atividade 	<p>aporte de O₂ a 1l/min por ON, com tolerância. Borg final de 3</p> <p>9/12</p> <p>Apresentou score 0 em repouso e 2 a esforços na escala de <i>Borg Modificada</i></p> <p>Apresentou score 6 <i>COPD Assessment Test</i></p> <p>SP O₂ 92 % sem aporte de O₂</p> <p>AP – MV diminuído nas bases, não são audíveis ruídos adventícios</p> <p>Realiza com menor dificuldade controlo e dissociação dos tempos respiratórios, utilizando a técnica durante as atividades de vida diária</p>
5/12	Ventilação Comprometida relacionado com	- Que o Sr. A. presente	<p>- Análise de Radiografia de Tórax</p> <p>- Execução de técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com</p>	5/12 Analisada radiografia de tórax (acima descrito)

	<p>DPOC agudizada e derrame pleural manifestado por AP com MV diminuídos nas bases, alterações gasométricas, Hipotransparência base direita</p>	<p>melhoria da Ventilação</p>	<p>respiração diafragmática (ênfase na fase expiratória)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação diafragmática da porção posterior • Reeducação diafragmática da hemicúpula direita e esquerda <p>- Executar Reeducação Costal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação Costal Global com Bastão • Reeducação Costal Seletiva em decúbito dorsal – porção ântero-inferior • Reeducação Costal Seletiva – porção lateral, com abertura costal, em decúbito lateral esquerdo • Abertura Costal Seletiva, com Banda elástica – porção lateral <p>- Terapêutica de Posição</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decúbito lateral sobre o lado esquerdo (lado contrário ao derrame) • Decúbito semi-dorsal esquerdo • Decúbito semi-ventral esquerdo • Associar inspirações profundas 	<p>Apresenta dificuldade no controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração com lábios semicerrados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza sessão de Reeducação Costal global e seletiva com tolerância, mesmo após introdução de resistência (banda elástica) - Cumpre terapêutica de posição (repete 2 x/dia; 5 minutos em cada posição) <p>6/12</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realiza com menor dificuldade controlo e dissociação dos tempos respiratórios -Realiza com tolerância espirómetro de incentivo invertido (2 séries de 5 repetições)
--	--	-------------------------------	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Correção postural <p>- Realizar Treino Musculatura Respiratória e Sistêmica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espirômetro de incentivo invertido • Mobilizar tronco e cintura escapulo-umeral • Executar Treino de Marcha <p>- Avaliação do Peak Flow meter</p>	<p>-Realizado treino de marcha no corredor, cerca de 100 metros, monitorizando SP, que se mantiveram entre 88 – 92 %, com O₂ l/min. Borg final de 3</p> <p>9/12</p> <p>AP – MV diminuído nas bases, não são audíveis ruídos adventícios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza sessão de Reeducação Costal global e seletiva com tolerância, mesmo após introdução de resistência (banda elástica) - Cumpre terapêutica de posição (repete 2 x/dia; 5 – 10 minutos em cada posição) <p>-Realizado treino de marcha no corredor, cerca de 120 metros, monitorizando SP, que se mantiveram</p>
--	--	--	--	---

				entre 89 – 91 %, sem aporte extra de O ₂ . Borg final de 2 - Avaliação de Peak Flow Meter - 140
5/12	Conhecimento sobre saúde comprometido relacionado com falta de conhecimento acerca de VNI e terapêutica inalatória manifestado por incumprimento terapêutico e dificuldade na adaptação à VNI	- Que o Sr. A cumpra o regime terapêutico instituído adequadamente	- Avaliar Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) - Ensino acerca de inaloterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Técnica inalatória • Reforçar necessidade de cumprir apesar de se sentir melhor • Alertar para os riscos de não cumprir a terapêutica - Ensino acerca de utilização de Ventilador: <ul style="list-style-type: none"> • Ligar e desligar o ventilador • Colocação correta da interface • Limpeza do equipamento • Prevenção de maceração/lesões da pele • Outras complicações como secura das mucosas, conjuntivite, cefaleias, perturbações do sono, distensão abdominal 	6/12 - Aplicada escala de Medida de Adesão ao Tratamento, verificando-se algum descuido, relativamente ao cumprimento da terapêutica - Reforçados ensinamentos acerca da utilização da terapêutica inalatória e do seu cumprimento 6/12 - Realizados ensinamentos relativamente à utilização do ventilador. O sr. A. coloca com ajuda a interface (uma máscara facial de silicone); manuseia o equipamento com alguma ajuda. Os parâmetros instituídos são IPAP 17 e EPAP 6. 9/12

			<p>- Adaptar o utente ao ventilador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sinais vitais • Monitorizar parâmetros ventilatórios • Avaliar necessidade de oxigenoterapia • Adequar interface • Aplicar proteção cutânea <p>- Executar manuseamento do equipamento pelo próprio</p>	<p>- O sr. A. é autónomo na administração da inaloterapia</p> <p>- Reforçados ensinios acerca da sua utilização</p> <p>- Cumpriu a VNI durante a noite, com tolerância, sem necessidade de aporte de O2</p> <p>- Adaptou-se autonomamente ao ventilador.</p> <p>- Não referiu queixas ou complicações durante a sua utilização; mantém integridade cutânea; refere ter dormido bem.</p>
--	--	--	--	---

6. PLANEAMENTO DE ALTA

Com o programa de reabilitação instituído pretende-se que o Sr. A. apresente melhoria da dispneia, da ventilação e do conhecimento acerca de saúde, mais especificamente da inaloterapia e da VNI e, com isto, prevenir agudizações decorrentes da sua doença.

O sr. A. teve alta a 9/12. Neste momento já com uma melhoria da dispneia, verificando-se um score de 0 em repouso e 2 em esforços na escala de *Borg Modificada*, um score de 6 no *COPD Assessment Test* e um pico de fluxo expiratório de 140.

Já com o seu próprio ventilador, verificou-se uma rápida adaptação ao mesmo, não tendo referindo queixas de maior após alguns dias da sua utilização.

7. Bibliografia

- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência, Loures.
- Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (2), 81-100.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD. (2020). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2020 Report*
- NANDA International (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e classificação 2018-2020*. 11ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Nursing Interventions Classification (NIC) (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5ª Edição. Elsevier: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016) - *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby

Anexo I – Escala de Borg Modificada

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouca intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo II – *Modified British Medical Research Council (mMRC)*

ESCALA MRC MODIFICADA

-
- 0 – Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
 - 1 – Tenho falta de ar quando apresso o meu passo ou subo escadas ou ladeira.
 - ~~2~~ – Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo ou ando mais devagar que outras pessoas da minha idade.
 - 3 – Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros ou poucos minutos de caminhada no plano.
 - 4 – Sinto tanta falta de ar que não saio de casa ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho.
-

Anexo III– COPD Assessment Test – CAT

O seu nome:

Data de hoje:



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

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

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

Por exemplo: Estou muito feliz (0) (1) (2) (3) (4) (5) Estou muito triste

		PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	(0) <input checked="" type="radio"/> (1) (2) (3) (4) (5) Estou sempre a tossir	1
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	(0) <input checked="" type="radio"/> (1) (2) (3) (4) (5) O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	1
Não sinto nenhum aperto no peito	<input checked="" type="radio"/> (0) (1) (2) (3) (4) (5) Sinto um grande aperto no peito	0
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	(0) (1) (2) <input checked="" type="radio"/> (3) (4) (5) Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	3
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<input checked="" type="radio"/> (0) (1) (2) (3) (4) (5) Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	0
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input checked="" type="radio"/> (0) (1) (2) (3) (4) (5) Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	0
Durmo profundamente	<input checked="" type="radio"/> (0) (1) (2) (3) (4) (5) Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	0
Tenho muita energia	(0) (1) (2) <input checked="" type="radio"/> (3) (4) (5) Não tenho nenhuma energia	3
PONTUAÇÃO TOTAL		8

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Anexo IV– Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos

(MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

Apêndice 16 – Plano de Cuidados IV

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação à
Pessoa com DPOC e Pneumonia

Serviço de Pneumologia

Ana Patrícia Castro Rebelo, N° 3778

Regente da UC: Profª Mª Céu Sá

Docente Orientadora: Profª Cristina Saraiva

Enfermeira Orientadora: Enfª AD

Lisboa, 15 de Janeiro de 2020

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

- | | |
|---|--|
| ✓ <u>Nome</u> : Sr. F. N. | ✓ <u>Situação Profissional</u> :
Reformado – indústria têxtil |
| ✓ <u>Género</u> : Masculino | |
| ✓ <u>Data-de-Nascimento</u> : 15-08-1935 (84 A) | ✓ <u>Agregado Familiar</u> : Reside com a Esposa, Sr ^a C. |
| ✓ <u>Nacionalidade</u> : Portuguesa | |
| ✓ <u>Estado civil</u> : Casado | ✓ <u>Pessoa de Referência</u> : Filho, Sr. C. N. |
| ✓ <u>Religião</u> : Católica | |

1.1. Motivo de Internamento

O Sr. F. N. recorreu ao serviço de urgência no dia 30/12/2019 por um quadro de febre, expectoração mucopurulenta e agravamento da dispneia para pequenos esforços desde há 3 dias.

Ficou internado no serviço de Pneumologia, tendo sido transferido a 31/12/2019, com os diagnósticos médicos de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada e Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) (*retirado do processo clínico*).

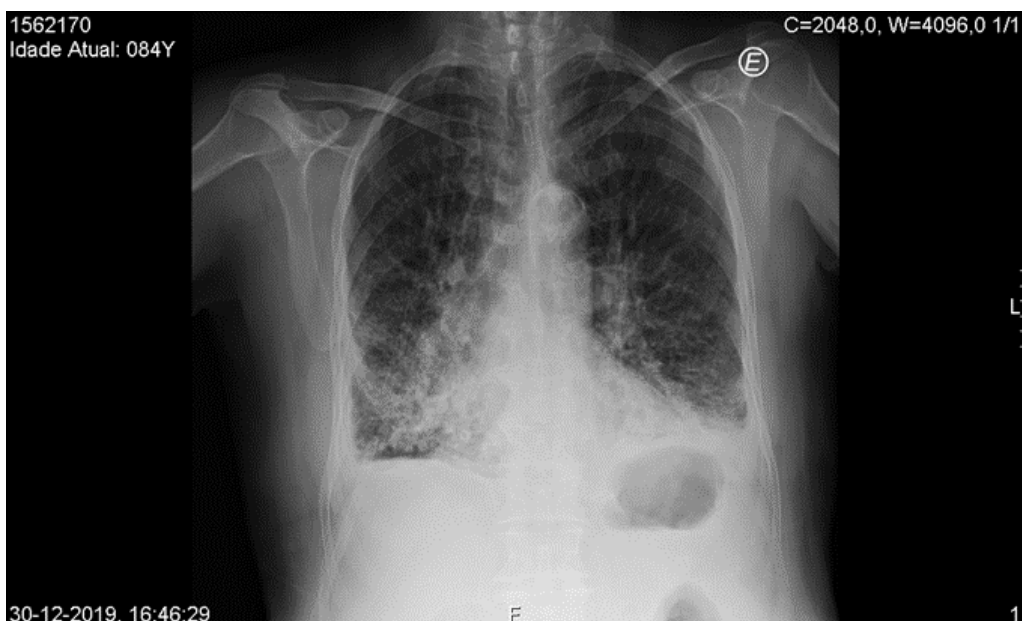
1.2. História de Saúde Atual

O Sr. F. N. tem diagnosticada DPOC desde 2001, sendo que o último valor da FEV₁ é de 43% em dezembro de 2018. O utente refere ter trabalhado muitos anos na área da indústria têxtil e nunca ter tido hábitos tabágicos.

É um doente com Insuficiência Respiratória Global sob Ventilação não invasiva (VNI) desde 2001, a realizar BIPAP noturno com parâmetros IPAP 27, EPAP 5 Frequência Respiratória 19 ciclos/min. Realiza Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD) com indicação para 1,5 l/min em repouso, 2 no esforço e 3l/min com VNI (*retirado do processo clínico*).

É seguido na consulta de pneumologia, consulta de insuficientes respiratórios, consulta de cardiologia e de urologia. Não são conhecidos internamentos anteriores.

No dia 30/12/2019, por febre, expectoração mucopurulenta e agravamento da dispneia desde há 3 dias, Saturações Periféricas de O₂ (SpO₂) de 84%, recorreu ao serviço de Urgência, onde lhe foram realizadas uma radiografia de tórax, análises clínicas e uma gasometria.



Análise da radiografia de tórax do Sr. F. N. no dia 30/12/2019 às 16h46:

- Incidência Postero-Anterior. Centrada, grau de intensidade normal para o gênero. Bem-inspirada.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Apresenta horizontalidade das costelas.
- Bronquiectasias nas bases
- Hipotransparência na hemicúpula diafragmática direita, com apagamento do seio costofrênico (esta hipotransparência já era visível numa radiografia realizada em 2010)
- Condensação na hemicúpula diafragmática esquerda

Gasometria arterial (O₂ a 4/min): pH 7,2; PaCO₂ 68; PaO₂ 60; HCO₃ 30

Neste contexto foi-lhe também diagnosticada uma Broncopneumonia bibasal secundária a sobreinfecção de bronquiectasias. Já com história de infeções respiratórias de repetição (cerca de 4 no último ano) (*retirado do processo clínico*).

Iniciou por este motivo antibioterapia, terapêutica broncodilatadora, mantém indicação para realizar VNI noturna e por períodos ao longo do dia, com necessidade de ajuste da ventilação. Iniciou Reeducação Funcional Respiratória a 3/1.

Ficou internado no serviço de Pneumologia com o diagnóstico médico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada e Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) (*retirado do processo clínico*).

1.3. História Progressiva

Antecedentes Pessoais

- ✓ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- ✓ Bronquiectasias
- ✓ Hipertensão Arterial
- ✓ Litíase Vesicular
- ✓ Patologia osteoarticular (que afeta sobretudo a articulação escapulo-umeral)
- ✓ Insuficiência Cardíaca

Medicação Habitual

- ✓ Spiriva 1inalação/dia
- ✓ Sevent Diskus 1 + 1 inalação/dia
- ✓ Flixotaide Diskus 250mcg 1 + 1 inalação/dia
- ✓ Unicotim 400 – 1 cp/dia
- ✓ Candesartan + Hidroclorotiazida 16/12,5 – 1cp/dia
- ✓ Dutasterida 0,5 mg – 1cp/dia
- ✓ Nasomet em SOS

Medicação Atual no Internamento

- ✓ Aminofilina 225 mg – 1cp às 7h e 19h
- ✓ Beclometasona 250 mcg/dose sol pressurizada para inalação – 2 inalações às 10h e 22h
- ✓ Benzidamina 0,15% Colutório – 1 Aplicação 8h, 12h, 19h e 22h
- ✓ Captopril 25 mg – SOS
- ✓ Cloreto de Sódio sol nasal – lavagem 6h, 14h e 22h
- ✓ Enoxaparina sódica 40 mg/0,4ml SC – 19h
- ✓ Esomeprazol 40 mg – 1 cp 7h
- ✓ Fenilefrina 0,5% Sol Nasal – 2 gotas às 6h, 14h e 22h
- ✓ Finasterida 5 mg – 1cp às 9h
- ✓ Ipratrópio 20 mcg/dose sol pressurizada para inalação – 4 inalações às 2h, 6h, 10h, 14h, 18h, 22h
- ✓ Piperacilina + Tazobactam 4,5 gr – 1h, 7h, 13h, 19h

- ✓ Salbutamol 100 mcg/dose sol pressurizada para inalação – 6 inalações às 2h, 6h, 10h, 14h, 18h, 22h
- ✓ Tansulosina 0,4 mg – 1cp 19h
- ✓ Dieta: Geral sem sal
- ✓ Sem alergias conhecidas

Condições Socioeconómicas e Habitacionais

O Sr. F. N. reside, com a esposa, Sr^a C. N., num apartamento com saneamento básico, num 4º andar de um prédio sem elevador. A casa tem dois quartos, uma casa de banho com poliban, uma sala e uma cozinha. Os rendimentos do casal são as reformas de cada um. Sem dificuldades económicas conhecidas.

2. APRECIACÃO

Apreciação de Enfermagem de Reabilitação a 7/1

O Sr. F. N. encontra-se consciente, orientado em todas as vertentes. Sem alterações ao nível da linguagem e comunicação. Apresenta pele e mucosas coradas, pouco hidratadas. IMC 28 (excesso de peso). Sem alterações ao nível da deglutição.

Tem diminuição da acuidade visual com necessidade de utilizar prótese (óculos) devido a presbiopia e hipoacusia bilateral. Utiliza prótese dentária superior e inferior amovível.

O utente tem um padrão respiratório predominantemente torácico, regular, simétrico, com amplitude normal. Apresenta Tórax em barril. Encontra-se em repouso, com aporte extra de O₂ a 1,5l/min por ON, com saturações periféricas entre os 92-94%. Frequência Respiratória de 28 ciclos por minuto. Relativamente à dispneia, em repouso refere um score de 3 e em esforço um score de 5 na *Escala de Borg Modificada* (Apêndice I). À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído, com ferveores sub-crepitantes nas bases. Verificam-se acessos de tosse frequentes e eficazes com saída de expetoração em moderada quantidade, de aspeto mucopurulento e espessa.

Para compreender o impacto da DPOC na vida do utente, aplicou-se a escala *COPD Assessment Test* – CAT, apresentando uma pontuação de 26 (Apêndice II), ou seja, tem muita tosse e expetoração, falta de ar significativa quando sobe um lance de escadas, sente-se limitado nas atividades de vida em casa e vê o seu sono e energia diária afetados.

E recorreu-se ao questionário *Modified British Medical Research Council (mMRC)*, no qual o Sr. F. considerou um grau de 4, correspondente a “*Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos*” (Apêndice III).

Verificou-se através desta apreciação que a doença tem um impacto significativo na satisfação das atividades de vida diária e, conseqüentemente, no autocuidado. O Sr. F. necessita de ajuda nos cuidados de higiene (para lavar as costas e região distal dos membros inferiores), mas consegue ser autónomo na higiene oral, barbear, no vestir e despir, na alimentação, na mobilidade/transferências e na eliminação. Ainda assim, refere que a dispneia interfere de forma considerável na satisfação destas componentes. É autónomo na gestão da oxigenoterapia, sendo que nestes momentos de esforço, coloca o aporte de O₂ a 2l/min.

Segundo a escala de *Barthel*, apresenta um score de 90, sendo dependente parcial nos cuidados de higiene.

Relativamente à avaliação da força muscular segundo a Escala *Medical Research Council*, verificou-se a presença de força 5/5 em todos os segmentos corporais.

Devido à patologia osteoarticular, que afeta a articulação escapulo umeral, verificou-se um compromisso da amplitude articular, não conseguindo realizar total hiperextensão dos membros superiores.

Segundo a Escala *Categorias Funcionais da Marcha*, o Sr. A. encontra-se na categoria 4/5 correspondente a uma Marcha Comunitária. Sem alterações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico, segundo a Escala de Tinetti.

Apresenta médio risco de queda, score 50, segundo a escala de *Morse*.

É continente a nível vesical e intestinal. Refere evacuar diariamente. Refere flatulência e alguma distensão abdominal associados à VNI.

É autónomo na gestão da terapêutica.

Apreciação de Enfermagem de Reabilitação a 9/1

O Sr. F. mantém um padrão respiratório predominantemente torácico, regular, simétrico, com amplitude normal. Frequência Respiratória de 22 ciclos por minuto.

Encontra-se sob aporte extra de O₂ a 1,5l/min por ON, com saturações periféricas entre os 92-94%. Mantém dispneia, mas melhorada, sendo que em repouso apresenta um score de 2 e em esforço um score de 3 na *Escala de Borg Modificada*.

Auscultação pulmonar sobreponível à anterior. Mantém tosse eficaz com saída de expectoração em moderada quantidade, mucopurulenta e espessa.

Restantes apreciações sobreponíveis às anteriores.

Utilizou-se a *Escala London Chest Activity of Daily Living* (LCADL), na qual foi possível perceber que a dispneia interfere bastante com as atividades diárias (no domicílio) do Sr. F. Este, consegue realizar (com alguma dificuldade) o cuidado pessoal (enxugar-se, vestir-se, calçar-se), alguma atividade física (inclinar-se e subir escadas) e lazer (falar, andar em casa) mas as atividades domésticas (fazer a cama, limpar janelas, varrer) não consegue de todo realizar, sendo necessário ser outra pessoa a fazê-lo (Apêndice IV).

Aplicou-se, ainda, o questionário de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), que foi utilizado numa perspectiva de compreender o perfil de adesão do Sr. F ao regime terapêutico. Após o preenchimento deste questionário (Apêndice V) foi possível verificar que o Sr. F. raramente se esqueceu de tomar a medicação ou foi descuidado com as horas e, para além disso, referiu nunca ter deixado de tomar a medicação por se ter sentido melhor ou pior.

Avaliação de Sinais Vitais

	7/1	9/1	15/1
Pressão arterial	110/55 mmHg	119/46 mmHg	91/37 mmHg
Frequência Cardíaca	79 bpm Pulso rítmico e cheio	65 bpm Pulso rítmico e cheio	64 bpm Pulso rítmico e cheio
Temperatura Timpânica	36,9 ° C	36,7 ° C	36,8 ° C
Saturação periférica de O₂	94 % Com O ₂ 2l/min	93 % Com O ₂ 1,5l/min	94% Com O ₂ 1,5l/min
Dispneia (Escala Modificada de Borg)	3 em repouso 5 em esforço	2 em repouso 3 em esforço	1 em repouso 3 em esforço
Dor (escala numérica)	0	0	0

Avaliação Imagiológica



Análise da radiografia de tórax do Sr. F. N. no dia 6/1/2020 às 12h31:

- Incidência Postero-Anterior. Centrada, grau de intensidade normal para o género. Bem-inspirada.
- Não apresenta alterações das estruturas ósseas e partes moles.
- Visualiza-se a crossa da aorta. Diâmetro normal do Mediastino.
- Bronquiectasias bilaterais
- Melhoria das hipotransparências bibasais

<u>Gasometria Arterial</u>	30/12 (O2 4 l/min)	31/12 (O2 2 l/min)	3/1 (O2 1,5 l/min)
pH	7,2	7,43	7,37
pCO ₂	68	57,4	53,2
pO ₂	60	66,3	70,8
hCO ₃	30	35	30,1

3. APRECIÇÃO DO UTENTE SEGUNDO A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

AValiação dos 8 Requisitos Universais de Autocuidado 7/1

Requisito de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<p><i>Manutenção de uma quantidade ar suficiente</i></p>	<p><u>Componente Cardíaca:</u> Perfil normotenso (TA 133/57 mmHg) Perfil normocardico (60- 90 bpm); pulso rítmico e cheio</p> <p><u>Componente Respiratória:</u> Eupneico (Frequência Respiratória 19 ciclos por minuto). Padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, regular, com amplitude normal.</p>	<p><u>Componente Cardíaca:</u> Perfil normotenso (TA 110/55 mmHg) Perfil normocardico (60- 90 bpm); pulso rítmico e cheio</p> <p><u>Componente Respiratória:</u> O utente exibe um padrão respiratório predominantemente torácico, regular, simétrico, com média amplitude Taquipneico com Frequência Respiratória de 28 ciclos por minuto. Relativamente à dispneia, em repouso refere um score de 3 e em esforço um score de 5 na <i>Escala de Borg Modificada</i>. Em repouso, sob O₂ a 1,5l/min por ON, com saturações periféricas entre os 92-94%.</p>	<p>7/1</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>

		<p>AP: apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído, com ferveores sub-crepitantes nas bases. Tosse frequente e eficaz, com saída de expetoração em moderada quantidade, de aspeto mucopurulento e espessa.</p> <p>Score 26 na <i>COPD Assessment Test -CAT</i></p> <p>Score 4 na mMRC modificada</p>	
<i>Manutenção de uma ingestão de líquidos suficiente</i>	<p>Ingere cerca de 500 ml de água diariamente</p> <p>Hábitos etanólicos esporádicos (cerca de 1 copo de vinho à refeição 2 a 3 vezes por semana)</p>	Ingere cerca de 500 ml de água diariamente	Sistema de Apoio-educação
<i>Manutenção de uma ingestão de alimentos suficiente</i>	<p>Alimenta-se de uma dieta geral, cerca de 4 refeições por dia. Sem restrições alimentares.</p>	Alimenta-se de cerca de 5 refeições (fornecidas pelo hospital)	Sistema de Apoio-educação
<i>Manutenção de um padrão de eliminação vesical e intestinal adequados</i>	<p>Apresenta continência vesical e intestinal.</p> <p>Hábitos intestinais: refere evacuar diariamente. Refere flatulência e alguma distensão abdominal.</p>	Sem alterações relativamente ao padrão habitual	Sem défice no autocuidado

<p><i>Manutenção de um equilíbrio entre repouso e atividade</i></p>	<p>Passa a grande maioria do dia em casa. Realiza algumas atividades para satisfação de autocuidado. As tarefas domésticas são realizadas pela esposa. Sai de casa esporadicamente, percorrendo curtas distâncias (cerca de 150 metros).</p>	<p>Apresenta Score 26 na <i>COPD Assessment Test - CAT</i>, sendo que a doença tem impacto no seu cotidiano, na medida em que, compromete a sua energia diária e a realização de esforços (higiene e cuidado pessoal).</p> <p>Atualmente no internamento, refere cansaço quando se desloca ao wc para os cuidados de higiene e alguma dificuldade na conservação de energia.</p> <p>Mencionou perturbações do sono – refere “acordar muitas vezes”, sobretudo devido à VNI e à expetoração que apresenta</p>	<p>Sistema de Apoio-educação</p>
<p><i>Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social</i></p>	<p>Convive sobretudo com a esposa, filho e neta. Sem alterações na interação social.</p>	<p>Sem alterações relativamente ao padrão habitual</p>	<p>Sem défice no autocuidado</p>
<p><i>Prevenção de riscos à vida humana, funcionamento e bem-estar</i></p>	<p>Não apresenta alterações ao nível da força muscular e equilíbrio</p>	<p>Sem alterações relativamente ao padrão habitual. Apresenta um médio risco de queda, segundo escala de Morse.</p>	<p>Sistema de Apoio-educação</p>

<p><i>Promoção do normal funcionamento e desenvolvimento, entre grupos sociais de acordo com o potencial humano, limitações e o desejo de ser normal</i></p>	<p>Tem consciência das suas limitações, nomeadamente, do compromisso na vida diária provocado pela DPOC</p>	<p>Mantém consciência das suas limitações; reconhece a importância do cumprimento terapêutico para gestão e controlo da sua doença. Colabora com a equipa de enfermagem no processo de reabilitação.</p>	<p>Sem défice no autocuidado</p>
---	---	--	----------------------------------

4. AVALIAÇÃO DOS 6 REQUISITOS DE DESVIOS DE SAÚDE

<p><i>Procurar assistência médica adequada</i></p>	<p>Não apresenta dificuldades em procurar assistência médica.</p>
<p><i>Estar consciente dos resultados da condição patológica e dos efeitos resultantes do seu desenvolvimento</i></p>	<p>Tem consciência da sua patologia e das limitações provocadas pela mesma, conseguindo prever o impacto na realização de cada atividade de vida diária. Reconhece a importância do cumprimento terapêutico para gestão e controlo da sua doença.</p>
<p><i>Segue a terapêutica prescrita e as medidas de reabilitação</i></p>	<p>Cumpe o regime terapêutico prescrito, nomeadamente a medicação, a gestão de oxigenoterapia e a VNI. Tem cumprido a VNI, com algumas dificuldades e queixas em relação à interface utilizada – máscara facial – referindo que esta compromete a limpeza das vias aéreas. Colabora no programa de reabilitação, manifestando vontade em obter resultados.</p>

<i>Estar consciente dos possíveis efeitos das medidas prescritas</i>	Tem consciência das medidas instituídas e dos seus possíveis efeitos.
<i>Ser capaz de modificar a sua autoimagem e aceitar as suas necessidades de saúde</i>	Apresenta algumas dificuldades na gestão do esforço e conservação de energia, bem como na adaptação à VNI nesta fase de destabilização da doença e de infeção respiratória.
<i>Aprender a viver com as condições de saúde</i>	Tem aprendido a viver com a sua condição de saúde.

5. PROBLEMAS IDENTIFICADOS E DIAGNÓSTICOS (segundo NANDA)

- Dispneia Atual
- Ventilação Comprometida
- Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz
- Conhecimento sobre saúde comprometido

Programa de Reabilitação:

- Minimizar dispneia
- Consciencialização da respiração
- Adotar estratégias de limpeza das vias aéreas
- Treinar musculatura respiratória e sistémica
- Ajustar interface de VNI
- Estimular aumento de atividade
- Ensino técnicas de conservação de energia

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação das Intervenções
7/1	<p>Dispneia Atual relacionado com DPOC agudizada manifestado por score 3 em repouso e score 5 em esforço na escala de Borg; score 26 no <i>COPD Assessment Test</i> e score 4 no <i>Modified British Medical Research Council (mMRC)</i></p>	<p>- Que o Sr. F. apresente uma melhoria da dispneia e redução do score na escala de Borg em repouso e esforço</p>	<p>- Avaliação das características respiratórias</p> <p>- Avaliação da Dispneia recorrendo à escala de <i>Borg Modificada</i></p> <p>- Avaliar impacto da DPOC recorrendo ao <i>COPD Assessment Test</i></p> <p>- Monitorizar Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca, Saturação Periférica de O₂ e conforto do utente antes, durante e após exercícios respiratórios</p> <p>- Auscultação Pulmonar antes e após realização de exercícios de Reeducação Funcional Respiratória</p> <p>- Executar Reeducação Funcional Respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização/controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Inspiração nasal, expiração pela boca com lábios semicerrados, com ênfase na fase expiratória <p>- Ensino acerca de técnicas de relaxamento e conservação de energia:</p>	<p>7/1</p> <p>-Apresentou score 3 em repouso e 5 a esforços na escala de <i>Borg Modificada</i></p> <p>-Apresentou score 26 <i>COPD Assessment Test</i></p> <p>SP O₂ 94 % com O₂ a 1,5l/min</p> <p>AP – MV globalmente diminuído, ferveores sub-crepitantes nas bases</p> <p>Apresenta dificuldade na realização de respiração diafragmática</p> <p>8/1</p> <p>-Apresentou score 2 em repouso e 4 a esforços na escala de <i>Borg Modificada</i>. SP</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Posições de relaxamento e descanso (com dispneia – decúbito dorsal em <i>fowler</i>, decúbito lateral em <i>fowler</i>, cocheiro sentado ou em pé; sem dispneia – decúbito dorsal ou lateral com apoio almofada na região popliteia) • Controlo da respiração no esforço (com ênfase na expiração) • Executar a maior parte das atividades do dia-a-dia sentado (como higiene, lavar os dentes, alimentação) • Priorizar e adequar a realização de atividades alternando períodos de repouso e períodos de maior atividade 	<p>O₂ 94 % com O₂ 1,5l/min em repouso</p> <p>AP – sobreponível</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza com menor dificuldade respiração diafragmática - Recorre ao controlo da respiração no esforço - Realiza cuidado pessoal e alimentação sentado, com pausas para descanso - Realizada prova de Marcha de 6 minutos – percorreu 140 metros com aporte de O₂ a 3l/min por ON, com tolerância (SpO₂ oscilou entre 87 – 92%). Borg final de 5 <p>15/1</p> <ul style="list-style-type: none"> - AP: globalmente diminuído, sem RA
--	--	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> - Apresentou score 1 em repouso e 3 a esforços na escala de <i>Borg Modificada</i> - Apresentou score 20 <i>COPD Assessment Test</i>
7/1	<p>Ventilação Comprometida relacionado com DPOC agudizada e pneumonia manifestado por AP com MV diminuído, fervores nas bases, alterações gasométricas e radiológicas</p>	<p>- Que o Sr. F. apresente melhoria da Ventilação</p> <p>- Melhorar padrão respiratório e a auscultação pulmonar</p>	<p>- Análise de Radiografia de Tórax</p> <p>- Execução de técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com respiração diafragmática (ênfase na fase expiratória)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação diafragmática da porção posterior <ul style="list-style-type: none"> ○ Introduzir resistência se necessário, SF 500 ml • Reeducação diafragmática da hemicúpula direita e esquerda <p>- Executar Reeducação Costal (com lábios semicerrados e ênfase na fase expiratória)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação Costal Global com Bastão • Reeducação Costal Seletiva em decúbito dorsal – porção ântero-inferior 	<p>7/1 Analisada radiografia de tórax (acima descrito)</p> <p>-Apresenta alguma dificuldade na respiração diafragmática (tende a expandir mais o tórax).</p> <p>Tolera resistência de soro 500 ml, com maior elevação do diafragma</p> <p>- Realizou Reeducação Costal global com bastão 1 série de 10 repetições (com alguma dificuldade na mobilização escapulo-umeral)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Reeducação Costal Seletiva do hemitórax direito e esquerdo em decúbito lateral – porção lateral, com abertura costal <p>- Realizar Treino Musculatura Respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentado numa cadeira – realizar rotação do tronco • Utilização de bastão para mobilizar cintura escapular • Utilização de bola suíça para mobilizar cintura escapular • Utilização de bola suíça para alongamento de hemitórax direito e esquerdo (coordenado com respiração) • Espirómetro de incentivo invertido <p>- Realizar Treino Musculatura Sistémica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir Pedaleira – 5 minutos se tolerar • Mobilizar tronco e cintura escapulo-umeral <p>- Realizar Treino de marcha</p>	<p>Realizou Reeducação Costal seletiva em decúbito lateral direito e esquerdo 1 série de 10 repetições com tolerância</p> <p>Durante o procedimento expeliu secreções MP, espessas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliza cintura escapulo-umeral com bastão - Utiliza bola suíça para alongamento hemitórax direito e esquerdo com alguma dificuldade na coordenação com respiração (2 série 5 repetições para cada lado) e necessidade de correção da técnica -Realiza com tolerância espirómetro de incentivo
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Incluir Treino de escadas – coordenado com respiração – inspiração quando realiza extensão da coxofemoral e joelho e expiração quando realiza flexão da coxofemoral e joelho • Subir um degrau de cada vez • Incentivar a colocar uma cadeira a meio das escadas do prédio onde mora, para realizar uma pausa quando entra/sai de casa (não tem elevador) 	<p>invertido (2 séries de 5 repetições)</p> <p>15/1</p> <p>-Realizado treino de marcha no corredor, cerca de 80 metros, monitorizando SPO₂, que se mantiveram entre 87 – 92 %, com O₂ 3/min. Borg final de 4</p> <p>-Realizado treino de subir e descer escadas (2 lances de 10 degraus), com controlo de respiração, com tolerância (SpO₂ 88 – 92 % com O₂ 2l/min e FC 90-119 bpm)</p>
7/1	Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz relacionado com infeção respiratória	- Que o Sr. F. consiga manter a permeabilidade das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das características das secreções - Observar Radiografia de Tórax - Auscultação Pulmonar - Realizar Drenagem Postural Modificada 	7/1 Análise de Radiografia de Tórax e AP (acima descrito)

	<p>manifestado por polipneia, 28 cpm, acessos de tosse com saída de expetoração mucopurulenta e AP: MV globalmente diminuído com fevres bases</p>	<p>-Prevenir complicações relacionadas com estase de secreções</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posição de sentado • Decúbito dorsal em semi-fowler com almofada sob região popliteia • Decúbito semi-dorsal esquerdo e direito • Decúbito lateral esquerdo e direito <ul style="list-style-type: none"> ○ Associar manobras acessórias (neste caso indicado, vibração) ○ Associar dispositivo de mobilização de secreções - Acapella <p>- Fluidificação de Secreções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforçar hidratação • Terapêutica e Soluções de limpeza nasal conforme prescrito 	<p>Realizada Drenagem Postural Modificada com associação de vibração e dispositivo (acapella) com tolerância</p> <p>9/1</p> <p>- Cumpre drenagem Postural Modificada (repete 2 x/dia; 5 – 10 minutos em cada posição) – expelindo secreções MP</p> <p>Ingere cerca de 600 ml de água (2 garrafas 300 ml)</p> <p>15/1</p> <p>Realizada Drenagem Postural Modificada</p> <p>Ingere cerca de 900 ml de água (3 garrafas 300 ml)</p>
--	--	--	--	--

				Expeliu secreções em moderada quantidade amareladas, mais fluidas
7/1	<p>Conhecimento sobre saúde comprometido relacionado com falta de conhecimento acerca de VNI manifestado por dificuldade na adaptação à interface e VNI</p>	<p>- Que o Sr. F cumpra o regime terapêutico instituído adequadamente</p> <p>- Que o Sr. F. melhore a adaptação à VNI</p>	<p>- Avaliar Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)</p> <p>- Validação acerca de utilização de Ventilador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligar e desligar o ventilador • Monitorizar parâmetros ventilatórios • Gestão de oxigenoterapia com ventilação • Colocação correta da interface • Limpeza do equipamento • Prevenção de maceração/lesões da pele • Outras complicações como secura das mucosas, conjuntivite, cefaleias, perturbações do sono, distensão abdominal <p>- Ajuste de Interface:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substituir interface facial por interfase nasal • Aplicado apoio de queixo • Aplicar proteção cutânea 	<p>7/1 - Aplicada escala de Medida de Adesão ao Tratamento, verificando-se que o Sr. F. cumpre o regime terapêutico habitual</p> <p>- Reforçados ensinios acerca da utilização do Ventilador</p> <p>- Manuseia o equipamento autonomamente</p> <p>- Os parâmetros instituídos são IPAP 27 e EPAP 5; FR 19 com O2 a 3l/min</p> <p>- Referiu queixas relativamente à interface facial, devido a dificuldade em expulsar secreções durante a VNI.</p> <p>- Apresenta hiperemia ocular</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Executar manuseamento do equipamento pelo próprio	<ul style="list-style-type: none">- Contactada empresa de cuidados respiratórios para fornecimento de Máscara Nasal <p>9/1</p> <ul style="list-style-type: none">- O Sr. F. foi adaptado a máscara nasal de silicone. Referiu melhor adaptação, no entanto, tende a dormir com a boca aberta. Sugerida utilização de apoio de queixo.- Realizada lavagem ocular com soro fisiológico <p>15/1</p> <ul style="list-style-type: none">- Cumpre a VNI durante a noite, com máscara nasal e apoio de queixo, com melhor adaptação
--	--	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none">- Mantém integridade cutânea- Hiperemia ocular melhorada- Sono com menos perturbações
--	--	--	--	---

6. PLANEAMENTO DE ALTA

Com o programa de reabilitação instituído pretende-se que o Sr. F. apresente melhoria da dispneia, da ventilação, da limpeza das vias aéreas e do conhecimento acerca de saúde e, com isto, prevenir agudizações decorrentes da sua doença.

O sr. F. teve alta a 15/1. Neste momento já com menos dispneia, verificando-se um score de 1 em repouso e 2 em esforços na escala de *Borg Modificada* e um score de 20 no *COPD Assessment Test*.

Atualmente ainda apresenta alguns acessos de tosse, menos frequentes, com saída de expetoração mucosa, fluida e uma auscultação pulmonar melhorada, sem ruídos adventícios.

Encontra-se adaptado ao seu ventilador do domicílio, tendo mantido a máscara nasal com apoio de queixo, referindo melhor adaptação a esta e, assim, um melhor descanso noturno.

7. Bibliografia

- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência, Loures.
- Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (2), 81-100.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD. (2020). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2020 Report*
- NANDA International (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e classificação 2018-2020*. 11ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Nursing Interventions Classification (NIC) (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5ª Edição. Elsevier: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2016) - *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados de especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby
- Pitta, et al (2007). Validação da Versão em Português da Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. 14, Nº1 Janeiro/Fevereiro 2008

Anexo I – Escala de Borg Modificada

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouca intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo II– COPD Assessment Test – CAT

O seu nome:

Data de hoje:



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

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

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

Por exemplo: Estou muito feliz 0 1 2 3 4 5 Estou muito triste

		PONTUAÇÃO					
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Estou sempre a tossir	3				
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	4				
Não sinto nenhum aperto no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto um grande aperto no peito	2				
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	4				
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	4				
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	2				
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	4				
Tenho muita energia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia	3				
			26				
			PONTUAÇÃO TOTAL				

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Anexo III – Modified British Medical Research Council (mMRC)

Questionário de dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)

Nome:..... Data: / /

Assinale com uma cruz (assim <input checked="" type="checkbox"/>) , o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 1 Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 2 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos”.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>“Estou sem fôlego para sair de casa”.</i>	<input type="checkbox"/>

Anexo IV - Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL)

- Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido durante estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado pessoal						
Enxugar-se	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
Vestir a parte superior do tronco	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
Calçar os sapatos / meias	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
Lavar a cabeça	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
Doméstico						
Fazer a cama	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
Mudar o lençol	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
Lavar janelas / cortinas	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
Limpeza / limpar o pó	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Lavar a louça	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
Utilizar o aspirador de pó / varrer	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
Atividade física						
Subir escadas	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Inclinar-se	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
Lazer						
Andar em casa	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
Sair socialmente	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
Falar	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5

- Quanto a sua respiração o prejudica nas suas actividades do dia-a-dia?

- Muito
 Um pouco
 Não prejudica

Anexo V– Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos

(MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------------------	------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------------------	------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------------------	------------

Apêndice 17 – Folheto para a Sr^a E.

O MEU PLANO DE REABILITAÇÃO

Este plano contém alguns dos exercícios realizados até ao momento e acerca dos quais se pretende que dê continuidade para contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida!



Reabilitação

Realizado por Equipa de Cuidados Continuados Integrados SAUDAR.

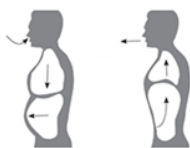
Contacto:

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.
Avenida Salvador Allende 278 0-163 Oeiras. 21 440 0194, geral
214400100.
ecc1.saudar@csoeiras.min-saude.

O MEU PLANO DE REABILITAÇÃO



ECCI SAUDAR



Controle a respiração...

- * Inspire para a barriga e expire com os lábios semicerrados. Concentre-se. Repita 10 vezes. Pode fazê-lo sentado ou deitado.
- * Eleve o braço direito, inspirando na subida e expirando na descida. Realize 12 repetições. Repita no braço esquerdo.
- * Realize abertura do braço direito, inspirando quando abre expirando quando fecha. Realize 12 repetições. Repita no braço esquerdo.
- * Realiza o exercício da "reza". Com as mãos a tocar uma na outra, eleve os braços, inspire quando sobe e expire quando desce. Repita 10 vezes.

- * Utilize o espirómetro: Realize 5 inspirações profundas, mantendo a bola lá em cima 3 segundos. Depois, expire lentamente 5 vezes.

Treinar a força muscular...

- * Com uma bola pequena entre os joelhos, aperte uma perna contra a outra durante 3 segundos. Descanse. Repita 10 vezes.
- * De pé, junto a uma cadeira, afaste cada perna para fora e contraia o glúteo durante 3 segundos. Descanse. Repita 10 vezes. Repita para a outra perna.



- * Sente-se e levante-se de uma cadeira, com os pés apoiados no chão, fazendo somente força nos membros inferiores. Repita 7 vezes.



- * De pé, junto a uma cadeira, eleve os calcanhares durante 5 segundos. Descanse. Repita 10 vezes.



- * Termine com a pedaleira durante 30 segundos.

ANEXOS

Anexo 1 – Folha de Monitorização Unidade de Sono e VNI



UNIDADE DE SONO E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
Serviço de Pneumologia

(Colocar vinhetas aqui e preencher com o nome do paciente)

Nome: _____

Folha de Monitorização

Data: ____/____/____ Idade: ____ Peso: ____ Altura: ____

Ventilador _____ Empresa _____ Humidificador Sim Não

Parâmetros ventilação não invasiva à entrada

Modo	IPAP	EPAP	IPAP máx.	IPAP min.	Ti	FR	trigger insp / disparo	trigger exp / ciclo	rise time

Fonte de O2 _____ Tipo de portátil _____ Nº horas _____

Débitos de O₂: repouso: ____ esforço: ____ ventilador a dormir: ____ ventilador acordado: ____

Máscara: _____ tamanho: ____ nasal facial almofadas

Apoio de queixo: largo estreito

	dia	semana	mês	3 meses	6 meses	ano	monitorizaçã o (tempo real)	noite 1	noite 2
fuga									
IAH									
IA									
IH									
pressão									
VC									
VM									
FR									
I: E									
% activ espont									
% ciclo espont									
adesão									
Horas dte									
Horas vent									
Dias uso									

Observações: _____

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Unidade de Sono e VNI

Diretora: Prof^ª. Doutora Cristina Bárbara

IMP186.00

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt





ALTERAÇÃO DE PARÂMETROS Ventilador _____

Modo	IPAP	EPAP	IPAP máx.	IPAP min.	T i	FR	trigger insp / disparo	trigger exp /ciclo	rise time	

Fonte de O₂ _____ Tipo de portátil _____ Nº horas _____

Débitos de O₂: repouso: _____ esforço: _____ ventilador a dormir: _____ ventilador acordado: _____

Máscara: _____ tamanho: _____ nasal facial almofadas

Apoio de queixo: largo estreito

Observações: _____

PARÂMETROS VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA 2º DIA: Ventilador _____

Modo	IPAP	EPAP	IPAP máx.	IPAP min.	T i	FR	trigger insp / disparo	trigger exp /ciclo	rise time	

Fonte de O₂ _____ Tipo de portátil _____ Nº horas _____

Débitos de O₂: repouso: _____ esforço: _____ ventilador a dormir: _____ ventilador acordado: _____

Máscara: _____ tamanho: _____ nasal facial almofadas

Apoio de queixo: largo estreito

Horas do ventilador à saída (doente /ventilador): _____

Observações: _____

PARÂMETROS VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA À SAÍDA: Ventilador _____

Modo	IPAP	EPAP	IPAP máx.	IPAP min.	T i	FR	trigger insp / disparo	trigger exp /ciclo	rise time	

Fonte de O₂ _____ Tipo de portátil _____ Nº horas _____

Débitos de O₂: repouso: _____ esforço: _____ ventilador a dormir: _____ ventilador acordado: _____

Máscara: _____ tamanho: _____ nasal facial almofadas

Apoio de queixo: largo estreito

Horas do ventilador à saída (doente /ventilador): _____

Observações: _____

Enfermeira/o: _____ Data: ____/____/____

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Unidade de Sono e VNI

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP186.00

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt





UNIDADE DE SONO E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
Serviço de Pneumologia

(Colocar vinheta do doente ou preencher campos)

Nome: _____

Avaliação de Ventilação Não Invasiva

Entrada ___/___/___ Saída ___/___/___

Diagnósticos Principais

1. _____
2. Insuficiência Respiratória Crónica
3. _____
4. _____

Patologias associadas _____

Doente de ___ anos, raça _____ escolaridade _____ profissão _____ reformado _____

Hábitos tabágicos N S Ex-fumador UMA _____ consumo actual _____ cig/dia CO _____ ppm

Hábitos alcoólicos N S peso _____ altura _____ IMC _____

Último ano: n° internamentos pneumológicos _____ com VMI _____ com VNI _____

Estudo Funcional Respiratório (___/___/___) Normal <input type="checkbox"/> S.Restrictivo <input type="checkbox"/> S.Obstrutivo <input type="checkbox"/> S.Misto <input type="checkbox"/> FVC _____/_____% RV _____/_____% FEV ₁ (pósBD) _____/_____% TLC _____/_____% FEV ₁ /FVC _____ DLCO/VA _____/_____%	Estudo Poligráfico do Sono (___/___/___) IAH / RDI _____/hora T90 _____% Ef. do sono _____% ODI _____/H IPLMS _____ IAO _____ IAC _____ IAM _____ IH _____
Ecocardiograma (___/___/___) PSAP± _____	
Outros exames (___/___/___) _____	

Proveniência e objectivo da avaliação relativamente à doença actual:

- Avaliação de critérios para instituição de VNI Seguimento de VNI

Início de OLD (___/___/___) **Início de VNI** (___/___/___) electivo após internamento

Autonomia do doente: autónomo dependente familiares dependente de profissionais residente em lar

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Unidade de Sono e VNI

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP196.00

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt





VNI: S ventilador _____ N° horas ventilador _____ adesão média _____ h _____ %

Modo	IPAP	EPAP	IPAP máx.	IPAP min.	Ti	FR	trigger insp / disparo	trigger exp / ciclo	rise time	

Máscara: _____ tamanho: _____ nasal facial almofadas

Apoio de queixo: largo estreito

Humidificador

Adaptação à VNI _____

Efeitos adversos: sem relacionados com a máscara relacionados com a pressão

OLD: fonte de oxigénio _____ tipo de portátil _____ empresa _____

Débitos de O₂: repouso: _____ esforço: _____ ventilador a dormir: _____ ventilador acordado: _____

Exames Complementares Realizados:

Gasometria à entrada: pH PaCO₂ PaO₂ HCO₃ Sat O₂ (O₂:)

Gasometria à saída: pH PaCO₂ PaO₂ HCO₃ Sat O₂ (O₂:)

Oximetria nocturna: _____

Prova de marcha (/ /): (O₂ a) distância percorrida _____ m pausas: _____

SatO₂: > Borg: > FC máxima _____

Dispneia (mMRC) _____

Período de AutoCPAP (/ /): modelo: _____ pressão média _____ fugas N S _____ L/min IAHL _____

Conclusões

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Unidade de Sono e VNI

Diretora: Prof^a. Doutora Cristina Bárbara

IMP196.00

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645

HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



Terapêutica proposta

OLD: N S : repouso: _____ esforço: _____ ventilador a dormir: _____ ventilador acordado: _____

VAD: S ventilador _____ n° horas ventilador _____

Modo	IPAP	EPAP	IPAP máx.	IPAP min.	T i	FR	trigger insp / disparo	trigger exp / ciclo	rise time	

Máscara: _____ tamanho: _____ nasal facial almofadas

Apoio de queixo: largo estreito Humidificador

Evicção tabágica fez-se intervenção breve: 5AA 5RR enviou-se para Consulta

Terapêutica farmacológica _____

Reabilitação Respiratória: Domicílio Institucional _____

Assistência Domiciliária a Insuficientes Respiratórios _____

Consultas: Hospital de Dia _____ Consulta de Pneumologia _____

Consulta de Patologia do Sono _____ Outras _____

Realizada prescrição electrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários

Carta em anexo para manutenção da prescrição

Médico: _____ N° mecanográfico _____ Reavaliação a (___ / ___ / ___)

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Unidade de Sono e VNI

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP196.00

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645

HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



